



La colegiación, obligatoria para el ejercicio profesional



Enfermería rechaza “frenar”
las especialidades

Edita:

Ilustre Colegio Oficial de Enfermería
de Huelva

Consejo de Administración:

Junta de Gobierno del Ilustre Colegio Oficial de
Enfermería de Huelva

Consejo de Redacción

Presidente:

Gonzalo García Domínguez

Director Técnico:

Vicente Villa García-Noblejas

Jefa de Redacción:

Patricia Mauri Fábrega

Redacción:

Josefa Lorenzo Martín

Enrique Aguiar Mojarro

Eduardo Rico González

Martín Vázquez Bermúdez

M^a Carmen Vázquez Fernández

Tomás Lozano León

Antonio Olid Torres

Carmen D. Beltrán Camacho

Mercedes González Hernández

M^a Carmen Pilo López

Asesora de redacción:

Eva M^a Lorenzo Martín

Fotografía:

Archivo del Ilustre Colegio de Enfermería de
Huelva

Redacción: Sede Colegial

Imprime: Tecnographic, S.L.

Depósito Legal: H-1996-43

I.S.S.N.: 1136-2243

Tirada: 2.600 ejemplares

Distribución gratuita



Domicilio de la sede colegial

C/ Berdigón, nº 33, pral. izq.

21003 Huelva

Telf. 959 54 09 04

Correo electrónico:

Colegegiodehuelva@consejogeneralenfermeria.org

Línea Móvil 639/11 17 10

Página Web:

www.colegiooficialdeenfermeriadehuelva.es

Fax: 959 25 62 70

Horario de Oficina:

De lunes a jueves

De 9 a 14 h. y de 16 a 20 h.

Los viernes solo horario de mañana

Horario de la Asesoría Jurídica:

Martes y jueves de 17 a 19 horas. El resto de los
días en horario de mañana previa cita telefónica.

Entrevista con el presidente:

Concertar cita

Sumario

3 EDITORIAL

4 PÓLIZA

5 JURÍDICO-LABORAL

6 ENFERMERAS: UNA FUERZA VITAL PARA LA SALUD

7/13 EFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN FORMATIVA EN LA DISMINUCIÓN DE ERRORES PREANALÍTICOS

15 OBLIGATORIEDAD DE LA COLEGIACIÓN

16 RECHAZO A LA PROPUESTA DE SANIDAD DE DILATAR EL DESARROLLO DE LAS ESPECIALIDADES A 2024

17 1.102 TITULADOS INICIAN LA FORMACIÓN COMO FUTUROS ESPECIALISTAS

18 LA O.M.S. DENUNCIA

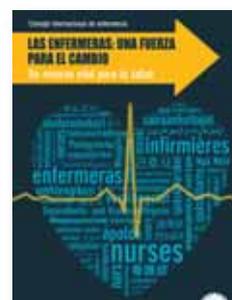
19/23 CUIDADOS DEL SUELO PÉLVICO FEMENINO

24 DOCE DONANTES DE HUELVA SALVAN LA VIDA DE 21 ENFERMOS

25 EL CHARE DE LEPE, UNA HISTORIA DE INCUMPLIMIENTOS

26/31 RIESGOS PSICOSOCIALES EN EL TRABAJO DE ENFERMERÍA: "EL BURNOUT"

32 CARTEL CERTAMEN



ESPECIALIDADES, CHARE Y COLEGIACIÓN OBLIGATORIA

Las especialidades

constituyen, como bien sabe y padece la enfermería, uno de los capítulos más necesitados de mejora y optimización. No descubrimos nada si decimos que a la altura del tiempo que vivimos, las especialidades viven algo así como un letargo más o menos encubierto del que solamente una en concreto -la de Matrona- camina con un ritmo de solvencia y respuesta mínimamente acorde con las necesidades de la sociedad. Ahora bien, en el resto, el panorama sigue cubierto de unas nubes de tono grisáceo a las que, ahora, de forma sorprendente por negativa, se ha unido el Ministerio de Sanidad para darles una nueva capa de oscuridad ante la que nadie puede quedarse impasible.

Como se sabe, Sanidad se ha descolgado con una planificación en torno a este frente profesional que habla de ir aplicando un tiempo para la implantación y dotación de plazas cuyo horizonte final se divisa... para el año 2024. Como lo leen. Y, claro está, la reacción de la profesión no se ha hecho esperar a través de la Mesa Nacional de la Enfermería que, como bien se sabe, conforman el Consejo General y Satse para denunciar, alto y claro, que la propuesta a cargo de la Dirección General de Recursos Humanos del Ministerio no merece sino el rechazo y la crítica más severa. De acertada cabe calificar la pronta y valiente reacción de la Mesa y, por el momento, solo cabe aguardar que Sanidad sea sensible a este enorme enfado ante lo que supone una verdadera parálisis o congelación de las especialidades.

Cómo paralizado está uno de los proyectos sanitarios más demandados por la población de nuestra provincia. El Centro hospitalario de Alta Resolución de Lepe representa uno de los incumplimientos más lacerantes que se hayan conocido en el conjunto de la sanidad pública andaluza. Lejos queda el acto rimbombante de la colocación de la "primera piedra", allá por el año 2008, como para que, construida en un 90% la instalación, el mínimo decoro administrativo y, sobre todo, ofrecer una mejor atención sanitaria a la ciudadanía residente en la zona de la costa occidental onubense hubiesen significado la culminación, de una vez por todas, de una instalación que no representa una obra, digamos, faraónica sino un centro que debería estar atendiendo a unas 100.000 personas de Lepe y su entorno con una oferta cercana, de calidad y rigor.

Pero nada de esto ha sucedido y, ahora, la última novedad es la llegada de un préstamo de fondos de la Unión Europea junto al anuncio de que, al fin, las obras podrían reanudarse para acabar con este lamentable episodio de un Chare que, sin duda, supondrá un balón de oxígeno para la sociedad onubense y, por que no decirlo, para que los colectivos sanitarios- enfermería a la cabeza- puedan encontrar una vía de empleo que palie tantos y tantos recortes traducidos en desesperantes niveles de paro, empleo precario y emigración forzosa a otras latitudes de Andalucía, España o más allá de nuestras fronteras.

Como se aprecia, tanto en uno como en otro de los apartados aquí reseñados se constata la realidad de unos objetivos cargados de frustración y pesimismo. Que las especialidades de enfermería se estén planificando para culminar dentro de 10 años representa, ni más ni menos, que una postura intolerable no solo para los directamente afectados -los profesionales- sino y sobre todo la población española a la que se está privando de una atención que se pretende sea de la mejor calidad y solvencia propia de toda especialización. Qué decir del Chare de Lepe y la exhibición de una demora en su realización cercana al esperpento.

Y eso que estamos hablando de la Salud, en mayúsculas, de ese bien tan altamente valorado por el pueblo español, al que tantas veces los responsables sanitarios aluden y preconizan mientras en el terreno de los hechos sus proclamas no suponen más que promesas cargadas de una demagogia e irresponsabilidad auténticamente condenables. Ojalá que en próximas apariciones de esta publicación del Colegio Oficial de Enfermería de Huelva podamos anunciar sendas y positivas rectificaciones que reparen el daño -si, daño- causado por unas demoras y dilataciones en verdad inasumibles.

Como colofón, una realidad que hace mucho tiempo debió haberse producido como algo normal y lógico. Hablamos de que, al fin, el SAS acaba de asumir la sentencia del Tribunal Constitucional de modo que para poder ejercer las profesiones sanitarias es obligatorio estar colegiado en las respectivas corporaciones. Es la consecuencia del fallo del TC y a la que solo la cerrazón fuera de toda lógica, mantenida desde la consejería de Salud de la Junta ha impedido la aplicación de la ley por parte de la administración andaluza. Con lo cual, ganamos todos: la seguridad del paciente, el control de los profesionales, su acreditación y deontología por parte del Colegio correspondiente y, en fin, la cordura, sentido común y legalidad dentro del sistema que ha debido defender el Alto Tribunal.



SEGURO DE
RESPONSABILIDAD
CIVIL
DE LA ORGANIZACIÓN COLEGIAL CON LA COMPAÑÍA MAPFRE

EL COLEGIO TE PROTEGE

CON EL ÚNICO SEGURO -INCLUIDO EN LA CUOTA- QUE CUBRE A 1^{er} RIESGO TODAS LAS ACTIVIDADES PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN EL ÁMBITO PRIVADO, CONCERTADO Y PÚBLICO (*)

3,5

MILLONES DE EUROS

3.500.000 €

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

NORMAS DE PROCEDIMIENTO A SEGUIR ANTE POSIBLES RECLAMACIONES:

PRIMERO: El colegiado deberá comunicar inmediatamente a su Colegio provincial la reclamación de que haya sido objeto, bien judicial (demanda, querrela 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 (Tlf.: 913 34 55 20), donde un letrado le informará sobre 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 con lo establecido en la póliza, para la efectividad de la cobertura prevista será imprescindible acreditar que el profesional afectado se encuentra colegiado y al corriente en el pago de las cuotas.

(*) Hospitales y centros de salud públicos, Hospitales y centros privados, Hospitales y centros concertados con el SAS, Residencias de mayores y Centros sociosanitarios públicos, concertados y privados, Compañías aseguradoras, Consultas privadas y Ejercicio libre de la profesión.

Si tienes otras pólizas contratadas, para evitar consecuencias no previstas, tráelas al Colegio para que te aclaremos sus coberturas y si te cubren la actividad privada, concertada y pública.

LA NUEVA PÓLIZA AMPLÍA LAS PRINCIPALES COBERTURAS:

Responsabilidad civil de los colegiados en el desarrollo propio de su actividad profesional o especialidad sanitaria, tal como se regula en la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, incluyendo la actividad docente, terapias alternativas y "piercing" ■ Cobertura por inhabilitación profesional como consecuencia de sentencia judicial firme, con abono, por parte de la Aseguradora de una cantidad máxima de 1.350 €/mes, por un plazo máximo de 15 meses ■ Posibilidad de contrademanda o reclamación a contrario frente a denuncias infundadas, temerarias o con mala fe.

LOS RECORTES DEL SAS DOBLAN EL TRABAJO DEL ÁREA JURÍDICA DEL COLEGIO DE HUELVA

Huelva.- Redacción

La severa y prolongada crisis que, desde hace cinco años, está afectando a la sanidad pública andaluza gestionada por el Servicio Andaluz de Salud (SAS) viene deparando, como bien se conoce, un amplio abanico de consecuencias que padecen, en primer lugar, los ciudadanos en cuanto pacientes afectados por los recortes y, en segundo término, los colectivos de profesionales a los que se les ha situado en un escenario de enormes dificultades como consecuencia de las drásticas políticas de ajustes decididas desde la Consejería de Salud. En el área jurídica del Colegio Oficial de Enfermería de Huelva está teniendo un justo reflejo de tanta precariedad en forma de un aumento harto significativo que los colegiados desean ancauzar con la ayuda de la abogada responsable del gabinete jurídico.

No solamente los recortes en la sanidad pública de la comunidad se están traduciendo en plantillas a la mínima expresión, por consiguiente en amplios sectores del colectivo y, porque no decirlo, la inevitable, emigración de titulados hacia otras regiones de España y Europa, pese a la gran demanda que, actualmente, es fácilmente detectable en cualquier servicio o unidad sanitaria del SAS.

Desde el Colegio Oficial de Huelva se ha confirmado, con honda preocupación, un estado de cosas que hablan de la "gran inquietud laboral que, ahora mismo, preocupa y afecta a un alto número de colegiados", conforme se apunta desde la asesoría jurídica de la corporación, al frente de la cual figura la abogada Eva Lorenzo: Las más comunes son:

- Antigüedad.
- Ampliación de jornada.
- Retribución de periodos vacacionales.
- Descansos reglamentarios (salientes de guardias).
- Pagas extraordinarias (parte proporcional).
- Turnicidad (en los rotatorios).
- Reclamaciones de bolsa.
- Remanentes de productividad...

Herramienta

"No hay ninguna duda de que, ahora más que nunca, el asesoramiento y apoyo jurídico constituye una de las herramientas más valiosas y apreciadas para el colegiado". De este modo re-

sumía el presidente de la corporación, Gonzalo García Domínguez, el impulso que viene registrando la atención jurídica a los profesionales colegiados de la provincia de Huelva como "fiel reflejo de la situación tan difícil por la que atraviesa una buena parte del colectivo onubense".



Se estima nada menos que en un 50% el aumento de las consultas en el ámbito laboral a las que el departamento jurídico del Colegio está dando respuesta desde que la administración regional pusiera en marcha una amplia batería de recortes que no solo afectan al paciente sino que, de forma colateral, inciden en las circunstancias que rodean la actuación del profesional de enfermería.

Problemática

La letrada Eva Lorenzo resumía la realidad de este contexto enumerando la problemática que, a diario, se le viene planteando y referida a asuntos relativos a la antigüedad, ampliación de las guardias, retribución de los periodos vacacionales, salientes de guardias, pagas extraordinarias (parte proporcional) turnicidad en los horarios rotatorios, reclamaciones ante la Bolsa de empleo y un largo etcetera de contenidos que, siempre y en todos los ángulos, tienen relación directa con la precariedad y los ajustes que, desde hace un tiempo, vienen siendo aplicados de forma efectiva en el conjunto del SAS".

De ahí la importancia que se concede a la labor de apoyo, consulta y asesoramiento por parte de la Abogada del Colegio Oficial de enfermería de Huelva justo en una época donde el colegiado se ve inmerso en un contexto definido por una serie de problemas y circunstancias a los que debe dar salida con el apoyo de la asistencia específica que brinda el Colegio de Enfermería obviamente sin coste económico alguno para el colegiado.

EFFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN FORMATIVA EN LA DISMINUCIÓN DE ERRORES PREANALÍTICOS

Autor:

- ▶ Adolfo Romero Ruiz.
- ▶ Servicio de Hematología. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Campus Universitario de Teatinos s/n 29010 Málaga

▶ RESUMEN

La presencia de errores, entendidos como muestras de calidad inadecuada, en las muestras para análisis clínicos, es un aspecto ampliamente investigado. Se han propuesto diversas acciones para contribuir al descenso de estos errores. En el presente estudio se presenta la efectividad de acciones formativas para conseguir el objetivo propuesto.

Estudio cuasi-experimental dividido en dos grupos : en el primero se realiza una intervención educativa en enfermeras de hospitalización y en el segundo en enfermeras de Atención Primaria.

Se obtuvo un descenso estadísticamente significativo en el primer grupo, no así en el segundo, en el que se obtuvo un ascenso del número de errores.

Se pretende continuar investigando en esta línea, empleando metodología novedosa, como el enfoque cualitativo y la adopción de técnicas relacionadas con la calidad, como el Análisis Modal de Fallos y Efectos.

▶ PALABRAS CLAVE

Toma de muestras, errores, preanalítica

INTRODUCCIÓN

El proceso de atención en el laboratorio clínico lleva implícita su división en tres fases que facilitan tanto su comprensión como su dimensionamiento:

1. En la fase *preanalítica*, la solicitud de la prueba, la obtención, transporte, recepción, entrega, tratamiento preanalítico y distribución de las muestras.
2. En la fase *analítica*, el análisis cuantitativo o cualitativo, el control de calidad y la validación técnica de todas las pruebas / determinaciones que no requieran un tratamiento diferenciado.
3. En la fase *postanalítica*, la validación de las pruebas / determinaciones, la elaboración y distribución del informe, el asesoramiento a los clínicos y, en su caso, la custodia y conservación de las muestras.

Se puede definir, por lo tanto, la fase preanalítica como aquella parte del proceso analítico que abarca desde la elaboración del petitorio hasta la entrega de la muestra en el laboratorio. Es una parte vital de este proceso, ya que es el momento en el que mayor número de profesionales de diferentes disciplinas van a intervenir: desde el médico que realiza la petición de análisis hasta el celador que transporta la muestra al laboratorio, además de personal técnico, de administración y enfermería. (1)

Aunque estos errores están presentes tanto en muestras urgentes como de rutina y han sido clasificados de diferentes formas, pueden ser divididos en tres grupos:

- 1) Errores relacionados con la petición (Pérdida de petición, mala identificación, petición mal formulada);
- 2) Errores relacionados con la preparación del paciente (No cumplimiento del periodo de ayuno, no seguimiento de la secuencia de tiempo requerida para la prueba, no cumplimiento de fechas para la extracción en casos de tratamiento Anticoagulante Oral, determinaciones hormonales, etc.).
- 3) Errores relacionados con la toma de muestras (Mala calidad por hemólisis, coágulo o turbidez, cantidad insuficiente, tubo inadecuado, obtención inapropiada, generalmente de vía IV) (2-5).

