FUNDACIÓN ENFERMERA CANTABRIA

VOLUMEN 1 NUM. 2
Febrero 2011

Nuberos Científica

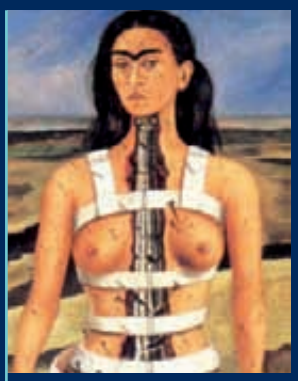
REVISTA del COLEGIO de ENFERMERIA de CANTABRIA

Gastar en prevenir es invertir en salud. 'Promocionemos la prevención'

Revisión de la evolución de los factores psicosociales en la enfermería de Cantabria en la primera década del Siglo XXI

Instauración de control de calidad en los procesos de limpieza, desinfección y esterilización en el Centro Penitenciario 'El Dueso'

Revisión del protocolo de extracción de hemocultivos en el Hospital Sierrallana



Plan de cuidados de un paciente ostomizado

COLEGIADO

Te brindamos ASESORÍA y SERVICIOS en materia legal con profesionales

COLEGIO de ENFERMERIA de CANTABRIA
SERVICIO GRATUITO

El Colegio de Enfermería de Cantabria, pone a disposición de todos sus colegiados un servicio gratuito de Asesoría Jurídica, en asuntos laborales, profesionales y particulares, en:

- *Asesoría y procesos judiciales laborales y profesionales.*
- *Asesoría sobre Derecho de Familia, herencias, seguros, arrendamientos, consumo, comunidad de propietarios, etc.*
- *Asesoría on-line (www.enfermeriacantabria.com/enfermeriacantabria/web/contactos*

ASESORÍA JURIDICA:
Sede del Colegio de Enfermería
c/ Cervantes, 10 - 5º
SANTANDER

LETRADOS:
Manuel Tortajada Martínez
Rosa Fernández López

HORARIO:
Lunes a jueves: tardes de 16 a 19 h.
Viernes: mañanas de 10 a 13 h.

LAS CONSULTAS SE REALIZAN PREVIA CITA
Tel. 942 31 97 20 / 696 43 36 25

FUNDACIÓN ENFERMERA CANTABRIA

Nuberos Científica

AÑO 1 NUM. 2 Febrero 2011

REVISTA DE LA FUNDACIÓN DEL COLEGIO DE ENFERMERÍA DE CANTABRIA

C/ Cervantes, 10 - 5º - SANTANDER
Tfnos. (942) 31 97 20 / 21 y 696 433 625
colegio@enfermeriacantabria.com
www.enfermeriacantabria.com

MAQUETACIÓN Y PUBLICIDAD:
EDITORIAL SENSEI
Pl. Piqué y Varela, 1 2ºA - 39300 TORRELAVEGA
Tfno. 942 08 34 59 y 654 534 346
jesusibanez@mundivia.es

IMPRIME:
GRAFICAS J. MARTINEZ

ISSN: En trámite Dep. Legal. En trámite

DIRECTORA: Pilar Elena Sinobas

CONSEJO ASESOR:
Mª Asunción González Salas
Rocío Cardeñoso Herrero
Montserrat González García
Rosa González Casquero

COMITÉ CIENTÍFICO:
Teresa Aguirre Oteiza
Víctor Fradejas Sastre
María Fuente Merino
Vanesa Martínez González
Soledad Ochoa Gutiérrez
Raquel Sarabia Lavín

SUMARIO

6 GASTAR EN PREVENIR ES INVERTIR EN SALUD. 'PROMOCIONEMOS LA PREVENCIÓN'
R. Cardeñoso Herrero

12 REVISIÓN DE LA EVOLUCIÓN DE LOS FACTORES PSICOSOCIALES EN LA ENFERMERÍA DE CANTABRIA EN LA PRIMERA DÉCADA DEL SIGLO XXI
R. González Casquero

24 INSTAURACIÓN DE CONTROL DE CALIDAD EN LOS PROCESOS DE LIMPIEZA, DESINFECCIÓN Y ESTERILIZACIÓN EN EL CENTRO PENITENCIARIO 'EL DUESO'
A. M. López Sánchez, P. Fernández Prieto y C. Fernández Ruiz

30 REVISIÓN DEL PROTOCOLO DE EXTRACCIÓN DE HEMOCULTIVOS EN EL HOSPITAL SIERRALLANA (PERIODO 2009-2010)
V. M. Balbás Liaño y A. F. Gómez-Laso

38 PLAN DE CUIDADOS DE UN PACIENTE OSTOMIZADO
E. Olavarría Beivide, G. Santamaría Corona e I. Gómez Muñoz

46 NORMAS DE PUBLICACIÓN DE ARTÍCULOS EN **NUBEROS CIENTÍFICA**

48 CONVOCATORIA DEL **PREMIO 'SOR CLARA'** DE INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA 2011.

NUBEROS CIENTIFICA

Herramienta para la difusión de la investigación enfermera

Tras el nacimiento hace cuatro meses de la publicación **NUBEROS CIENTÍFICA (NC)**, llega esta segunda edición que recoge el esfuerzo y dedicación a la investigación de todo nuestro colectivo profesional.

NC es, desde un principio, una revista para la difusión de la producción científica enfermera de Cantabria. Somos conscientes de la producción científica disponible en nuestra comunidad, pero sabemos que hay una evolución constante, por eso nos mantenemos desafiantes ante este proyecto.

Nuestra finalidad consiste en desarrollar una estrategia a nivel autonómico para fomentar y coordinar la investigación traslacional y multidisciplinar de la enfermería cántabra, potenciando su integración en la práctica profesional, con el deseo de una mejor calidad de la asistencia, docencia, investigación y gestión, siempre basado en resultados validados y fiables provenientes de una investigación rigurosa.

Tenemos como principios básicos de la revista la actualización de conocimientos enfermeros, la promoción de la investigación enfermera y la divulgación científica para la práctica profesional; pero también el facilitar el acceso de los colegiados a la creación y publicación de investigación en enfermería, validado dentro de la baremación de méritos de bolsas de trabajo, oposiciones, carrera profesional, currículo, …

NC pretende divulgar la actividad científica realizada por la enfermería cántabra mediante proyectos o trabajos de investigación, pero además divulgar también otra producción científica como protocolos, propuestas de cuidados generales, revisiones bibliográficas,… Además, os invitamos a abrir próximas secciones como la de Cartas a la Directora, que podéis remitir a la secretaria del colegio a la atención de **NC**.

Desde el Comité Científico queremos estimular y potenciar la investigación en Cantabria, por eso os invitamos a desarrollar vuestros proyectos e ideas y os ofrecemos la Asesoría de Investigación del Colegio de Enfermería, que os prestará apoyo y guía para la realización de estudios, proyectos, etc. Sólo hace falta tener ilusión, ganas de trabajar, ideas e inquietudes por investigar.

Pero **NC** también es una herramienta de trasmisión de conocimientos y experiencias para todo el colectivo profesional y, con el fin de potenciar su valor, deseamos invitar a todos los profesionales de España para que, si lo desean, difundan sus investigaciones a través de esta publicación, para lo que solo necesitan ponerse en contacto con la sede del Colegio en Cantabria.

En esta edición contamos con los siguientes contenidos:

Gastar en prevenir es invertir en salud: 'promocionemos la prevención'. Su autora hace una reflexión sobre la evolución de las competencias en materia de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en el ámbito sanitario de Atención Primaria de Salud. Considera las deficiencias en estos temas y propone estrategias para avanzar en un futuro próximo.

En este sentido, debemos mencionar el documento de octubre de 2006 del Ministerio de Sanidad con el título Atención Primaria del siglo XXI: estrategias de mejora, conocido como Proyecto AP-21) que recoge el desarrollo de estrategias de mejora.

Revisión de la evolución de los factores psicosociales en la enfermería de Cantabria en la primera década del siglo XXI. Un proyecto de investigación cuyo propósito es conocer la evolución de los factores psicosociales del colectivo de Enfermería de Cantabria durante los diez primeros años del siglo XXI.

En el año 2000 se realizó el estudio 'Factores Psicosociales en la Enfermería de Cantabria'. El presente proyecto comparará los datos obtenidos en el 2010 con los datos obtenidos en el año 2000, siguiendo la misma metodología en ambos estudios.

Instauración de un control de calidad en procesos de limpieza, desinfección y esterilización en el Centro Penitenciario 'El Dueso'. Se trata de la puesta en marcha de un método de 'fabricación' protocolizado que permite certificar la calidad de todo el proceso. En él se incluye la formación impartida a los sanitarios.

Es de destacar su valor añadido, al ser un trabajo realizado en coordinación con el Servicio de Esterilización del Hospital Valdecilla.

Revisión del Protocolo de Extracción de Hemocultivos en el Hospital Comarcal Sierrallana. Periodo 2009-2010. El objetivo final de este estudio es evaluar la eficacia del protocolo de extracción de hemocultivos instaurado en el Hospital para la prevención de contaminación durante este proceso. Para ello, se analiza por meses y en todos los servicios del centro, el número y resultados de los hemocultivos.

Cuidado integral del paciente ostomizado: Taxonomía NANDA/NIC/NOC. En este trabajo se realiza un plan de cuidados a un paciente ostomizado por adenocarcinoma rectal. Tras establecer los diagnósticos de enfermería, se elaboran las NOC y NIC pertinentes para que en el momento del alta el paciente sea, en la medida de lo posible, autosuficiente en sus cuidados.

Comité Científico

ORIGINALES

FUNDACIÓN ENFERMERA CANTABRIA

Nuberos Científica
www.enfermeríadecantabria.com/nuberoscientifica

Gastar en prevenir es invertir en salud. 'Promocionemos la prevención'

Conferencia presentada en la I Jornada de buenas prácticas clínicas. Área de Salud Torrelavega-Reinosa. 25-26 de noviembre de 2010.

Autora: Rocío Cardeñoso Herrero.

** Enfermera de Atención Primaria del Centro de Salud de Solares (Medio Cudeyo- Cantabria)*

Correo contacto: cardenoso@hotmail.com

Recibido: Diciembre de 2010
Aceptado: Enero de 2011

Colegio Oficial de Enfermería de Cantabria

© Fundación Colegio de Enfermería de Cantabria. Todos los derechos reservados - Febrero 2011

¿QUÉ PASÓ CON LA PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD Y LA PROMOCIÓN DE LA SALUD?

Hace ya muchos años que incorporamos en la atención sanitaria, tanto individual como comunitaria, el concepto y los programas para el desarrollo de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, tanto en la atención especializada como, sobre todo, en Atención Primaria (AP). Para ello se utiliza como herramienta la Información Sanitaria y la Educación para la Salud.

Sin duda, el gran impulso fue, especialmente, en AP a raíz del nuevo modelo que se desarrolló en España en el año 1986, donde se comenzaron a desarrollar programas específicos de promoción y prevención. Son funciones que asumimos de una manera especial las enfermeras en AP, por nuestro perfil profesional, competencias y funciones en este ámbito.

En su origen, hace más de 30 años, surgió la reforma de la atención ambulatoria de la que derivó la atención primaria cuyo fin fundamental era desarrollar programas de educación y promoción de la salud y además funciones asistenciales primarias.

Sin embargo, la realidad ha sido que la asistencia y los programas de atención a las enfermedades crónicas , por lo tanto, de prevención secundaria, nos ocupan casi la totalidad del tiempo de la asistencia.

La dinámica en el desarrollo y puesta en marcha de programas exclusivos en promoción de la salud ha sido cada vez menor, anecdótico y circunstancial, lo que ha impedido desarrollar una de las funciones fundamentales de la AP que es conseguir una población más sana, con mayor calidad de vida y más autónoma en sus cuidados en salud.

En contrapartida, nos encontramos con centros de salud en los que los profesionales ocupamos la totalidad del tiempo en la demanda y en la atención a pacientes crónicos y la promoción de salud pasa a representar experiencias aisladas dentro de nuestra actividad, para cuando queda algo de tiempo...

Actualmente, casi la totalidad del presupuesto sanitario se dedica a la atención especializada y el gasto en la atención a los pacientes crónicos aumenta cada año, suponiendo el 77% del total del presupuesto en sanidad, poniendo ya en un peligro real la sostenibilidad del sistema sanitario.

Es el momento de hacer una seria reflexión de cómo debe desarrollarse en los próximos años nuestro sistema sanitario y que cambios y estrategias tiene que ir adoptando para conseguir, con el presupuesto asignado, la mejor atención posible.

Y por tanto yo me pregunto:

¿Cuáles son los retos del sistema sanitario público?

Sin duda, decir que los retos son dos o tres aspectos sería simplificar demasiado un proceso que, desde mi punto de vista, requiere un pacto por la sanidad, en la que Ministerio y CC AA adopten toda una serie de medidas concretas para garantizar, tanto los principios fundamentales de atención como la sostenibilidad del sistema.

Como enfermera, he elegido tres de los retos más importantes, en los que la enfermera tiene más competencias de desarrollo y va a ser un profesional clave para su puesta en marcha.

1 - CONTROL Y CUIDADO DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS

El aumento de las enfermedades crónicas en el mundo se debe a una amplia diversidad de factores en los planos mundial, nacional y local. Muchos de ellos están relacionados con los fundamentales cambios globales y sociales, entre ellos, la urbanización y la globalización económica, las medidas políticas y sociales y los problemas de la injusticia social y el envejecimiento de la población.

El aumento de las enfermedades crónicas es una carga creciente y plantea exigencias nuevas y diferentes a los sistemas de salud de todo el mundo. Todos los elementos de los sistemas de salud se ven afectados y la mayoría han de cambiar su orientación y pasar de los cuidados intensivos episódicos a los cuidados crónicos.

Los costes de la enfermedad crónica no se reducen a los cestos médicos directos de las operaciones y los tratamientos medicamentosos. Hay, además, importantes costes indirectos. Entre ellos, el descenso de la productividad económica cuando los trabajadores enferman o resultan discapacitados, la jubilación prematura y los costos de los diversos mecanismos para hacer frente a la enfermedad. Estos costos de las enfermedades crónicas –para las personas y para las familias, para las comunidades, los empleadores y las economías- van en rápido aumento (OXHA 2009a). Además, hay costes humanos que no pueden cuantificarse y que tienen relación con el dolor, el sufrimiento y el luto.

El Plan de Actuación 2008-2013 de la OMS para la Estrategia Global de Prevención y de Lucha contra las Enfermedades No Transmisibles (OMS 2008) ofrece directrices para que los países reorienten y fortalezcan los sistemas de salud.

Hasta el 80% de las enfermedades del corazón, el ictus, la diabetes de tipo 2 y más de la tercera parte de los cánceres, podrían evitarse eliminando los factores de riesgo comunes, principalmente el uso del tabaco, una dieta poco saludable, la inactividad física y el uso dañino del alcohol. Si no se aborda, la mortalidad y la carga de enfermedades causadas por estos problemas de salud seguirán aumentando.

En un estudio antes citado se indica que la esperanza de vida en los Estados Unidos ha disminuido por vez primera en 100 años y que ello puede atribuirse a la reducción de las enfermedades crónicas producidas por el tabaco y la obesidad (Thorpe 2009).

A nivel nacional, hay datos sobre el número de pacientes crónicos por los estudios de diferentes encuestas de salud de diferentes CC AA. Se estima que el 80% de las consultas de AP las provocan las enfermedades crónicas. El 77% del gasto sanitario se destina a combatir este tipo de enfermedades.

Estas cifras, y su proyección de aumento, son las que justifican como medida inicial frenar su progresión con políticas de prevención en la población sana y en personas con factores de riesgo a edades más tempranas.

Además, son fundamentales las estrategias activas de atención al paciente crónico. Euskadi es la primera CC AA que ha diseñado un programa específico de intervención al paciente crónico.

2- CIUDADANOS PARTICIPATIVOS, ESPECIALMENTE LAS PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS

Para ello es necesario el EMPODERAMIENTO DEL CIUDADANO pasando del paternalismo al ciudadano responsable de su salud

Es fundamental instaurar un modelo que permita la participación

activa de los ciudadanos a través de las asociaciones de pacientes, estableciendo un conjunto de estrategias que faciliten los autocuidados y autocontrol de los pacientes con enfermedades crónicas.

ESTRATEGIAS COMO:

1. **Educación Terapéutica**, individual y grupal, para aumentar los conocimientos del paciente sobre la patología y reforzar los cambios en los estilos de vida y comportamientos saludables conseguidos.
2. **Plan personalizado de autocuidados** con objetivos e intervenciones pactadas individualmente con el paciente.
3. **Programas de paciente experto**. Se llama paciente experto aquella persona afectada por una enfermedad crónica que es capaz de responsabilizarse de su enfermedad y autocuidarse, identificar síntomas y responder frente a ellos y adquirir instrumentos que le ayuden a gestionar el impacto físico, emocional y social de su enfermedad.
4. **Escuelas de pacientes**.
5. **Educación grupos de pacientes**.
6. **Educación terapéutica remota e incorporación de nuevas tecnologías**.
7. **Desarrollo de materiales educativos** y publicaciones informativas con un carácter periódico.

Esto permitirá que realmente sean los ciudadanos los protagonistas y el eje central del sistema sanitario, a la vez que ayudará a conseguir un mejor control, más autonomía y menor dependencia tanto del sistema sanitario como de los propios profesionales.

3- POLÍTICAS DE SALUD BASADAS EN LA PREVENCIÓN.

El conocido refrán de más vale prevenir que curar tiene aquí un nuevo sentido. Invertir ahora en programas de bienestar puede reportar en un futuro un beneficio doble: la disminución de enfermedades y el ahorro económico.

El mayor argumento de la prevención es humano: "es mucho mejor estar bien que mal". Hay un amplio margen en el que la prevención evita costes económicos, humanos y laborales, por ejemplo, políticas de prevención de la obesidad, movilidad urbana, políticas para que los jóvenes vayan caminando a la escuela, tienen un enorme potencial, hacen el entorno más agradable, reducen emisiones y, también, el riesgo de obesidad.

Y con los números sobre la mesa, los expertos ven claramente dónde se puede meter la tijera. La obesidad, bautizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la pandemia silenciosa, tiene un altísimo coste social. Una persona con obesidad moderada vive una media de tres años menos que una persona sana y una persona con obesidad mórbida una media de 10 años menos.

Pero no sólo eso. El coste económico es altísimo. El gasto sanitario de atender a una persona obesa es un 36% mayor que el de una persona que no lo es. Un estudio realizado por la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad calcula que los gastos provocados por esta patología superan los 2.500 millones de euros cada año.

Una patología que suele 'ir de la mano' de otras como la diabetes. Ambas constituyen el primer factor de riesgo cardiovascular de crecimiento progresivo e implican un 45% de la asistencia, tanto en atención primaria como en especializada, según datos de la Sociedad Española de Medicina Interna. La obesidad puede causar además osteoartritis o enfermedades cardiovasculares.

Con motivo de la celebración el pasado 14 de noviembre del Día Internacional de la Diabetes se han publicado datos tan alarmantes como que el 13% de la población española padece esta enfermedad. La obesidad duplicará el número de personas diabéticas en el año 2025.

La prevención con campañas de concienciación es útil, lo verdaderamente eficaz es evitar que aparezca la enfermedad. Es decir, las políticas primarias. Por ejemplo, impedir que los niños abusen de comidas ricas en grasas, algo que pretende el Ministerio de Sanidad erradicando de las máquinas expendedoras de bebida y comida de los colegios todos los productos insanos o la exposición de los ciudadanos al humo del tabaco.

Hacia ese camino es hacia donde se dirige la reforma de la ley antitabaco, que prohibirá fumar en todos los lugares públicos de ocio, todos, excepto los que están al aire libre. Es lo más rentable. La detección precoz de un cáncer de pulmón no sirve de nada pero sí es útil la prevención primaria, pues al impedir la exposición al humo que evita un gran porcentaje de estos cánceres.

Algunas de las patologías que más incrementan la factura de la salud son aquellas causadas por el tabaquismo, las enfermedades coronarias, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, los cánceres de boca o pulmón… Patologías que, además, son fácilmente reducibles. La diferencia está en el fumar o no fumar. Estar expuesto al humo de los cigarrillos o no estarlo. Actualmente, el tabaco causa más del 15% del gasto sanitario. Los fumadores generan un 25% más de gasto sanitario a lo largo de su vida que los no fumadores. Incluso teniendo en cuenta que viven menos años, de promedio 14 años menos, sostiene Rodrigo Córdoba, vicepresidente del Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo.

A España le sale caro el tabaquismo. Un informe reciente del Ministerio de Sanidad revelaba que el tabaco cuesta 50.000 vidas al año y 7.700 millones a la sanidad pública y es que, con los datos en la mano, no sólo importa el ahorro en vidas humanas, también el enorme coste económico que le acompaña.

Y así podríamos seguir hablando y propor-

© Fundación Colegio de Enfermería de Cantabria. Todos los derechos reservados - Febrero 2011

cionando datos y cifras de gasto de otras enfermedades crónicas como dislipemias, hipertensión, adiciones, hepatopatías…

Pero más que hablar de ahorro cuando se menciona la prevención, se debería hablar de una mejor utilización de los recursos. Y es aquí donde los gestores deberían tener en cuenta los beneficios futuros del bienestar, porque el beneficio es doble: humano y económico.

En los últimos años hemos oído hablar mucho de prevención pero poco de las inversiones y programas puestos en marcha a nivel nacional que permitan conocer sus beneficios a largo plazo y de los programas más efectivos y de como debe de ser su implantación.
Mi pregunta es:

¿CUANDO VAMOS A APOSTAR POR LA PREVENCIÓN?

Los expertos indican que la puesta en marcha de políticas de promoción y prevención son imprescindibles para frenar el imparable aumento de las enfermedades crónicas. Sin duda, esto, junto con el aumento de la esperanza de vida, justifican con creces dicha necesidad. Ahorrar significa evitar un gasto o consumo mayor.

Expertos economistas que analizan el mundo laboral actual, dicen que:

Prevenir no es gastar sino invertir en futuro

"La interrelación entre prevención y crisis se pone de manifiesto, aún más, cuando por todas partes se subraya la necesidad de reforzar las políticas preventivas en los momentos críticos. Políticas preventivas, se arguye, que son medidas terapéuticas destinadas a mejorar las condiciones laborales y a buscar procedimientos que reduzcan los costes de producción de la empresas. El criterio de que la prevención no está asociada a un gasto sino a una inversión surge, ahora más que nunca, como un axioma incontrovertible.

La OMS ya ha presentado muchos estudios que demuestran y calculan el ahorro con medidas concretas de promoción:

- En un estudio noruego, las estimaciones indicaban que, en 25 años, se conseguirían unos ahorros de 188 millones de dólares USA si se evitan las enfermedades del corazón y los ataques cardiacos, reduciendo 2 mmHg el nivel de la presión sanguínea de la población y solo mediante una disminución de la ingesta de sal (OMS 2005, pág. 77).
- Según estimaciones hechas en un estudio canadiense, reduciendo un 10% la prevalencia de la inactividad física podrían recortarse en 150 millones de dólares canadienses (unos 124 millones de dólares USA) los gastos anuales directos en atención de salud, en un año (OMS 2005, pág. 77).
- En los países de la OCDE sólo se destina a la prevención el 3% del gasto en salud (PriceWaterhouseCoopers LLP 2008).

Eric Brown: "Invertir en programas de prevención puede ahorrar dinero en el largo plazo"[1]

El investigador y académico de la Universidad de Washington dio a conocer además los detalles del programa 'Communities that Care', que tiene como objetivo prevenir el consumo de drogas y otros comportamientos como violencia, problemas de salud mental, embarazo adolescente y otros.

Brown presento porcentajes de dicho programa después de 10 años de funcionamiento, con datos que reflejan una disminución de aparición de adicciones en jóvenes, embarazos… y añadió que también se ha demostrado que la inversión en programas y estrategias de prevención pueden ahorrar dinero a largo plazo.

Al respecto advirtió que se ha demostrado que programas no evaluados se usan más que aquellos que demuestran mayor eficacia y que mientras algunos permiten un ahorro de más de U$20 mil, otros que se aplican con más frecuencia (como D.A.R.E, muy extendido en USA) significan escasos beneficios, por muy bajo que sea su coste.

En 2004, el Ministerio de Sanidad lanzó una campaña para prevenir la obesidad infantil y fomentar entre los jóvenes buenos hábitos de alimentación y la práctica de ejercicio físico. Invirtió 1,2 millones de euros. El resultado, para algunos, aún no está claro. O al menos no es visible. La obesidad ha aumentado.

En materia de prevención, hay expertos a nivel mundial y existen programas que ya han demostrado su eficacia en términos absolutos. Hay que dejar de hacer intervenciones puntuales que nos estén amparadas en un plan que garantice la consecución de sus objetivos y nos permita conocer tanto el ahorro, como la disminución de enfermedades conseguidas tras la puesta en marcha de dichos planes.

Sin duda, hay muchas razones para defender la promoción de la prevención, pero la más importante es la de conseguir una mayor calidad de vida de las personas y con el menor coste económico.

Parece claro que el momento actual es clave para la puesta en marcha de una política clara de prevención.

Y después de estos datos, claros y contundentes, la siguiente pregunta que me hago es:

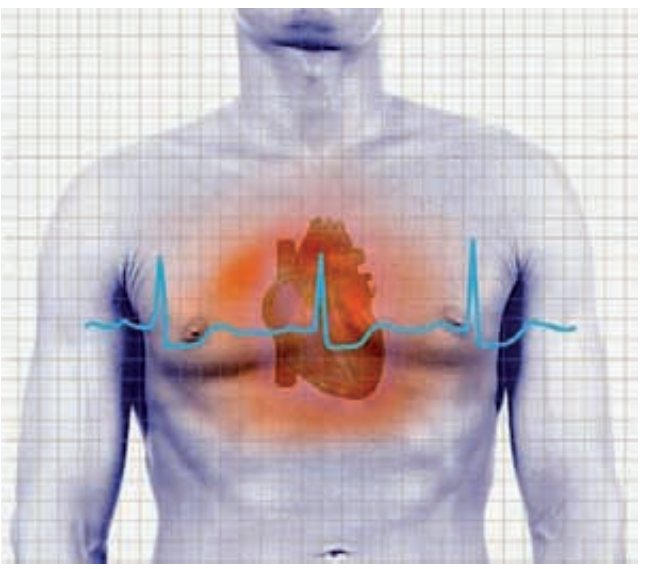
[1] Octubre de 2010. Eric Brown, experto en investigación en promoción de la salud, expuso en el Seminario Internacional en Chile el resultado de diversas evaluaciones a programas preventivos implementados en Estados)

¿Por qué no se han implantado políticas de promoción y prevención que ayuden a frenar esta tendencia?

Inadecuada planificación y ejecución de los programas de prevención, no han sido nunca la apuesta ni de gestores ni de políticos. Siempre se ha vivido tanto por profesionales como usuarios como algo secundario. Eso hace que no se les den credibilidad, ni se midan resultados en salud, ni se calcule el ahorro económico que genera a la larga dichos programas. Tenemos un sistema sanitario totalmente paternalista, en el cual el ciudadano tiene un papel secundario, y el rol que asume dentro del sistema es de dependencia hacia el sistema y hacia el propio profesional, generando una sobrecarga y saturación.

La rentabilidad en salud y económica de la implantación de medidas de promoción son a largo plazo. Incompatible con los intereses políticos que son a 4 años vista. Interesan inversiones más intervencionistas con poder mediático que se pueda vender su rentabilidad a corto plazo,

GRAN PROBLEMA. Un buen plan de promoción de salud tendrá resultados en un plazo de 10-20 años y a los políticos eso no les interesa, pero si a los sanitarios y a la población y habrá que defender ese planteamiento.



Gestión en la abundancia con la sensación de recursos ilimitados. Sin duda es en los países con menos recursos donde más implantados están todos los programas de prevención. Disponen de agentes de salud que educan a la población, pero no tienen para trasplantes, atorvastatinas y antibióticos de tercera generación. Por lo tanto tienen que frenar las enfermedades crónicas. Conclusión 'la necesidad obliga' y, en este caso, salva.

Abandono por parte de Atención Primaria de sus funciones de prevención asumiendo cada vez más funciones rehabilitadoras y curativas.

Falta de mentalidad y de formación de los profesionales para el diseño, desarrollo y puesta en marcha de dichos programas a la vez que la credibilidad en los mismos.

¿Qué papel deben de jugar instituciones, gestores y políticos?

Los gestores deben incluir en sus objetivos o líneas estratégicas la prevención y promoción como líneas fundamentales con dotación de personal y con gestos claros de compromiso para ello.

Los políticos deberán llegar a un pacto por la sanidad que asegure la continuidad y compromiso de todos por el desarrollo de programas de prevención y promoción.

¿Que papel debemos jugar las enfermeras?

GASTEMOS NUESTRO TIEMPO ASISTENCIAL EN PREVENIR:

Nosotros como profesionales gastemos tiempo en ello, debemos estar formados en metodología de prevención y promoción, e incorporar en nuestra práctica asistencial diaria intervenciones en prevención de una manera sistemática y continua en nuestro contacto con el ciudadano.

Sin duda es AP la que debe de llevar el peso fundamental, pero desde especializada también se tiene que potenciar la promoción, prevención y manejo del cuidado en la persona con enfermedad crónica, buscando facilitar el autocuidado y autonomía personal del paciente y también en aras de lo que se llama el mal menor: un paciente diabético mal controlado puede desarrollar en el futuro HTA, insuficiencia renal, cardiopatía, ACV…

Es mas fácil educar a los niños y jóvenes para que no fumen, beban con moderación, prevengan accidentes de coche y moto, que tener programas de deshabituación tabáquica, enfermos hepáticos o jóvenes con minusvalías…

La promoción de la salud y la prevención de las principales enfermedades pasan inexorablemente por la adquisición de comportamiento y actitudes saludables, el fomento de la autonomía y el autocuidado como ejes centrales del trabajo enfermero en la comunidad. Mediante la Educación para la Salud, puesto que se hace imprescindible para la consecución de mejores niveles de salud individual y colectiva.

Es fundamental la incorporación de la enfermera dentro del ambiente escolar, de una manera sistemática y generalizada, de modo que los niños y jóvenes incorporen en su formación curricular y de una manera transversal todos los conocimientos y capacidades necesarios para su autocuidado y de sus dependientes (abuelos, o hijos en un futuro…). Facilitando a la enfermera ser el nexo de unión con el sistema sanitario.

Será mas rentable enseñar a los niños y familias hábitos de vida saludables, en sus colegios, centros de salud, publicidad, campañas sanitarias, ayuntamientos, etc., que esperar a que tengan 40 años para hacerles una triple toma de tensión arterial y diagnosticar hipertensión, diabetes, hipercolesterolemia, enfermedades degenerativas óseas, obesidad causa y consecuencia de otras muchas enfermedades crónicas y situaciones invalidantes que revierten en aumento de dependencia en más gasto sanitario y menor calidad de vida para las personas…

Mi propuesta es 'gastemos en prevenir'. No se si como mejora o, dada la situación actual, como última salida. Pero sin dudarlo, con urgencia, planificación y control.

CONCLUSION

La sostenibilidad del sistema sanitario pasa por que seamos unos ciudadanos con mayor capacidad de autocuidado, autocontrol en las enfermedades crónicas, conocimientos en cuidados de promoción de salud individual y nuestros dependientes… Eso pasa por unos cuidados enfermeros programados y continuados que capaciten a la población para que puedan asumir que ellos son los primeros responsables de su salud y no delegar esa responsabilidad en el sistema sanitario.

© Fundación Colegio de Enfermería de Cantabria. Todos los derechos reservados - Febrero 2011

PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

FUNDACIÓN ENFERMERA CANTABRIA

Nuberos Científica
www.enfermeríadecantabria.com/nuberoscientifica

Revisión de la evolución de los factores psicosociales en la enfermería de Cantabria en la primera década del siglo XXI

Autora:
Rosa González Casquero

Centro trabajo: Servicio Central de Prevención de Riesgos Laborales del Gobierno de Cantabria: Sección Salud Laboral

Correo de contacto:
rosagonzalezca@hotmail.com

Recibido: Noviembre de 2010
Aceptado: Febrero de 2011

Colegio Oficial de Enfermería de Cantabria

© Fundación Colegio de Enfermería de Cantabria. Todos los derechos reservados - Febrero de 2011

Resumen:

En estudios anteriores se ha evidenciado que los riesgos que conllevan unas condiciones psicosociales desfavorables afectan tanto al bienestar como a la salud física, psíquica o social del trabajador, así como al desarrollo del propio trabajo. En la actualidad, estas condiciones desfavorables persisten y continúan siendo el origen de la aparición de conductas y actitudes inapropiadas en el desarrollo del trabajo.

El propósito de este trabajo es conocer la evolución de los factores psicosociales del colectivo de Enfermería de Cantabria en los primeros 10 años del siglo XXI, aplicando la misma metodología del estudio realizado en el año 2000. En este estudio, los Factores Psicosociales más desfavorables fueron la Carga Mental y el Interés por el Trabajador. Por el contrario, el factor más favorable fue el de las Relaciones Personales.

Para constatar esta evolución, se realizará un estudio descriptivo transversal donde se analizarán los factores psicosociales mediante un cuestionario obtenido del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT). También se analizarán los eventos significativos que han afectado a la Enfermería en Cantabria en este periodo de tiempo.

Es esperado que los datos obtenidos sean de gran utilidad para valorar la situación psicosocial de la Enfermería en Cantabria, dando posibilidad de intervención en los factores más debilitados como posibilidad de mejora futura.

Palabras clave:

- Satisfacción profesional
- Cuidado del cuidador
- Factor psicosocial

Resumen:

Previous studies have shown that the risks associated with adverse psychosocial conditions affect both the well-being or physical health, or social worker psquica as the development of the work itself. At present, these unfavorable conditions persist and continents being the source of the sighting of inappropriate behaviors and attitudes in the development of work.

Dealing for the purposes of this study was to determine the evolution of psychosocial factors of the nurse in Cantabria in the first 10 years of the century, applying the same methodological study in the year 2000. In this study, psychosocial factors more adverse were mental workload and interest for the worker. On the contrary, the most favorable factor was the personal relationships.

To determine this evolution, a cross sectional study will be realized, where psychosocial factors will be analyzed using a questionnaire derived from the National Institute for Occupational Safety and Health at Work (INSHT). There will be also analyzed the important events that have concerned the Infirmary in Cantabria in this period of time.

It is expected that the data obtained are useful for assessing the psychosocial situation of the Nurse in Cantabria, giving possibility to Intervention on the factors more weakened as the possibility of future improvement.

Keywords:

- Professional satisfaction
- Care of the caregiver
- Psychosocial factor.

1. INTRODUCCION

El derecho de los trabajadores a la protección de la salud y seguridad en el trabajo obligó a la Unión Europea a crear una serie de normativas en materia de seguridad y salud laboral que mejoraron progresivamente las condiciones de trabajo de forma armónica en los diferentes países europeos.

La directiva 89/191/CEE ('Directiva Marco') constituye la base general conforme al que deben elaborarse las restantes directivas específicas en cada país de la comunidad. La transposición de esta directiva marco al derecho español da lugar a la promulgación de la ley 31/1995 de prevención de riesgos laborales.[1]

Se entiende por Prevención el conjunto de disposiciones o medidas previstas para la mejora de las condiciones de trabajo con el fin de evitar o disminuir los riesgos laborales.[2]

Los principios básicos de la actividad preventiva vienen recogidos en el art. 15 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales y son los siguientes:

1. Evitar los riesgos.
2. Evaluar los riesgos que no puedan evitarse.
3. Combatir los riesgos en su origen.
4. Adaptar el trabajo a la persona.
5. Tener en cuenta la evolución de la técnica.
6. Sustituir lo peligroso por lo que entraña poco o ningún peligro.
7. Planificar la prevención integrándola en el conjunto de la empresa.
8. Dar prioridad a la protección colectiva sobre la individual.
9. Dar las debidas instrucciones a los trabajadores (formación e información).

El Reglamento de los Servicios de Prevención[3] indica las cuatro disciplinas que integran la prevención: Medicina del Trabajo, Seguridad Laboral, Higiene Industrial y Ergonomía y Psicosociología aplicada.

Las condiciones laborales inadecuadas dentro del campo de la Seguridad y/o la Higiene, provoca que los riesgos que se deriven sean más tangibles y sus consecuencias, más graves frente a la Ergonomía y Psicosociología aplicada.

El concepto de factores psicosociales hace referencia a aquellas condiciones que se encuentran presentes en una situación laboral y que están directamente relacionadas con la organización, el contenido del trabajo y la realización de la tarea y que son capaces de afectar tanto al bienestar o a la salud física, psíquica o social del trabajador como al desarrollo del trabajo[4]. Esto queda reflejado en la definición de salud de la OMS que enuncia que: «La Salud es el completo estado de bienestar físico, psíquico y social y no sólo la ausencia de enfermedad».[5]

Teniendo en consideración el concepto de salud, es ineludible incluir los componentes biológicos, psicológicos y sociales del ser humano y, por ello, hay que tomar en consideración los aspectos relacionados con la salud mental y el bienestar psicosocial de las personas. La legislación europea y la española reconocen la im-

portancia de los factores psicosociales en la prevención de los riesgos laborales y plantean la necesidad de mejorar las condiciones de trabajo con el fin de prevenir dichos riesgos. [6]

Unas condiciones psicosociales desfavorables estarán en el origen de la aparición, tanto de conductas y actitudes inapropiadas en el desarrollo del trabajo, como de alteraciones de la salud del trabajador. [7]

Entre los muchos factores psicosociales estudiados como potencialmente negativos, cabe resaltar los siguientes: la mala utilización de las habilidades, la sobrecarga de trabajo, la falta de control, el conflicto de autoridad, la desigualdad en el salario, la falta de seguridad en el trabajo, los problemas en las relaciones laborales, el trabajo por turnos y el peligro físico.

Las consecuencias que se pueden derivar de esta situación son el estrés, la desmotivación, la insatisfacción, problemas de relación social, absentismo laboral, abandonos voluntarios de la empresa por parte de los trabajadores, conflictividad laboral…

Un equilibrio, por una parte, entre las capacidades y las limitaciones del individuo y, por otra parte, las exigencias del trabajo y del medio ambiente podría crear una situación psicosocial en el trabajo que tendría una influencia positiva sobre la salud.

Los Factores Psicosociales incluyen aspectos de la tarea y la organización en el trabajo y son, junto con las condiciones ambientales como ruido, temperatura e iluminación, los desencadenantes del estrés.[8]

En el informe de la Fundación Europea 'Condiciones de Trabajo en la UE', el 28% de los trabajadores afirmaron padecer problemas de salud relacionados con el estrés. Esta cifra representa que cada año, aproximadamente, son 41 millones los trabajadores afectados por el estrés relacionado con el trabajo y suman millones de jornadas laborales perdidas. El principal desafío y motivo de preocupación no sólo son los efectos sobre la salud en los propios trabajadores, sino también los costes o repercusión económica en las empresas y los costes sociales para los países europeos.[9]

La enfermería es, sin duda, una profesión generadora de estrés, ya que se viven situaciones de gran intensidad emocional. A las dificultades cotidianas de cualquier trabajo, se añade una sobrecarga mental debido al continuo contacto con enfermedad, sufrimiento y muerte.

En el año 2000 se realizó el estudio 'Factores Psicosociales en la Enfermería de Cantabria'. Los resultados del estudio dejaron abierta la posibilidad de seguir investigando.

El presente proyecto comparará los datos obtenidos en el 2010 con los datos obtenidos en el año 2000, en otro estudio similar con la misma metodología y del cual fui co-autora.

En el estudio del año 2000 se aceptaron como válidas 431 encuestas de todas las recibidas sobre una población de 2.600 profesionales de Enfermería.

Se formaron 4 grupos de edad, con un rango que va de los 20 años hasta los 65 años (jubilación). Cada grupo comprendía una década, excepto el de 51 a 65 años. La mayor amplitud del mismo, frente a los anteriores, se determinó en el diseño del estudio por considerar que este rango de edades presentaba características que permitían entender su posible homogeneidad.

En el año 2000, la Enfermería de Cantabria trabajaba principalmente en centros de Gestión Pública (78,2%), mientras que en centros de Gestión Privada lo hacían el 21,8%.

Se constató una diferencia porcentual significativa de quienes trabajaban a turnos (74,7%) frente a quienes no lo hacían (25,3%). La rotación mañana-tarde-noche (81,2%) era la más frecuente; en rotación mañana-tarde lo hacían el 18,5% y en otras variantes como noche-mañana o tarde-noche solo el 0,3%.

Según el perfil valorativo, la Enfermería de Cantabria en el año 2000 se encontraba en una **Situación Intermedia**.

La enfermería que trabajaba a turnos registró las peores valoraciones en factores como Carga Mental, Autonomía del Trabajo e Interés por el Trabajador. Fue el único grupo en el que se constató la existencia de más de un factor con la peor valoración. Situación que fácilmente pueda deberse a tener que asumir, en la mayoría de las ocasiones, la carga de trabajo en equipos unipersonales. Con lo cual los subfactores intrínsecos a los mismos (presiones de tiempo y retraso, esfuerzo de atención, fatiga nerviosa asociada, cantidad y complejidad de la información, dificultad de la tarea, abandono momentáneo del trabajo, distribución de pausas, determinación y variación del ritmo) estaban agravados.

El grupo que refiere trabajar a turnos presentó la mejor nota valorativa en cuanto al Contenido del Trabajo, haciendo constancia de que, a pesar de la rutina que implica su labor profesional y la repetitividad de las tareas, estaban motivados para su trabajo y éste era importante e indispensable para el buen funcionamiento de la entidad en la que prestaban sus servicios e, incluso, estaban valorados por su entorno (paciente, familias, etc.)

El grupo que englobaba a los profesionales de enfermería, con edades de 51 a 65 años, fue el que peor valoró el Contenido del Trabajo. Aunque eran conscientes de la importancia de su trabajo, tanto para la entidad como para el entorno, la repetitividad y la rutina después de unas décadas de trabajo, unido a una disminución en las capacidades para el aprendizaje y adaptación de nuevos métodos, pueden explicar esta situación.

Así mismo, fue el grupo que manifestó tener mejor definido su rol, por no considerar éste ni ambiguo ni conflictivo. A su vez percibían un mayor interés por el trabajador, principalmente, por la estabilidad en el empleo, a pesar de considerar que su experiencia para la promoción no había sido tenida muy en cuenta.

Frente a éste grupo se situó el que comprende a enfermería de 20 a 30 años, quienes no parecían tener muy definido su rol de tareas a desarrollar, explicable por la bisoñez de estos profesionales, unida a su corta experiencia laboral (debida principalmente a su estatus de parado).

Las relaciones personales eran mejor asumidas en la enfermería que trabaja en centros de gestión privada, pero valoradas por el grupo de edad comprendido entre los 41 y 50 años, si bien el grupo de edad consecutivo (51 a 65 años) presentaba valores muy cercanos. Se puede pensar que, con el transcurso del tiempo, siendo dos grupos en los que la estabilidad del empleo

© Fundación Colegio de Enfermería de Cantabria. Todos los derechos reservados - Febrero 2011

se halla afianzada, en su mayoría, y que hayan tenido muy poca movilidad dentro de los diferentes servicios de la entidad, han erosionado en parte la cohesión del equipo de trabajo, restándole consistencia interna.

2. HIPÓTESIS

OBJETIVOS

GENERAL
Analizar la evolución de los factores psicosociales del colectivo la primera década del siglo XXI.

ESPECÍFICOS
- Conocer los factores psicosociales del colectivo.
- Medir los factores psicosociales del colectivo.
- Comparar los resultados obtenidos en el año 2010 con los del año 2000.
- Analizar los eventos ocurridos entre los años 2000-2010 que hayan podido afectar a la Enfermería de Cantabria; oposiciones al Servicio Cántabro de Salud, prescripción enfermera, inauguración de nuevos hospitales…
- Proponer medidas preventivas de satisfacción profesional para los profesionales de Enfermería y las Instituciones
- 'Cuidado del cuidador'

3. METODOLOGÍA

3.1. TIPO DE ESTUDIO:

Se realizará un estudio descriptivo transversal.

3.2. POBLACIÓN:

El colectivo de profesionales de enfermería colegiados en Cantabria (n=3423).

Criterios de inclusión Los profesionales de enfermería colegiados en Cantabria.
Criterios de exclusión Los profesionales de enfermería que no quieran participar.
Los profesionales de enfermería no colegiados.

3.3. PERIODO DE TIEMPO:

El estudio comenzará en Septiembre 2010 y se estima estará finalizado para Junio 2012.