Además, aunque la presencia de errores en la atención sanitaria es un riesgo cuya existencia es conocida tanto por profesionales como por usuarios, es conveniente incidir en que la responsabilidad de dichos profesionales en el cuidado de la población que atienden hace que se deban articular diversos procesos de gestión de la calidad, con la clara intención de ceñirse al principio "primus non nocere" y que estos errores no causen perjuicio a la salud de la población (6). Así, desde la publicación del informe US Institute of Medicine (IOM) "To err

is human: building a safer health system" (7), se ha originado una corriente de opinión que ha conllevado la realización y publicación de un gran número de estudios que enfatizan la importancia de la adopción de medidas que contribuyan a mejorar la gestión de este problema tan potencialmente peligroso.

La detección de errores en el proceso analítico es un tema ampliamente estudiado. Diversos autores han determinado incluso qué porcentaje de los mismos se distribuye en sus diferentes apartados. Así, se observan distribuciones del 68.2% en la preanalítica, 13.3% en la analítica y 18.5% en la postanalítica (8) o 84.52%, 4.35% y 11.13% con la misma secuencia (9). Tal y como se puede comprobar, la presencia mayoritaria de errores durante la fase preanalítica hace que se sienta una especial preocupación, ya que, en el caso que nos ocupa como profesionales de la enfermería, el correcto desempeño de nuestro trabajo, tanto en el laboratorio como fuera de él, repercute de forma importante en la atención a los pacientes (10): dentro de la preanalítica, la toma de muestras se convierte en un aspecto crucial, primordial, que es responsabilidad casi exclusiva de la enfermería. Un fallo en este momento puede desencadenar retrasos en el cuidado del paciente, repetición de pruebas e insatisfacción de los profesionales implicados, además de conllevar el riesgo de comprometer la seguridad del paciente (11). Hay que considerar, por lo tanto, que es muy importante poder identificar eficientemente cuáles pueden ser estos fallos, con el objetivo básico de, una vez conocidos, poder establecer las estrategias necesarias para conseguir minimizar (y si es posible, evitar) su aparición.

A nivel internacional un amplio número de investigadores han trabajado sobre el tema. Tras el clásico estudio de Wiwanitkit en Thailandia, cuando incorporó la normativa ISO al laboratorio de su hospital (12), es interesante ver como el grupo de Plebani, Carraro y Lippi lleva investigando sobre este tema desde 1997. En sus primeros estudios, desarrollaron una línea enfocada principalmente en la detección y descripción de estos errores para más adelante investigar sobre el desarrollo de acciones para su prevención, sobre todo al constatar, tras diez años, que el problema lejos de solucionarse, persistía a pesar de los cambios tecnológicos que se habían producido en dicho periodo de tiempo (13-14), para finalmente, realizar un estudio observacional que tenía como propósito identificar las fuentes de error desde los mismos controles asistenciales hasta la entrega en laboratorio de las muestras (15).

En nuestro entorno se han realizado estudios que han indagado en la naturaleza de estos errores, en función del origen de las muestras (16), así como diferentes aspectos que pueden influir en la calidad de las mismas, como la preferencia en el uso de diferentes sistemas de extracción, constatando la mayor frecuencia de hemólisis en muestras obtenidas con jeringuilla. (17,18)

Quizá el aspecto menos investigado sea la ejecución de actividades enfocadas a la solución o minimización del problema. Para disminuir la cifra de errores preanalíticos, la coordinación

interdepartamental debe ser una meta a la que se aspire desde cualquier centro sanitario. Para ello es imprescindible disponer de las herramientas necesarias y de la adecuada voluntad, con el fin de lograr guías de actuación que procuren una adecuada gestión de estos procesos. No obstante, debido a la complejidad derivada de la diversidad existente entre servicios y categorías profesionales, en muchas ocasiones estos objetivos han de plantearse a largo plazo. Sin embargo la efectividad de una actividad formativa, en este caso dirigida al personal enfermero, ha sido demostrada (19) y, al ser muy probable que la presencia de errores preanalíticos se deba a un déficit de conocimientos en aspectos relacionados con la toma de muestras en general y sanguíneas en particular, realizar una actividad de este tipo puede contribuir a mejorar dicho problema.

Por ello se plantea el presente estudio con el objetivo de averiguar la efectividad de una serie de sesiones formativas sobre toma de muestras, dirigidas a enfermeras hospitalarias y comunitarias, en la disminución de errores preanalíticos.

METODOLOGÍA

Diseño

Estudio cuasi-experimental antes-después, con dos grupos de intervención.

Se realizó un estudio observacional descriptivo de los errores detectados en los laboratorios del centro (medición antes) seguido de un programa de sesiones educativas y una reevaluación de la frecuencia de los errores (medición después), en las muestras procedentes de dos orígenes distintos: Grupo A: Atención Especializada (AE) y Grupo B: Atención Primaria (AP). De manera complementaria, se realizó una valoración de los asistentes a la sesión formativa en AP.

Ámbito de estudio

El estudio se llevó a cabo en el área de influencia del laboratorio del Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga, centro sanitario de 700 camas, con unidades de hospitalización de críticos y de corta y media estancia, que atiende una población aproximada de 300.000 personas.

El laboratorio de rutina consta de las siguientes secciones: Hematología (hemogramas, coagulación básica), Análisis Clínicos (bioquímica sérica, proteinogramas) y Bioquímica Clínica (inmunología, marcadores tumorales y hormonas), que procesa al año aproximadamente 800.000 muestras.

Muestras

Muestras recibidas en el laboratorio de rutina de nuestro centro, procedentes del área de hospitalización y de atención primaria que presentaran algún criterio de rechazo-error. Estos fueron:

- FM: Falta Muestra o muestra no remitida.
- MC: Muestra Coagulada.
- MH: Muestra Hemolizada.
- IVM: Incorrecto volumen de muestra.
- ML: Suero o Plasma Lipémico.
- MI: Muestra Incorrecta (en tubo no adecuado) durante los periodos señalados.

Todas las muestras que presentaran uno o más de los criterios mencionados fueron consideradas como error.

En el grupo A se analizaron las muestras sanguíneas por laboratorio de destino, en el B, debido al elevado número de muestras, no se discriminó el laboratorio de destino, pero se incluyeron muestras de orina.

Profesionales

Grupo A:

La plantilla de enfermeras de hospitalización del centro consta de 475 personas. El muestreo fue accidental.

Grupo B

La plantilla de enfermeras en el área de AP que remite las muestras al laboratorio del Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga consta de 240 personas. El muestreo fue accidental.

Intervención

Se diseñaron dos sesiones formativas específicas para enfermeras (hospitalarias y comunitarias) sobre buenas prácticas en toma de muestras, con los contenidos adaptados a los diferentes ámbitos de atención y siguiendo la dinámica de la educación para adultos, integrando aspectos relacionados con la madurez del alumno, su experiencia y nivel de conocimientos, su individualidad y estableciendo estrategias que fomentaran el intercambio durante el proceso (20).

Grupo A

La intervención se realizó sobre un grupo de enfermeras de hospitalización del Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga y consistió en la realización de once sesiones de actualización clínica sobre toma de muestras sanguíneas (6 veces en turno de mañana y 5 veces en turno de tarde). Se diseñó una sesión de actualización clínica, de dos horas de duración. Dicha actividad contó con los siguientes contenidos:

- Presentación. Objetivos de la sesión.
- Toma de muestras sanguíneas. Generalidades.
- Muestras sanguíneas en Hematología y Banco de Sangre. Fuentes de errores en hematología.
- Problemas detectados en el laboratorio de Análisis Clínicos.
- Consideraciones en pruebas especiales: Farmacología, Microbiología, Genética.
- Toma de muestras microbiológicas. Problemas y soluciones.

La sesión se realizó mediante citaciones específicas según áreas asistenciales. Los docentes pertenecían a la plantilla de enfermería de los laboratorios.

Grupo B

La intervención se realizó sobre las enfermeras pertenecientes a los Centros de Salud (CS) pertenecientes a los centros de 27 AP que remiten sus muestras al Laboratorio del Hospital Uni-

versitario Virgen de la Victoria de Málaga (10 urbanos y 17 rurales). La sesión tenía una duración de una hora, y constaba de los siguientes apartados:

- Introducción
- Toma de muestras sanguíneas: peculiaridades
- Otras muestras biológicas
- Interferencias analíticas
- Circuito de entrega de muestras

Se siguió idéntica metodología docente que en el grupo A. Se realizó una sesión por CS, en la franja temporal dedicada a formación continuada. Los docentes fueron enfermeras de AP convenientemente entrenadas.

Análisis estadístico

Se realizó análisis descriptivo de los errores encontrados en los diferentes periodos y áreas de estudio. Se compararon las diferencias entre ellos mediante la prueba Z para comparar dos proporciones independientes. Una $p < 0.05$ se consideró como estadísticamente significativa.

En la valoración de los asistentes se realizó un análisis descriptivo de las variables estudiadas.

Se utilizaron los programas SPSS v. 16.0 y Prisma 3.0 con licencia de la Universidad de Málaga.

RESULTADOS

En el grupo A, en la medición pre-intervención se procesaron 3796 muestras sanguíneas procedentes de planta: 2091 muestras de bioquímica detectando 95 errores (4.5%) y 1705 muestras de Hematología, con 170 errores detectados (10%) (Tabla 1).

A continuación se realizaron once sesiones de actualización clínica, con un total de 169 participantes pertenecientes a todas las áreas de hospitalización del centro (35.6% del total de enfermeras de hospitalización), habiendo estimado como significativa la asistencia de 46 profesionales. En la medición post-intervención, se procesaron 4526 muestras sanguíneas; 2836 muestras de bioquímica con 57 errores (2%) y 1690 muestras de Hematología detectándose 160 errores (9.5%). Se compararon los valores obtenidos en los dos periodos estudiados en total. Se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre el porcentaje de errores totales y en el de errores detectados en la sección de bioquímica ($p < 0.05$). Las diferencias encontradas en la sección de hemogramas no fueron estadísticamente significativas. (Tablas 1 y 2).

En el grupo B, en el periodo previo a la intervención, se recibieron 52.669 muestras de sangre y 18.852 de orina, detectándose 3.885 (7,5%) y 1.567 (8,3%) errores, respectivamente. El elevado número de muestras impidió discriminar entre secciones del laboratorio. A las 27 sesiones acudieron 215 profesionales (89,58%), habiendo establecido como significativa la participación de 37.

Después de la intervención educativa, se recibieron 52.659

muestras de sangre y 19.048 de orina, detectándose 5.057 (9,6%) y 1.256 (6,5%) errores respectivamente. Todas las diferencias halladas fueron estadísticamente significativas (Tabla 2, gráfico 1). Los errores detectados en CS urbanos fueron 2956 antes de la intervención (8.01%) y 3325 tras la misma (9,15%), mientras que en los CS rurales fueron 929 (5.87%) y 1061 (10.61%) respectivamente.

Se entregaron los cuestionarios de satisfacción sobre la actividad formativa al total de las enfermeras de AP asistentes a las sesiones (n= 215) recogiéndose 199. Las puntuaciones medias obtenidas fueron:

- Organización del acto puntuada con 8.0
- Objetivos propuestos con 8.22
- Local empleado con 7.26
- Horario con 7.12
- Distribución horaria con 8.29
- Contenido con 8.17
- Recursos didácticos con 8.22
- Docentes, 8.7. (Gráfico 2).

DISCUSIÓN

La fase preanalítica incluye una serie de etapas y variables que pueden afectar directamente a los resultados analíticos y, consecuentemente, al paciente. El paciente puede verse perjudicado puesto que un problema en esta fase podría impedir la realización de las pruebas o alterar sus resultados, lo que conllevaría a la obtención de una nueva muestra o incluso a la emisión de un juicio clínico potencialmente erróneo, si el problema no es detectado (10). En la fase preanalítica, el aspecto más relacionado con enfermería es sin duda la toma de muestras sanguíneas. Con referencia a ello, cabe señalar la importancia que tiene realizar una buena práctica, ya que influye en la calidad de la muestra obtenida y minimiza los riesgos derivados de su obtención (14).

Es interesante destacar que los diversos abordajes de este problema han permitido conocer de una manera amplia su complejidad, y que, debido a ella, es posible desarrollar estrategias no utilizadas todavía que favorezcan la adopción de soluciones que contribuyan a paliar su efecto. En este sentido, sirva como ejemplo el trabajo de Ellis, en el que se demuestra como un simple error en un tubo neumático puede incrementar la hemólisis en muestras de bioquímica (21).

Con respecto a los resultados de nuestro estudio, en el grupo A, y en relación con la actividad formativa programada, se estimó como ideal la asistencia a las sesiones del 100% de la plantilla de enfermeras del centro, pero este propósito hubo de ser soslayado por motivos de operatividad. Aunque la asistencia se consideró como voluntaria, la adecuada difusión de las sesiones llevada a cabo por los cargos intermedios del hospital consiguió que se lograra que acudieran a ellas la tercera parte de las enfermeras de planta. El principal hallazgo en este grupo se centra en el descenso significativo de los por-

centajes de los errores tras la realización del ciclo de actividades formativas (Tabla 1), tal y como se pretendía en los objetivos planteados. Los resultados señalan un ligero descenso en los errores correspondientes a las muestras de hematología y una disminución significativa en las de bioquímica en las analíticas que proceden de hospitalización, población diana de la intervención realizada. Se quiere incidir en que la asistencia a las sesiones fue de aproximadamente un tercio del total del personal. Además, existe un margen de mejora, puesto que la implicación de enfermería en estos procesos suele ser destacada, como lo demuestra un estudio publicado previamente en el que el porcentaje de errores detectado directamente imputable a las enfermeras fue el más bajo de los diferentes grupos estudiados (5).

En lo referente al grupo B, se logró la asistencia de un elevado número de profesionales (215 de 240, 89.6%), por lo que sorprendió el incremento de errores tras la intervención formativa. Hay diversos factores que podrían explicar este particular, sobre todo de tipo organizativo, puesto que la medida post-intervención se realizó justo después de un concurso de traslado, con un elevado número de profesionales procedentes de hospitalización que se incorporaron a AP (sobre todo en el ámbito rural, lo que podría explicar los resultados que se observan en el gráfico 1), por lo que muchas enfermeras que ahora realizaban toma de muestras en AP posiblemente no recibieron la formación que se planificó en el estudio.

Además, contar con enfermeras comunitarias como docentes, que fue considerado como un aspecto positivo al soslayar posibles renuencias al recibir la formación por personal de laboratorio, pudo tener un influjo negativo, en relación con mayores problemas para solucionar dudas complejas.

Por otra parte, el distinto número de errores en función del origen de la muestra pone de manifiesto que deben existir diferencias en el proceso preanalítico que son capaces de fomentar esta diferencia. Dentro de las distintas posibilidades, hay dos que han de ser tenidas en cuenta. En primer lugar, la lejanía de algunos de los centros rurales del laboratorio (con un transporte que puede dilatar la recepción de las muestras hasta dos horas tras la obtención) y en segundo, la asignación a la tarea de la extracción de muestras a las enfermeras, ya que en el distrito rural es la enfermera de cabecera la que realiza la técnica, mientras que en el urbano las extracciones sanguíneas se realizan de manera periódica según asignación de turno.

Como complemento al estudio, se preguntó a los asistentes de las sesiones AP sobre su satisfacción con la actividad formativa. A todos los asistentes se les entregó un cuestionario anónimo auto administrado, con cuestiones acerca de la utilidad de la sesión, los recursos didácticos empleados y una valoración de los docentes. Todas las valoraciones se puntuaron de 1 a 10 (Gráfico 2).

Incorporar a las enfermeras en la toma de decisiones ha de

ser una práctica habitual, teniendo en cuenta las circunstancias en las que nos movemos y los movimientos futuros acerca de la enfermería de práctica avanzada (22). Las enfermeras comunitarias son quizá uno de los grupos profesionales enfermeros que más se adapte a estos requisitos. Por ello considerábamos muy importante implicar a estas profesionales en un proceso al que siempre han visto con un poco en la lejanía, al tratarse de pruebas diagnósticas que se realizan en un lugar casi ignoto y, en cualquier caso, lejano al área asistencial habitual.