3.4. VARIABLES

VARIABLES DEPENDIENTES
Sociodemográficas: Sexo, edad
Laborales: lugar de trabajo, área o servicio de trabajo, turnos y horarios de trabajo.

VARIABLES INDEPENDIENTES
Factores psicosociales: Carga mental, autonomía temporal, contenido de trabajo, supervisión y participación, definición del rol, interés por el trabajador, relaciones personales.

Definición de los factores psicosociales a estudiar

CARGA MENTAL
Se refiere al esfuerzo intelectual que debe realizar el trabajador para hacer frente al conjunto de demandas que recibe el sistema nervioso en el curso de la realización de su trabajo. El trabajo mental de un puesto laboral consiste en la recogida de información, el procesamiento de esa información y, finalmente, la toma de decisiones.

Es importante que el trabajo exija un cierto grado de actividad, pues tan nocivo es que haya requerimientos excesivos que precisen del mantenimiento continuado de una atención elevada (sobrecarga mental), como que el trabajo no requiera de la persona ningún esfuerzo mental (infracarga).

A la evaluación final de este factor contribuyen cinco subfactores:
- Presiones de tiempos y retrasos.
- Esfuerzo de atención.
- Fatiga nerviosa.
- Cantidad y complejidad de la información.
- Dificultad de la tarea.

AUTONOMÍA TEMPORAL
Se refiere a la discreción concedida al trabajador sobre la gestión de su tiempo de trabajo y descanso. Se pregunta al trabajador sobre la elección del ritmo o de la cadencia de trabajo y de la libertad que tiene para alterarlos si lo desea, así como con respecto a su capacidad para distribuir sus descansos.

A la evaluación final de este factor contribuyen cuatro subfactores:
- Posibilidad de abandono momentáneo del trabajo.
- Distribución de pausas.
- Determinación del propio ritmo.
- Variación del ritmo.

CONTENIDO DE TRABAJO
Se refiere al grado en que el conjunto de tareas que desempeña el trabajador activan una cierta variedad de capacidades humanas, responden a una serie de necesidades y expectativas del trabajador y permiten el desarrollo psicológico de los trabajadores.

Valora en qué medida el trabajo desarrollado está diseñado con tareas variadas y con sentido, implica la utilización de diversas capacidades del trabajador, está constituido por tareas monótonas o repetitivas o, en qué medida, es un trabajo que resulte importante, motivador o rutinario.

A la evaluación final de este factor contribuyen siete subfactores:
- Capacidades utilizadas.
- Repetitividad.
- Importancia del trabajo.
- Variedad del trabajo.
- Trabajo rutinario.
- Motivación por el trabajo.
- Importancia del trabajo para otros.

SUPERVISIÓN – PARTICIPACIÓN
Se refiere al grado de autonomía decisional del trabajador, es decir, el grado en el que la distribución del poder de decisión entre el trabajador y la dirección, en lo relativo a aspectos relacionados con el desempeño del trabajo, es adecuada.

Se evalúa a partir de la valoración que el trabajador otorga al control ejercido por la dirección y el grado de participación activa de dicho trabajador respecto a distintos as-

pectos relacionados con el desarrollo del trabajo. También se evalúa a partir de la valoración que el trabajador realiza de distintos medios de participación.

A la evaluación final de este factor contribuyen tres subfactores:

- Supervisión.
- Medios de participación.
- Grado de participación.

DEFINICIÓN DEL ROL

Considera los problemas que pueden derivarse del rol laboral y organizacional otorgado a cada trabajador. Se produce ambigüedad de rol cuando se da al trabajador una inadecuada información sobre su rol laboral u organizacional. Se da conflictividad de rol cuando existen demandas de trabajo conflictivas entre las demandas de la organización y los valores y creencias propias, conflictos entre obligaciones de distinta gente y conflictos entre tareas muy numerosas o muy difíciles.

A la evaluación de este factor contribuyen dos subfactores:

- Ambigüedad de rol.
- Conflictividad de rol.

INTERÉS POR EL TRABAJADOR

Se refiere al grado en que la empresa muestra una preocupación de carácter personal y a largo plazo por el trabajador o, bien, si la consideración que tiene por éste es de carácter instrumental y a corto plazo.

La preocupación personal y a largo plazo tiende a manifestarse en varios aspectos: asegurando estabilidad en el empleo, considerando la evolución de la carrera profesional, facilitando información y formación a los trabajadores.

A la evaluación final de este factor contribuyen cuatro subfactores:

- Promoción.
- Formación.
- Medios de información.
- Estabilidad en el empleo.

RELACIONES PERSONALES

Se refiere a la calidad de las relaciones personales de los trabajadores. Se indaga hasta qué punto es posible la comunicación con otros trabajadores, la calidad de las relaciones que el trabajador tiene con los distintos colectivos con los que puede tener contacto y se valoran las relaciones que se dan generalmente en el grupo de trabajo.

A la evaluación final de este factor contribuyen tres subfactores:

- Posibilidad de comunicarse.
- Calidad de las relaciones.
- Relaciones de grupo.

3.5. MÉTODOS DE RECOGIDA DE DATOS

La recogida de datos se realizará mediante encuesta anónima enviada por correo postal a todos los profesionales de enfermería colegiados. Se realizará el envío de cuestionarios, junto con sobre franqueado de respuesta, a toda la población mediante su inclusión en la Revista del Colegio de Enfermería (Nuberos). Una vez cumplimentada, será remitida por el encuestado en sobre de 'franqueo en destino'.

El cuestionario a rellenar constará de unas preguntas sociodemográficas que se incluyen en el anexo I y las 75 preguntas adjuntadas en el anexo II, que pertenecen al modelo de valoración de los factores psicosociales el INSHT.

Este cuestionario distribuye las preguntas según 7 apartados que son:

1º/ Preguntas 1 - 11: Carga Mental.
2º/ Preguntas 12 - 15: Autonomía Temporal.
3º/ Preguntas 16 - 34: Contenido de Trabajo.
4º/ Preguntas 35 - 51: Supervisión y Participación.
5º/ Preguntas 52 - 62: Definición del Rol.
6º/ Preguntas 63 - 69: Interés por el Trabajador.
7º/ Preguntas 70 - 75: Relaciones Personales.

Para analizar los factores psicosociales en los colectivos de estudio se ha utilizado el método de 'Evaluación de los Factores Psicosociales del INSHT', en su Aplicación Informática para la Prevención (AIP), elaborado en el Centro de Condiciones de Trabajo de Barcelona.

Este método ofrece los resultados obtenidos a través de dos perfiles, el Perfil Valorativo y el Perfil Descriptivo:

A - Perfil Valorativo: presenta las puntuaciones del colectivo analizado para cada uno de los factores psicosociales de los que consta este método, trasladándolas a un perfil gráfico en el que se presenta una escala de valores comprendida entre 0 y 10 para cada factor. Se distinguen tres zonas diferentes con distintas situaciones de riesgo:

**Situación Satisfactoria*.

***Situación Intermedia*. Las situaciones existentes pueden generar molestias a un cierto número de trabajadores, pero no son lo suficientemente graves como para demandar una intervención inmediata. Sin embargo, es una situación que es preciso subsanar en cuanto sea posible, ya que estos factores pueden resultar en el futuro fuentes de problemas.

***Situación Nociva.* Los factores comprendidos en esta zona requieren una intervención en un plazo lo más breve posible. Es previsible que en situaciones de este tipo exista entre los trabajadores una gran insatisfacción con su trabajo, una tendencia al incremento del absentismo o que aparezca sintomatología asociada al estrés.

B - Perfil Descriptivo: ofrece una información detallada de como se posicionan los trabajadores estudiados ante cada pregunta, permitiendo conocer el porcentaje de elección de cada opción de respuesta, lo que permite obtener datos acerca de aspectos concretos relativos a cada factor. Y esta información puede ayudar a orientar las acciones particulares que se han de emprender para la mejora de un determinado factor.

3.6. MÉTODOS ESTADÍSTICOS

Los datos se agruparán por variables y se codificarán para describir frecuencias y porcentajes, haciendo una depuración de la información para su análisis final. Se diseña una base de datos en Excel. Se trabajará a un nivel de confianza del 95% y con un error muestral del +/- 5% y como baremo de calidad se validarán los datos a través de un proceso estadístico paralelo mediante el paquete estadístico SPSS v.17.

© Fundación Colegio de Enfermería de Cantabria. Todos los derechos reservados - Febrero 2011

4. PLAN DE TRABAJO

Organizado en las siguientes fases:

FASE I: ENVÍO Y RECOGIDA DEL CUESTIONARIO

Se solicitará la autorización del Colegio Oficial de Enfermería de Cantabria para enviar los cuestionarios a los colegiados. Las encuestas se enviarán durante la segunda quincena del mes de octubre de 2010 a la población objeto del estudio, fijando como fecha final de recogida de las encuestas el 15 de diciembre de 2010. Se adjuntará una carta donde se explica el motivo del envío (Anexo III)

FASE II: PROCESO ESTADÍSTICO, TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

FASE III: EVALUACIÓN DE RESULTADOS Y CONCLUSIONES

FASE IV: PROPUESTA DE MEDIDAS PREVENTIVAS

	MESES				
FASES	Actividades	1-4	5-12	13-18	19-22
I	Envío y recogida del cuestionario.	X			
II	Proceso estadístico, tabulación y análisis de resultados.		X		
III	Evaluación de resultados y conclusiones.			X	
IV	Propuesta de medidas preventivas.				X

5. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

- *No conseguir la muestra necesaria* para igualar el porcentaje del estudio del año 2000. En el año 2000 sobre una población de 2.600 profesionales de Enfermería colegiados se obtuvieron 431 cuestionarios válidos. Este porcentaje permitió poder extrapolar los datos y hablar de la Enfermería de Cantabria y no sólo de la muestra a estudio.
- *Cuestionarios no válidos* por mala cumplimentación.

6. ASPECTOS ÉTICOS

El tratamiento de los datos será confidencial y de forma que quede garantizada el cumplimiento de la Ley Orgánica 15/99 de protección de datos. En el Anexo IV se incluye la Solicitud de autorización del Colegio de Enfermería de Cantabria para enviar a todos los colegiados el cuestionario. Se solicitará dictamen del Comité de Bioética de la Comunidad Autónoma de Cantabria. (Anexo V)

7. UTILIDAD PRÁCTICA DE LOS RESULTADOS EN RELACIÓN A LA SALUD LABORAL

El análisis de los factores psicosociales permitirá informar a los directores y gerentes de las instituciones y proponer medidas de mejora en relación con la salud de las enfermeras de Cantabria. Entendiendo que estas mejoras revertirán favorablemente en la salud laboral desde una visión bio-psico-social.

Las medidas preventivas irán dirigidas al ámbito general y para cada factor analizado, proporcionando unas pautas de actuación para minimizar o corregir el riesgo detectado. Estas medidas mejorarán el bienestar de la Enfermería de Cantabria.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Ley de Prevención de Riesgos Laborales 31/1995, de 8 de Noviembre.
2. Gómez Echevarría, G. "Manual para la prevención de riesgos laborales". Editorial CIS. Valencia, 1995.
3. Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención.
4. Llaneza Álvarez FJ. Ergonomía y psicosociología aplicada: manual para la formación del especialista. Valladolid. Lex Nova; 2009.
5. Organización Mundial de la Salud. Conferencia Sanitaria Internacional. Official Records of the World Health Organization, Nº 2, p. 100. Nueva York, 1948.
6. Gómez Echevarría, G. "Ergonomía y Psicosociología en la empresa". Editorial CIS. Valencia, 2001.
7. José Mª Peiról. Mª Jesús Bravo. "Oportunidades y retos para la Psicología del trabajo y de las organizaciones". Asociación Colombiana para el Avance de las Ciencias del Comportamiento. Colombia, 2000.
8. Unidad de Prevención de Riesgos. "Estrés y Carga Mental". Universidad de Burgos. 2001. Disponible en: URL: http://www.ubu.es/servicios/seguridad/recomendar/estrés.htm
9. Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo. Hoja informativa "Estrés en el trabajo". 2001.
10. Revista "Nuberos", año 6, nº 22, pág 12-21 y en Internet http://www.ocenf.org/cantabria/trabajo.htm/psicoenf.zip "Factores Psicosociales en la Enfermería de Cantabria".
11. Manzano, G. Ramos, F. "Profesionales con alto riesgo de padecer Burnout: enfermeras y secretarias". Revista Psiquiatria. Intersalud. 2001. Disponible en: URL:http://www.psiquiatria.com/articulos/enfermeria/1234.
12. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (I.N.S.H.T.) Aplicación Informática para la Prevención (A.I.P.), "Factores Psicosociales; método de evaluación". Barcelona, 1999.
13. Isabel Neyra. "El trabajo a turnos". Ibermutuamur. 2000. Disponible en: URL: http://www.ibermutuamur.es/contenido/pf/documentacion/articulos_especializados/Ergonomia_bip19.pdf
14. Julia Flores Jiménez. "Estudio comparativo de la relación existente entre la satisfacción laboral, la turnicidad y el estrés laboral". 2000. Disponible en: URL: http://www.ibermutuamur.es/contenido/acd/revista_bip/25/pdf/bip25_Seguridad%20Laboral.pdf

ANEXO I

Sexo: Hombre ☐ Mujer ☐

Edad: 20-30 años ☐ 31-40 años ☐ 41-50 años ☐ 51-65años ☐

***** EN CASO QUE DESEMPEÑE MÁS DE UN TRABAJO, REFIÉRASE ÚNICAMENTE AL QUE OCUPA LA MAYOR PARTE DE SU JORNADA LABORAL.*

Centro de trabajo:

CENTRO PÚBLICO		CENTRO PRIVADO		OTROS	
Hospital		Hospital		Empresa	
Centro de Salud		Clínica		Docencia	
Ambulatorio		Geriátrico		Investigación	
Centro rural (APD)		Consulta		Cargos administrativos	
		Mutua		Otros	

Servicio donde trabaja:

Alergología		Digestivo		Nefrología		Rehabilitación	
Análisis / laboratorio		Endocrino		Oftalmología		Respiratorio	
Anatomía patológica		Estomatología		Oncología		Reumatología	
Anestesia		Farmacología		ORL		Salud Laboral	
Atención Primaria		Geriatría		Otros (especificar)		Traumatología	
Cardiología / Card-Vasc.		Gincología / Obstetricia		Ortopedia		Urología	
Cirugía General		Hematología		Pediatría		Urgencias	
Cuidados Intensivos		Medicina Interna		Psiquiatría			
Dermatología		Med. Legal y Forense		Radiología			

En medio hospitalario: Planta ☐ Quirófano ☐ Consulta ☐

Tipo de horario: Jorn. continua ☐ Jorn. partida ☐ Jorn. parcial ☐

Trabajo a turnos: **No:** ☐ **Sí:** M/T ☐ M/T/N ☐

Guardias: **No:** ☐ **Sí:** especificar tipo y horario: .....

ANEXO II

CUESTIONARIO DEL MÉTODO DE EVALUACIÓN DE FACTORES PSICOSOCIALES

1. Exceptuando las pausas reglamentarias. Aproximadamente, ¿cuánto tiempo debes mantener una exclusiva atención en tu trabajo? ***(de forma que te impida tener la posibilidad de hablar, de desplazarte o simplemente de pensar en cosas ajenas a tu tarea)***

☐ casi todo el tiempo ☐ sobre 1/4 del tiempo
☐ sobre 3/4 partes del tiempo ☐ casi nunca
☐ sobre la mitad del tiempo

2. ¿Cómo calificarías la atención que debes mantener al realizar tu trabajo?

☐ muy alta ☐ alta ☐ media ☐ baja

3. Para realizar tu trabajo, la cantidad de tiempo de que dispones es:

☐ normalmente demasiado poco
☐ en algunas ocasiones demasiado poco
☐ es suficiente, adecuado
☐ no tengo un tiempo determinado, me lo fijo yo

4. ¿Cuándo se produce un retraso en el desempeño de tu trabajo, ¿Se ha de recuperar?

☐ no ☐ sí, durante las pausas
☐ sí, con horas extras ☐ sí, durante el trabajo, acelerando el ritmo

5. La ejecución de tu tarea, ¿te impone trabajar con cierta rapidez?

☐ casi todo el tiempo ☐ sobre 1/4 del tiempo
☐ sobre 3/4 del tiempo ☐ casi nunca
☐ sobre la mitad del tiempo

© Fundación Colegio de Enfermería de Cantabria. Todos los derechos reservados - Febrero 2011

CUESTIONARIO DEL MÉTODO DE EVALUACIÓN DE FACTORES PSICOSOCIALES (Continuación)

6. Los errores, averías u otros incidentes que puedan presentarse en tu puesto de trabajo se dan:
☐ frecuentemente ☐ en algunas ocasiones ☐ casi nunca

7. Cuando en tu puesto de trabajo se comete algún error:
☐ generalmente pasa desapercibido
☐ puede provocar algún problema menor
☐ puede provocar consecuencias graves (para la producción o la seguridad de otras personas)

8. Al acabar la jornada, ¿te sientes fatigado?
☐ no, nunca ☐ sí, a veces ☐ sí, frecuentemente ☐ sí, siempre

9. Para realizar tu trabajo la cantidad de información (órdenes de trabajo, señales de la máquina, datos de trabajo...) que manejas es:
☐ muy elevada ☐ elevada ☐ poca ☐ muy poca

10. ¿Cómo es la información que manejas para realizar tu trabajo?
☐ muy complicada ☐ complicada ☐ sencilla ☐ muy sencilla

11. El trabajo que realizas, ¿te resulta complicado o difícil?
☐ no ☐ sí, a veces ☐ sí, frecuentemente

12. ¿Tienes posibilidad de abandonar el trabajo por unos minutos?
☐ puedo hacerlo sin necesidad de ser sustituido
☐ puedo ausentarme siendo sustituido por un compañero
☐ es difícil abandonar el puesto

13. ¿Puedes distribuir tú mismo las pausas a lo largo de la jornada laboral?
☐ sí ☐ no ☐ a veces

14. ¿Tienes posibilidad de marcar tu propio ritmo de trabajo?
☐ sí ☐ no ☐ a veces

15. ¿Tienes posibilidad de variar el ritmo de trabajo a lo largo de tu jornada laboral? (Adelantar trabajo para tener luego más descanso)
☐ sí ☐ no ☐ a veces

¿EN QUE MEDIDA SE REQUIEREN LAS SIGUIENTES HABILIDADES PARA REALIZAR TU TRABAJO?

16. Capacidad de aprender cosas o métodos nuevos
☐ casi nunca ☐ a veces ☐ a menudo ☐ constantemente

17. Capacidad de adaptarse a nuevas situaciones
☐ casi nunca ☐ a veces ☐ a menudo ☐ constantemente

18. Organizar y planificar el trabajo
☐ casi nunca ☐ a veces ☐ a menudo ☐ constantemente

19. Tener iniciativa
☐ casi nunca ☐ a veces ☐ a menudo ☐ constantemente

20. Transmitir información
☐ casi nunca ☐ a veces ☐ a menudo ☐ constantemente

21. Trabajar con otras personas
☐ casi nunca ☐ a veces ☐ a menudo ☐ constantemente

22. Tener buena memoria
☐ casi nunca ☐ a veces ☐ a menudo ☐ constantemente

23. Habilidad y destreza manual
☐ casi nunca ☐ a veces ☐ a menudo ☐ constantemente

24. Capacidad para concentrarse en el trabajo
☐ casi nunca ☐ a veces ☐ a menudo ☐ constantemente

25. Precisión
☐ casi nunca ☐ a veces ☐ a menudo ☐ constantemente

26. La ejecución de tu trabajo, ¿te impone realizar tareas repetitivas y de corta duración?
☐ casi todo el tiempo ☐ sobre 1/4 del tiempo
☐ sobre 3/4 partes del tiempo ☐ casi nunca
☐ sobre la mitad del tiempo

27. ¿En qué medida contribuye tu trabajo en el conjunto de la empresa?
☐ no lo sé ☐ es importante
☐ es poco importante ☐ es indispensable
☐ no es muy importante pero es necesario

28. Con respecto al trabajo que tu realizas, crees que:
☐ realizas poca variedad de tareas y sin relación entre ellas
☐ realizas tareas variadas pero con poco sentido
☐ realizas poca variedad de tareas pero con sentido
☐ realizas varios tipos de tareas y con sentido

29. El trabajo que realizas, ¿te resulta rutinario?
☐ no ☐ a veces ☐ con frecuencia ☐ siempre

30. ¿Qué aspecto de tu trabajo te atrae más, además del salario? (Una sola respuesta)
☐ únicamente el salario
☐ la posibilidad de promocionar profesionalmente
☐ la satisfacción de cumplir con mi trabajo
☐ mi trabajo supone un reto interesante

EN GENERAL, ¿COMO CREES QUE CONSIDERAN TU EMPLEO LAS SIGUIENTES PERSONAS?

31. Tus superiores
☐ poco importante ☐ bastante importante
☐ algo importante ☐ muy importante

32. Tus compañeros de trabajo
☐ poco importante ☐ bastante importante
☐ algo importante ☐ muy importante

33. El público o los clientes (si los hay)
☐ poco importante ☐ bastante importante
☐ algo importante ☐ muy importante

34. Tu familia y amistades
☐ poco importante ☐ bastante importante
☐ algo importante ☐ muy importante

¿QUE TE PARECE EL CONTROL QUE LA JEFATURA EJERCE SOBRE LOS SIGUIENTES ASPECTOS DE TU TRABAJO?

35. Método para realizar el trabajo
☐ insuficiente ☐ adecuado ☐ excesivo

CUESTIONARIO DEL MÉTODO DE EVALUACIÓN DE FACTORES PSICOSOCIALES (Continuación)

36. Planificación del trabajo
☐ insuficiente ☐ adecuado ☐ excesivo

37. Ritmo de trabajo
☐ insuficiente ☐ adecuado ☐ excesivo

38. Horarios de trabajo
☐ insuficiente ☐ adecuado ☐ excesivo

39. Resultados parciales
☐ insuficiente ☐ adecuado ☐ excesivo

40. Resultado último del trabajo
☐ insuficiente ☐ adecuado ☐ excesivo

¿COMO VALORAS EL FUNCIONAMIENTO DE LOS MEDIOS DE QUE DISPONES PARA PRESENTAR SUGERENCIAS O PARA PARTICIPAR EN LAS DECISIONES QUE TE INTERESAN?

41. Conversación directa con superiores
☐ no existe ☐ malo ☐ regular ☐ bueno

42. Buzón de sugerencias
☐ no existe ☐ malo ☐ regular ☐ bueno

43. Círculos de calidad
☐ no existe ☐ malo ☐ regular ☐ bueno

44. Comité de empresa/delegado
☐ no existe ☐ malo ☐ regular ☐ bueno

45. Asambleas y reuniones de trabajadores
☐ no existe ☐ malo ☐ regular ☐ bueno

¿EN QUE MEDIDA PARTICIPAS EN LA DECISION DE LOS SIGUIENTES ASPECTOS DE TU TRABAJO?

46. Orden de las operaciones a realizar
☐ no se me considera ☐ se pide mi opinión ☐ decido yo

47. Resolución de incidencias
☐ no se me considera ☐ se pide mi opinión ☐ decido yo

48. Asignación y distribución de tareas
☐ no se me considera ☐ se pide mi opinión ☐ decido yo

49. Planificación del trabajo
☐ no se me considera ☐ se pide mi opinión ☐ decido yo

50. Cantidad de trabajo
☐ no se me considera ☐ se pide mi opinión ☐ decido yo

51. Calidad de trabajo
☐ no se me considera ☐ se pide mi opinión ☐ decido yo

¿COMO SE TE INFORMA DE LOS SIGUIENTES ASPECTOS DE TU TRABAJO?

52. Lo que debes hacer (funciones, competencias y atribuciones)
☐ muy claro ☐ claro ☐ algo claro ☐ poco claro

53. Cómo debes hacerlo (métodos de trabajo)
☐ muy claro ☐ claro ☐ algo claro ☐ poco claro

54. Cantidad de producto que se espera que hagas
☐ muy claro ☐ claro ☐ algo claro ☐ poco claro

55. Calidad del producto o del servicio
☐ muy claro ☐ claro ☐ algo claro ☐ poco claro

56. Tiempo asignado
☐ muy claro ☐ claro ☐ algo claro ☐ poco claro

57. Información necesaria para llevar a cabo la tarea
☐ muy claro ☐ claro ☐ algo claro ☐ poco claro

58. Mi responsabilidad (qué errores o defectos pueden achacarse a mi actuación y cuáles no)
☐ muy claro ☐ claro ☐ algo claro ☐ poco claro

SEÑALAR EN QUE MEDIDA SE DAN LAS SIGUIENTES SITUACIONES EN TU TRABAJO:

59. Se me asignan tareas que no puedo realizar al no tener los recursos y/o materiales necesarios
☐ frecuentemente ☐ a menudo ☐ a veces ☐ casi nunca

60. Para ejecutar algunas tareas tengo que saltarme los métodos establecidos
☐ frecuentemente ☐ a menudo ☐ a veces ☐ casi nunca

61. Recibo instrucciones incompatibles entre sí (unos me mandan una cosa y otros, otra)
☐ frecuentemente ☐ a menudo ☐ a veces ☐ casi nunca

62. El trabajo me exige tomar decisiones o realizar cosas con las que no estoy de acuerdo
☐ frecuentemente ☐ a menudo ☐ a veces ☐ casi nunca

63. ¿Qué importancia crees que tiene la experiencia para promocionar en tu empresa?
☐ mucha ☐ bastante ☐ poca ☐ ninguna

64. ¿Cómo definirías la formación que se imparte o facilita desde tu empresa?
☐ muy adecuada ☐ suficiente
☐ insuficiente en algunos casos ☐ totalmente insuficiente

¿COMO VALORAS EL FUNCIONAMIENTO DE LOS SIGUIENTES MEDIOS DE INFORMACION EN TU EMPRESA?

65. Charlas informales (de pasillo) con jefes
☐ no existe ☐ malo ☐ regular ☐ bueno

66. Tablones de anuncios
☐ no existe ☐ malo ☐ regular ☐ bueno

67. Información escrita dirigida a cada trabajador
☐ no existe ☐ malo ☐ regular ☐ bueno

68. Información oral (reuniones, asambleas…)
☐ no existe ☐ malo ☐ regular ☐ bueno

69. ¿Crees que en un futuro próximo puedes perder el empleo en esta em-

© Fundación Colegio de Enfermería de Cantabria. Todos los derechos reservados - Febrero 2011

CUESTIONARIO DEL MÉTODO DE EVALUACIÓN DE FACTORES PSICOSOCIALES (Continuación)

presa o que tu contrato no será renovado?
☐ es probable que siga en la empresa ☐ es probable que pierda mi empleo
☐ no lo sé ☐ es muy probable

70. Fuera del tiempo de las pausas reglamentarias, ¿existe la posibilidad de hablar?
☐ nada ☐ conversaciones más largas
☐ intercambio de algunas palabras

¿COMO CONSIDERAS QUE SON LAS RELACIONES CON LAS PERSONAS CON LAS QUE DEBES TRABAJAR?

71. Jefes
☐ no tengo jefes ☐ buenas ☐ regulares ☐ malas ☐ sin relaciones

72. Compañeros
☐ no tengo compañeros ☐ buenas ☐ regulares ☐ malas ☐ sin relaciones

73. Subordinados
☐ no tengo subordinados ☐ buenas ☐ regulares ☐ malas ☐ sin relaciones

74. Clientes o público
☐ no tengo clientes o público ☐ buenas ☐ regulares
☐ malas ☐ sin relaciones

75. ¿Qué tipo de relaciones de trabajo se dan generalmente en tu grupo?
☐ relaciones de colaboración para el trabajo y relaciones personales positivas
☐ relaciones personales positivas, sin relaciones de colaboración
☐ relaciones solamente de colaboración para el trabajo
☐ ni relaciones personales ni colaboración para el trabajo
☐ relaciones personales negativas (rivalidad, enemistad, ...)

ANEXO III

Estimado colegiado:

El estrés, la carga mental, la fatiga, la falta de iniciativa, la rutina, la turnicidad, las relaciones laborales…, son factores determinantes a la hora de desarrollar nuestro trabajo satisfactoriamente y a los que a menudo no se les da la importancia que realmente tienen, pero que condicionan totalmente la calidad de nuestra jornada laboral y bienestar personal.

Soy una enfermera que quiero realizar un serio estudio de estos factores psicosociales. Este estudio se realizó por primera vez en el año 2000; pretendo repetir el estudio en el 2010, y comparar los resultados, lo que permitirá obtener conclusiones para poder elaborar una serie de medidas preventivas y correctoras que en un futuro puedan ser aplicadas. Realizaré la recogida de datos entre todos los colegiados, mediante el cuestionario adjunto. Se trata de un cuestionario totalmente anónimo que recoge todas las condiciones psicosociales que aparecen en el ámbito laboral.

Agradezco tu colaboración de antemano, ya que sin tu ayuda, este proyecto no sería posible.

A continuación te pido rellenes una serie de datos en relación con tu puesto de trabajo junto con el cuestionario antes mencionado. Rogamos nos envíes tus respuestas antes del 15 de diciembre de 2010.

Muchas gracias

ANEXO IV

Junta de Gobierno
Colegio Oficial de Enfermería de Cantabria
C/ Cervantes nº 10 – 5º - Santander

Solicito autorización para enviar a todos los profesionales de Enfermería de Cantabria, junto con la Revista "Nuberos", un cuestionario sobre factores psicosociales. Mi objetivo es realizar el estudio titulado: "Revisión de la evolución de los factores psicosociales en la enfermería de Cantabria en la primera década del siglo XXI".

Sin otro particular le saluda atentamente,

Rosa González Casquero

EL COLEGIO TE PROTEGE CON 3.500.000 euros

(por siniestro, y con un límite por anualidad de veinte millones de euros)

NUEVO SEGURO

DE RESPONSABILIDAD CIVIL DE LA ORGANIZACIÓN COLEGIAL CON LA COMPAÑÍA

MAPFRE

NORMAS DE PROCEDIMIENTO A SEGUIR ANTE POSIBLES RECLAMACIONES. PASOS QUE DEBE SEGUIR EL COLEGIADO:

Primero: el colegiado deberá comunicar inmediatamente a su Colegio provincial la reclamación de que haya sido objeto, bien judicial (demanda, querella o denuncia) o extrajudicial. La comunicación fuera de plazo de dicha reclamación podrá suponer que la póliza no cubra el siniestro.

Segundo: el colegiado cumplimentará en su Colegio provincial el formulario de comunicación de Siniestro de Responsabilidad Civil Profesional o Penal establecido a tal efecto, para que éste sea remitido al Consejo General. Será necesario cumplimentar todos los datos solicitados.

Tercero: si el colegiado no pudiese contactar con el Colegio, comunicará directamente el hecho a la Asesoría jurídica del Consejo General (telf.: 913345520), donde un letrado le informará de los pasos a seguir y la cobertura del seguro. De no hacerlo así, el Consejo no asumirá ninguna responsabilidad, y el perjudicado será sola y exclusivamente el colegiado.

Cuarto: el colegiado no deberá declarar nunca sin abogado, ni firmar ningún documento.

Quinto: de acuerdo en lo establecido en la póliza, para la afectividad de la cobertura prevista será imprescindible acreditar que el profesional afectado se encuentra colegiado y al corriente en el pago de las cuotas.

LA NUEVA PÓLIZA AMPLÍA LAS PRINCIPALES COBERTURAS:

- **Riesgo cubierto: responsabilidad civil profesional de los colegiados en el desarrollo de su actividad profesional o especialidad sanitaria, tal y como se regula en la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, incluyendo la actividad docente, depilación por láser, terapias alternativas y 'piercing'.**
- **Manteniendo el importe de la prima, la cobertura por siniestro se incrementa hasta 3.000.000 de euros, con un límite por anualidad de veinte millones.**
- **Cobertura por inhabilitación profesional como consecuencia de sentencia judicial firme, con abono por parte de la aseguradora de una cantidad máxima de 1.500 euros al mes, por un plazo máximo de 18 meses.**
- **Asistencia legal frenta a agresiones**
- **Posibilidad de contrademanda o reclamación a contrario frente a denuncias infundadas, temerarias o con mala fe.**

MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD

FUNDACIÓN ENFERMERA CANTABRIA

Nuberos Científica
www.enfermeríadecantabria.com/nuberoscientifica

Instauración de control de calidad en los procesos de limpieza, desinfección y esterilización en el Centro Penintenciario 'El Dueso'

Autores:
A M. López-Sánchez*, P. Fernández-Prieto*, C. Fernández-Ruiz**

**Centro Penitenciario 'El Dueso'*
***Hospital Universitario 'Marqués de Valdecilla'*

Correo contacto: angelopesan@gmail.com

Colegio Oficial de Enfermería de Cantabria

Recibido: Diciembre 2010
Aceptado: Febrero 2011

© Fundación Colegio de Enfermería de Cantabria. Todos los derechos reservados - Febrero 2011

RESUMEN:

Objetivos:
La implantación de un control de calidad[1] en la limpieza, desinfección y esterilización de los dispositivos médicos (DM) tiene como objetivo la puesta en funcionamiento de un método de fabricación[2] que permita certificar su correcta realización. Esto requiere el establecimiento de directrices, la búsqueda de medios materiales y de recursos humanos, la elaboración de un proyecto actualizado que cumpla la normativa legal existente al respecto y la posterior evaluación de los resultados[3].

Material y método:
Para llevar a cabo este procedimiento se forma un grupo multidisciplinar y se nombra un coordinador que será referencia del servicio. Se determinan áreas de trabajo independientes para cada una de las actividades, centralizando todos los procesos en un solo local, distribuyendo tareas de acuerdo con la capacitación del profesional implicado e instaurando protocolo de actuación. Se elabora un programa informático de gestión de datos y se establecen las normas para el archivo de la documentación que se genera. Se lleva a cabo la formación en esterilización de los profesionales sanitarios.

Resultados:
Se obtiene la normalización y la centralización del proceso y la concreción de la responsabilidad en un profesional.

Conclusiones:
El establecimiento de un control de calidad en la limpieza, desinfección y esterilización garantiza la fabricación adecuada de los DM y con ello la salud del paciente, la del personal sanitario, el medio ambiente y la seguridad jurídica de la institución.

Palabras clave:
- Limpieza
- Desinfección
- Esterilización
- Trazabilidad.

ABSTRACT:

Objectives:
The implantation of a control of quality in the cleaning, disinfection and sterilization of the medical devices (DM) must like objective implant a manufacture method that allows to certify its correct accomplishment. This requires the establishment of directives, the search of average materials and human resources, the elaboration of an updated project, its put into operation and the evaluation of the results.

Material and method:
To carry out east procedure group forms to multidiscipline and coordinator names who will be reference of the service. Independent areas of work for each one of the activities are determined, that separate of the rest of sanitary workings, centralizing all the processes in the single premises, distributing tasks in agreement with the qualification of the implied professional and restoring performance protocol. A computer science program of registry of the process is elaborated and the norms for the file of the documentation settle down that is generated. The formation in sterilization of the sanitary professionals is carried out.

Results:
One obtains the normalization and the centralization of the process and the concretion of the responsibility in a physical person.

Conclusions:
The establishment of a control of quality in the cleaning, disinfection and sterilization guarantees the suitable manufacture of the DM and with it the health of the patient, the one of the sanitary personnel, environment and the legal security of the organization.

Key words:
- Cleaning
- Disinfection
- Sterilization
- Traceability

INTRODUCCIÓN

Las actividades de limpieza, desinfección y esterilización de los DM que contribuyen al proceso general de asepsia y antisepsia[4-5] de un Centro Penitenciario no deben ser menos seguras, menos eficaces y menos rigurosas que las industriales[6]. Estas actividades tienen, a nivel sanitario, una importancia relevante, al depender de ellas el diagnóstico o la resolución final de patologías. Además, si estas actividades no se realizan de forma correcta, van a fracasar en la mayoría de las ocasiones por la pérdida de medios, el empleo de tiempo y de recursos extraordinarios y, lo que es peor, empeorando la salud del paciente con las repercusiones en la responsabilidad de quien realiza la técnica y la esterilización.

La central de esterilización tiene una obligación de medios, es decir, de poner todos los mecanismos y procedimientos como validaciones, registros y procesos para asegurar un producto de calidad. También tiene una obligación de resultados, es decir, ofrecer un producto estéril con las máximas garantías (trazabilidad)[7]. Además, tiene un alto coste y frecuencia de utilización de los usuarios, por lo que su gestión debe tener criterios de excelencia, debiéndose garantizar la seguridad de este recurso a los profesionales sanitarios y a los pacientes que se van a exponer a ellos[8].

El **R.D. 414/96**[9] de 1 de marzo regula los productos sanitarios y determina las condiciones obligatorias que debe cumplir cualquier entidad pública o privada que realice actividades de esterilización, considerando a éstas como **'fabricantes'** y obligando a su personal al cumplimiento de este RD por encima de las normas de la entidad. Como fabricantes hay unos riesgos inherentes, correspondiendo a la empresa y al trabajador minimizarlos[10]. Esta fabricación está considerada como de riesgo II-b y solamente la pueden realizar trabajadores cualificados y adiestrados en el manejo de la maquinaria implicada y considera una infracción grave el empleo de productos sanitarios por personal no cualificado o adiestrado.

La normativa que puede afectar a los procesos de esterilización es numerosa y fundamentalmente va referida a las siguientes capítulos: Uso de CFCs, esterilización de productos sanitarios, normativa general, espacios de trabajo, equipos de trabajo, ventilación y climatización, ruido, riesgo eléctrico, riesgo químico, riesgo biológico, cancerígenos, señalización, equipos de protección individual, radiofrecuencia y ergonomía.

MATERIAL Y METODO

El equipo sanitario del C.P. 'El Dueso' dispone de los siguientes **materiales**: a) 2 mini claves para esterilización por vapor con prevacío tipo B. b) 2 cubetas de ultrasonidos. c) 1 incubadora. d) 2 cubetas para desinfección química de alto nivel. e) equipos de aire comprimido y material para secado. f) cepillos. g) equipos de protección individual (pantallas faciales, batas, delantales, calzado adecuado, guantes de látex). h) bolsas de diferentes tamaños con controles químicos externos integrados para esterilización. i) controles químicos internos (clase V o integradores). j) controles químicos internos (Test de Bowie-Dyck o de Helix). k) controles físicos (manómetros, termómetro). l) controles biológicos. m) agua esterilizada. n) desincrustantes enzimáticos. o) desinfectantes. p) lubricantes. q) DM. R) instrucciones de uso y mantenimiento de fabricantes. S) equipo informático con impresora y material de oficina.

Organigrama de funcionamiento.
En primer lugar creamos un **organigrama de funcionamiento** con responsable coordinador (DUE)[11-12], desechando la idea 'a priori' de que las actividades que se llevan a cabo en los procesos de esterilización son responsabilidad de todos los miembros del equipo sanitario.

Este coordinador-responsable del proceso será el encargado de la correcta realización de las actividades, coordinando a los profesionales que intervienen en el sentido de conocer cuál es la responsabilidad y autoridad concreta y el grado de interrelación de cada uno con los demás. Será el responsable de que el proceso se lleva a cabo de acuerdo con la normativa vigente y de la custodia de toda la documentación que se genere. Será también el responsable de la formación y adiestramiento del personal que debe ser esencial para la obtención de los objetivos de calidad así como de valorar periódicamente los resultados obtenidos realizando auditorías internas y de cliente[13].

Centralización del proceso.
Se considera fundamental para tener un mayor control de calidad, independencia y evitar la contaminación, la **centralización del proceso en un solo local** y la separación dentro de ese local de las actividades de lavado, aclarado, secado, etiquetado, esterilizado, almacenaje en condiciones adecuadas de temperatura y humedad, zona informática y archivo. Sus paredes serán de fácil lavado y sin materiales ni estructuras que dificulten su limpieza frecuente. Se procedió a la búsqueda de ese local y se diseñó un proyecto[14]. (Anexo 1).

La realización de las actividades del proceso de esterilización requiere, para evitar la invalidación del proceso, el adecuado funcionamiento de los aparatos. Es necesario e imprescindible su conocimiento y mantenimiento de acuerdo con las instrucciones del fabricante de cada uno de ellos, englobando también en este capítulo las de los DM.

Normalización del proceso. Ciclo completo.
La **normalización del proceso** debe ser clara y concisa (protocolo de actuación) con frecuentes actualizaciones[15], cumpliendo con la normativa vigente[16], siguiendo las instrucciones de uso de los diferentes fabricantes de los elementos que intervienen, teniendo en cuenta todas las posibilidades que se dan en nuestro medio y ajustándose a la dotación de recursos.
El ciclo completo para la esterilización de DM[17] se desarrolla en el Anexo II.

Obtención de criterios de calidad. Controles.
En los procesos de esterilización para obtener un **criterio de calidad** es necesaria la realización de controles sobre equipo, exposición, paquete y carga con la finalidad de monitorizar el proceso[24]. Para los controles en C.P. 'El Dueso' se emplean los siguientes indicadores:

Control químico interno: Prueba de Bowie-Dyck o Hélix[25]. Es un test de penetración de vapor. Se realiza en autoclaves de vapor con prevacío. Primera prueba antes de iniciar la esterilización, con la cámara vacía, colocando el paquete en la zona de mayor dificultad, en el desagüe. Tiene su propio ciclo. Controla el funcionamiento del equipo.

Control físico: Es necesario para control de las condiciones internas de presión, temperatura y tiempo en el interior del miniclave mediante dispositivos digitales y alarmas. Ante alteraciones de los valores óptimos estos dispositivos detienen el ciclo invalidándolo. Con este indicador se controla el equipo.

Control químico externo: Situado en el exterior del sobre, integrado en él, al virar su color nos informa de que el paquete ha pasado un proceso de esterilización. Con este indicador se controla la exposición del paquete al vapor.

Control químico interno: Son de muy variados tipos. Se emplea el integrador que se caracteriza por ser reproducible, selectivo, estable, seguro y de fácil y rápida lectura. Se sitúa con el material a esterilizar, dentro del sobre, e informan de que se ha conseguido la esterilización dentro de cada paquete o bolsa. Nos indica que ha cumplido los parámetros de: presión, tiempo y temperatura dentro de la cámara. En cada ciclo se introduce un sobre sin material con indicador químico interno que sirve de testigo y archivo. Se utiliza el integrador o clase V que vira cuando todas las fases de cada ciclo se han llevado a cabo. Con este indicador se controla el paquete y la carga.

Control biológico o Test de esporas:[26] Se realiza mensualmente. Con este indicador se controla la carga asegurando que se destruyen las formas más resistentes de vida.

Registros
Toda la actividad queda reflejada documentalmente de forma que se puede certificar su correcta realización y que todos los controles han sido aceptados.

Para ello se crea, por el equipo del Centro, un programa informático para la gestión de datos. Proporciona informes de cada uno de los procesos para el archivo físico de la documentación y genera etiquetas identificativas con fecha de fabricación, fecha de caducidad y lote de trazabilidad formado por esterilizador implicado, profesional que lo realiza, tipo de ciclo realizado y número de ciclo, permitiendo identificar el proceso que siguió un dispositivo médico desde su recepción hasta su desinfección o esterilización.

Se crea un sistema de registro cuyo fin es certificar el adecuado funcionamiento del aparataje, la adecuada realización de cada uno de los procesos y actividades y la identificación del instrumental para su posterior almacenaje y uso final. (Anexo III)

La documentación del proceso y su archivo tiene las siguien-

© Fundación Colegio de Enfermería de Cantabria. Todos los derechos reservados - Febrero 2011

tes finalidades: Cumplimiento de la Normativa Europea, Autonómica y de las Ordenanzas Municipales, demostración del proceso realizado, retirada de lotes defectuosos en caso necesario, control de las pérdidas de producto, control de las cargas de trabajo, cobertura legal imprescindible en caso de litigio y la seguridad para el paciente y del personal sanitario. La documentación se archivará durante 5 años.

Proceso de formación.

Como se dijo inicialmente, es imprescindible establecer un plan de formación que responda a las necesidades del personal que realiza actividades y que repercuta directamente en la calidad de los servicios prestados.

Para ello se ha llevado a cabo una encuesta inicial en la que se valoran las necesidades de formación del personal y se ha impartido formación al personal sanitario implicado. Pasados 6 meses se procederá a realizar una nueva encuesta para seguir valorando estas necesidades y la implantación del programa.

Además, se contactó con la supervisora de enfermería de la Unidad de Esterilización de nuestro Hospital de referencia (HU Marques de Valdecilla) para la realización de sesiones formativas sobre esterilización.