La valoración general de la actividad ha sido muy buena, sobre todo la puntuación recibida por los docentes, todas enfermeras comunitarias que fueron debidamente entrenadas mediante sesiones específicas y la entrega de un documento dossier de apoyo (figuras 1 y 2). (23)

A pesar de las diferencias en cuanto a la composición de los grupos y de las muestras, limitación existente en todos los estudios cuasi-experimentales, parece evidente que las acciones correctoras que son efectivas en el medio hospitalario no tienen tanta utilidad en AP.

No obstante, existe un margen de mejora, puesto que la implicación de enfermería en estos procesos suele ser destacada, como lo demuestra un estudio publicado previamente en el que el porcentaje de errores detectado directamente imputable a las enfermeras fue el más bajo de los diferentes grupos estudiados (5). En este sentido, se ha continuado con esta línea de investigación solicitando (y consiguiendo) subvención al Fondo de Investigaciones Sanitarias para profundizar en el hallazgo de soluciones, incluyendo utilizar metodología relacionada con la calidad como el Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE) y acudir directamente a los profesionales implicados.

De esta manera, se pretende involucrar a la totalidad del personal que interviene en este periodo, para lo que se propone emplear diferentes estrategias. En primer lugar, un análisis mediante la técnica DAFO (Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades) de los problemas empíricamente detectados que están asociados a dicho periodo, con el objetivo de preparar convenientemente actividades formativas específicas. El análisis DAFO ha sido empleado en la evaluación de tecnologías sanitarias en algunos países con un interés emergente en la calidad de sus instituciones sanitarias, como Turquía (24) o Estonia (25), en cuyo análisis colaboraron evaluadores españoles. Este método ha sido considerado como muy útil para conseguir un correcto cambio a nivel organizacional para conseguir la excelencia (26).

A la hora de proponer sistemas que permitan la identificación de las fuentes de error, se realizará, tal y como se comentó previamente, un análisis modal de fallos y efectos (AMFE), considerado como herramienta de análisis para la identificación, evaluación y prevención de los posibles fallos y efectos que pueden aparecer en un producto/servicio o en un proceso.

Sus características principales son:

- Su carácter preventivo
- Tener un enfoque estructurado
- Clasificar mediante priorización de las acciones a tomar
- Facilitar la participación de un equipo de trabajo.

Esta metodología ha demostrado ser útil en diversos campos del ámbito sanitario, y está reconocida por ISO como una herramienta a emplear en la adecuada gestión de los riesgos asociados al laboratorio (27).

Un estudio reciente pone de relevancia su utilidad para detectar debilidades en el sistema de registro de pacientes traumatológicos. En él, los autores concluyen que el método ha contribuido a detectar estos aspectos débiles y a mejorar la seguridad de los pacientes (28). Recientemente se ha demostrado también la utilidad del AMFE en el área de Radioterapia, proporcionando hasta 100 estrategias de mejora. Como conclusiones, el estudio señala la obligación de diseñar sistemas “a prueba de errores”, aun conociendo que esto es tremendamente complicado en el entorno de análisis (29). Otro estudio incide en la mejora de la seguridad transfusional y, aunque señalan que se trata de un método que consume tiempo y recursos, manifiestan que debe ser empleado en aquellos procesos que sean considerados como prioritarios por la organización sanitaria (30).

También se ha incidido en la importancia de este sistema en la correcta gestión de los cuidados (31), e incluso como método que contribuye a mejorar la seguridad de los sujetos incluidos en protocolos de investigación (32). Se trata, por tanto, de un método muy dúctil, implantado y bien conocido que es potencialmente capaz de proporcionar la información pretendida.

Además del impacto sobre la seguridad clínica, la disminución de errores preanalíticos tiene un nada desdeñable impacto económico, ya que evitan nuevas visitas médicas y repeticiones analíticas. Es este un aspecto relevante en el actual contexto, en el que las políticas sanitarias están enfocadas a una gestión “extrema” del gasto sanitario.

A lo largo de los próximos años, por lo tanto, se pretende realizar el comentado proyecto, financiado por el Fondo de Investigaciones Sanitarias (PI 1099/12), de cuyos resultados se dará cumplida cuenta en publicaciones científicas.

Por todo ello se enfatiza la relevancia, a nivel clínico y económico, que la efectividad de estas intervenciones puede tener, y el claro papel de las enfermeras tanto en el desarrollo de las mismas como en los resultados que se obtengan, mostrándose como un valor añadido en aquellos profesionales de la enfermería que desempeñan su labor en las áreas anejas a los laboratorios, en muchas ocasiones considerados como “extraños” en sus destinos, y cuya labor es poco conocida fuera de su ámbito natural.

Tabla 1. Distribución de muestras y errores por laboratorio de destino en las muestras del Grupo A

	Pre intervención	Post intervención	p
Total errores (%)	265 (6,98%)	217 (4,79%)	<0,05
Total muestras	3796	4526	
Muestras Hematología	1705	1690	
Errores Hematología (%)	170 (9,97%)	160 (9,5%)	N/s
Muestras Bioquímica	2091	2836	
Errores Bioquímica (%)	95 (4,5%)	57 (2%)	<0,05

Gráfico 1. Distribución de errores en función del origen del origen de las muestras (porcentajes), Grupo B

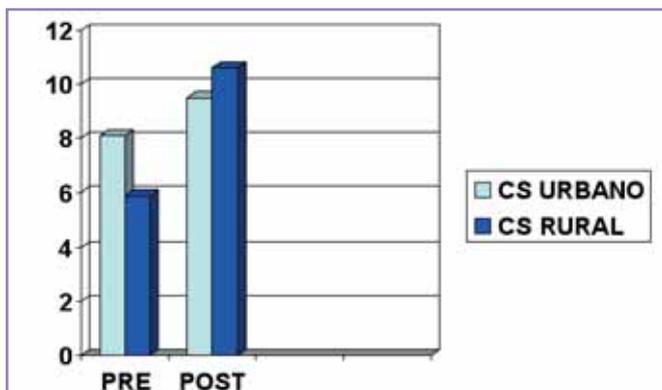


Figura 1. Anverso de tarjeta de apoyo a la toma de muestras

RECOMENDACIONES PARA BUENAS PRÁCTICAS EN LA FASE PREANALÍTICA. Grupo de Cuidados en Pruebas Diagnósticas. PISAS 0002-2007.

Asegúrese de la identidad del paciente y compruebe datos de petición.

Seleccione el Dispositivo de Seguridad adecuado (portatubos y aguja o palomilla).

Seleccione la vena y proceda a la venopunción.

Una vez en la vena, inserte el tubo en el porta-tubos, ayudándose con las aletas. Empuje suavemente el tubo para perforar el tapón.

El paciente no debe mantener el puño cerrado más de tres minutos y **Retire el torniquete cuando la sangre empieza a fluir en el tubo.**

ANTICOAGULANTES Y ADITIVOS:

- Utilización **EXPRESA** del anticoagulante indicado en cada prueba.
- Se recomienda centrifugación dentro de las dos horas siguientes a la extracción (NCCLS H18-A2 Document).
- Transporte en gradillas, posición vertical, verificar refrigeración o Temperatura Ambiente.

Tabla 2. Distribución de muestras y errores por laboratorio de destino en las muestras del Grupo B

	Pre intervención	Post intervención	p
Total muestras	71521	71707	
Total errores (%)	5452 (7,62%)	6313 (8,8%)	<0,05
Muestras Sanguíneas	52669	52659	
Errores (%)	3885 (7,5%)	5057 (9,6%)	<0,05
Muestras Orina	18852	19048	
Errores (%)	1567 (8,3%)	1256 (6,5%)	<0,05

Gráfico 2. Valoración de los asistentes a las sesiones formativas en el Grupo B.

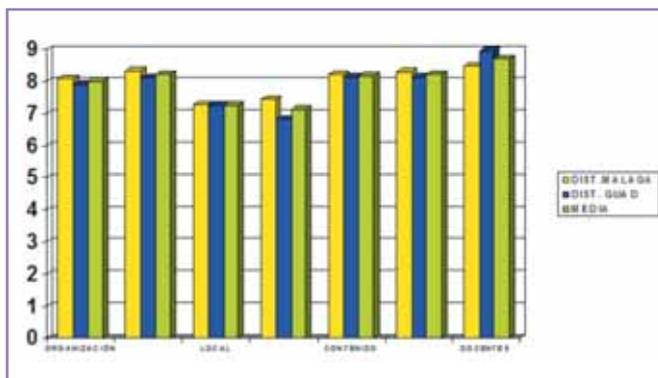


Figura 2. Reverso de tarjeta de apoyo a la toma de muestras

Grupo de Cuidados en Pruebas Diagnósticas. PISAS 0002-2007

Proceso de hemocultivos primario: amarillito, luego serbido	SFD
Tubo de coagulación (citrato o tubo CTAD Distub-B-H)	Ward-Kiost
Tubo BC SST™ (con gel separador de suero) y activador de coagulación	CH
Tubo de heparina sin gel o tubo con heparina ED con gel separador	SFD
Tubo con EDTA	SFD

Orden general de llenado de los tubos

ATENCIÓN ESPECIAL A ...

1. Tubo tapón blanco transparente: Serología y Marcadores, Hepatitis, HIV, Carga viral VHB, PCR VHC. Orden de llenado, corresponde con **tapón con amarillo**.

2. Tubo tapón nacarado (caben 5 ml): Carga viral HIV, Biología Molecular HIV. Orden de llenado, corresponde con **tubo con EDTA**.

Consultas: 677 215 287 (de 8 a 15 horas) o por correo electrónico preanalitica@gmail.com

Tabla 3, Errores detectados en muestras procedentes de AP según el tipo de CS (rural o urbano). Grupo B

Origen	Pre-intervención (Muestras/ Errores)	%	Post Interven- ción	%	Incremento (p)
Urbano	36869/ 2956	8,01	36335/ 3325	9,15	369 p<0,001
Rural	15800/ 929	5,87	16324/ 1061	10,61	803 p<0,001
Total	52669/ 3558	7,38	52669/ 5057	9,6	1172 p<0,001

BIBLIOGRAFÍA

- Romero Ruiz A. Fuentes de error en la toma de muestras sanguíneas. Recomendaciones para la fase preanalítica. *Metas de Enferm* 2007; 10(6): 55-60.
- Narayanan S. The preanalytic Phase: An important component of laboratory medicine. *Am J Clin Pathol* 2000; 113: 429-2.
- Plebani M, Carraro P. Mistakes in a stat laboratory: types and frequency. *Clin Chem* 1997; 43:1348-51.
- Bonini PA, Plebani M, Ceriotti F, Rubboli F. Errors in laboratory medicine. *Clin Chem* 2002; 48:691-8.
- Justicia del Río A. Errores en la toma de muestras sanguíneas para análisis. *Metas Enferm* 2003; VI (58): 27-31.
- Donaldson L. Foreword. *Clin Chem Lab Med* 2007; 45:697-9.
- Kohn KT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human: building a safer health system. Washington, DC: National Academy Press; 1999.
- Cortés Borra A, Bersebé Tudela MT, Manresa Domínguez JM. Calidad de las peticiones y muestras remitidas a un laboratorio. *Metas* 1999; 20:41-44.
- Dale JC, Novis DA. Outpatient Phlebotomy succes and reasons for specimen rejection. *Arch Pathol Lab Med* 2002; 126:416-419.4.
- Plebani M. Errors in clinical laboratories or errors in laboratory medicine? *Clin Chem Lab Med* 2006;44:750-9
- Romero Ruiz A, Ávila Rodríguez IM, Tronchoni de los Llanos J, Muñoz Gómez M. Estrategias para la disminución de errores imputables a la toma de muestras sanguíneas. *Evidentia*. 2007 nov-dic; 4(18). En: <http://www.index-f.com/evidentia/n18/397articulo.php> [ISSN: 1697-638X]
- Wiwanitkit V. Types and frequency of preanalytical mistakes in the first Thai ISO 9002: 1994 certified clinical laboratory, a 6-month monitoring. *BMC* 2001, 1:53.
- Carraro P, Plebani M. Errors in a stat laboratory: types and frequencies 10 years later. *Clin Chem* 2007;53:1338-42
- Plebani M. The detection and prevention of errors in laboratory medicine. *Ann Clin Biochem* 2010; 47:101-10.
- Carraro P, Zago T, Plebani M. Exploring the Initial Steps of the Testing Process: Frequency and Nature of Pre-Preanalytic Errors. *Clinical Chemistry* 2012; 58:3638-642.
- Romero A, Muñoz M, Ramos JR, Campos A, Ramírez G. Preanalytical mistakes in a stat laboratory. *Clin Lab Chem Med* 2005; 43(9):974-5.
- Romero Ruiz A, Tronchoni de los Llanos J, Sánchez Negrete J. Valoración de la aparición de hemólisis con tres sistemas diferentes de extracción. *Rev Rol Enferm* 2004; 27:19-23.
- Romero A, Tronchoni J. Preferencias de las enfermeras en la toma de muestras sanguíneas. *Evidentia* 2006 mar-abr; 3(8). En: <http://www.index-f.com/evidentia/n8/207articulo.php> [ISSN: 1697-638X].
- Beamud Lagos, M, Martín Fernández, J, Pérez Rivas, J, Muñoz Delgado F. Mejora de la calidad del proceso asistencial mediante una actividad de formación continuada: a propósito de la espirometría. *Enfermería Clínica* 2004 sept-oct; 14(5):269-274.
- Newman P, Peile E. Valuing learner's experience and supporting further growth: educational models to help experience adult learners in medicine. *BMJ* 2002; 325:200-202.
- Ellis G. An episode of increased hemolysis due to a defective pneumatic air tube delivery system. *Clinical Biochemistry* 2009; 42: 1265-1269.
- Morales Asencio JM, Morilla Herrera JC, Gonzalo Jiménez E, del Río Urenda S, Martín Santos FJ, Terol Fernández FJ. La larga y penosa travesía de los cambios en los hospitales: enfermería de práctica avanzada en atención especializada en el entorno anglosajón. Evaluación de una revisión cualitativa. *Evidentia* 2006 ene-feb; 3(7), [ISSN: 1697-638X]. En: <http://www.index-f.com/evidentia/n7/185articulo.php> [Consultado el 21/1/2013].
- Romero Ruiz, A; Ortega Núñez, G; Serrano Cepas, M. C; Ávila Rodríguez, I M; García Guerrero, A; García Palenzuela, D. Disminución de errores preanalíticos en muestras procedentes de A.P. mediante sesiones de actualización clínica: Valoración de los asistentes. *Rev Paraninfo Digital*, 2008; 5. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n5/p164.php>. Consultado el 9 de enero de 2014.
- Kahveci R, Meads C. Analysis of strengths, weaknesses, opportunities, and threats in the development of a health technology assessment program in Turkey. *Int J Technol Assess Health Care*. 2008;24:235-40.
- Gibis B, Artilles J, Corabian P, Meiesaar K, Koppel A, Jacobs P, Serrano P, Menon D. Application of strengths, weaknesses, opportunities and threats analysis in the development of a health technology assessment program. *Health Policy*. 2001; 58:27-35
- Kalisch BJ, Curley M. Transforming a nursing organization: a case study. *J Nurs Adm*. 2008; 38:76-83.
- ISO/TS 22367. Medical laboratories reducing of error through risk management and continual improvement complementary element; 2008.
- Day S, Dalto J, Fox J, Allen A, Ilstrup S. Utilization of failure mode effects analysis in trauma patient registration. *Qual Manag Health Care*. 2007;16:342-8.
- Govindarajan R et al. El análisis modal de fallos y efectos (AMFE) ayuda a aumentar la seguridad en radioterapia. *Rev Calidad Asistencial*. 2007; 22:299-309.
- Burgmeier J. Failure mode and effect analysis: an application in reducing risk in blood transfusion. *Jt Comm J Qual Improv*. 2002;28:331-9.
- Spath PL. Using failure mode and effects analysis to improve patient safety. *AORN J*. 2003;78:16-37.
- Cody RJ. Anticipating risk for human subjects participating in clinical research: application of Failure Mode and Effects Analysis. *Cancer Invest*. 2006 Mar; 24(2):209-14.



Porque cuando se queda sin coche, es cuando más ayuda necesita

Ahora con **nuevas** y **exclusivas** coberturas:

- ✓ A través de nuestros **talleres preferentes**:
 - Descuento del 50% en el precio de la franquicia.
 - Servicio de recogida y entrega del vehículo.
 - Reparación de lunas a domicilio.
 - Parte único por daños de aparcamiento.
- ✓ Gestor de multas online.
- ✓ Asistencia jurídica gratuita.



Y además...

**Llévese de regalo el balón de A.M.A.
al contratar su póliza de Automóvil**

Al contratar una póliza de Automóvil antes del 13 de julio recibirá de manera gratuita el balón de fútbol de A.M.A.
(Promoción válida hasta fin de existencias)

¡NO SE QUEDE SIN SU BALÓN!

A.M.A. HUELVA Palos de la Frontera, 17 Tel. 959 28 17 71 huelva@amaseguros.com

A.M.A. HUELVA (Colegio Médico) Arcipreste González García, 11, 1º Tel. 959 24 01 87/99



LA CONFIANZA ES MUTUAL
www.amaseguros.com 902 30 30 10



EL SAS HACE SUYA LA OBLIGACIÓN DE ESTAR COLEGIADO PARA EL EJERCICIO PROFESIONAL

Huelva.- Redacción

El ejercicio profesional en la sanidad pública de Andalucía lleva implícita la obligación de estar colegiado. Así, en su momento, lo sentenció el Tribunal Constitucional y así lo acaba de confirmar la gerencia del Servicio Andaluz de Salud (SAS) a través de una comunicación con los diferentes Colegios Oficiales de enfermería y medicina de la comunidad, en la que queda de manifiesto que las instituciones colegiales son los organismos reguladores de sus respectivas profesiones, una garantía para la seguridad del paciente como consecuencia de la vigilancia, deontología y lucha contra el intrusismo que, tradicionalmente, corre a cargo de las entidades colegiales. El presidente del Colegio Oficial de Enfermería de Huelva, Gonzalo García, se ha felicitado por este logro que, resume, "supone importantes beneficios no solo para el profesional sino y sobre todo, para el paciente que debe tener la certeza de que sus cuidados corren a cargo de personal altamente cualificado".

Punto y final a una larga y estéril polémica que viene de años atrás. El ejercicio del profesional sanitario titulado –Medicina, Enfermería, Farmacia...– en el Sistema público andaluz (SAS) comporta, obligatoriamente, la condición de estar colegiado. Así se ha pronunciado, en su día, el Tribunal Constitucional y así ha quedado reafirmado desde la Gerencia del SAS para que se cumpla esta circunstancia.

Al respecto, conviene recordar como el Consejo Andaluz de Enfermería (CAE) reunido el pasado mes de marzo, acordó, por unanimidad, reclamar de la administración andaluza el cumplimiento de la sentencia del TC que anulaba normativas anteriores de la Junta por la que se soslayaba la obligatoriedad de la colegiación. El TC dejó bien sentado que

"los poderes públicos están obligados a cumplir lo que el TC resuelva". A su vez, el propio CAE, además de exigir de la consejería y la Junta el cumplimiento de esta sentencia del Alto tribunal, pidió "responsabilidad patrimonial al Gobierno andaluz por los daños que ha supuesto para el colectivo de enfermería la aplicación de esta ley con rango constitucional".

Los Colegios oficiales de enfermería de la comunidad aseguraron haber sufrido "un daño irreparable" como consecuencia del incumplimiento de la Junta respecto a la sentencia del TC.

Además, el organismo autonómico de la profesión entendió que "como consecuencia de todo este largo proceso judicial y el incumplimiento del fallo del Alto Tribunal, por parte de la Administración andaluza "los Colegios de enfermería, junto a haber sido objeto de un daño irreparable, se han sentido "perjudicados en el ejercicio pleno de su labor y cometido en defensa de la práctica correcta del colectivo de enfermería, afectando al mismo tiempo a la seguridad de los pacientes así como al resto de los profesionales sanitarios".

No culpables

El CAE razonó en su momento que tras consumarse la nulidad jurídica de la normativa andaluza, se presentó la disyuntiva acerca de si la reclamación por el impago de las cuotas de los colegiados "habría que realizarla a los profesionales o directamente a la Junta". Tras analizar detenidamente esta cuestión, el pleno del CAE coincidió en que "los profesionales no son los culpables de que, temporalmente, haya existido una ley inconstitucional, sino que es responsabilizado de la Administración que la aprobó y es a ella a quien hay que reclamarle que se restituyan los daños y perjuicios causados".



El presidente del CAE, Florentino Pérez junto a Gonzalo García, responsable del Colegio de Huelva

Una vez alcanzado el objetivo de pertenencia un Colegio Oficial para ejercer la profesión sanitaria en Andalucía, conforme falló el TC, el presidente del Colegio Oficial de Enfermería de Huelva, Gonzalo García Domínguez ha querido saludar "le definitiva verificación de que, por parte de la Junta de Andalucía, se va a cumplir con la legalidad vigente algo que está en la línea de las naciones más desarrolladas donde, como en España, las entidades colegiales son los únicos organismos encargados de la regulación y ordenamiento de los respectivos colectivos, puesto que constitucionalmente se les ha conferido la labor y vigilancia de la deontología, la lucha contra el intrusismo y el buen cumplimiento del desarrollo profesional".

Gonzalo García, finalmente, ha añadido a esta Revista que "los ocho Colegios provinciales instituidos en el CAE celebramos que, finalmente, la Junta y su consejería de Salud, superando etapas anteriores de auténtica cerrazón, se hayan posicionado justo al lado de la legalidad y del cumplimiento de la sentencia del TC. El paciente puede tener la plena seguridad de que va a ser atendido por un titulado universitario que cumple ciento por ciento con las exigencias deontológicas y legales propias de un estado de Derecho. De esta forma, nuestra sanidad se asimila a las normas que imperan en países tan avanzados como, por ejemplo, Reino Unido, Francia, Italia...".

Rechazo a la propuesta de Sanidad de dilatar el desarrollo de las especialidades a 2024

Huelva.- Redacción

La enfermería española no ha dudado en expresar su "rechazo e indignación" nada más conocerse la propuesta del Ministerio de Sanidad por la que se contempla el desarrollo de las especialidades profesionales en un periodo de tiempo que alcanzaría al año 2024. La Mesa Nacional de la Profesión, integrada por el Consejo General y Satse, han catalogado como "claramente insuficiente el retraso previsto" máxime cuando los orígenes de las especialidades se remontan al año 1987 cuando se publicó el Real Decreto correspondiente al que sustituyó el vigente de 2005. Por su parte, el Consejo Andaluz de Enfermería (CAE) ha pedido a la Mesa que "rompa el pacto" por la sostenibilidad del sistema firmado con el propio Ministerio de Sanidad.

Las especialidades de enfermería parecen ser la historia inacabable. Han tenido que pasar años y años acumulando demoras y retrasos, sin olvidar la no correspondencia con la oferta de puestos de trabajos específicos en los sistemas regionales de salud, hasta que hace unas semanas se conoció la propuesta de Sanidad en la que se contempla un periodo de desarrollo de las especialidades enfermeras que se alargan hasta 2024.

OPOSICIÓN

Ha sido la Dirección General de Recursos Humanos del Ministerio de Sanidad la que dio a conocer su apuesta para el calendario de las especialidades de las que, no hará falta decir a estas alturas, aun resta por materializar la de enfermería médico-quirúrgica. Es posible que en sanidad no tuvieran en cuenta la inmediata reacción a cargo de la enfermería española representada, en este caso, por la Mesa Nacional de la Profesión Enfermera que se constituyó entre el Consejo General de Enfermería y el Satse. La Mesa, una vez evaluada la propuesta mi-

nisterial, no ha dudado en manifestar, de forma clara y rotunda, su enérgica oposición a la misma.

En una nota conjunta, la Mesa Nacional de la Enfermería ha comenzado rechazando la propuesta de sanidad sobre el calendario para el desarrollo de las especialidades por entender que "es claramente insuficiente y que retrasa de manera injustificable la creación, implantación y dotación de las plazas necesarias en el Sistema Nacional de Salud (SNS)". Esta exigencia la justifica la Mesa Nacional como algo de carácter fundamental "para garantizar la calidad de la atención sanitaria y la seguridad de los pacientes".

Para el Consejo General y Satse resulta "lamentable" que la comisión de seguimiento donde se dialoga y negocian los diferentes puntos contenidos en el pacto por la salvación del Sistema firmado en julio de 2013 "no se haya reunido" al objeto de abordar algo tan importante como el desarrollo de la profesión de enfermería. Y, entrando en el terreno específico de la propuesta temporal de las especialidades, la Mesa Nacional entiende que el Ministerio ha planteado "muchos aspectos inaceptables, destacando los plazos excesivamente largos para la creación, implantación y dotación de las plazas de enfermería especialistas necesarias". En este sentido, considera "intolerable" que se pretenda dilatar el proceso hasta el año 2024.

Para hacer frente a semejante perspectiva, Consejo General y Satse abogan por la creación en los servicios de salud de las regiones de "una categoría genérica de enfermería especialista con la posterior catalogación de los puestos de trabajo en función de la especialidad concreta que se requiera para ocupar cada uno de los puestos en su lugar concreto. Al mismo tiempo se ha reclamado, una vez se creara dicha categoría, la dotación de las plazas en el plazo de un año para las especialidades que



ya han celebrado las pruebas de evaluación de la competencia –caso de salud mental, trabajo y geriatría– en los 17 servicios regionales de salud españoles.

De igual manera, la Mesa Nacional ha exigido de la administración la convocatoria de "todas las pruebas de evaluación de la competencia que están pendientes, caso de las especialidades de familiar/comunitaria y pediatría, con la lógica exclusión de la especialidad de cuidados médico-quirúrgicos que todavía no tiene aprobado su programa formativo y, también, en el plazo de un año.

CAE

Desde la enfermería andaluza la reacción al planteamiento del Ministerio de Sanidad tampoco se hizo esperar. El CAE no dudó en pedir de la Mesa Nacional que "rompa" el pacto por la sostenibilidad del SNS firmado en el verano de 2013 entre la enfermería y el ministerio. El CAE ha justificado su demanda de ruptura al entender que es "inadmisible" que Sanidad haya estimado el pleno desarrollo de las especialidades de enfermería hasta el año 2024 lo que equivale a que, según el organismo autonómico de la profesión, se haya "agotado la paciencia de la enfermería".

1.102 TITULADOS INICIAN LA FORMACIÓN COMO FUTUROS ESPECIALISTAS

Huelva.- Redacción

Un total de 1.102 titulados sanitarios de distintas áreas del conocimiento han iniciado recientemente su etapa de formación como futuros especialistas en diferentes ámbitos, y en el seno de la sanidad pública andaluza tanto en centros de atención primaria como hospitalaria. Esta promoción de los futuros especialistas deberá cumplir dos y cinco años de estudio en función de la especialidad elegida. De esa cifra, 52 corresponden a la provincia de Huelva. La mayoría de estos alumnos (80,76%) son titulados en Medicina frente al tan solo el 0,91% de biólogos y bioquímicos. Enfermería, por su parte, alcanza el 13,4% del global de alumnos.

Un total de 1.102 residentes han comenzado su etapa formativa en las distintas especialidades sanitarias y dentro de la red del SAS. Esta formación se llevará a cabo en centros asistenciales de atención primaria y hospitalaria, siempre bajo la supervisión y apoyo de un tutor que les irá guiando en este ciclo que les conducirá a lograr el reconocimiento de especialistas. Realizarán funciones asistenciales y de investigación.

Huelva

La distribución del nuevo contingente de aspirantes (formada como ha apuntado Salud por 1.102 titulados) se desglosa de esta forma y por provincias. La de Sevilla es la que recibe un mayor número de aspirantes con 281 entre todos los niveles. Le siguen las de Málaga (207), Granada (165), Cádiz (153), Córdoba (101), Almería (63), Jaén (59) y, finalmente, la provincia de Huelva con 52. En conjunto, la región andaluza ha obtenido el 15,04% del total de las plazas de especialistas internos residentes ofertadas en España para la convocatoria 2013-2014.

De las plazas ocupadas, la gran mayoría (80,76%) se corresponden con el título de médico-residente. A continuación, figuran el 13,4% de personal de enfermería, seguidos del 3,18% de farmacéuticos y, por fin, el 0,91% que se corresponde con titulados biólogos, bioquímicos, físicos y químicos. En cuanto a las especialidades sanitarias ocupadas en mayor número figura, a la cabeza, la de Medicina Familiar y Comunitaria (282 candidatos), seguidos de pediatría y áreas específicas (60). A continuación aparecen las aspirantes a formarse en enfermería obstétrica-ginecológica (Matronas) con 65 personas, Medicina In-



terna (45) Obstetricia y Ginecología (43), Anestesiología y Reanimación (40), Psiquiatría (31) y Cirujanos Ortopédicos y Traumatología (con 39 adscritos).

En los distintos hospitales y red de atención primaria andaluza se han venido desarrollando los actos de recepción y bienvenida de esta última convocatoria de especialistas de 2013-2014. En esos actos se les ha informado acerca de una visión global del sistema público sanitario en la región andaluza así como de la responsabilidad que han contraído y que deberá consolidarse a través de la etapa de residencia.

► **El 13,4% corresponde a enfermería. Hay 65 futuras matronas andaluzas**

Transversal

Desde el año 2002, se contempla un Programa de desarrollo de Competencias Transversales que está dirigido al total de los futuros especialistas y donde se incluyen capítulos relativos a cuestiones tales como Bioética, profesionalismo, trabajo en equipo, metodología de la investigación clínica, y asistencia basada en la evidencia, calidad sanitaria y seguridad del paciente. Entre las herramientas que disponen el millar largo de profesionales se cuenta con un portal eir, en forma de una página web específica que tiene como finalidad tanto la formación del alumnado como el seguimiento a cargo de los tutores y de las comisiones de docencia. Y, como colofón, la pregunta surge de inmediato ¿este número de aspirantes a especialistas se corresponde con las reales necesidades sanitarias de la sociedad española?

LA O.M.S. DENUNCIA: 7 MILLONES DE MUERTES POR CONTAMINACIÓN ATMOSFÉRICA

Huelva.-Redacción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha dado cuenta de un dato tan relevante como dramático: durante el año 2012, un total de 7 millones de personas murieron a consecuencia de la exposición a la contaminación atmosférica. El máximo organismo encargado de dirigir y propiciar las grandes líneas sanitarias del planeta ha puesto sobre la mesa unas conclusiones que ratifican la gravedad de problema que denuncia y que tiene sus principales repercusiones en la cardiopatía isquémica (40% de los casos) y accidentes cardiovasculares. Si se redujeran sus efectos, la OMS calcula que podrían salvarse millones de vidas.

"Limpiar el aire que respiramos impide el desarrollo de enfermedades no transmisibles y, además, reduce el riesgos de enfermedades entre las mujeres y los grupos mas vulnerables como los niños y los ancianos". De esta forma resumía la Dra. Flavia Bustelo, subdirectora general de la OMS para la Salud de la Familia, la Mujer y el Menor, la llamada de atención que este organismo ha efectuado. Bustelo añadía que las mujeres y los niños pobres están pagando un alto precio por causa de la contaminación del aire puesto que pasan mas tiempo en sus casas respirando los humos, el hollín de las cocinas de carbón y leña".

Pero el aviso no solo afecta a las naciones inmersas en el subdesarrollo. La OMS ha dado a conocer sus últimas es-

timaciones en las que se continúan una estrecha vinculación entre la contaminación atmosférica en general, y las de aires interiores, con la masiva proliferación de dolencias cardiovasculares, accidentes cerebrovasculares, cardiopatías isquémicas, y una reciente conexión entre el (mal) aire que a veces respiramos y el cáncer, el gran problema sanitario del mundo actual.

Evaluación

La OMS ha detallado que esta realidad es consecuencia de una "mejor evaluación de la exposición humana a los contaminantes atmosféricos gracias a las mediciones y tecnologías cada vez mas avanzadas". El desarrollo de las enfermedades respiratorias, las infecciones respiratorias agudas y las neumopatías obstructivas crónicas tienen un claro origen en los problemas de la calidad medioambiental que atañe, en mayor o menor medida, a los habitantes de los cinco continentes.