RESULTADOS

Como consecuencia de la aplicación metodológica del sistema integrado de esterilización se obtuvieron los siguientes resultados:

1.- Responsabilidad-coordinación del proceso en un solo profesional (DUE).

2.- La centralización de los procesos y las actividades en un solo local.

3.- La normalización del proceso con la instauración de un único protocolo.

4.- La trazabilidad del producto con la aplicación de control físico, químico, y biológico del proceso con la aparición del lote de trazabilidad, el registro en soporte informático y el archivo físico de documentación durante cinco años.

5.- Disponer de datos suficientes[27] para elaborar un estudio con tratamiento estadístico que nos permita valorar resultados, coste económico, implantación de la actividad, calidad del servicio, implicación de los profesionales, índice de satisfacción, etc.

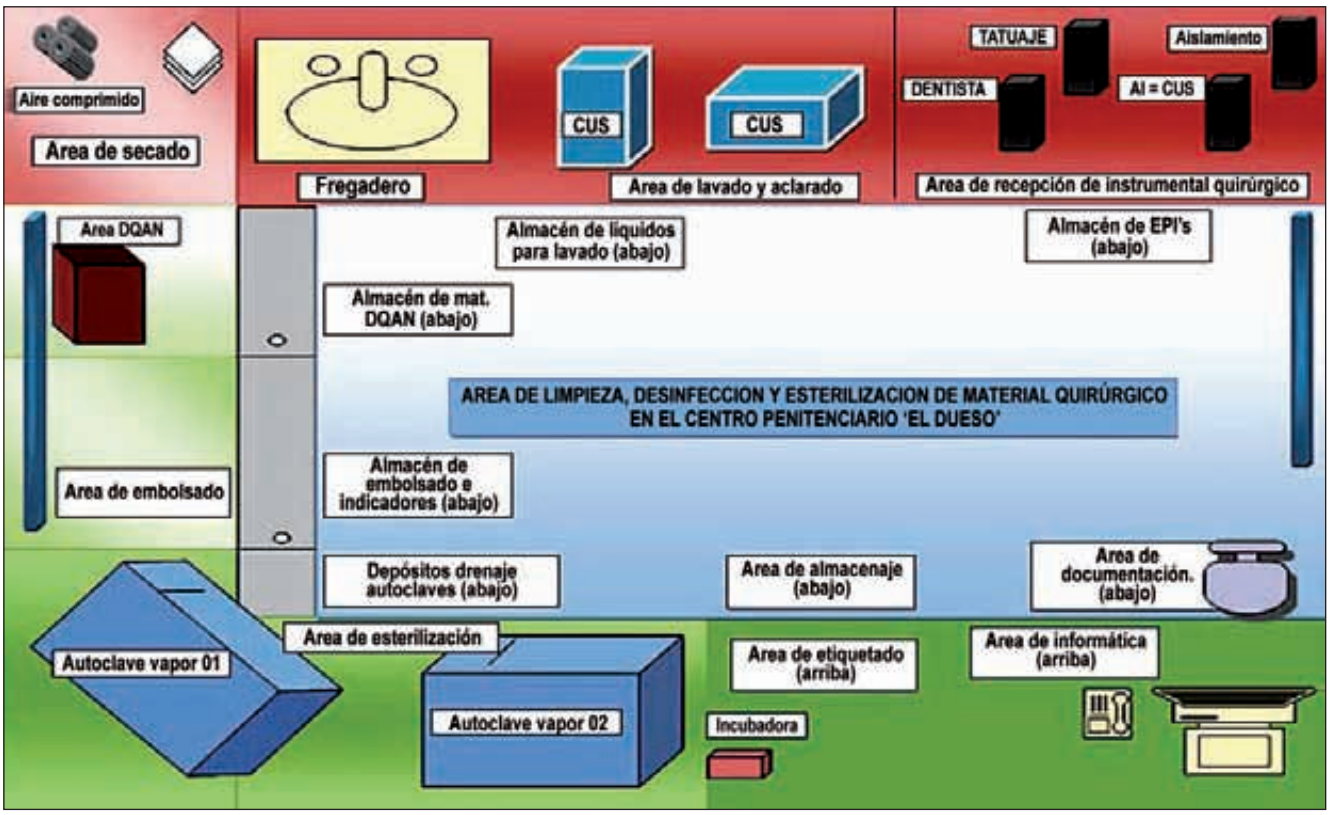
DISCUSION

La limpieza rigurosa, el protocolo de actuación, la realización de controles sobre equipo, exposición, paquete y carga y el registro de toda la información aseguran la correcta fabricación del material quirúrgico, el control de calidad del proceso e incrementa la seguridad del paciente, del trabajador, del medioambiente y la seguridad jurídica de la organización.

BIBLIOGRAFÍA

1. UNE 66908:1998.
2. RD 414/1996.
3. UNE 66904-5:1996.
4. Mariano A, Alonso S, Gavrila D, Fernández C, Sánchez P, Martín T, et al. Niveles de evidencia en la prevención de la infección nosocomial. (Enfermedades Infecciosas. Microbiología Clínica 1999;17:59-66.
5. Enfermedades Infecciosas. Microbiología Clínica. 1999;17:59-66.
6. Controles y/o Trazabilidad en esterilización V. Segura "El Autoclave" Año 16. Nº1 Mayo 2004
7. Logística y gestión integral de la Central de esterilización. J. Criado "El Autoclave" Año 15 nº1 Abril 2003.
8. Criado-Álvarez JJ, Muro I. Logística y trazabilidad en la Central de Esterilización. Todo Hospital. 2003;201:679-8.
9. Cantalapiedra MJ. La esterilización y la nueva legislación de productos sanitarios. RD 414/ 96 de Productos Sanitarios y RD 643/ 93 sobre productos sanitarios implantables activos. El Autoclave. 1999;2:26-8.
10. Ley 31/1995 de prevención de riesgos laborales.
11. UNE-EN ISO 9001:2000.
12. UNE-EN ISO 9004-2000.
13. UNE-EN ISO 19011:2002.
14. Guía par la gestión del proceso de esterilización. Comisión Inoz. Cap 7. La unidad de esterilización.
15. UNE 66924 IN.
16. UNE-EN 554:1995.
17. Guía par la gestión del proceso de esterilización. Comisión Inoz. Cap 5. Ciclo completo para la esterilización de productos.
18. UNE-EN 868.
19. UNE-EN 13060.
20. UNE-EN 556.
21. Guía par la gestión del proceso de esterilización. Comisión Inoz. Cap 3.1.2. Métodos y sistemas de esterilización. - Métodos físicos- Calor húmedo o vapor de agua.
22. El proceso de esterilización: conceptos básicos. R.Andrade, B.Pelaez. "El Autoclave" Año 19 Nº1. Noviembre 2000. El proceso de esterilización: conceptos básicos.
23. Guía para la gestión del proceso de esterilización. Comisión Inoz. Cap 6 Mantenimiento de la esterilidad de los productos.
24. Controles de esterilización para instrumental quirúrgico. Área ambulatoria. Hospital Universitario "Marques de Valdecilla". Dirección de enfermería.
25. UNE-EN 867-3:1997.
26. UNE-EN ISO 14161:2001.
27. Anales Sis San Navarra 2000, Vol 23, Suplemento 2.Descontaminación del material quirúrgico. M Herrero. "El Autoclave Año 19 Nº1 Noviembre 2007.

ANEXO I



ANEXO II

PROTOCOLO DE ESTERILIZACIÓN CON MINICLAVE DE VAPOR

OBJETIVO:
Limpieza y esterilización de instrumental de curas, de cirugías pequeñas y de material odontológico.

RESPONSABILIDAD:
General: Jefe de los servicios sanitarios.
Del servicio: DUE coordinador.
De cada actividad: El profesional que la realiza.

1) Tratamiento inicial. Se realiza cepillado y limpieza inicial en el punto de uso. El transporte desde el lugar de uso hasta el cuarto de esterilización se realizará en contenedores específicos de seguridad. Lo realiza DUE y/o auxiliar de enfermería.

2) Lavado de instrumental. Se lleva a cabo por inmersión en agua desmineralizada y desionizada en cubeta de ultrasonidos, sin sobrepasar 40 ºC, añadiendo el desincrustante enzimático a la dosis y tiempo que indique el fabricante. Aclarado con agua desmineralizada y desionizada siempre fría. Lo realiza el personal auxiliar de enfermería.

3) Desinfección Química (en nuestro caso de alto nivel). Con un desinfectante químico para aquellos casos en los que no se pueda esterilizar el material con autoclave y tras una limpieza minuciosa y posterior secado. Se sumerge el instrumental en el desinfectante empleado diluido en agua desmineralizada y desionizada, con la dosis y durante el tiempo indicado por el fabricante. Se retira el material y se aclara con abundante agua estéril. Lo realiza el personal auxiliar de enfermería.

4) Secado. Secado externo e interno con aire comprimido. Se puede realizar también con paños que no desprendan fibras o papel absorbente. Lo realiza el personal auxiliar de enfermería.

5) Embolsado. Introducir el material en bolsas de esterilización del tamaño adecuado al DM, con la presentación adecuada a quien las recibe. Cierre por la zona destinada a ello. Introducir en cada bolsa un indicador químico interno (integrador). Lo realiza el personal auxiliar de enfermería.

6) Esterilización. El día que se esteriliza, previamente hacer dos ciclos cortos de precalentamiento y seguidamente Test de Bowie-Dyck ó prueba de Hélix en su ciclo correspondiente. A continuación revisar los DM, el embolsado con control químico interno y la existencia del sobre testigo.

Se etiqueta para finalmente introducir el material en el autoclave procediendo a su puesta en marcha. Por defecto el esterilizador realiza el ciclo B apto para material metálico embolsado y con secado, a 134 ºC, 2 atmósferas, 3 minutos y medio. Lo realiza el DUE.

Control biológico (Test de esporas) una vez al mes. Lo realiza DUE.

El personal auxiliar de enfermería limpiará el esterilizador con un paño húmedo después de cada uso.

7) Transporte. Se realizará en recipientes adecuados que mantenga los DM estériles. Lo realiza el personal auxiliar de enfermería.

8) Almacenaje. En local con condiciones óptimas de humedad (40-60%), Tª (15-25 ºC) y ventilación (6 renovaciones hora) y lo realiza el personal auxiliar de enfermería.

Próxima revisión: Octubre 2010.

© Fundación Colegio de Enfermería de Cantabria. Todos los derechos reservados - Febrero 2011

Asesoría Fiscal

COLEGIO de ENFERMERÍA de CANTABRIA
SERVICIO GRATUITO

DECLARACIÓN IRPF:

Total disponibilidad con cita previa y atención continuada durante la campaña de Renta

ASESORAMIENTO FISCAL:

- Cuestiones relativas al ejercicio de la profesión
- Cotizaciones Seguridad Social
- Prestaciones de desempleo
- IRPF, Autónomos, etc.

ASESORAMIENTO FINANCIERO:

- Informes financiero (fondos, tipos, mercados, etc.)
- Finanzas personales (inversiones, ahorro, etc)
- Asesoramiento en financiación (mejor crédito)
- Oportunidades de mercado (actualidad, tendencias, cambios)

ASESORÍA FISCAL: Sede del Colegio de Enfermería
c/ Cervantes, 10 - 5º SANTANDER

ASESOR: Manuel J. Mazo Pérez

LAS CONSULTAS SE REALIZAN PREVIA CITA
Tel. 942 31 97 20 / 696 43 36 25

FUNDACIÓN ENFERMERA CANTABRIA

Nuberos Científica
www.enfermeríadecantabria.com/nuberoscientifica

Revisión del protocolo de extracción de hemocultivos en el Hospital Sierrallana.

(Periodo 2009-2010)

Autores:
Víctor Manuel Balbás Liaño y Agustín Felipe Gómez Laso

Centro trabajo: Servicio de Urgencias del Hospital Comarcal Sierrallana.

** Correo contacto: victormanuelbalbas@gmail.com*

Colegio Oficial de Enfermería de Cantabria

Recibido: diciembre de 2010
Aceptado: enero de 2011

© Fundación Colegio de Enfermería de Cantabria. Todos los derechos reservados - Febrero 2011

Resumen:

La invasión de microorganismos en la sangre (sepsis) conlleva un considerable aumento de la morbi-mortalidad, representando así mismo una de las más severas causas de infección .

El problema es de considerable magnitud, cerca de 200.000 pacientes desarrollan bacteremia(también denominada bacteriemia) o fungemia anualmente en los Estados Unidos lo que se asocia con mortalidad en 20-50% de los casos. Muchos de estos episodios son nosocomiales y en algunas instituciones representan la mayoría de los casos; así mismo el aumento de la resistencia bacteriana está asociado con una gran morbilidad de los episodios adquiridos en la comunidad.

El hemocultivo es el medio diagnóstico utilizado para la detección e identificación de microorganismos en la sangre (septicemia) utilizando el examen directo y cultivo y definiendo los patrones de susceptibilidad de las bacterias por medio del antibiograma.

El profesional de Enfermería es el principal agente en la extracción de los hemocultivos en el medio hospitalario, de ahí la necesidad de una formación específica en este tipo de técnicas para evitar contaminaciones de los hemocultivos y por lo tanto retraso en la identificación de los gérmenes causantes de la sepsis y en la instauración de un tratamiento específico.

El presente estudio tiene como objetivo revisar el protocolo de extracción de hemocultivos en el Hospital Comarcal Sierrallana mediante los resultados obtenidos durante el periodo 2009-2010 a través de un estudio descriptivo de tipo transversal.

A través del presente estudio ha sido posible sacar destacables conclusiones sobre la utilización actual de este método diagnóstico, como por ejemplo el amplio uso frente a un escasísimo porcentaje de pruebas positivas y efectividad demostrada del protocolo instaurado en el Hospital Comarcal Sierrallana para la prevención de contaminaciones, justificado por el escaso índice de hemocultivos contaminados.

Palabras clave:

- Sepsis
- Hemocultivo
- Protocolo de extracción
- Revisión
- Profesional de enfermería.

Abstract:

Microorganism invasion of the blood stream (sepsis) implies a considerable increase in morbidity and mortality, also representing one of the most severe causes of infection. The problem is of an important magnitude, as nearly 200.000 patients develop bacteremia o fungemia annually in the USA, with an associated mortality of 20 -50% of this cases. Many of them are nosocomial and in some institutions they represent the majority of cases; also, the bacterial resistance to antibiotics is associated with great morbidity in community-acquired cases.

Blood culture is the diagnostic test used for detection and identification of microorganisms in the blood stream (septicemia) using direct observation and culture, and defining bacterial susceptibility patterns in the antibiogram.

Nursing staff is the main agent in the extraction of blood cultures in the hospital setting, hence the need for specific education in the extraction techniques to avoid contamination of the blood cultures with the consequent delay in the identification of the germs responsible for the sepsis and instauration of specific treatment.

The objective of this study is to review the blood culture extraction protocol in Hospital Comarcal Sierrallana , with a transversal descriptive study of the results obtained in the 2009-2010 period.

Through this study has been possible to obtain notable conclusions about the current use of the diagnostic method, for example the widespread use of the test compared with low percentage of positive results , and the efficacy demonstrated by the protocol followed in Hospital Comarcal Sierrallana to prevent contamination, justified by the low index of contaminated blood cultures.

Keywords:

- Sepsis
- Blood culture
- Extraction protocol
- Review
- Nursing staff

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

La invasión de microorganismos en la sangre (sepsis) conlleva un considerable aumento de la morbi-mortalidad, representando así mismo una de las más severas causas de infección[1,2,3].

El problema es de considerable magnitud, pues cerca de 200.000 pacientes desarrollan bacteremia o fungemia anualmente en los Estados Unidos[4] lo que se asocia con mortalidad en 20-50% de los casos[5]. Muchos de estos episodios son nosocomiales y en algunas instituciones representan la mayoría de los casos; así mismo el aumento de la resistencia bacteriana está asociado con una gran morbilidad de los episodios adquiridos en la comunidad[6].

La invasión de microorganismos ocurre por uno de dos mecanismos: drenaje desde un foco primario de la vía linfática al sistema vascular o directamente por el uso de agujas o materiales intravasculares contaminados (catéteres u otros dispositivos). Posteriormente el sistema inmune responde prontamente mediante los fagocitos y macrófagos que limpian el torrente sanguíneo en minutos u horas o por medio de los anticuerpos

específicos contra el germen[7,8].

El hemocultivo es el medio diagnóstico utilizado para la detección e identificación de microorganismos en la sangre (septicemia) utilizando el exámen directo y cultivo y definiendo los patrones de susceptibilidad de las bacterias por medio del antibiograma[9,10,11]. El profesional de Enfermería es el principal agente en la extracción de los hemocultivos en el medio hospitalario, de ahí la necesidad de una formación específica en este tipo de técnicas para evitar contaminaciones de los hemocultivos y, por lo tanto, retraso en la identificación de los gérmenes causantes de la sépsis y en la instauración de un tratamiento específico[12].

El presente estudio tiene como objetivo revisar el protocolo de extracción de hemocultivos en el Hospital Comarcal Sierrallana mediante los resultados obtenidos durante el periodo 2009-2010 a través de un estudio descriptivo de tipo transversal.

A través del presente estudio ha sido posible sacar destacables conclusiones sobre la utilización actual de este método diagnóstico, como, por ejemplo, el amplio uso frente a un escasísimo porcentaje de pruebas positivas y efectividad demostrada del protocolo instaurado en el Hospital Comarcal Sierrallana para la prevención de contaminaciones, justificado por el escaso índice de hemocultivos contaminados.

OBJETIVOS

El presente trabajo tiene como objetivos:

- Objetivo general: Revisar el protocolo de extracción de hemocultivos en el servicio de urgencias del Hospital Comarcal Sierrallana mediante los resultados obtenidos durante el periodo 2009-2010.

Objetivos específicos:

- Conocer el número de hemocultivos extraídos en el Hospital Comarcal Sierrallana.
- Identificar el número de hemocultivos extraídos por servicios.
- Conocer el número de hemocultivos contaminados por servicios (lo cual puede ser indicativo de extracción inadecuada –contaminada– por parte del personal de Enfermería).
- Identificar el porcentaje de hemocultivos positivos.
- Conocer los microorganismos aislados y las características de los mismos.
- Identificar la eficacia del protocolo de extracción de hemocultivos instaurado en el Hospital Comarcal Sierrallana para la prevención de contaminación durante este proceso.

RESULTADOS:

Se realiza una revisión de los hemocultivos extraídos en el Hospital Comarcal Sierrallana por meses y por servicios durante los años 2009 y 2010 destacando los siguientes resultados:

4.1. Número de hemocultivos extraídos durante el año 2009 y 2010 por servicios:

DESCRIPCIÓN DE SERVICIOS:

- 1A: Cirugía general y ginecología.
- 1B: Otorrino, neumología, urología y digestivo.
- 1C: Traumatología y cardiología.
- 2A: Hospital de Día Quirúrgico.
- 2B: Hospital de Día Médico.
- 3A: Medicina Interna.
- 3B: Medicina Interna
- 3C: Medicina Interna.
- URCE: Unidad de Cuidados Intensivos.