La OMS ha dado a conocer un resumen-desglose de las muertes debidas a la contaminación atmosférica que reza así:

- ▶ 40% cardiopatía isquémica
- ▶ 40% accidente cardiovascular
- ▶ 11% neumopatía obstructiva crónica
- ▶ 6% cáncer de pulmón
- ▶ 3% infección aguda de vías respiratorias inferiores en niños

Ante semejante panorama, la Directora del Área de Salud Pública de la OMS, María Neira, no ha dudado en afirmar



que "los riesgos debidos a la contaminación atmosférica son superiores a lo que, previamente, se pensaba o entendía, en especial para las cardiopatías y los accidentes cardiovasculares", dolencias de tanta prevalencia en la época que vivimos. En la actualidad -prosigue la Dra. Neira- hay pocos riesgos que afecten tanto a la salud en el mundo como la contaminación atmosférica. Por ello, las pruebas apuntan a la necesidad de adoptar medidas concertadas para el aire que respiramos".

- ▶ **La cardiopatía isquémica y los accidentes cardiovasculares, principales causas de fallecimientos**

Atención sanitaria

Desde la OMS se ha razonado que, con estos análisis sobre la mesa, estamos ante "un salto importante en el avance de la de ruta de la OMS para la prevención de estas enfermedades vinculadas a la contaminación de la atmosférica". Por lo que achaca esta situación sanitaria mundial a la "consecuencia de políticas que no son sostenibles en determinados sectores tales como el transporte, la energía, la gestión de los desechos y la industria pesada. De ahí que resulte mas económico el que, a largo plazo, se apliquen aquellas estrategias que den prioridad a la salud debido al ahorro de los costes en la atención sanitaria, aparte de ser también beneficiosas para el clima.

CUIDADOS DEL SUELO PÉLVICO FEMENINO

Autora:

• Elena García García.

• Matrona. Hospital Valme (Sevilla)

RESUMEN

Uno de los problemas que incide directamente en la mujer a lo largo de su vida y en la calidad de la misma, son las alteraciones del funcionamiento de la musculatura del suelo pélvico: incontinencias, sexuales, prolapso, estreñimiento crónico, etc, que desencadena en muchas ocasiones problemas psicosociales.

Objetivos:

- Conocer las diferentes técnicas existentes para prevenir disfunciones, o, disminuir sus manifestaciones.
- Concienciar a los profesionales sanitarios y a la población de la importancia de su cuidado, para mejorar su calidad de vida y autoestima.

Método: Búsqueda sistemática en base de datos y revistas científicas, en español e inglés.

Conclusión: La matrona desde Atención Primaria, es la figura clave para desarrollar habilidades de integración de la importancia del cuidado del suelo pélvico en la mujer, en la detección y prevención de dichos problemas. La mayor captación se produce en el embarazo, pues las disfunciones del suelo pélvico a edades superiores son asumidas por la mujer como normal, lo mantienen en anonimato o buscan escasamente soluciones; de ahí la importancia de concienciar tanto a otros profesionales sanitarios como a la población sobre los múltiples tratamientos y cuidados.

Palabras clave: Suelo pélvico, incontinencia, postparto, gimnasia hipopresiva.

ABSTRACT

One of the problems that directly affect women throughout his life and in the quality of the same, are alterations in the functioning of the muscles of the pelvic floor: incontinence, sexual, prolapse, chronic constipation, etc, which often triggers psychosocial problems.

Objectives:

- Know the different techniques to prevent dysfunctions, or decrease its manifestations.
- Raise awareness to health professionals and the population of the importance of their care, to improve their quality of life and self-esteem.

Methodology: Systematic search in database and scientific journals, in spanish and English languages.

Conclusion:

The midwife from primary care is the key figure in integration of the importance of the pelvic floor care skills in women, in the detection and prevention of these problems. The increased uptake occurs in pregnancy, because the dysfunction of the pelvic floor to ages superiors are assumed by women as normal, keep it anonymous or sparsely seek solutions; therefore the importance of raising awareness both to other health professionals and the population on the multiple treatments and care.

Key words: Pelvic floor, incontinence, postpartum, hipopressive gymnastic.

INTRODUCCIÓN

La evidencia científica actual sobre alteraciones de la dinámica del suelo pélvico queda plasmada en numerosos artículos, que tratan sobre el problema más común en la población y a la vez incapacitante para la vida diaria: la incontinencia, con una prevalencia de la urinaria superior a la fecal y de la mujer sobre el hombre. Con el paso de los años, muchas de estas personas no buscan ayuda profesional, sino que mantienen su problema en el anonimato, asumiendo dicho problema por la edad y/o por vergüenza. Este problema físico se convierte también en psico-social, repercutiendo en su vida cotidiana, estado de ánimo, relaciones sociales, actividad laboral, etc., en definitiva, en su calidad de vida.

La función de sostén de la musculatura que se encuentra en el interior de la cavidad pélvica, es fundamental para que las vísceras que allí se encuentran: recto, útero y vejiga, puedan estar colocadas correctamente y realizar su misión.

Al encontrarse en la parte inferior del organismo, su acción siempre es antigraavitatoria, teniendo que soportar carga y presiones. El mantenimiento del tono basal, se consigue gracias a dos tipos de fibras: las de tipo I que constituyen el 70%, son de contracción lenta y sostenida para soporte visceral. El 30% restante corresponden al tipo II, que en condiciones normales suelen estar en reposo y actúan rápidamente ante cambios bruscos de presión intrabdominal.

Cualquier alteración importante que modifique su fuerza, resistencia y flexibilidad, podrá originar prolapso genital; incontinencia: urinaria, fecal, de gases; estreñimiento distal asociado a alteración de la inervación y alteraciones sexuales, englobadas todas como disfunciones del suelo pélvico. (1)

La etiología de estas disfunciones se puede agrupar en factores intrínsecos: raza y constitución del tejido conectivo;

extrínsecos: embarazo y parto principalmente, edad y cambios hormonales (la disminución de estrógenos en menopáusicas disminuye el tono muscular), incrementos crónicos de presión intrabdominal (tos crónica, estreñimiento habitual, obesidad, factores que causen hiperpresión abdominal con incorrecta utilización diafragmática, gimnasia abdominal, deportes de riesgo, trabajos con importante esfuerzo físico, etc.). (1)

OBJETIVOS PRINCIPALES

- Conocer las diferentes técnicas existentes para prevenir disfunciones del suelo pélvico o disminuir sus manifestaciones.
- Concienciar a los profesionales sanitarios y a la población de la importancia de su cuidado para mejorar su calidad de vida y autoestima.

OBJETIVO ESPECÍFICO

- Fortalecer los músculos pélvicos y equilibrar su estática, mejorar la vascularización local, la función urinaria y ano-rectal y conseguir una sexualidad más satisfactoria.

METODOLOGÍA

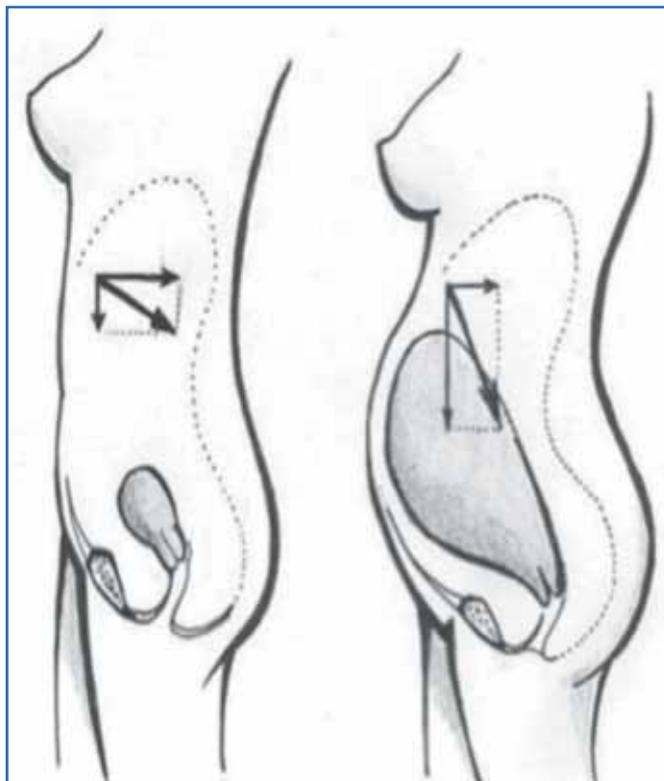
- Revisión sistemática de la literatura científica en bases de datos: Cochrane, Pubmed, Scielo, CUIDEN, según las palabras clave.
- Revistas científicas incluyendo las digitales pertenecientes a diferentes colectivos.
- Se seleccionaron artículos desde los años 2001-2012, en idioma español e inglés.

EMBARAZO Y PARTO COMO PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO

Puesto que existen dos acontecimientos fundamentales que marcan tanto la vida de una mujer como sus consecuencias en el suelo pélvico, se hace necesario analizar con más detalle porqué el embarazo y el parto son los principales factores de riesgo:

- En el embarazo el aumento hormonal de progesterona y relaxina, relaja tanto la musculatura lisa de la vejiga y uretra y de músculos de sostén de las vísceras.
- El crecimiento uterino unido al cambio de estática del eje corporal, hace que las fuerzas resultantes incidan en la hendidura urogenital y no hacia la zona esquelética sacrocoxígea, que sí está preparada para recibir hiperpresión. (FIG 1).
- Esto explicaría la frecuencia de incontinencia al final del embarazo y su persistencia con el esfuerzo, hasta los tres meses del postparto.
- La progesterona también disminuye el peristaltismo, si se une la ingesta de hierro por anemia a veces, éste también es causa de estreñimiento. Como consecuencia de los grandes esfuerzos para defecar en Valsalva y la sobredistensión muscular y ligamentosa, se incrementa la hiperpresión pélvica. (2)
- En el parto, el principal factor de riesgo es la primiparidad, por la mayor duración de la dilatación y del expulsivo.

FIGURA 1. Transmisión de las presiones. A medida que el útero va aumentando de peso y la pared abdominal se va relajando el vector resultante de la transmisión de las presiones se anterioriza incidiendo sobre la hendidura urogenital.



- Otros factores de riesgo pueden producir trastornos en la inervación: bebés macrosómicos, expulsivos prolongados, partos instrumentalizados o la multiparidad por lesiones parciales anteriores. La denervación del suelo pélvico también puede ocasionar incontinencia urinaria, descenso del suelo pélvico y visceral, estreñimiento crónico, dificultad defecatoria e incontinencia ano-rectal. (2)

Debemos tener en cuenta, que el parto en sí puede resultar lesivo, pero gran parte de las lesiones tienen causa yatrogénica, que se podría minimizar si se respetara la fisiología:

- 1) La postura:

Adoptada habitualmente en el expulsivo de litotomía, disminuye los diámetros del estrecho inferior, debería para una mayor apertura del mismo colocar las caderas en rotación interna.

Todo ello, independientemente de que consideremos que las posiciones en cuclillas o cuadrupedia son más fisiológicas para el parto.
- 2) El tipo de pujo:

Normalmente se le pide a la mujer que empuje con la contracción en apnea inspiratoria, deprimiendo mucho al suelo pélvico y dificultando la salida de la cabeza fetal. Se debería estudiar si este daño se reduce con el pujo en espiración libre.
- 3) La maniobra de Kristeller (contraindicada por la OMS): pre-

sión abdominal sobre el fondo uterino durante el expulsivo o la instrumentación, es tremendamente lesiva.

- 4) La controversia sobre si la episiotomía previene los desgarreros perineales, ha sido objeto de múltiples estudios, llegando a la conclusión de que se recomienda un uso restrictivo de ella. La episiotomía disminuye la tensión del suelo pélvico, sin embargo, es necesario ese contra-apoyo para evitar que el periné se abombe en exceso por la cabeza fetal durante el pujo. Además con la episiotomía, se corta el nervio que proporciona sensibilidad al cuarto inferior del periné, éste se regenera mal y puede originar dispareunia postparto.
- 5) En cuanto a la analgesia epidural, es conocido que relaja la musculatura perineal, ralentiza los tiempos de expulsivo y el descenso fetal, promoviendo la instrumentación en el parto, sobre todo en primíparas.

Sin embargo, algunos autores encontraron mayor incidencia de incontinencia de esfuerzo en mujeres que parieron con epidural, y otros por el contrario, defienden que la epidural protege de ella.

TRATAMIENTO Y CUIDADOS

Una vez identificados los factores multicausales y posibilidades de cada persona, debería realizarse una valoración inicial del grado de afectación, que marque la pauta recuperadora del tono muscular, o, cuidados preventivos. Ésta consistirá en la combinación de algunas de las siguientes técnicas: modificación del estilo de vida y psicoterapia, reeducación vesical y vaciado puntual, rehabilitación con ejercicios musculares del suelo pélvico, conos vaginales (cinesiterapia), biofeedback, electroestimulación del nervio pudendo con electrodos vaginales o electroestimulación para neuromodulación de raíces nerviosas sacras.

Se hace necesario un estilo de vida donde nos autocuidemos con buenos hábitos higiénico-dietéticos: evitar el sobrepeso (realizar ejercicios aeróbicos, evitando los abdominales o los isotónicos), disminuir la ingesta de xantinas (café, té), regularizar el ritmo intestinal, modificar el entorno para facilitar la micción, etc. En muchos casos de afectación grave perineal se requiere el acompañamiento de técnicas conductuales de psicoterapia, pues dichos problemas ocasionan ansiedad, depresión, histeria, problemas familiares y/o de pareja. (8)

El reentrenamiento vesical sirve para incrementar el tiempo entre micciones de forma programada. Se emplea para la incontinencia de urgencia, la inestabilidad vesical y la mixta. Requiere capacidad cognitiva íntegra de la paciente y su motivación. En cambio, el vaciado puntual, no precisa de tanta colaboración y por eso se usa en pacientes con trastornos mentales. Se le enseña a vaciar su vejiga relajada, con prensa abdominal, credé, etc., y a lograr ir sola al baño. (8)

La rehabilitación activa de grupos musculares puede realizarse con:

- 1) *Los ejercicios de Kegel.* Consiste en la contracción voluntaria de los músculos del periné en tandas que se repiten diariamente. (9). En primer lugar es necesario que la mujer identifique cuáles son los músculos, cortando la micción a intervalos manteniendo los glúteos distendidos, evitando así contraer los músculos abdominales que llevaría al efecto contrario de hiperpresión en el suelo pélvico y que sería perjudicial. A continuación se programan ejercicios a realizar en casa de varios tipos: de contracciones rápidas, lentas o graduales; según vayan dominando la técnica, se va aumentando el tiempo de contracción y las repeticiones. Los ejercicios deben coordinarse con la respiración, de manera que durante la inspiración tenga lugar la relajación pélvica y durante la espiración la contracción del periné. Es ideal como profilaxis de incontinencia urinaria, para la recuperación perineal tras el parto y para casos de incontinencia urinaria leve (9).

Según un estudio publicado en Cochrane (2009) sobre el entrenamiento muscular pélvico para la prevención de incontinencia urinaria y fecal durante el embarazo y postparto, concluyeron que reduce su aparición, en cambio, si persiste después de los 3 meses postparto, sería necesario un entrenamiento más intensivo supervisado acompañado de electroestimulación, pues no hay evidencia de que sus efectos persistan a largo plazo. (13)

- 2) *La gimnasia hipopresiva.* Se denomina así por la escasez de presión o disminución en la cavidad torácica, abdominal y pélvica. Diseñada por el Dr. Caufriez en los años 80, nace como alternativa a los ejercicios tradicionales para tonificar la musculatura lumbopélvica y abdominal, sin presionar las estructuras y órganos internos. Se determinan como ejercicios posturales y respiratorios asociados a un ritmo. Al principio fueron estáticos, pero para mejorar su eficacia se convirtieron en dinámicos. (3). En su correcta ejecución observaremos: abertura del arco costal, movilización del ombligo hacia dentro y hendidura en las fosas claviculares. (4)

En ocasiones, el desconocimiento de este tipo de ejercicios, puede generar confusión o que se añadan conjuntamente los ejercicios de Kegel los cuales inciden en las fibras tipo II para mejorar la contractilidad y fuerza del periné, especialmente del músculo pubocóxigeo. En cambio, el objetivo de la gimnasia hipopresiva es aumentar el tono muscular incidiendo en gran medida en las fibras tipo I del diafragma pelviano. La técnica hipopresiva supone también un control de la respiración, debe realizarse en apnea espiratoria. (3)

Según un estudio prospectivo brasileño (2012), para valorar la eficacia del entrenamiento muscular pélvico en mujeres con prolapso, dividieron en 3 grupos a las mujeres: grupo I, entrenamiento con sesiones de contracciones musculares diarias; grupo II, se añadía además gimnasia hipopresiva; grupo III de control, sólo debían contraer en presencia puntual de hiperpresión abdominal. Concluyeron que en el grupo I y II se lograba una hipertrofia e hipertonía del músculo elevador del ano y por tanto mejoraba considerablemente el prolapso. (11)

3) *Gimnasia perineal con dispositivos intravaginales: conos y bolas chinas.*

Cada *cono* tiene un peso diferente (aunque son del mismo tamaño), y se usan manteniéndolos en la vagina durante unos minutos al día, de pie o caminando. (FIGURA 2).

La sensación de su pérdida provoca un suave reflejo de contracción en los músculos del suelo pélvico que hace retenerlo. A medida que se vaya dominando la técnica, serán de mayor peso. Se empieza a notar una mejoría en el tono de los músculos en unas 2 ó 3 semanas, y un tratamiento completo suele durar entre 2 y 3 meses. (7)

En una Revisión Cochrane de 2008, evaluando los efectos de los conos vaginales para el tratamiento de mujeres con incontinencia urinaria, seleccionaron ensayos controlados aleatorios o cuasialeatorios donde los compararon con otros tratamientos o con ninguno. En los resultados obtenidos, los conos fueron mejores que ningún tratamiento activo. Hubo poca diferencia entre los conos y el entrenamiento muscular del suelo pélvico (EMPP) o electroestimulación. No hubo pruebas suficientes para demostrar que el tratamiento con conos además del EMPP fue diferente al tratamiento sólo con conos o sólo con EMPP. (10)

Sin embargo hoy en día es una técnica en desuso. (8)

Se suele recomendar más las *bolas chinas*. Consistente en dos bolas unidas por un cordel de silicona que se deja al exterior para poder retirar, no debe de ser fibroso para evitar que el material poroso sea foco de infección. En el interior de cada una se encuentra otra bolita, que al andar produce su vibración y contracción refleja vaginal y perineal. Suele introducirse durante unos 15 minutos al día.

Existe también una sólo bola, pero implica mayor dificultad. (FIGURA 3).

4) Con el *biofeedback* las contracciones musculares son traducidas por un equipo en una señal gráfica, acústica o ambas, para que la paciente y el/la fisioterapeuta perciban el trabajo realizado. Las ventajas son:

- Facilita el aprendizaje porque ayuda al reconocimiento de las estructuras del suelo pélvico.
- Autoevaluación del trabajo realizado.
- Crea una fuerte motivación para la paciente.

CONCLUSIÓN

La matrona, al estar en contacto directo y permanente con la mujer antes y después del parto, juventud o menopausia, es el profesional idóneo para prevenir este problema. Para ello, es necesario desarrollar habilidades y estrategias adecuadas a fin de ayudar a las mujeres a integrar el suelo pélvico en su esquema corporal. (6)

Desde Atención Primaria la constante actualización de la educación maternal, incluye información sobre su autocuidado a realizar en todo el ciclo vital femenino:

- Enseñándolas a dar elasticidad al tejido conjuntivo mediante maniobras de estiramiento y masaje perineal sobre la 35ª semana de gestación.

FIGURA 2. CONOS VAGINALES



- Tomar conciencia y fortalecimiento con los ejercicios de Kegel.
- Cambiar de posturas en los pujos del parto (algunos autores, defienden la cuadrúpeda, pero si realiza en decúbito lateral o supino con rotación interna de caderas) y en la espiración, ya que el descenso del diafragma con la inspiración resulta demasiado hiperpresivo.
 - En el puerperio, en algunas mujeres existe un afán de volver a su figura lo antes posible practicando abdominales, que conlleva hiperpresión abdominal y sobreesfuerzo del periné distendido, encontrándose aún la vagina abierta y cincha abdominal laxa.

En este contexto, la matrona debe aconsejar evitarlos y realizar ejercicios de Kegel o gimnasia hipopresiva, realizados en apnea espiratoria y en determinadas posturas facilitadoras de la relajación del diafragma. (FIGURA 4).

FIGURA 3. BOLAS CHINAS



Las técnicas hipopresivas resultan perfectas para una completa recuperación postparto, no deben realizarlo personas hipertensas o embarazadas. Sus beneficios son: incrementar el tono en reposo del suelo pélvico y de la faja abdominal, mejora la postura y dolencias de espalda, mejora la calidad de las re-

FIGURA 4. GIMNASIA HIPOPRESIVA



laciones sexuales por el incremento de la vascularización, previene la incontinencia, mejora el estado de prolapsos y reduce el perímetro de la cintura. (5 y 8). Se consigue mediante tres objetivos: Descender la presión intrabdominal durante el ejercicio, provocar una contracción refleja de la musculatura de la cincha abdominal, que se encuentra muy flácida como consecuencia de la distensión a que ha sido sometida durante el embarazo, y tonificar, vía refleja, la musculatura perineal (durante el ejercicio de aspiración se contrae el suelo pélvico). (5)

Estos ejercicios deben comenzar tras una adecuada recuperación del parto o cesárea, 2-3 veces/semana al menos durante 2 meses, después se pueden combinar con una actividad física regular que no altere el suelo pélvico (no hacer abdominales, step, aeróbic o pesas).

En la revisión bibliográfica, encontramos numerosos artículos sobre la eficacia y beneficios de la gimnasia hipopresiva fundamentalmente para el postparto, tratado por diferentes profesionales: fisioterapeutas o medicina deportiva, sin embargo, no hay ninguno publicado por matronas, sólo alguno relacionado con la recuperación del suelo pélvico y prevención de incontinencias.

A pesar de haber transcurrido varias décadas desde la creación de los primeros ejercicios y de haber evolucionado incluso a su dinamismo, no existe suficiente divulgación ni conocimiento por la población para practicarla, ni entre los profesionales de la salud para fomentarla. En España existen muy pocos centros privados donde matronas y especialistas deportivos imparten estos ejercicios hipopresivos.

Numerosos estudios avalan que la rehabilitación intrapélvica con gimnasia o con la utilización de dispositivos, gracias al fortalecimiento del músculo pubocoxígeo, también mejora las relaciones sexuales para la pareja: incremento del deseo, la excitación, mayor sensibilidad en la penetración y orgasmos. Concretamente en un estudio de 2002 con mujeres rehabilitando-

se de incontinencia urinaria, se llegó a dicha conclusión. (12) Es necesario concienciar a los profesionales de la salud de la importancia de fomentar en las mujeres, independientemente de su edad, las estrategias de cuidados perineales anteriormente mencionadas y no esperar a la aparición de las indeseadas disfunciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sebastián Gracia G. Cuidado del suelo pélvico en el postparto. *Matronas Profesión*. 2001;2(Extra):12-15.
2. Ferri Morales J.M, Amostegui Azkúe. Prevención de la disfunción del suelo pélvico de origen obstétrico. *Fisioterapia* 2004; 26(5):249-65.
3. Rial, T. Pinsach, P. (2012). Principios técnicos de los ejercicios hipopresivos del Dr Caufriez. *EFDeportes.com*. Revista Digital. Buenos Aires, 17,172. <http://www.efdeportes.com>.
4. Rial, T. Fernández, I y Villanueva, C. (2011). Aproximación Conceptual y Metodológica al Método Hipopresivo. *EFDeportes.com*, Revista Digital. Buenos Aires, 16, 162. <http://www.efdeportes.com/efd162/aproximacion-al-metodo-hipopresivo.htm>
5. Pinsach, P; Rial, T; Chulvi-Medrano, I; Caufriez, M; Fernandez, JC; Isabelle Devroux, I; Ruiz, K. Técnicas hipopresivas, un cambio de paradigma en el entrenamiento Abdominal. <http://www.gimnasiahipopresiva.com>.
6. Sánchez Perruca MI, Fernández y Fernández Arroyo M, López Sáez y López de Teruel A, Martínez Barredio I, Hoyos Martínez I, Gallardo Díez Y. Influencia de la actuación de la matrona ante la IUE durante el embarazo, parto y puerperio. *Matronas Profesión*. 2001;2(6):23-29.
7. García Martín, A.I.; Del Olmo Cañas, P.; Carballo Moreno, N.; Medina Varela, M.; González Lluva, C.; Morales de los Ríos Luna, P. Reeducción del suelo pélvico. *ENFURO* 2005; 94:19-22.
8. Pena Outeiriño J.M., Rodríguez Pérez A.J., Villodres Duarte A., Mármol Navarro S., Lozano Blasco J.M. Tratamiento de la disfunción del suelo pélvico. *Actas Urológicas Españolas*. 2007; 31(7):719-731.
9. Sánchez Sánchez M.D., Alonso Sandoica E. y otros. Ejercicios de suelo pélvico: ¿Una terapia útil? *Médicos de Familia. Revista de la sociedad madrileña de medicina de familia y comunitaria*. 2004; 2(6): 53-58.
10. Herbison P, Plevnik S, Mantle J. Conos vaginales pesados para la incontinencia urinaria (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 1. Oxford: Update Software Ltd.
11. Bernardes, B., Resende, A., Stupp, L., Oliveira, E., Castro, R., Bella, Z. et al. (2012). Efficacy of pelvic floor muscle training and hypopressive exercises for treating pelvic organ prolapse in women: randomized controlled trial. *Sao Paulo Med J*, 130(1), 5-9.
12. Beji NK, Yalcin O, Erkan HA. The effect of pelvic floor training on sexual function of treated patients. *International Urogynecology Journal*. Springer London. Volume 14, Number 4 / Octubre de 2003. DOI: 10.1007/S00192-003-1071-2.
13. Hay-Smith J, Mørkved S, Fairbrother KA, Herbison GP. Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 4. Art. No.: CD007471. DOI: 10.1002/14651858. CD 007471

DOCE DONANTES DE HUELVA SALVAN LA VIDA DE 21 ENFERMOS

Huelva.- Redacción

La sanidad de Huelva, a través de la actuación solviente sus profesionales, ha obtenido un claro protagonismo en materia de donación de órganos y trasplantes, al conocerse que, en el transcurso del último año, un total de doce donaciones han permitido salvar y mejorar la vida de 21 personas en una grave situación de supervivencia, lo cual habla tanto de la generosidad que comporta la donación en un contexto tan delicado como el fallecimiento de un ser querido justo cuando tiene lugar la nada sencilla intervención y labor del personal responsable en este ámbito sanitario.

Según se acaba de conocer, las donaciones registradas en ese periodo tuvieron como escenario los Hospitales Juan Ramón Jiménez (9), Infanta Elena (2) y Área Sanitaria Norte Hospital de Riotinto (1). Las consecuencias de estas muestras de solidaridad fueron la realización de 9 trasplantes de riñón, 5 hepáticos, 5 de pulmón, 1 de corazón y 1 de páncreas, además de 31 injertos de tejido óseo, 16 tejidos de córnea y 1 homoinjerto valvular. En el Servicio de Oftalmología del Hospital Juan Ramón Jiménez se han implantado 5 córneas a los pacientes que lo precisaban al contar el centro con la correspondiente acreditación para llevar a buen puerto estas intervenciones.

Estos y otros datos fueron dados a conocer en el transcurso de un acto celebrado en el propio Juan Ramón Jiménez en el que intervinieron, junto a la delegada provincial de la Consejería de Igualdad y Salud, Lourdes Martín, distintos representantes sociales tales como la presidenta de la Asociación de Enfermeros Renales Alcer Onuba, el responsable de la Asociación Valverdeña de la Enfermedad de Andrade, junto a profesionales y coordinadores de trasplantes de la sanidad onubense.

Oro

Una mujer, Pilar Llamas Sánchez, hizo entrega de un cuadro artesanal realizado por ella misma en barro cocido y a altas temperaturas en el que se destacan los distintos órganos en pan de oro y presentado bajo el título tan significativo de "Tus órganos valen mas que el oro para quien los recibe". En este mismo acto también se destacó la participación de los trabajadores del sector del taxi en Huelva que se ha traducido, concretamente, en la decisión tomada por dos centenares de vehículos teletaxi para lucir en su parte trasera lemas que buscan concienciar a la población hacia las donaciones de órganos y tejidos que permiten salvar y mejorar muchas vidas humanas.



Afortunadamente, el tiempo que debe transcurrir desde que un enfermo ingresa en la lista de espera para recibir un injerto se está viendo reducido merced, precisamente, a la generosidad de la población onubense; hasta el punto de que un total de 3 enfermos han sido objeto de trasplante de riñón (trasplante anticipado, se denomina) sin tener que haberse sometido a la hemodiálisis, algo que no podía ni imaginarse hace no demasiado tiempo

- **Reconocimiento al personal sanitario que hace posible las donaciones para materializar los injertos**

Donante vivo

De igual manera, se está potenciando la figura del "donante vivo" cuando el órgano a trasplantar pertenece a una persona del entorno familiar y cercano del enfermo, aunque no de forma exclusiva. Este trasplante, como se conoce, presenta escasos riesgos para el que altruistamente ofrece su órgano y, además, logra una tasa de supervivencia mas alta que si procede de donante fallecido. En la actualidad, son 7 los enfermos a los que se está realizando un estudio y seguimiento en el Hospital Juan Ramón Jiménez dentro de este mismo contexto.

El trabajo del personal sanitario adscrito a las donaciones representa un capítulo fundamental para ir socialmente avanzando en la necesidad de crecer en un capítulo tan solidario como pocos. En Andalucía, la tasa de donaciones durante el año 2013 se ha situado en 35,2 donantes por millón de habitantes lo que significa haber duplicado la tasa de donaciones medias registradas en naciones de la Unión Europea, con 18 donantes por millón de personas. La solidaridad de los andaluces también es superior a la media contabilizada en España, con una tasa de 34,8 donantes por igual población.



EL CHARE DE LEPE, Una historia de incumplimientos

Huelva. - Redacción

El futuro Centro Hospitalario de Alta Resolución (Chare) de Lepe constituye una de las asignaturas más lacerantes para la sanidad pública de la provincia de Huelva. Una instalación que debería estar ya en funcionamiento desde 2011, permanece enquistada en una serie de aplazamientos y demoras a los que la Junta de Andalucía y su Consejería de Salud no parecen encontrar la única salida posible: la definitiva culminación de unas obras tanto tiempo paralizadas. Ahora, la última noticia es el anuncio de la Junta del "inicio de los trámites para finalizar" esta controvertida instalación.

La Junta de Andalucía volvió a sorprender cuando, el reciente 16 de mayo, anunciaba el "inicio de los trámites para finalizar las obras" del Chare de Lepe. Tras apuntar que los interminables problemas que han afectado a este proyecto se han debido a "problemas económicos en la entidad adjudicataria", al parecer una partida procedente de fondos de la Unión Europea podrían suponer el tan deseado desbloqueo de esta importante

estructura para la sanidad pública de la provincia onubense.

Pero conviene recordar el largo camino de promesas e incumplimientos que el Chare de Lepe acumula para desesperación de los casi 100.000 ciudadanos que, en su día, se verán directamente atendidos. A tal efecto, hay que remontarse al año 2008 cuando, con todo énfasis, la Consejería de Salud procedió a colocar la primera piedra del Chare lepero. Entonces, las autoridades dijeron que su inauguración debía producirse en 2011 una vez concluida tanto la estructura física del centro de Alta Resolución como la dotación del aparataje y de los recursos humanos que, enfermería incluida, hubiera supuesto un cierto respiro que pudiera paliar al actual y agobiante nivel de desempleo profesional.

AHORRO

Porque Lepe, que con sus 27.000 habitantes es la ciudad más poblada de la provincia después de la capital, y sus municipios colindantes aguardan prácticamente desde hace una década a que se convierta en realidad una dotación

sanitaria que evite toda suerte de problemas y desplazamientos a los hospitales Huelva capital lo que ahorraría, además de enormes inconvenientes a la población, un importante capítulo, de gastos en cuanto a la logística que comporta el actual estado de cosas con unos hospitales de referencia -sobre todo el Juan Ramón Jiménez- desbordados en sus capacidades.

A este respecto, el alcalde de Huelva, Pedro Rodríguez no dudó en denunciar lo que catalogó como "paralización de las obras del Chare desde hace muchos años privando a más de 150.000 habitantes de la costa occidental onubense de una Sanidad de calidad". Porque en el conjunto de la provincia, Huelva mantiene la esperanza de ver materializados los tres proyectos que darían como consecuencia unas dotaciones lo más asequibles para su población: Chare de Lepe y los de la Sierra y el Condado. Además, no han faltado voces que han incidido en un posible "deterioro" de lo construido en el Centro de Lepe dado que, al no ser utilizada, toda construcción sufre un proceso lento pero constante de degradación.