AÑO 2009

Durante el año 2009 se extrajeron 7.101 hemocultivos en el Hospital Comarcal Sierrallana, de los cuales 5.277 fueron extraídos en el Servicio de Urgencias, 273 en la planta 1A, 291 en la 1B, 156 en la 1C, 0 en la 2A, 390 en la 3A, 63 en la 3B, 366 en la 3C y 285 en la URCE. (Gráfico 1)

Servicio	Nº Hemocultivos
Urgencias	5.277
1A	273
1B	291
1C	156
2A	0
3A	390
3B	63
3C	366
URCE	285

AÑO 2010

Durante el año 2010 se extrajeron 6.645 hemocultivos en el Hospital Comarcal Sierrallana, de los cuales 5.088 fueron extraídos en el Servicio de Urgencias, 240 en la planta 1A, 231 en la 1B, 105 en la 1C, 6 en la 2A, 384 en la 3A, 0 en la 3B, 354 en la 3C y 231 en la URCE. (Gráfico 2)

Servicio	Nº Hemocultivos
Urgencias	5.048
1A	240
1B	231
1C	105
2A	6
3A	384
3B	0
3C	354
URCE	231

4.2. Tasa de hemocultivos contaminados, por servicio y años

AÑO 2009

Durante el año 2009 se contaminaron en el Hospital 402 hemocultivos de los 7.101 extraídos en total. A continuación se describe el número de hemocultivos contaminados por servicios y la relación con el número total de hemocultivos extraídos en cada

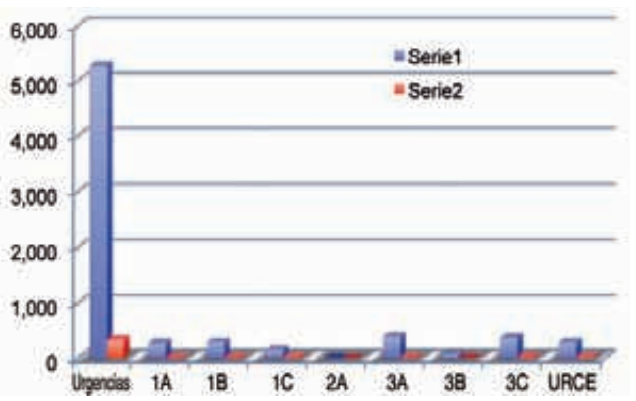


Gráfico 3

© Fundación Colegio de Enfermería de Cantabria. Todos los derechos reservados - Febrero 2011

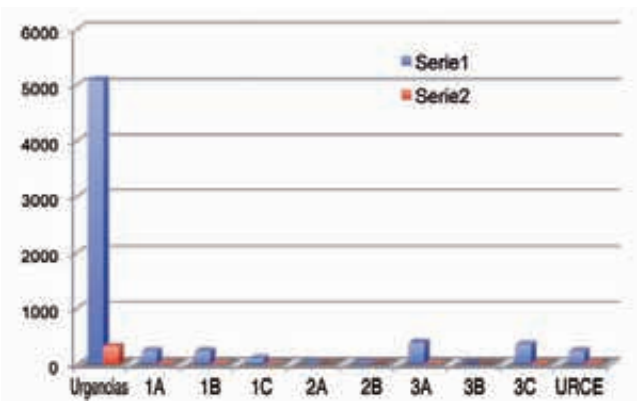
Servicio	Nº Hemocultivos extraídos	Nº Hemocultivos contaminados
URGENCIAS	5.277	333
1A	273	6
1B	291	10
1C	156	13
2A	0	0
3A	390	10
3B	63	2
3C	366	15
URCE	285	13
TOTAL H. SIERRALLANA	**7.101**	**402**

uno de ellos. De esta forma, en Urgencias, de los 5.277 hemocultivos extraídos, se contaminaron 333; en la planta 1A se contaminaron 6 de los 273 extraídos; en la 1B, 10 de 291; en la 1C, 13 de 156; en la 3A, 10 de 390; en la 3B, 2 de 63, en la 3C 15 de 366 y por último, en la URCE se contaminaron 13 de 285. (Gráfico 3)

AÑO 2010

Durante el año 2010 se contaminaron 376 hemocultivos de los 6.645 extraídos en total. A continuación se describe el número de hemocultivos contaminados por servicios y la relación con el número total de hemocultivos extraídos en cada uno de ellos. De esta forma, en Urgencias, de los 5.088 hemocultivos extraídos se contaminaron 317; en la planta 1A se contaminaron 9 de los 240 extraídos; en la 1B, 7 de 231; en la 1C, 5 de 105; en la 2A, 0 de 6; en la 3A, 8 de 384; en la 3C, 13 de 350 y por último, en la URCE se contaminaron 17 de 231. (Gráfico 3)

A continuación se describe el número de hemocultivos contaminados por servicios y la relación con el número total de hemocultivos extraídos en cada uno de ellos. (Gráfico 4)

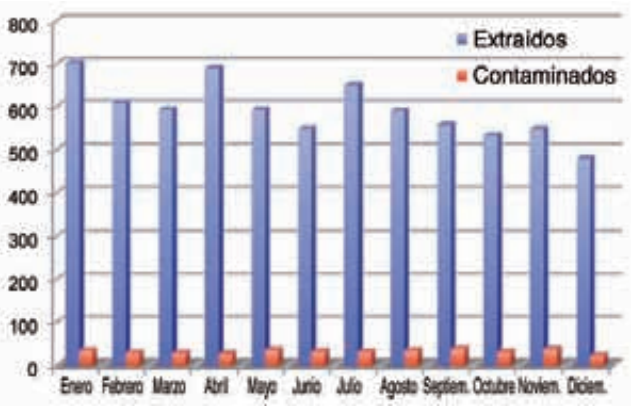


Servicio	Nº Hemocultivos extraídos	Nº Hemocultivos contaminados
URGENCIAS	5.088	317
1A	240	9
1B	231	7
1C	105	5
2A	6	0
2B	6	0
3A	384	8
3B	0	0
3C	354	13
URCE	231	17
TOTAL SIERRALLANA	**6.645**	**376**

4.3. Porcentaje de hemocultivos contaminados por meses y años en el Hospital Sierrallana

AÑO 2009

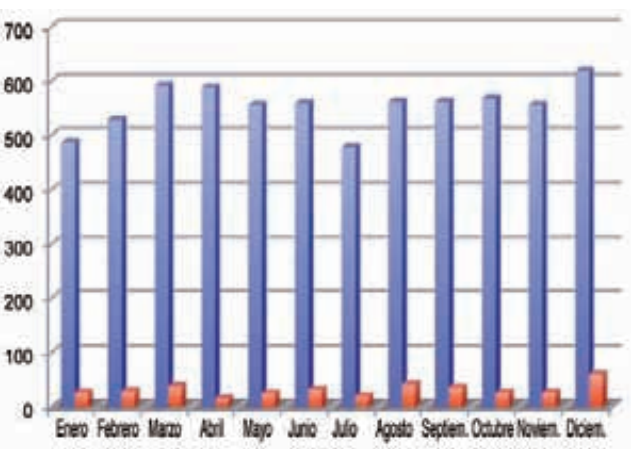
A continuación se describe el número de hemocultivos extraídos por mes durante el año 2009 y la tasa de contaminación registrada en cada uno de ellos. En enero se contaminaron el 4,9%, en febrero el 4,9%, en marzo el 5%, en abril el 4%, en mayo el 6%, en junio el 6%, en julio el 4,9%, en agosto el 5,9%, en septiembre el 6,9%, en octubre el 6%, en noviembre el 6,9% y en diciembre el 5,6%. (Gráfico 5)



Mes del año	Nº hemocultivos extraídos	Hemocultivos Contaminados	% Contaminación
Enero	702	35	4,9
Febrero	609	30	4,9
Marzo	594	30	5,0
Abril	690	28	4,0
Mayo	594	36	6,0
Junio	549	33	6,0
Julio	651	32	4,9
Agosto	591	35	5,9
Septiembre	558	39	6,9
Octubre	534	32	6,0
Noviembre	549	38	6,9
Diciembre	480	24	5,0
TOTALES	**7.101**	**402**	**5,6%**

AÑO 2010

A continuación se describe el número de hemocultivos extraídos por mes durante el año 2009 y la tasa de contaminación registrada en cada uno de ellos. (Gráfico 6)

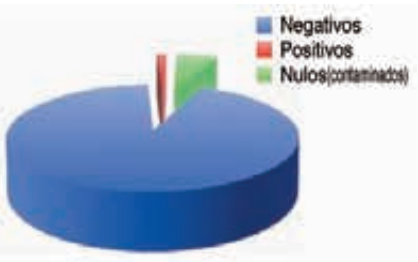


Mes del año	Nº hemocultivos extraídos	Hemocultivos Contaminados	% Contaminación
Enero	486	26	5,3
Febrero	528	29	5,5
Marzo	591	38	6,4
Abril	588	16	2,7
Mayo	555	25	4,5
Junio	558	32	5,7
Julio	477	20	4,2
Agosto	561	42	7,5
Septiembre	561	36	6,4
Octubre	567	26	4,6
Noviembre	555	26	4,6
Diciembre	618	60	9,7
TOTALES	**6.645**	**376**	**5,6%**

4.4. Porcentaje de hemocultivos positivos (indicativo de septicemia) en el Hospital Sierrallana por año:

AÑO 2009

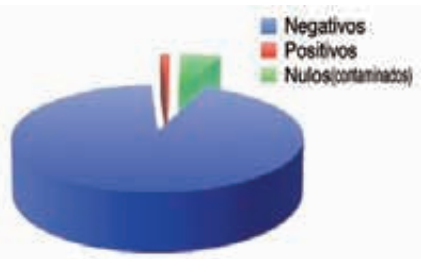
A continuación queda reflejada la relación de hemocultivos extraídos durante el año 2009 y el número de hemocultivos positivos durante dicho año (indicativo de sepsis). Para la obtención del porcentaje de hemocultivos positivos en relación al total de ellos extraídos, quedan anulados del recuento aquellos que han sido contaminados. Durante el año 2009 de los 6794 hemocultivos no contaminados, sólo 95 fueron positivos. (Gráfico 7)



	Negativos	Positivos	Nulos (Contaminados)
Nº Hemocultivos	6.699	95	402

AÑO 2010

A continuación queda reflejada la relación de hemocultivos extraídos durante el año 2010 y el número de hemocultivos positivos durante dicho año (indicativo de sepsis). Al igual que en el año 2009, para la obtención del porcentaje de hemocultivos positivos en relación al total de ellos extraídos, quedan anulados del recuento aquellos que han sido contaminados. Durante el año 2010, de los 6.269 hemocultivos no contaminados sólo 92 fueron positivos. (Gráfico 8)

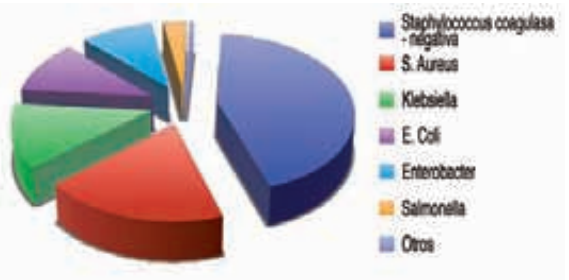


	Negativos	Positivos	Nulos (Contaminados)
Nº Hemocultivos	6.177	92	376

4.5. Porcentaje de microorganismos aislados en los hemocultivos positivos durante los años 2009 y 2010.

AÑO 2009

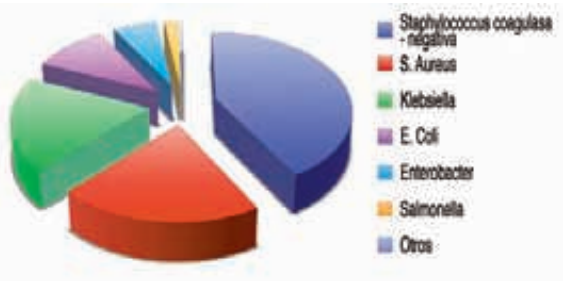
Como microorganismos aislados en los hemocultivos, causantes por lo tanto de septicemia, durante el año 2009 en el Hospital Comarcal Sierrallana destacan los indicados a continuación. El más frecuentemente aislado es el Staphylococcus coagulasa – negativa (43, 9%), seguido del S. Aureus (18,70%), después klebsiella (12,7%), después E. Coli (11,1%), después el Enterobacter (9,9%) seguido por Salmonella (3,2%) y por último un 0,5% formado por diferentes microorganismos mucho menos frecuentes y por lo tanto menos significativos. (Gráfico 9)



Microorganismo	Porcentaje de aislamiento en hemocultivos
Staphylococcus coagulasa - negativa	43,90%
S. Aureus	18,70%
Klebsiella	12,70%
E. Coli	11,10%
Enterobacter	9,90%
Salmonella	3,20%
Otros	0,50%

AÑO 2010

Como microorganismos aislados en los hemocultivos, causantes por lo tanto de septicemia durante el año 2010 en el Hospital Comarcal Sierrallana destacan los indicados a continuación. El más frecuentemente aislado, al igual que en el año 2009 es el Staphylococcus coagulasa – negativa (41,75%), seguido del S. Aureus (20,55%), después klebsiella (19,2%), después E. Coli (10,35%), después el Enterobacter (6,05%) seguido por Salmonella (2,08%) y por último un 0,2% formado por diferentes microorganismos mucho menos frecuentes y por lo tanto menos significativos. (Gráfico 10)



Microorganismo	Porcentaje de aislamiento en hemocultivos
Staphylococcus coagulasa – negativa	41,75%
S. Aureus	20,55%
Klebsiella	19,02%
E. Coli	10,35%
Enterobacter	6,05%
Salmonella	2,08%
Otros	0,20%

DISCUSIONES - CONCLUSIONES:

- El servicio del Hospital Comarcal Sierrallana donde mayor número de hemocultivos se extraen es Urgencias (76,76% en el año 2009 y 76,5% en el año 2010), servicio que mayor número de pacientes atiende y que es el lugar de diagnóstico más habitual de las patologías infecciosas.
- El porcentaje de hemocultivos contaminados es del 5,6% en el año 2009 y del 5,6% en el año 2010. Se considera una

© Fundación Colegio de Enfermería de Cantabria. Todos los derechos reservados - Febrero 2011

tasa de contaminación baja según los estándares establecidos por la 'American Society of Microbiology' y a pesar de que la contaminación puede efectuarse en cualquier momento del proceso de extracción y manipulación, la mayor parte es debido a una mala praxis de extracción (medidas no asépticas) o mala desinfección de la piel del paciente[13].

- Solamente el 1,41% de los hemocultivos extraídos en el año 2009 y el 1,48% de los extraídos en el año 2010 son positivos (indicativo de septicemia). Este porcentaje tan pequeño nos indica una suprautilización de esta medida diagnóstica por parte de los profesionales médicos.
- Los microorganismos que con mayor frecuencia se aíslan son los Staphylococcus coagulasa-negativa (43,9% en el año 2009 y 41,75% en el año 2010). Dichas cifras coinciden con otros estudios realizados en diferentes medios hospitalarios de nuestro país y del extranjero[8].
- La tasa de contaminación es muy similar en todas las épocas del año, por lo tanto no encontramos diferencias significativas entre los distintos meses de los años 2009 y 2010 que puedan asociar factores causantes de dicha contaminación.
- Por último, hay que destacar la efectividad del protocolo de extracción de hemocultivos en su relación con la prevención de contaminaciones, dado el escaso porcentaje de hemocultivos contaminados.

APOYOS RECIBIDOS

- Servicio de Microbiología del Hospital Sierrallana.
- Emma María Martínez Agüeros (Supervisora de Enfermería del Hospital Sierrallana).
- Pedro Herrera Carral (Supervisor de Enfermería del área de Calidad, Docencia, Formación e Investigación del Hospital Sierrallana).
- Gerencia y Dirección de Enfermería del Hospital Sierrallana.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bouza E, Díaz-López MD, Moreno S. Bernaldo de Quirós JC, Vicente T, Berenguer J. Mycobacreriurn tuberculosis bacteremia in patients with and without Human Inmunodeficiency Virus Infection. Arch Intern Med. 1993; 153: 496-500.
2. Capdevilla J.A., Planes A.M., Palomar M., et at. Value of differential quantitative blood cultures in the diagnosis of catheter-related sepsis. Eur. J. Clin. Microbiol. Infect. Dis. May 1992. pg.: 403-407.
3. Bryan CS. Clinical implications of positive blood cultures. Clin. Microbiol. Rev, 1989; 2: 329-353.
4. Wilson ML, Weinstein MP, Reimer LG, Mirret S, Reller LB. Controlled comparison of the Bact/Alert and BACTEC 660/730 nonradiometric blood culture systems. J. Clin. Microbiol. 1992; 30: 323-329.
5. Isenberg H.D. Clinical Microbiology Procedures Handbook. American Society for Microbiology. Washington DC. 1992.1.7.1-1.7.11.
6. Kelly AT, Roberts AJ, Henry D et al. Clinical comparison of isolator and BACTEC 660 resin media for blood culture. J. Clin. Microbiol. 1990; 28: 1925- 1927.
7. Planes Reig AM. Técnicas de hemocultivo. LAB2000. 1990; 5-8.
8. Yagupsky P, Nolte FS. Quantitative aspects of septicemia. Clin. Microbiol. Rev. 1990; 3: 269-279.
9. Ruiz I, Almirante B, Ocaña I et at. Bacteriemias y fungemias en pacientes con SIDA. Estudio de 56 episodios. Enf. Infec. Microbiol. Clin. 1990; 8: 22-26.
10. Aronson MD. Bor DH. Diagnosis and treatment. Diagnostic decisión. Blood Cultures. Ann. Intern. Med. 1987; 106:246-253.
11. Levi MH, Gialanella P, Motyl MR, McKitrick JC. Rapid detection of positive blood cultures with the BACTEC NR-660 does not require first-day subculturing. J. Clin. Microbiol. 1988; 26: 2262-2265.
12. Washington J.A. Blood cultures: An overview. Eur. J. Clin. Microbiol. Infect. Dis. 1989; 8:803-806.
13. Reller LB, Murray PR, MacLowry JD. Cumitech 1A. Blood Cultures II. Coordinating ed., J.A. Washington II. American Society of Microbiology. Washington DC. 1982.

ANEXOS

ANEXO 1

PROTOCOLO DE EXTRACCIÓN DE HEMOCULTIVOS EN EL HOSPITAL COMARCAL SIERRALLANA

Procedimiento de extracción de Hemocultivos

1º HEMOCULTIVO:

1. Lavado profundo de manos
2. Elección de la zona de punción
3. Colocación del compresor
4. Limpieza de la piel:
   - Limpiar con alcohol
   - Desinfectar con clorhexidina al 2%
   - Dejar secar 2´
5. Desinfección de los frascos de hemocultivos con clorhexidina
6. Preparación del campo
7. Colocación del adaptador en la campana extracción
8. Colocación de guantes estériles
9. Canalización con palomita
10. Llenado de los frascos de hemocultivo.

2º Y 3º HEMOCULTIVO:

Mismo procedimiento cambiando en cada punción la vena de elección.

ANEXO 2

FOTOGRAFÍA QUE MUESTRA AL ENFERMERO AGUSTÍN GÓMEZ DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SIERRALLANA PREPARANDO EL MATERIAL PARA LA EXTRACCIÓN DE HEMOCULTIVOS:

MATERIAL:

- Clohexidina 2%
- Alcohol 70%
- Palomilla.
- Campana de hemocultivos.
- Paño estéril.
- Guantes estériles.
- Gasas.
- Tarros de hemocultivos (3 aeróbicos y 3 anaeróbicos).
- Compresor.

El Colegio te ofrece...

- Formación de Postgrado
- Becas de Formación
- Asesoría de Investigación
- Defensa Jurídica
- Póliza de Responsabilidad civil
- Asesoramiento Fiscal
- Defensa de los intereses profesionales
- Registro Oficial de Profesionales

Con el impulso de todo un colectivo, se avanza en pro de la mejora y el éxito profesional:

- Estudios Universitario de Grado
- Especialidades en Enfermería
- Prescripción Enfermera
- Medidas de Bioseguridad

Colegio de Enfermería de Cantabria

*Una apuesta decidida por el **DESARROLLO**, la **FORMACION** y la **DEFENSA** de los intereses profesionales*

La colegiación es un ¡SERVICIO!... Aprovéchalo

CUIDADOS DE ENFERMERIA ESPECIALIZADOS

'La columna rota' (Frida Hhalo

FUNDACIÓN ENFERMERA CANTABRIA

Nuberos Científica
www.enfermeríadecantabria.com/nuberoscientifica

Plan de cuidados de un paciente ostomizado

Autores:
Encarna Olavarría Beivide*, Graciela Santamaría Corona, Isabel Gómez Muñoz

Centro trabajo: Unidad de Cirugía General. Sierrallana.

*Autor para correspondencia.
enolbe@hotmail.com

Recibido: Octubre de 2010
Aceptado: Febrero de 2011

Colegio Oficial de Enfermería de Cantabria

© Fundación Colegio de Enfermería de Cantabria. Todos los derechos reservados - Febrero de 2011

Resumen:

La taxonomía NANDA/NOC/NIC facilita el análisis sistemático de la información y la comunicación en cuanto a la toma de decisiones y la efectividad del cuidado enfermero.

Objetivo:

Siguiendo esta metodología en un paciente ostomizado, estableceremos indicadores que nos permitan medir la efectividad de los cuidados.

Método:

Emplearemos la valoración por patrones según el modelo de M. Gordon, estableceremos intervenciones comunes al ingreso y al proceso preoperatorio y seguiremos la metodología de identificación de diagnósticos (NANDA), Objetivos (NOC) e Intervenciones (NIC), así mismo usaremos indicadores para medir la eficacia.

Resultados:

Con el plan individualizado obtenemos: Diagnósticos: 00004 Riesgo de infección (Is: Fiebre: 5, Tumefacción / enrojecimiento: 5); 00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea (Is: Ausencia de lesión tisular: 5); 00014 Incontinencia fecal (Is: Descripción de la dieta prescrita; 00118 Trastorno de la imagen corporal (Is: Descripción de la parte corporal afectada: 5); 00032 Dolor agudo (Is: Expresiones orales de dolor (EVA): 5)

Conclusiones:

La metodología N/n/n nos ha facilitado establecer diagnósticos enfermeros, marcar objetivos de consecución, sistematizar intervenciones y evaluar la eficacia de los cuidados enfermeros. Todo ello nos permite universalizar el lenguaje del cuidado y la evaluación rigurosa de la profesión enfermera.

Palabras clave:

- Taxonomía
- Ostomizado
- Diagnóstico enfermero
- NANDA / NOC / NIC

Abstract:

The NANDA/NOC/NIC facilitates the systematic analysis of information and communication about decision making and effectiveness of nursing care.

Objective:

Following this methodology in an ostomy patient, we will establish indicators to measure the effectiveness of care. We will use the assessment of patterns on the model of M.

Method:

Gordon, …common interventions on admission and preoperative process and will follow the methodology of identification of diagnoses (NANDA), nursing outcomes clasificaton (NOC) and nursing nterventions clasification (NIC), so it will use indicators to measure effectiveness.

Results:

The individualized plan casts as some of the results: Diagnostics: 00004 Risk of infection (Is: Fever: 5, swelling / redness: 5), 00047 Risk for impaired skin integrity (Is: Lack of tissue injury: 5); 00014 fecal incontinence (Is: Description of the prescribed diet; 00118 body image disorder (Is: Description of the affected body part: 5), acute pain 00032 (Is: Speaking of pain (VAS): 5)

Conclusions:

The methodology N/n/n has provided nursing diagnoses, marking attainment targets, systematic interventions and assess the effectiveness of nursing care. This allows us to provide universal language of caring and thorough review of the nursing profession.

Keywords:

- Taxonomy
- Ostomy
- Nursing diagnosis
- NANDA / NOC / NIC

CASO CLÍNICO

Mujer de 54 años, ama de casa, casada con 2 hijos. Acude a su médico de cabecera por tenesmo y sangrado por ano de un mes de evolución con ritmo intestinal normal. Se remite a consulta de cirugía general, se le programa una colonoscopia objetivandose de tres pólipos en margen anal no subsidiarios de ser extirpados mediante polipectomía endoscópica.

Se le practica resección endoanal bajo anestesia general. El resultado del informe anatomopatológico es de adenoma tubulovelloso con displasia grave, Se le practica amputación abdominoparineal con colostomía permanente. El nuevo informe anatomopatológico, después de la intervención, pone de manifiesto un adenocarcinoma rectal T1 N0 M0.

INTERVENCIONES COMUNES AL INGRESO EN EL CENTRO SANITARIO

- Cuidados de enfermería al ingreso (7310): Acogida del paciente en la unidad e identificación mediante pulseras de seguridad
- Documentación (7920): Registro de: escala de riesgo de UPP (Braden), escala de valoración de riesgo de caídas (ERICA), ficha y valoración del paciente.
- Trascripción de órdenes (8060).
- Monitorización de los signos vitales (6680): Toma de T.A., pulso, temperatura y dolor.
- Informe de turnos (8140).

VALORACIÓN AL INGRESO SEGÚN LOS PATRONES DE M. GORDON

Patrón 1: Percepción de la salud/manejo de la salud

La paciente conoce su diagnóstico y, aunque presenta cierta ansiedad en relación a como va a afrontar una colostomía permanente, es una persona vital e independiente, que cuenta con apoyo familiar. Presenta alergia al Nolotil. Antecedentes quirúrgicos de colocistectomía en 1993 y hernia inguinal en 2002. Sin tratamientos médicos en la actualidad.