EL SAS CONTRATA A 78 ENFERMERAS(OS) PARA REFORZAR LA ATENCIÓN PRIMARIA EN VERANO

Huelva.- Redacción

La consejería de Salud ha dado a conocer su propuesta de personal de refuerzo para el inminente verano de 2014 referido a la red pública de atención primaria del SAS. A este respecto, las previsiones anunciadas por la consejera M^a José Sánchez son claramente insuficientes por cuanto solo se contempla contratar a 193 profesionales, de distintas categorías, para ofrecer la cobertura asistencial de las zonas costeras en las provincias de Huelva, Cádiz, Granada, Málaga y Almería.

Un total de 193 profesionales sanitarios van a ser llamados para reforzar las plantillas habituales de las poblaciones costeras de las cinco provincias andaluzas. La consejera de salud ha confirmado que, para los meses de mayor afluencia veraniega, el SAS contratará a 81 médicos, 78 enfermeras(os) y 34 auxiliares que se repartirán desde el norte de la provincia de Almería hasta Ayamonte justo en el año en que Andalucía está llamada a recibir la mayor afluencia de visitantes -turistas- lo que, en muchos puntos concretos de la geografía, hará que se multiplique el número de habitantes de numerosas poblaciones, con la consiguiente repercusión en la demanda asistencial

La consejera de salud dio cuenta, en el seno de la Comisión del Parlamento regional, de la planificación de los servicios sanitarios para, según indicó, "dar una respuesta eficaz y de calidad a las necesidades de los ciudadanos durante estos meses", en concreto los estivales de junio a septiembre. Con el refuerzo de esos 193 profesionales, Salud afirmó que se traduce en un presupuesto económico de 1,3 millones de euros para cerca de 14.000 jornadas de trabajo. El citado contingente de personal se irá distribuyendo, según las demandas, a lo largo y ancho de 46 centros de atención primaria de localidades de la costa de Andalucía.

RIESGOS PSICOSOCIALES EN EL TRABAJO DE ENFERMERÍA: “EL BURNOUT”

Autoras:

- ▶ Mari Carmen García García
Diplomada en Enfermería. Experto en Gestión de Servicios de Enfermería, Experto en Cuidados Oncológicos y Paliativos.
- ▶ Marta Rodríguez García. Diplomada en Enfermería. Máster Oficial en Ciencias de la Enfermería.
Máster en Farmacoterapia para Enfermería.

▶ RESUMEN

Objetivo: Identificar los niveles del síndrome de burnout en enfermería, las variables que influyen en su desarrollo, las consecuencias y las estrategias de intervención para prevenirlo.

Método: Revisión bibliográfica en las bases de datos Pubmed, CINHALL, Scopus, Cuiden, Medline, Cochrane y Google Académico en los estudios realizados hasta el primer trimestre de 2014.

Resultados: El síndrome de burnout presenta elevada prevalencia en nuestro medio y constituye un problema sanitario. Influyen variables del entorno social, organizacional, interpersonal e individual. Existe vulnerabilidad relacionada con las condiciones laborales y características específicas del puesto de trabajo. Tiene consecuencias para el propio individuo y para la organización. Es necesario implantar estrategias de afrontamiento para poder prevenirlo y evitarlo. La calidad del cuidado prestado está relacionada con el bienestar del profesional.

Conclusiones: Enfermería como profesión sanitaria es una práctica social, así la identificación de los niveles de burnout en los enfermeros y el desarrollo de estrategias para su prevención y reducción, además de un desafío, es una tarea imprescindible para garantizar la calidad de la atención a los pacientes.

Palabras claves: agotamiento profesional, despersonalización, enfermería.

▶ ABSTRACT

Aim: Identifying the levels of nursing burnout syndrome, the variables that influence their development and the consequences leading to the syndrome.

Method: We have made a bibliographic review in Pubmed, CINHALL, Scopus, Cuiden, Medline, Cochrane and Google Scholar.

Results: The burnout syndrome has a high prevalence in our environment and is a health problem. Social, organizational, interpersonal and individual environment variables have the main influence. There is vulnerability related to working conditions and specific characteristics of the job. It has consequences for the individual and for the organization itself. Developing coping strategies to prevent it is necessary. The quality of care provided is related to the welfare of the professional.

Conclusions: Nursing as a health job is a social practice, so the identification of levels of burnout in nurses and the development of strategies for prevention and reduction, besides a challenge, it is an essential task to ensure the quality of care to patients.

Key Words: burnout, depersonalization, nursing.

INTRODUCCIÓN

El mundo laboral ha experimentado una transformación importante en las últimas décadas en nuestro contexto sociocultural. Las nuevas exigencias del trabajo y el desajuste entre los requisitos del puesto de trabajo en las organizaciones y las posibilidades de rendimiento de cada sujeto han originado la aparición de nuevos riesgos psicosociales, entre ellos el síndrome de burnout, cuya prevalencia se ha ido incrementando, dando lugar a que se constituya como un problema social y de salud pública. Según Martín C (1), no es un síndrome exótico que apenas nos afecte, es una patología con elevada prevalencia en nuestro medio que, probablemente, esté detrás de muchos de los problemas que aqueja nuestro sistema sanitario, no sólo en lo que se refiere a malestar psíquico o físico del trabajador, sino a sus consecuencias (empeoramiento de la relación médico-paciente, falta de interés por actividades docentes, incumplimiento de horarios, entre otros).

Estudios realizados sobre cómo el síndrome de burnout afecta a las distintas profesiones sanitarias coinciden en señalar que el personal de enfermería es el colectivo con mayor prevalencia (2). Probablemente esta situación se deba a que el rol de la enfermera esté peor definido y tenga poco reconocimiento social.

Traducido significa “estar quemado”, el término de burnout surgió en Estados Unidos a mediados de los años 70 por el psiquiatra Freudenberguer. Empleó el concepto de burnout para referirse al estado físico y mental de los jóvenes voluntarios que trabajaban en su “Free Clinic” de Nueva York que después de uno a tres años de labor, tras esforzarse en sus funciones, presentaron conductas cargadas de irritación, agotamiento, actitudes de cinismo con los clientes y una tendencia a evitarlos. El objetivo de Freudenberguer era dar una explica-

ción al proceso negativo que sufren los profesionales en su labor, que se traduce en deterioro en la atención profesional a los usuarios de las organizaciones de servicios.

Aunque es principalmente con los estudios de la psicóloga Cristina Maslach en el año 1976 cuando, desde una perspectiva psicosocial, adquiere importancia el estudio de este síndrome. Maslach dio la definición más conocida al conceptualizarlo como “síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, que puede ocurrir entre individuos cuyo trabajo implica atención o ayuda a personas”.

Por otro lado, existen autores como Pines y Aronson (1988), Shirom (1989) y Hombrados (1997) que están de acuerdo en que este síndrome se da solo en profesionales asistenciales.

En síntesis, un reciente estudio de revisión conceptual realizado por Gil-Monte (2003) confirma esta diversidad de definiciones y la confusión que existe como consecuencia, a la hora de tratar sobre este constructo como objeto de conocimiento. Actualmente se aplica el síndrome de burnout a diversos grupos de profesionales que incluyen desde directivos hasta amas de casa, desde trabajadores en los ámbitos sociales hasta voluntarios de organizaciones del tercer sector y se acepta que el síndrome es el resultado de un proceso en el que el sujeto se ve expuesto a una situación de estrés crónico laboral y ante el que las estrategias de afrontamiento que utiliza no son eficaces.

Para medir el burnout personal en las áreas de servicios humanos se utilizaron los componentes dados en la definición que hizo Maslach a través de los cuales se elaboró el “Maslach Burnout Inventory” (MBI) (ANEXO I). Consta de 22 ítems y tres dimensiones: Agotamiento Emocional (AE), Despersonalización (DP) y Realización Personal (RP). Hasta el momento, la escala ha tenido tres revisiones, en la última de las cuales se han introducido al fin las “profesiones no asistenciales” y se ha sustituido el término despersonalización por “cinismo”. Según Gil-Monte P (3) podemos concluir que la adaptación al castellano reúne los suficientes requisitos de validez factorial y consistencia interna como para ser empleada en la estimación del síndrome de quemarse por el trabajo.

En España, existen razones jurídicas para estudiar este síndrome. La Ley de Prevención de Riesgos Laborales (Ley 31/1995, de 8 de noviembre, B.O.E. 10-11-1995), aplicable en todo el ámbito del Estado, está fomentando una cultura y una sensibilidad en el mundo laboral que enfatiza la necesidad de identificar estos riesgos y prevenirlos, entre estos riesgos se incluye el estrés laboral y sus resultados, el síndrome de estar quemado por el trabajo. Además, este síndrome ha sido considerado accidente de trabajo en España. El auto dictado por la Sala de lo Social del Tribunal Supremo de fecha 26 de octubre de 2000 (Recurso Num.: 4379/1999) así lo reconoce. Al igual que el fallo del Juzgado de lo Social n1 3 de Vitoria-Gasteiz (autos n1 14/02, de fecha 27 de marzo de 2002).

OBJETIVO

Identificar los niveles del síndrome de burnout en enfermería, las variables que influyen en su desarrollo, las consecuencias para el propio individuo y para la organización a las que da lugar dicho síndrome y las estrategias de intervención para prevenirlo.

MATERIAL Y MÉTODO

Se ha realizado una búsqueda y revisión bibliográfica de los principales documentos relacionados con el síndrome del burnout.

Las bases de datos incluidas han sido Pubmed, CINHALL, Scopus, Cuiden, Medline, Cochrane y Google Académico La búsqueda se restringió a los estudios realizados hasta el primer trimestre de 2014, utilizando como descriptores: burnout, estar quemado, enfermería.

RESULTADOS

Como ya hemos visto con anterioridad, a la hora de definir qué es el burnout nos encontramos con dos perspectivas: la clínica y la psicosocial. La perspectiva clínica lo entiende como un estado al que llega el sujeto como consecuencia del estrés laboral. Así, el estrés laboral se ha definido como una relación entre una persona y su entorno laboral que es percibido como impuesto, o excediendo sus recursos y poniendo en peligro su bienestar. La situación de estrés permanente si no se controla puede llevar al síndrome de Burnout (4).

La perspectiva psicosocial lo entiende como un proceso que se desarrolla por la interacción de características del entorno laboral y personales. La diferencia reside en que el burnout como estado entraña un conjunto de sentimientos y conductas normalmente asociadas al estrés laboral, mientras que, entendido como proceso, asume una secuencia de etapas o fases diferentes con sintomatología diferenciada. Se asume la perspectiva psicosocial como la más coherente, al entender que el burnout se da en un proceso interactivo donde se conjugan activamente las variables descritas por Maslach y Jackson que se conceptualizan como:

- **Agotamiento emocional**, situación en la que los trabajadores sienten que ya no pueden dar más de sí mismos en el ámbito afectivo. Es un agotamiento de los recursos emocionales propios. Según Frade Mera M (2), el personal fijo sufre mayor cansancio emocional.
- **Despersonalización**, implica el desarrollo de sentimientos negativos y de actitudes y sentimientos de cinismo hacia las personas destinatarias del trabajo, al paciente le estaría bien merecida la enfermedad. López-Soriano F (5) y Casa Taca PP (6) afirman que la dimensión predominante en el colectivo enfermero es la despersonalización. Dentro de estos, los trabajadores con plaza en propiedad presentaron mayores índices de despersonalización que los interinos.
- **Falta de realización personal en el trabajo**, tendencia de los profesionales a evaluarse negativamente, con especial

incidencia en la habilidad para la realización del trabajo y a la relación con las personas a las que atienden. Según Fra-de Mera M (2), los profesionales del turno de noche presentan bajo nivel de realización personal en el trabajo acompañado con alto niveles de despersonalización.

En todo caso, algunos de los conceptos manejados por los diferentes autores para identificar el conjunto de síntomas que integran el síndrome de burnout, poniendo mayor o menor énfasis en algunos de ellos, son: agotamiento, decepción, pérdida de interés, fatiga emocional física y mental, sentimientos de impotencia e inutilidad, sensaciones de sentirse atrapado, falta de entusiasmo por el trabajo y la vida en general, baja autoestima, agotamiento emocional, despersonalización, falta de relación, sentimiento de fallo o desorientación profesional, desgaste labilidad emocional, sentimiento de culpa por falta de éxito profesional, frialdad o distanciamiento emocional, aislamiento y manifestaciones psicósomáticas.

La influencia del sector en el que se trabaje dentro de la enfermería también influye en la aparición del burnout. Según Casa Taca PP (6) los enfermeros de urgencias presentan niveles medios-altos en las tres dimensiones, frente a los enfermeros de la residencia de ancianos en la que se hallaron niveles bajos.

Con respecto a los determinantes del síndrome, el estrés en esta profesión está compuesto por una combinación de variables físicas, psicológicas y sociales. Es una profesión en la que inciden especialmente estresores como la escasez de personal que supone sobrecarga laboral, trabajo en turnos, trato con usuarios problemáticos, contacto directo con la enfermedad, el dolor y la muerte, falta de especificidad de funciones y tareas lo que supone conflicto y ambigüedad de rol, falta de autonomía y autoridad en el trabajo para poder tomar decisiones, rápidos cambios tecnológicos, etc. Todos estos estresores han sido identificados en la literatura como antecedentes del síndrome de quemarse por el trabajo. Identificar las variables antecedentes del síndrome de quemarse supone considerar variables del entorno social, organizacional, interpersonal e individual específicas de estas profesiones.

- Variable del **entorno socio-profesional**. En los últimos años, en la profesión de enfermería ha surgido un nuevo marco que reorienta el ejercicio de la profesión, nuevos procedimientos para tareas y funciones, cambios en los programas de formación de los profesionales, en los perfiles demográficos de la población de los usuarios que requieren redefinir los roles y aumento en la demanda de servicios de salud por parte de la población. Todo ello ha ocurrido con tanta rapidez que no ha podido ser asumido por la totalidad de los profesionales, especialmente cuando no está definido el propio desarrollo de la carrera profesional.

A nivel de entorno extra laboral, los estudios del burnout hacen hincapié en la importancia del apoyo de la familia y ami-

gos, ya que rebaja o elimina los estímulos estresantes, modifica la percepción de los estresores, influye sobre las estrategias de afrontamiento y mejora el estado de ánimo, la motivación y la autoestima de las personas. Se ha demostrado la relación significativa entre el burnout y el deterioro de las relaciones familiares. Los sujetos con menos satisfacción matrimonial expresaban más sentimientos de estar quemados por el trabajo. Varios estudios aseguran que la familia numerosa es un factor de protección (1, 2, 7), ya que una vida familiar rica puede actuar como amortiguador emocional sobre un trabajador estresado. Por tanto, se dan menores niveles de burnout en casados o emparejados y en profesionales con hijos.

- En el **nivel organizacional**, destaca el desarrollo de la actividad en organizaciones estructuradas bajo un esquema de burocracia profesionalizada (Henry Mintzberg, 1988). Los principales problemas que se generan en las burocracias profesionalizadas son los problemas de coordinación entre los miembros, la incompetencia de los profesionales, los problemas de libertad de acción, la incorporación de innovaciones y respuestas disfuncionales por parte de la dirección a los problemas organizacionales. La consecuencia de la falta de ajuste de la organización a su estructura genera además consecuencias que han sido identificadas como antecedentes del síndrome de quemarse por el trabajo. Entre ellas cabe citar la ambigüedad, el conflicto y la sobrecarga de rol, baja autonomía y rápidos cambios tecnológicos.

Otra variable importante que se da en este contexto, pero también fundamentada en las relaciones interpersonales, es la socialización laboral, a la que se refiere Peiró (1986) como “el proceso mediante el cual el nuevo miembro aprende la escala de valores, las normas y las pautas de conducta exigidas por la organización a la que se incorpora”, esto quiere decir que las actitudes y sentimientos del propio síndrome de burnout pueden ser transmitidas entre los profesionales a través del proceso de aprendizaje por observación durante el proceso de socialización laboral.