Patrón 2: Nutricional-metabólico

Bien nutrida e hidratada. Régimen dietético normal. Piel integra, normocoloreada.

Patrón 3: Eliminación

Hábitos de eliminación: deposición diaria de consistencia normal. No refiere estreñimiento. Eliminación urinaria sin molestias, ni escozor, ni escapes. Controla esfínteres. Tenesmo en el último mes.

Patrón 4: Actividad-ejercicio

Vida activa e independiente. Pasea diariamente con su marido.

Patrón 5: Sueño-descanso

No presenta alteraciones del sueño aunque manifiesta cierta inquietud en ocasiones desde que empezó con la enfermedad.

Patrón 6: Cognitivo-perceptual

Se establece una comunicación fluida basada en las dudas iniciales que le surgen en el momento del ingreso con gran disposición al aprendizaje. Nivel de estudios: no acabó el bachiller. No presenta alteraciones sensoriales.

Patrón 7: Autopercepción- autoconcepto

No presenta alteraciones observables durante la entrevista en cuanto a autoestima o desequilibrio emocional en relación a lo que ha sido su vida hasta ahora, aunque desde hace un tiempo, se siente insegura e inquieta. Manifiesta cierto grado de ansiedad ante la intervención quirúrgica y ante los cambios en su entorno social que se puedan derivar de ser portadora de un estoma.

Expresa: *"tendré que dejar de viajar en avión"*, *"seguro que con eso ya no podré ir a la playa"*, *"espero que no de mucho asco"*.

Patrón 8: Rol- relaciones

Vive con su esposo y mantiene una continua comunicación/relación con sus hijos. Tiene un grupo de amigas con las que le gusta relacionarse y viajar con cierta frecuencia. Canta en el coro de su municipio, afición que comparte con su esposo.

Patrón 9: Sexualidad-reproducción

No se explora en la primera valoración.

Patrón 10: Adaptación-tolerancia al estrés

Llega a la unidad acompañada de su marido y su hija, quienes conocen el proceso de la paciente y se muestran positivos ante los acontecimientos.

Patrón 11: Valores y creencias

Manifiesta ser católica y practicante.

INTERVENCIONES COMUNES AL PREOPERATORIO EN EL CENTRO SANITARIO (RELACIONADAS CON LA CIRUGIA Y LA MEDICACION)

Preparación quirúrgica (2930)

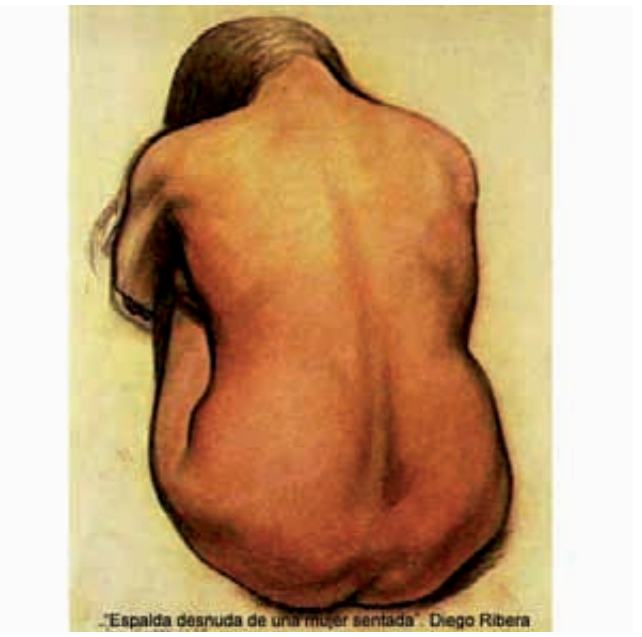
- Informar de la rutina operatoria.
- Verificar la comprensión del proceso perioperatorio.
- Aplicar protocolo de preparación mecánica de colon.
- Aplicar protocolos de administración de tratamientos preoperatorios.
- Aplicar protocolo de higiene prequirúrgica.
- Verificar la correcta preparación e identificación del paciente antes de ir al área quirúrgica.

Coordinación preoperatorio (2880)

- Registro de la hoja de continuidad de cuidados del protocolo de cirugía colorrectal.
- Verificar las pruebas preoperatorios.

Punción intravenosa (4190)

- Inserción de catéter venoso para administración de premedicación.



"Espalda desnuda de una mujer sentada". Diego Ribera

PLAN DE CUIDADOS DURANTE EL INGRESO

1.– JUSTIFICACION

Cuando Ana ingresa en nuestra unidad se muestra como una mujer segura, autosuficiente, bien informada de su enfermedad y con ganas de afrontar todo el proceso. Tiene un entorno familiar muy positivo y colaborador, fundamentalmente, su apoyo es su hija, una joven de 23 años, maestra que se ha casado hace apenas cuatro meses.

Aún con toda esta buena disposición, muestra cierta inquietud, algo de inseguridad en relación a sus capacidades, insiste en preguntas sobre el estoma e incluso hay momentos en los que manifiesta la sensación de perdida de su vida social debido a las limitaciones, que ella presume, le va a suponer el estoma. Por todo esto ese lenguaje manifiesto y el no verbal que se percibe en la entrevista, concluimos que el patrón que se ve alterado es el de la autopercepción - autoconcepto. Para trabajar en esta línea, se establecen los diagnósticos de **ANSIEDAD** y **BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL**. No cabe duda que el proceso en si mismo significa un cambio morfológico y funcional en cualquier ser humano, por ello se consideró fundamental trabajar con el **TRASTORNO DE LA IMAGEN CORPORAL**.

La rutina de ingreso de nuestro centro incluye, en la toma inicial de constantes constatar la presencia o no de dolor al ingreso, ya sea agudo o crónico. Para ello empleamos una escala

© Fundación Colegio de Enfermería de Cantabria. Todos los derechos reservados - Febrero 2011

de valoración analógica (EVA). Eso fue algo que a la paciente le llamó la atención. Le explicamos que cada día registraríamos su percepción del dolor y se modificaría la analgesia en función de su valoración. Dado que la amputación abdominoperineal es una intervención que puede producir un alto grado de dolor, consideramos establecer el **DOLOR** como complicación inherente al proceso.

El **RIESGO DE INFECCION** es una etiqueta diagnostica obligada en los procesos quirúrgicos relacionada con las técnicas invasivas. En nuestro caso, la paciente presentaba la herida quirúrgica perineal, cuatro incisiones laparoscópicas abdominales, una colostomía Terminal, sonda vesical (permaneciendo tres días), drenaje aspirativo tipo Jackson Pratt (durante seis días) y catéter central de inserción periférica (durante once días).

A pesar del buen estado de forma que presentaba la paciente y de que era independiente en sus cuidados, establecimos el diagnostico de **DEFICIT DE AUTOCUIDADO** en **BAÑO/HIGIENE** por considerar que los primeros días del postoperatorio necesitaría no solo ayuda sino preparación del entorno de la habitación para permitirle la autonomía de la que fuese capaz. y en el **USO WC** favoreciendo la movilidad, que en estos procesos se ve disminuida a causa del cansancio y el dolor.

Establecimos el diagnostico de **INCONTINENCIA FECAL**, porque, si funcionalmente algo se modifica tras una amputación abdominoperineal, es la capacidad de controlar voluntariamente la emisión de gases y de las heces.

Por ultimo, y porque además de funcionalmente, también anatómicamente se producen cambios relevantes, la presencia de un estoma va a suponer un **RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTANEA** relacionado con la humedad, la exposición de la piel a las heces y factores mecánicos debidos al uso de dispositivos. El manejo en los cuidados del estoma es fundamental en esta paciente y en todos los pacientes de nuestro área de salud (Área 3 y 4 de Cantabria: Torrelavega-Reinosa) porque no disponemos de consulta de estomaterapia ni de ningún profesional que asuma de forma reglada el adiestramiento y el seguimiento de los pacientes ostomizados. Por ello nuestra responsabilidad es mayor, si cabe, teniendo en cuenta que todo lo que nosotras seamos capaces de enseñar al paciente, será, probablemente, la única información que vaya a recibir en el futuro.

2- DESARROLLO DEL PLAN DE CUIDADOS (NANDA/NOC/NIC)

PATRON 1: Percepción de la salud/manejo de la salud

Diagnóstico NANDA (DN): 00004. RIESGO DE INFECCION. Relacionado con (Rc): Procedimientos invasivos

NOC: 0703. Estado infeccioso

NIC: 6540. Control de las infecciones

1870. cuidados del drenaje

1876. cuidados del catéter urinario

3440. Cuidados del sitio de incisión.

4220. Cuidados del catéter central insertado periféricamente

Dado que son muchos los focos de vigilancia, estableceremos un registro de cada una de las zonas de lesión atendiendo a dos tipos de indicadores a lo largo de sus 13 días de ingreso:

- FIEBRE
- TUMEFACCION / ENRROJECIMIENTO (Tabla 1) (Grafico 1)

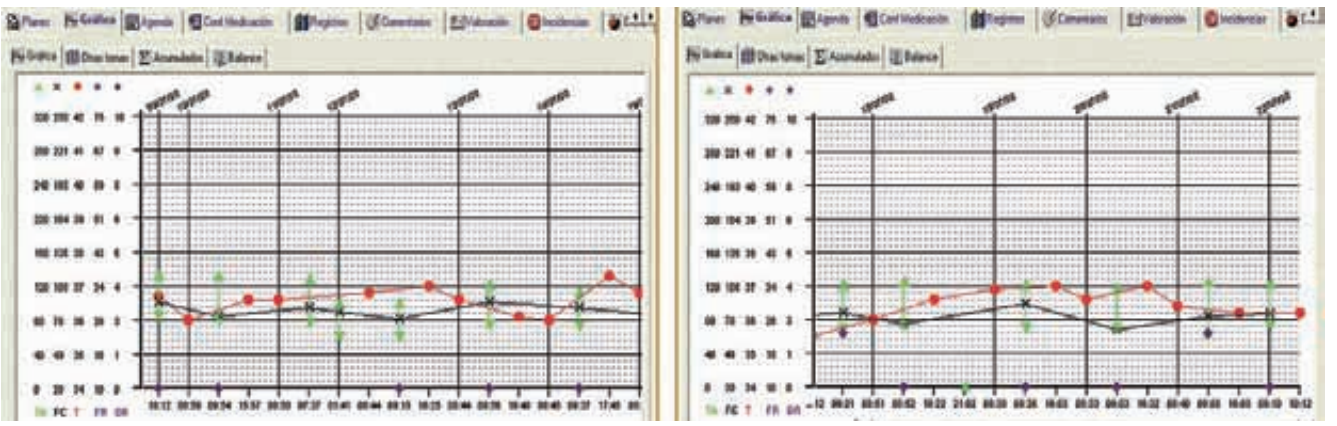


GRAFICO 1: Aparece en color rojo el registro de temperatura (|)

PATRON 2: Nutricional-metabólico

DN: 00047. RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTANEA. Rc:

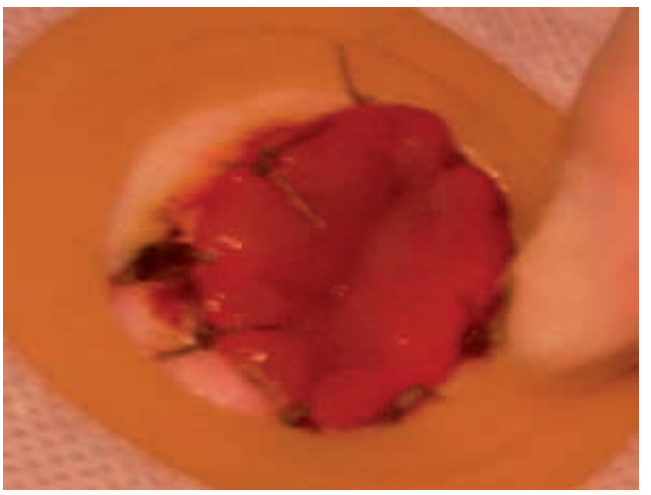
- Humedad
- Factores mecánicos

NOC: 1101. Integridad tisular: piel y membranas mucosas

NICs: 3660. Cuidados de las heridas; 0480. Cuidados de la ostomía

Los indicadores que utilizaremos en este diagnostico serán:

- COLORACION EN RANGO ESPERADO
- AUSENCIA DE LESION TISULAR (Tabla 2) (Fotografía 1)



FOTOGRAFIA 1: Estoma de la paciente en el día nº 11 de ingreso. Estado del estoma y piel periostomal no comprometida.

PATRON 3: Eliminación

DN: 00014. INCONTINENCIA FECAL. Rc: perdida de control

de esfínter. Manifestado por (Mp): emisión de heces y gases involuntariamente
NOC: 0501 Eliminación intestinal
NICs: 1100. Manejo de la nutrición; 0460. Manejo de la diarrea; 0450. Manejo del estreñimiento/implantación.
Los indicadores van encaminados a monitorizar el grado de comprensión de las recomendaciones dietéticas en las que a la paciente se le instruye durante la fase tardía del postoperatorio. La eficacia de estos conocimientos, podrá ser valorada en el seguimiento ambulatorio, después del alta, en relación a:

- AUSENCIA DE ESTREÑIMIENTO
- AUSENCIA DE DIARREA

Por ello el indicador que utilizaremos durante el ingreso (a valorar en el momento del alta) es:

- DESCRIPCION DE LA DIETA PRESCRITA

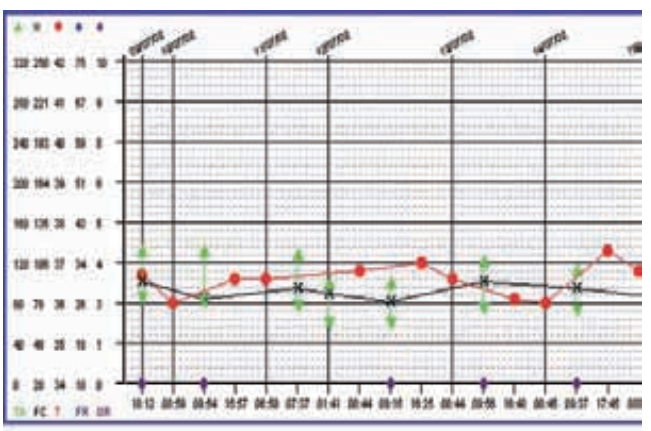
La paciente será capaz de verbalizar en el momento del alta, los conocimientos aprendidos en cuanto a régimen dietético. Conocerá que alimentos debe tomar en caso de diarrea y cuales en caso de estreñimiento. La paciente tendrá conocimiento de cuales son los alimentos que favorecen la emisión de gases.
La monitorización del grado de conocimiento a la descripción de la dieta prescrita resulta "sustancial" (en escala: ninguno/escaso/moderado/sustancial/extremo).

PATRON 4: Actividad-ejercicio

DN: DEFICIT DE AUTOCUIDADO: 11108. BAÑO/HIGIENE; 00110. USO WC. Rc: debilidad, dolor y barreras estructurales. Mp: desanimo y apatía ante el acicalamiento
NOC: Cuidados personales: 0301. Baño; 0310. uso del inodoro.
NICs: 1800. Ayuda al autocuidado; 6480. Manejo ambiental
En este punto, y tras un tiempo de adiestramiento la paciente será capaz de asearse sola en el servicio asumiendo la colocación y preparación de todos los materiales necesarios para realizar el cambio de dispositivo. Emplearemos el indicador:

- REALIZA LA HIGIENE PERSONAL SIN AYUDA.

Será valorado cada día en el turno de mañana. (Tabla 3)



Aparece en color magenta el registro del dolor (u)

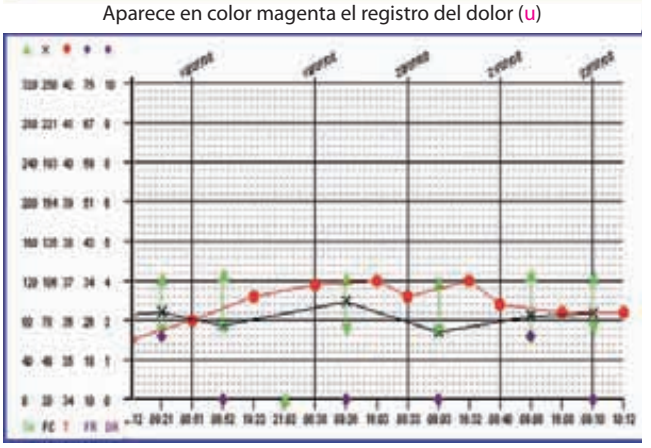


Grafico 2: Registro de la grafica diaria de temperatura durante el ingreso

PATRON 6: Cognitivo-perceptual

DN: 00132. DOLOR AGUDO. Rc: Agentes lesivos MP: Expresión facial de dolor y Comunicación verbal de los descriptores del dolor
NOC: 1605.Control del dolor
NICs: 2380 Manejo de la medicación; 6482 Manejo ambiental: confort
El indicador a evaluar es el que la propia paciente manifiesta en cuanto su percepción de cantidad del dolor:

- EXPRESIONES ORALES DEL DOLOR (EVA)

Según la mejor evidencia en la terapia del dolor posquirúrgico, se considera rango aceptable de dolor controlado una EVA ≤ 3.
Durante los trece días de ingreso la paciente refiere estar en un rango de dolor ≤ 3. (Grafico 2)

PATRON 7: Autopercepción- autoconcepto

DN: 00146. ANSIEDAD. Rc: Amenaza de la integridad biológica y Cambio del entorno. Mp: temor y nerviosismo
NOC: 1402.Control de la ansiedad
NICs: 5820. Disminución de la ansiedad; 4920. Escucha activa; 5610. Enseñanza prequirúrgica
La monitorización en este patrón resultaba compleja porque algunos indicadores pueden aumentar la variabilidad en relación al número de profesionales que los evalúen y a la percepción que estos tengan de la respuesta conductual de la paciente. Por ello tratamos de evaluar a partir de los datos que nos verbalice la paciente o sean más observables que estimables.

- BUSCA INFORMACIÓN PARA DISMINUIR LA ANSIEDAD
- REFIERE DORMIR DE FORMA ADECUADA

En cuanto a la búsqueda de información, era una persona implicada en su cuidado que contaba con un fuerte apoyo familiar. Durante el adiestramiento del cuidado del estoma, se mostró en todo momento dispuesta a aprender y buscaba, a través de ponerse en situaciones diversas, respuestas a como abordar uno u otro problema. Probó a utilizar dispositivos de una y de dos piezas para decidir antes de su salida del hospital cual seria el más adecuado para ella.
Podría decirse que la paciente trató con frecuencia de buscar información para disminuir la ansiedad que le suponía tener que depender de otros, hecho que le hacia sentir vulnerable.
En cuanto a la manifestación de dormir de forma adecuada, la valoración es variable de los primeros días de ingreso a los últimos. (Tabla 4)

PATRON 8: Rol- relaciones

DN: 00118. TRASTORNO DE LA IMAGEN CORPORAL. Rc: perdida de función del cuerpo MP: Vergüenza y Turbación
NOC: 1205. Autoestima
NICs: 5270. Apoyo emocional; 4920. Escucha activa; 5220. Potenciación de la imagen corporal.
Indicadores seleccionados:

- VOLUNTAD PARA TOCAR LA PARTE CORPORAL AFECTADA
- DESCRIPCION DE LA PARTE CORPORAL AFECTADA

En cuanto al primer indicador, tratamos de evaluar no solo

© Fundación Colegio de Enfermería de Cantabria. Todos los derechos reservados - Febrero 2011

el hecho de que la paciente fuera capaz de tocar el estoma, sino de la iniciativa que mostrara para hacerlo y ocuparse de todo el cuidado del mismo. Así, aunque al principio le daba miedo tocarlo por temor a *"infectarlo"* después de unos días, entendió la diferencia entre higiene y asepsia, de manera que tres días antes del alta ella era perfectamente capaz de lavar, secar y, en definitiva, cuidar de su ostomía sin rechazo.

A diferencia de tocar el estoma, ella nunca puso ninguna oposición a visualizarlo. Quería saber como era. Tomó fotos de la colostomía, y se llevó una grabación del proceso de cambio de dispositivo *"por si se la olvidaba algo al principio"*. Era conocedora de su morfología y características.

PATRON 9: Sexualidad-reproducción

DN: 00153. BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL. Rc: Alteración física provocada por la cirugía. Mp: Sentimientos de rechazo y Sentimientos de inutilidad

NOC: 1305. Adaptación psicosocial: cambio de vida

NICs: 5400. Potenciación de la autoestima; 5370. Potenciación de roles.

Utilizaremos el indicador:

- BUSQUEDA DE APOYO SOCIAL

No evaluaremos el indicador en relación a la cantidad de objetivo logrado, porque consideramos que ese es un resultado medible a medio plazo. Lo que tratamos entonces es de dar respuesta a alguna de sus necesidades y de dotarle de estrategias para la consecución, en mayor o menor medida, del objetivo.

Ante la necesidad que expresó la paciente de conocer personas que compartieran su mismo problema, le facilitamos la posibilidad de ponerse en contacto con la asociación española de estomaterapia (dado que en Cantabria no esta establecida asociación de ostomizados).

Le indicamos la posibilidad de técnicas grupales en el núcleo familiar, en las que ella tratara de explicar cual era su nueva realidad y brindarse la oportunidad de explicarles como ella siente su realidad tras la colocación del estoma. Del mismo modo, la sugerimos aplicar esta técnica con el grupo de amigas que ella considerase oportuno. En ocasiones, esto permite a tus allegados expresar sus propios sentimientos, sus miedos.

La propusimos verbalizar situaciones en las que ella considerara que iba a estar limitada para poder nosotras aportar herramientas que le ayudaran a resolverlas. No sabía, por ejemplo, como abordar el hecho de ir a la playa con *"la bolsa"* y de que pasaría si *"se le llenaba la bolsa en un vuelo"*. Incidimos en las recomendaciones para la práctica de deportes acuáticos, y le hablamos de cómo resolver urgencias con el material que todo paciente ostomizado debe llevar en cualquier desplazamiento.

La paciente manifestó, en al momento del alta, sentir que tenía aun una gran tarea por delante pero que partía con una sólida base para afrontar los problemas.

3.– RESULTADOS AL MOMENTO DEL ALTA (NOCs) (Gráfico 3)

P 1: 00004. RIESGO DE INFECCION	EXTREMADAMENTE COMPROMETIDA (1)	SUSTANCIALMENTE COMPROMETIDA (2)	MODERADAMENTE COMPROMETIDA (3)	LEVEMENTE COMPROMETIDA (4)	NO COMPROMETIDA (5)
FIEBRE					5
TUMEFACCION / ENRROJECIMIENTO					5

P 2: 00047. RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTANEA	EXTREMADAMENTE COMPROMETIDA (1)	SUSTANCIALMENTE COMPROMETIDA (2)	MODERADAMENTE COMPROMETIDA (3)	LEVEMENTE COMPROMETIDA (4)	NO COMPROMETIDA (5)
COLORACION EN RANGO ESPERADO				4	
AUSENCIA DE LESION TISULAR					5

P 3: 00014. INCONTINENCIA FECAL	NADA (1)	ESCASAMENTE (2)	MODERADAMENTE (3)	SUSTANCIALMENTE (4)	TOTALMENTE (5)
DESCRIPCION DE LA DIETA PRESCRITA				4	

P 4: DEFICIT DE AUTOCUIDADO: 11108. BAÑO/HIGIENE, 00110. USO WC	NINGUNO (1)	ESCASO (2)	MODERADO (3)	SUSTANCIAL (4)	EXTREMO (5)
REALIZA LA HIGIENE PERSONAL SIN AYUDA				4	

P 6: 00132. DOLOR AGUDO	EXTREMADAMENTE COMPROMETIDA (1)	SUSTANCIALMENTE COMPROMETIDA (2)	MODERADAMENTE COMPROMETIDA (3)	LEVEMENTE COMPROMETIDA (4)	NO COMPROMETIDA (5)
EXPRESIONES ORALES DEL DOLOR (EVA)					5

P 7: 00146. ANSIEDAD	NUNCA MANIFESTADO (1)	RARAMENTE MANIFESTADO (2)	EN OCASIONES MANIFESTADO (3)	CON FRECUENCIA MANIFESTADO (4)	CONSTANTEMENTE MANIFESTADO (5)
BUSCA INFORMACION PARA DISMINUIR LA ANSIEDAD				4	
REFIERE DORMIR DE FORMA ADECUADA				4	
P 7: 00118. TRASTORNO DE LA IMAGEN CORPORAL	**NUNCA POSITIVA (1)**	**RARAMENTE POSITIVA (2)**	**EN OCASIONES POSITIVA (3)**	**CON FRECUENCIA POSITIVA (4)**	**CONSTANTEMENTE POSITIVA (5)**
VOLUNTAD PARA TOCAR LA PARTE CORPORAL AFECTADA				4	
DESCIRPCION DE LA PARTE CORPORAL AFECTADA					5
P 7: 00153. BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL	**NUNCA POSITIVA (1)**	**RARAMENTE POSITIVA (2)**	**EN OCASIONES POSITIVA (3)**	**CON FRECUENCIA POSITIVA (4)**	**CONSTANTEMENTE POSITIVA (5)**
BUSQUEDA DE APOYO SOCIAL				4	

Grafico 3

DIA DE INGRESO	FIEBRE ≥38ºC	TUMEFACCION/ENRROJECIMIENTO				
		Z. drenaje	Z. HQ abdomen	Z. HQ periné	Z. estoma	Z. catéter
1	no	-	-	-	-	-
2	no	-	-	-	-	-
3	no	no	no	no	no	no
4	no	no	no	no	no	no
5	no	no	no	no	no	no
6	no	no	no	no	no	no
7	no	no	no	no	no	no
8	no	no	no	Si	no	no
9	no	no	no	Si	no	no
10	no	no	no	Si*	no	no
11	no	no	no	Si*	no	no
12	no	no	no	Si*	no	no
13	no	no	no	no	no	no

Tabla 1: registro de los indicadores fiebre y tumefacción/enrrojecimiento en las zonas de lesión durante el ingreso.
* Presencia de exudado seroso

DIA	ESTOMA		HQ ABDOMEN		HQ PERINE	
	COLOR ERE	AUSENCIA LT	COLOR ERE	AUSENCIA LT	COLOR ERE	AUSENCIA LT
1	-	-	-	-	-	-
2	-	-	-	-	-	-
3	5	5	5	5	5	5
4	5	5	5	5	5	5
5	5	5	5	5	5	5
6	5	5	5	5	5	5
7	5	5	5	5	4	5
8	5	5	5	5	4	4
9	5	5	5	5	3	3
10	5	5	5	5	4	3
11	5	5	5	5	4	4
12	5	5	5	5	4	4
13	5	5	5	5	4	4

Tabla 2: Registro de los indicadores Coloración en rango esperado y Ausencia de lesion tisular durante el ingreso* Presencia de exudado seroso
1- EXTREMADAMENTE COMPROMETIDA | 2- SUSTANCIALMENTE COMPROMETIDA | 3- MODERADAMENTE COMPROMETIDA | 4- LEVEMENTE COMPROMETIDA | 5- NO COMPROMETIDA

© Fundación Colegio de Enfermería de Cantabria. Todos los derechos reservados - Febrero 2011

INDICADOR/DIAS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
REALIZA LA HIGIENE PERSONAL SIN AYUDA	5	5	4	1	1	2	3	3	3	3	3	4	4

Tabla 3: Registro de la valoración del indicador Realiza la higiene personal sin ayuda durante los dias de ingreso.
1. NADA | 2. ESCASAMENTE | 3. MODERADAMENTE | 4. SUSTANCIALMENTE | 5. TOTALMENTE

INDICADOR/DIAS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
PREFIERE DORMIR DE FORMA ADECUADA	3	3	2	3	2	3	3	4	5	5	4	4	5

Tabla 4: Registro de la valoración del indicador Refiere dormir de forma adecuada,según la manifestación de la paciente a lo largo del ingreso.
1. NUNCA MANIFESTADO | 2. RARAMENTE MANIFESTADO | 3. EN OCASIONES MANIFESTADO | 4. MANIFESTADO CON FRECUENCIA | 5. CONSTANTEMENTE MANIFESTADO.

BIBLIOGRAFÍA

1. NANDA. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación. 2003-2004. Edit Elsevier.
2. Clasificación de resultados de enfermería (CRE)- Nursing Outcomes Clasification (NOC). Johnson M, Maas M. Mooorhead S. Edit. Elsevier. Segunda edición.
3. Clasificación de intervenciones de Enfermería (CIE)- Nursing Interventions Clasification (NIC). Mc Closkey JC., Bulechek G., Edit Elsevier. Tercera edición.
4. Diagnósticos Enfermeros, Resultados e Intervenciones. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. Johnson M., Bulechek G. y cols. Edit. Elsevier. Primera edición.
5. Estomas: valoración, tratamiento y seguimiento. Marti J., Tejido M. Edit. Doyma, 1999.
6. Estomas: manual de enfermería. Corella JM:, Vázquez A., Tarragon MA: y cols. Edit. CECOVA, 2005.
7. Guía de cuidados de enfermería en pacientes ostomizados. Grupo de expertos CIDO. Edit. Coloplast Productos Médicos, S.A., 1997.

FUNDACIÓN ENFERMERA CANTABRIA

Nuberos C

Normas de publicación

La revista NUBEROS CIENTÍFICA es una publicación de carácter científico del Colegio de Enfermería de Cantabria, cuyos principales objetivos son promover la investigación científica enfermera y difundir la producción científica entre los profesionales de Enfermería de Cantabria.

En la publicación tienen cabida todos los temas relacionados con aspectos clínico-asistenciales, de metodología científica de trabajo (NANDA, NIC, NOC), de calidad de cuidados, de aspectos sociosanitarios o comunitarios, de salud laboral, de salud medioambiental, de gestión, de docencia y de formación. Todo ello con la perspectiva de la enfermería basada en la evidencia científica.

Las normas para la publicación de trabajos, estudios o proyectos están basadas, fundamentalmente, en las Normas de Vancouver para la uniformidad de manuscritos presentados a Revistas Biomédicas y se describen a continuación:

1. Normas generales de publicación.
   - Trabajos o estudios científico técnicos.
   - Proyectos de investigación científica.
   - Trabajos o estudios de investigación de carácter cualitativo.

2. Ilustraciones.
   - Tablas y gráficos.
   - Fotografías.

3. Referencias bibliográficas.
4. Normas éticas.
5. Relación de documentos que deben contener los trabajos para enviar a NUBEROS CIENTÍFICA.

1. NORMAS GENERALES DE PUBLICACIÓN

Los manuscritos de los trabajos se podrán enviar a la dirección electrónica del Colegio de Enfermería de Cantabria, en cuya web se encuentra la información relativa al envío.

Se enviará con una carta de presentación solicitando la publicación, donde constará, expresamente, si el trabajo ha sido o no presentado o publicado en otro evento o revista científica. Además, si existe o no conflicto de intereses.

Es conveniente conservar copia del trabajo.

Los trabajos deberán realizarse y presentarse en procesador de textos programa Word y en Excel o Power Point para gráficos.

La extensión máxima será de 4.000 palabras (caracteres con espacios) y al escribir el trabajo en Word se tendrá en cuenta que:

- Tipo de letra será Time New Roman, cuerpo 12, espaciado e interlineado normales
- Evitar "negritas", subrayados o mayúsculas para resaltar.
- Deberán evitarse las abreviaturas o siglas y, cuando sean necesarias, se explicará (la primera vez) entre paréntesis su significado. Se exceptúan las unidades de medida del Sistema de Medidas Internacional.
- Utilizar entrecomillados "…" para citas textuales.
- Utilizar entrecomillados '…' para referencias, títulos o nombres técnicos.
- Utilizar cursiva cuando se utilizen palabras en otro idioma o en latín.
- Las páginas irán numeradas consecutivamente.
- En la primera página se incluirá, por orden:
  - Título del artículo, deberá ser conciso y lo suficientemente informativo.
  - Nombre y dos apellidos de los autores (máximo seis).
  - Lugar de trabajo, departamento e institución.
  - Identificación de autor responsable para la correspondencia del manuscrito.
  - Apoyos recibidos (si existieran) para la realización del estudio o trabajo.

Todas las personas que figuran como autores (profesionales de Enfermería) deberán estar cualificadas para ello, en caso contrario y con su permiso, podrán figurar en la sección de agradecimientos.

En la segunda página, de manera resumida (RESUMEN y ABSTRACT) y en 200 palabras (español e inglés), aparecerá un texto que contenga:

- Justificación.
- Propósito del estudio (objetivo).
- Metodología.
- Resultados relevantes.
- Conclusiones importantes.
- Aportación del trabajo a la comunidad científica o a la sociedad.

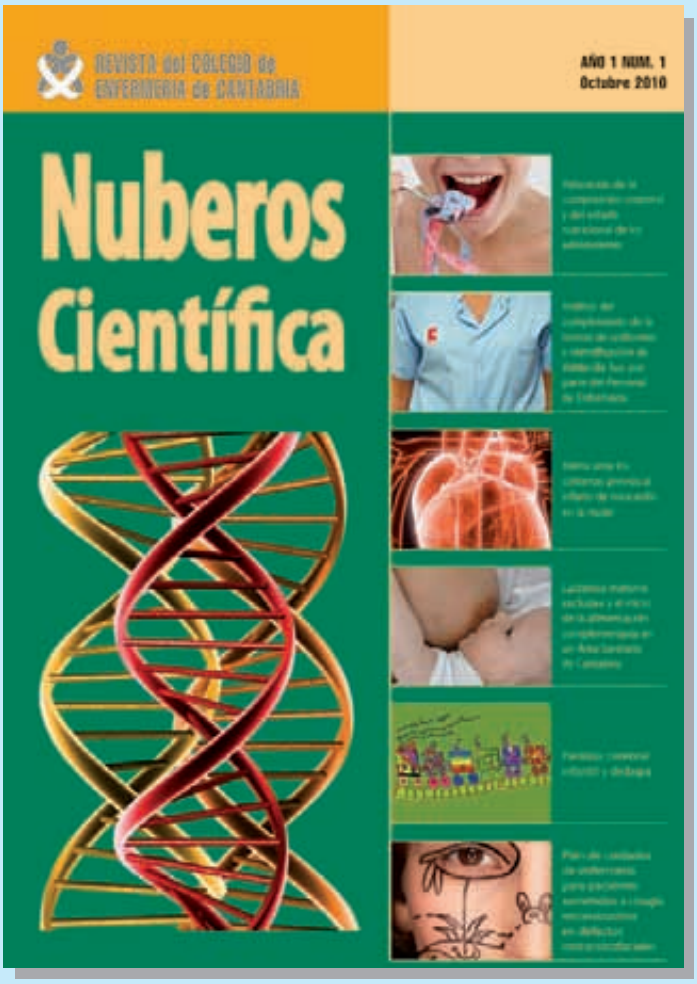
Al final del resumen se incluirán las palabras clave (de 3 a 10 palabras o frases cortas), que permitirán indexar el artículo en las bases de datos.

En las siguientes páginas se incluirá el texto del trabajo o estudio, dividiendo claramente los apartados del mismo. Los trabajos o estudios científico técnicos deben seguir (de manera general) las fases de la metodología científica:

1. Título
2. Introducción-Justificación.
3. Objetivos: general y específicos.
4. Metodología (material y métodos).
5. Resultados.
6. Discusión-Conclusiones. Aportación del trabajo a la comunidad científica o a la sociedad.
7. Bibliografía.
8. Anexos.

Científica

Colegio Oficial de
Enfermería de Cantabria



Los proyectos de investigación científica deben contener los siguientes capítulos:

1. Título.
2. Introducción, antecedentes y estado actual del tema. Marco teórico.
3. Hipótesis. Objetivos.
4. Metodología.
5. Aspectos éticos.
6. Utilidad de los resultados, en relación a la comunidad científica y a la sociedad.
7. Plan de trabajo.
8. Experiencia del equipo investigador (resumen curricular).
9. Medios disponibles y necesarios.
10. Bibliografía.
11. Relación de anexos.

Los trabajos de investigación de carácter cualitativo deben contener al menos:

1. Título.
2. Introducción-Justificación de estudio cualitativo. Marco teórico.
3. Objetivos.
4. Metodología de análisis cualitativo.
5. Resultados.
6. Discusión.
7. Aportaciones del trabajo a la comunidad científica o a la sociedad.
8. Bibliografía.
9. Anexos.

2. ILUSTRACIONES

Tablas y gráficos: Se presentarán realizadas mediante aplicación informática y en archivo aparte. Serán sencillas, con un título breve y las siglas o abreviaturas se explicarán al pie. Es conveniente que sean de formato similar. Deben estar correctamente referenciadas en el texto.

Fotografías, grabados y dibujos: Se incluirán solo cuando sean necesarias para la comprensión del texto. Se presentarán en archivo electrónico de alta resolución (300 ppp) y formatos JPEG o TIF. Solo se admitirán unmáximo de cuatro fotografías por trabajo. NUBEROS CIENTIFICA se reserva el derecho de introducir fotos o dibujos alusivos al tema tratado de acuerdo a las necesidades de ajuste de espacio en la publicación.

3. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Deben presentarse correlativamente según el orden de aparición en el texto (se utilizarán números con la opción *superíndice*).
Se recomienda un máximo de 30 referencias, escritas según las normas de Vancouver.

4. NORMAS ÉTICAS

- Se indicará, expresamente y cuando se trate de experimentación humana, si los procedimientos empleados han respetado los criterios éticos de los comités responsables.
- Del mismo modo, si se trata de experimentación animal.
- No se identificará a los pacientes o enfermos ni con nombres o ni con iniciales.
- Las fotografías, si existieran, no identificarán a las personas.
- Se informará a personas e instituciones, solicitando su consentimiento de la realización del trabajo.
- Se adjuntará (en anexos) fotocopias de los permisos o autorizaciones, así como el dictámen del Comité de Bioética o de Ensayos Clínicos de la Comunidad Autónoma.

5. RELACIÓN DE DOCUMENTOS QUE DEBEN CONTENER LOS TRABAJOS A ENVIAR

- Carta de presentación.
- Texto del manuscrito en formato electrónico.
- Archivo con las ilustraciones.
- Archivo con las fotografía, si se precisa.

VIII Premio 'Sor clara' de investigación en Enfermería

ORGANIZA:

Fundación Enfermería de Cantabria

COLABORA:

Colegio de Enfermería de Cantabria

PATROCINA:

CAJA CANTABRIA

PLAZO PRESENTACIÓN:

30 de abril de 2011

FALLO DEL CONCURSO:

Celebración del Día Internacional de Enfermería

LUGAR DE PRESENTACIÓN:

Secretaría del Colegio de Enfermería de Cantabria

C/ Cervantes, 10 - 5º
39001 SANTANDER
Tel. 942 319720
Tel. 696 43 36 25

BASES DEL CONCURSO

1.– Podrán concurrir las/os enfermeras/os pertenecientes al Colegio de Enfermería de Cantabria, y que estén al día en sus obligaciones colegiales. Tanto los autores como los colaboradores deberán ser enfermeras/os.
2.– Los premios se concederán a estudios o trabajos finalizados o a proyectos de investigación inéditos que se ajusten a las bases. El Premio concedido a un proyecto tendrá la consideración de beca para su realización y será asesorado y supervisado por la Asesoría de Investigación del Colegio.
3.– La dotación económica será de 4.500 euros para el ganador y 1.500 euros para el accésit. El premio está sujeto a retención fiscal.
4.– El plazo de recepción de los trabajos y proyectos finaliza el día 30 de abril de 2011, siendo aceptados como dentro del plazo los que sean certificados ese mismo día.
5.– Los trabajos y proyectos no tendrán limitación de espacio, deberán estar impresos a doble espacio, tamaño de fuente 12, por una sola cara y en formato DIN A-4, evitándose diferente tamaños y tipos de letras, subrayados, espacios, etc.
6.– Se entregará un original en papel y en soporte informático haciéndose constar en su etiqueta el título del trabajo o proyecto.
7.– Los trabajos y proyectos se entregarán personalmente o por correo certificado, en la:

Secretaría del Colegio de Enfermería de Cantabria
C/ Cervantes nº 10, 5º - 39001 Santander

En el sobre con el trabajo o proyecto no podrá aparecer el nombre/s de los autores ni cualquier otro dato que pueda identificarlos. Para su identificación posterior, se adjuntará un sobre cerrado, donde se incluirán los datos de los autores, currículos, lugar de trabajo, persona y dirección de contacto.
8.– Una vez entregados (trabajos y proyectos) se registrarán con una clave. Los que se envíen por correo no deberán llevar remite, ni datos que permitan la identificación del autor/es del trabajo o proyecto.
9.– Los premios se fallarán por un Jurado, cuyos componentes deberán estar colegiados y al día en sus obligaciones colegiales, compuesto por los siguientes miembros:

- Presidenta del Colegio de Enfermería de Cantabria o persona en quien delegue.
- Un miembro de la Junta de Gobierno del Colegio.
- Un miembro del Departamento de Formación e Investigación del Colegio.
- Un representante de la Escuela Universitaria de Enfermería 'Casa Salud Valdecilla', y
- Un representante de Caja Cantabria.
- Actuará como secretario del Jurado, sin voz ni voto, el Secretario del Colegio de Enfermería de Cantabria.

10.– Los miembros del Jurado Calificador no podrán aparecer como autores o colaboradores de ninguno de los trabajos presentados en esta convocatoria del Premio.
11.– El fallo del Jurado será inapelable y se hará público durante la celebración del Día Internacional de la Enfermería en Cantabria
12.– Todos los autores que figuren en los trabajos y proyectos, una vez fallado el Premio, recibirán la correspondiente certificación que podrán utilizar en sus currículos.
13.– El Premio se podrá declarar desiertos si el Jurado Calificador considera que los trabajos y proyectos presentados no tienen la calidad científica suficiente para merecerlos.
14.– Los trabajos y proyectos premiados pasarán a ser propiedad del Colegio de Enfermería de Cantabria. Sus autores solicitarán autorización por escrito a éste Colegio para su publicación en otros medios, con la obligación de mencionar que ha sido premiado en la correspondiente edición del Premio `Sor Clara´ de Investigación en Enfermería del Colegio de Cantabria.
15.– Los proyectos de investigación que se presenten al concurso deberán incluir una declaración jurada comprometiéndose, en caso de resultar beneficiario de la beca, a devolver solidariamente su importe si, transcurrido el plazo señalado, no han podido sin haberlo entregado terminado con arreglo al proyecto.
16.– El colegio de Enfermería de Cantabria se compromete a publicar los trabajos y proyectos premiados, en sus propios medios o en cualquier otro medio de comunicación profesional que estime oportuno, haciendo siempre referencia al autor/es.
17.– Requisitos para la presentación de los trabajos y proyectos:

Los trabajos de investigación de carácter cuantitativo que tengan la consideración de finalizados se estructurarán en los siguientes apartados:

1. Título.
2. Introducción.
3. Objetivo/os.
4. Material y métodos.
5. Resultados.
6. Discusión. Incluirá un apartado específico sobre las implicaciones del estudio para la práctica clínica o la utilidad de los resultados para la comunidad científica, la profesión o la sociedad en su conjunto.
7. Bibliografía.

Se podrán incluir tablas, imágenes y gráficos, que podrán ir en hojas aparte o incluidos en el texto.

Los proyectos se presentarán en formato de memoria de proyecto de investigación y se organizarán en los siguientes apartados:

1. Título
2. Resumen (250 palabras en español e inglés).
3. Antecedentes, estado actual del tema y marco conceptual. Interés científico e implicaciones del estudio para la práctica clínica o la utilidad de los resultados para la comunidad científica, la profesión o la sociedad en su conjunto.
4. Hipótesis
5. Objetivos
6. Metodología, incluirá limitaciones del estudio.
7. Plan de trabajo, distribuido en etapas concretas y duración total del proyecto.
8. Experiencia del equipo investigador.
9. Medios disponibles y necesarios para realizar el proyecto.
10. Dictamen del Comité de Bioética o de Ensayos Clínicos del centro u hospital correspondiente, o, en su caso, justificación de haber presentado el proyecto a dicho Comité.
11. Anexos
12. Bibliografía

El plazo para la finalización del proyecto es de un año, a contar desde el fallo del Jurado, con la obligación a los seis meses de entregar en el Colegio una memoria de su evolución.

Los trabajos y proyectos de investigación de carácter cualitativo deberán incluir los mismos formatos con la metodología propia de la investigación cualitativa.

18.– Los trabajos o proyectos premiados serán presentados en los actos que se celebren con motivo del Día Internacional de la Enfermería en Cantabria.
19.– El hecho de la presentación de los trabajos implica la aceptación de las normas que se establecen en estas bases.