- En el plano de las **relaciones interpersonales**, las relaciones con los usuarios y con los compañeros de igual o diferente categoría cuando son tensas, conflictivas y prolongadas, van a aumentar los niveles del síndrome.
- A **nivel del individuo**, las características personales van a ser una variable a considerar en relación a la intensidad y frecuencia de los sentimientos de quemarse por el trabajo. La existencia de sentimientos de altruismo e idealismo, en un amplio segmento de la enfermería, les llevan a implicarse excesivamente en los problemas de los usuarios y entienden como un reto personal la solución de los problemas de estos, por lo que se sentirán culpables de los fallos propios y ajenos, lo cual redundará en bajos sentimientos de realización personal en el trabajo y aumento del agotamiento emocional.

Varios estudios (2, 8) confirman la asociación entre cansancio emocional elevado y sexo femenino; y entre nivel de despersonalización y realización personal elevado y sexo masculino. La asociación entre el síndrome de burnout y la edad es un tema muy controvertido, algunos autores refieren una relación inversa y otros una relación directa (2). Distintos autores han estudiado la relación entre variables sociodemográficas-laborales, el síndrome de burnout y sus tres dimensiones. La mayoría de los estudios, incluido el Síndrome de burnout en distintas Unidades de Cuidados Intensivos (2), evidencian la escasa o nula relación entre las características sociodemográficas-laborales y el síndrome de burnout. Las variables sociodemográficas tienen un efecto modulador muy pequeño sobre el burnout, son las variables de tipo motivacional y el ambiente laboral las que inciden más directamente sobre el estrés laboral.

Por todo esto, podemos plantear que el burnout debe ser entendido como una respuesta al estrés laboral que aparece cuando fallan las estrategias de afrontamiento que suele emplear el profesional. Se comporta como una variable mediadora entre el estrés percibido y sus consecuencias o efectos a largo plazo, por lo que sería un paso intermedio en la relación estrés-consecuencias antes de desembocar en alteraciones nocivas para la salud del individuo y para la organización. Desde los modelos transaccionales Peiró y Salvador (1993) entienden el estrés como un desequilibrio sustancial percibido entre las demandas del medio o de la propia persona y la capacidad de respuesta del individuo. En esta línea se enmarca el modelo que aparece en el cuadro 1, que explica el burnout como respuesta al estrés laboral.

Una vez percibida la situación como estresante han de aparecer estrategias de afrontamiento que, además de manejar las respuestas al estrés, han de neutralizar los estresores, haciendo desaparecer las discrepancias entre demandas y recursos, puesto que la fuente de estrés persistirá en la relación cotidiana del profesional con su entorno, es decir, la situación estresora debe dejar de ser vivida como tal. En caso contrario llevarían a fracaso profesional y fracaso de las relaciones interpersonales con los sujetos receptores del servicio, provocando un sentimiento de baja realización personal en el trabajo y agotamiento emocional, que desembocaría en una actitud de despersonalización como forma de afrontamiento, que son las variables que indican la instauración del burnout. Si se mantienen en el tiempo los estresores y no se resuelve la situación, aparecerían consecuencias negativas para el individuo y la organización en base al nivel de instauración del burnout. En cuanto a las consecuencias del síndrome de quemarse por el trabajo podemos diferenciar:

Consecuencias para el propio individuo: Según Gil-Monte y Peiró (1997) las consecuencias a nivel individual se identifican con una sintomatología que integra cuatro grandes grupos en función de sus manifestaciones: índices emocionales (distanciamiento emocional, sentimientos de soledad, aliena-

ción, ansiedad, sentimientos de impotencia, sentimientos de omnipotencia); índices actitudinales (actitudes negativas, cinismo, apatía, hostilidad, suspicacia); índices conductuales (agresividad, aislamiento, cambios bruscos de humor, enfado frecuente, gritar con frecuencia, irritabilidad); índices psicossomáticos de los cuales refiere Gil-Monte que desde el análisis de los síntomas que se encuentran descritos en la literatura podemos deducir que aparecen implicados todos los sistemas del organismo, en mayor o menor medida.

Consecuencias para la organización: disminución de la satisfacción laboral, elevación del absentismo laboral, abandono del puesto y/o organización, baja implicación laboral, bajo interés por las actividades laborales, deterioro de la calidad del servicio, incremento de los conflictos interpersonales con los supervisores, compañeros y usuarios, incremento de accidentes laborales.

Como estrategias de intervención para la prevención y tratamiento del síndrome de quemarse por el trabajo cabe destacar que Meszaros V (9) asegura que de las estrategias de afrontamiento, la reestructuración cognitiva ayuda a reducir la probabilidad de la aparición de síntomas de burnout y depresión. A nivel grupal la estrategia por excelencia es la utilización del apoyo social en el trabajo por parte de los compañeros y supervisores. Como resultado de un estudio (10) encontramos que la carga de trabajo de enfermería debe ser disminuida y el apoyo del supervisor se debe aumentar con el fin de aumentar la satisfacción laboral de las enfermeras. Y por último, a nivel organizacional, un estudio sobre prevención del burnout en los trabajadores de la salud (11) confirma que este síndrome puede ser bien manejado por todos aquellos que trabajan en el ámbito de la salud si fuesen informados y prevenidos sobre el mismo, también enseñándoles cómo tolerar o deshacerse de todas aquellas situaciones que generasen emociones encontradas con uno mismo o con las diversas personas que tratan diariamente.

CONCLUSIONES

El síndrome de burnout es una patología con elevada prevalencia en nuestro medio que, probablemente, esté detrás de muchos de los problemas del sistema sanitario, constituyendo un problema de gran relevancia y repercusión social. Además, es más prevalente en enfermería que en otras profesiones sanitarias dado el rol poco definido de la enfermería y el poco reconocimiento social de la profesión.

La vulnerabilidad hacia el síndrome de burnout puede justificarse y estar relacionada con las condiciones laborales y características específicas del puesto de trabajo, así como con factores como disponer de pareja o familia, la edad o el sexo.

Por consiguiente, el burnout tiene consecuencias muy importantes tanto para el propio individuo, de carácter emocional, actitudinal, conductual y psicossomática, como para la organización, ejemplo de ello sería la disminución de la satisfacción

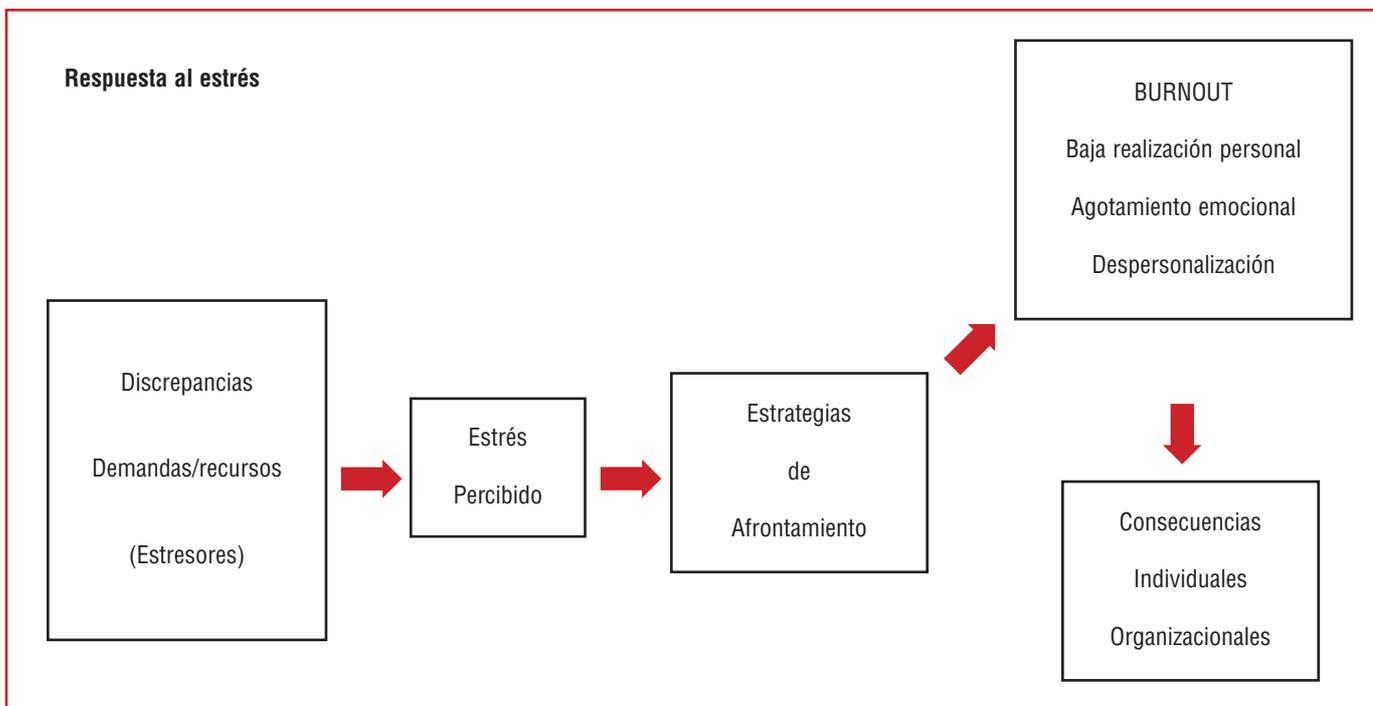
laboral, la elevación del absentismo laboral, el abandono del puesto y/o organización o la baja implicación laboral, por lo que se hace necesaria la implantación de estrategias de afrontamiento para poder prevenirlo y evitarlo.

Por último, la calidad del cuidado prestado está relacionada directamente con el bienestar del profesional que presta dicho cuidado, de esta forma, medidas que sirvan para garantizar condiciones de trabajo que reduzcan el desgaste físico y emocional se hacen necesarias en enfermería, así como la sensibilización de los profesionales e instituciones sobre la naturaleza y ocurrencia del estrés y burnout lo cual traería beneficios a ambos.

Enfermería como una profesión de asistencia a la salud es una práctica social, siendo el empeño y la identificación de los niveles de burnout en los enfermeros y el desarrollo de estrategias para su prevención y reducción, además de un desafío, una tarea imprescindible para garantizar la calidad de la atención a los pacientes, de ahí que se justifique la investigación en este área.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Martín C. Prevalencia y factores asociados al burnout en un área de salud. *Aten Primaria* 2001;27(5):313-317.
- (2) Frade Mera M, Vinagre Gaspar R, Zaragoza García I, Viñas Sánchez S, Antúnez Melero E, Álvarez González S, et al. Síndrome de burnout en distintas Unidades de Cuidados Intensivos. *Enferm Intensiva* 2009;20(4):131-140.
- (3) Gil-Monte PR. Validez factorial de la adaptación al español del Maslach Burnout Inventory-General Survey. *Salud Pública Méx.* 2002;44(1):33-40.
- (4) Mamani Encalada A, Obando Zegarra R, Uribe Malca AM. Factores que desencadenan el estrés y sus consecuencias en el desempeño laboral en emergencia. *Rev Per Obst Enf* 2007;3(1):50-57.
- (5) López-Soriano F, Bernal L. Prevalencia y factores asociados con el síndrome de burnout en enfermería de atención hospitalaria. *Rev Calidad Asistencial* 2002;17(4):201-205.
- (6) Casa Taca PP, Rincón Rodríguez YZ, Vila Candel R. Síndrome de Burnout: enfermedad silenciosa. *Enferm Integral* 2012. 100:19-24.
- (7) Expósito Tirado J, Echevarría Ruiz de Vargas, C, Del Pino Algarrada R, Díaz Borrego P, Algarín Fiestas MI, Cayuela Domínguez A. Prevalencia y factores asociados al síndrome de estar quemado (burnout) en los servicios de rehabilitación. *Rehabilitación* 2004;38(2):59-65.
- (8) Gil-Monte PR. Influencia del género sobre el proceso de desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) en profesionales de enfermería. *Psicol Estud* 2002;7(1):3-10.
- (9) Meszaros V, Cserhati Z, Olah A, Perczel Forintos D, Adam S. Coping with work-related stress in health care professionals-strategies for the prevention of burnout and depression. *Orv Hetil* 2013 Mar 24;154(12):449-454.
- (10) Yom Y. Analysis of Burnout and Job Satisfaction among Nurses Based on the Job Demand-Resource Model. *Journal of Korean Academy of Nursing* 2013;43(1).
- (11) Thomae MNV, Ayala EA, Sphan MS, Storti MA. Etiología y prevención del síndrome de burnout en los trabajadores de la salud. *Enferm Clínica* 2006;10(14):15.



Cuadro 1. Modelo para integrar el burnout dentro del proceso de estrés laboral. (Adaptado de Gil-Monte y Peiró).

Nombres y Apellidos _____ Sexo _____ Edad _____

Nivel Profesional _____ Trabajador de oficina Sí No _____

Marque con una X según corresponda:

Determinación del Síndrome de Burnout	Nunca	Pocas veces al año	Una vez al mes	Unas pocas veces al mes	Una vez a la semana	Pocas veces a la semana	Todos los días
1. Me siento emocionalmente defraudado de mi trabajo							
2. Cuando termino mi jornada de trabajo me siento agotado							
3. Cuando me levanto en la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado							
4. Siento que puedo comunicarme fácilmente con las personas que tengo que relacionarme con el trabajo							
5. Siento que estoy tratando a algunos de mis subordinados como si fueran objetos impersonales							
6. Siento que tratar todo el día con personas me cansa							
7. Siento que trato, con mucha efectividad, los problemas de las personas a las que tengo que atender							
8. Siento que mi trabajo me está desgastando							
9. Siento que estoy influyendo en la vida de otras personas a través de mi trabajo							
10. Siento que mi trato con la gente es más duro							
11. Me preocupa que este trabajo me está endureciendo emocionalmente							
12. Me siento muy enérgico en mi trabajo							
13. Me siento frustrado por mi trabajo							
14. Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo							
15. Siento indiferencia ante el resultado del trabajo de las otras personas							
16. Siento que trabajar con la gente me cansa							
17. Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable en el trabajo							
18. Me siento estimulado después de haber trabajado estrechamente							
19. Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo							
20. Me siento como si estuviera en el límite de mis posibilidades							
21. Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada							
22. Me parece que mis subordinados me culpan de algunos de sus problemas							



CONVOCA

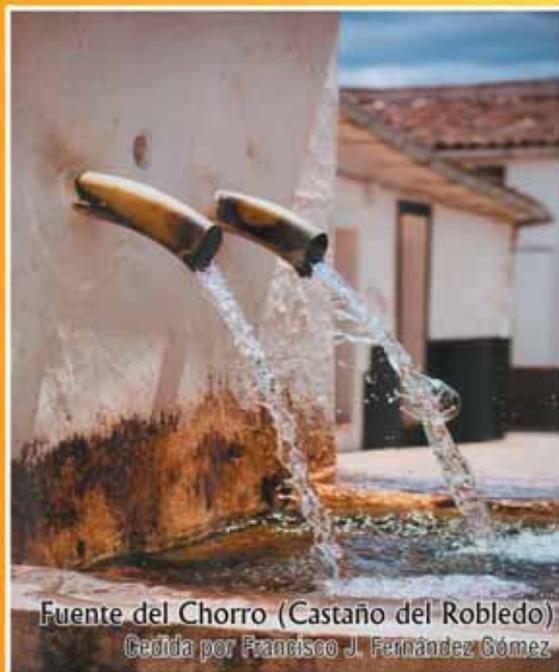
XXI

Certamen de Investigación

en

Enfermería

CIUDAD DE HUELVA



Fuente del Chorro (Castaño del Robledo)
Cecida por Francisco J. Fernández Gómez

Bases

1. DENOMINACIÓN:

Certamen Onubense de Investigación en Enfermería "CIUDAD DE HUELVA"

2. OBJETO:

Los premios se concederán a trabajos de investigación o monográficos de Enfermería, inéditos, que, siendo realizados por profesionales de Enfermería, se presenten a este certamen de acuerdo a las bases del mismo.

3. PREMIOS:

Primer Premio: 1.500 euros y trofeo.

Accesit: 500 euros y trofeo.

La dotación económica de los premios está sujeta a retención fiscal según lo estipula la ley.

El jurado podrá declarar desierta cualquiera de las categorías o las dos si considera que los trabajos presentados no reúnen las cualidades necesarias para tales menciones.

4. PRESENTACIÓN:

Los trabajos deberán hallarse en la sede del colegio antes de las 18:00 horas del día 30 de Enero de 2015, independientemente del modo en que se presente (en persona, o por correo postal o agencia).

Se presentarán cinco copias del trabajo en tamaño DIN A-4, mecanografiadas a doble espacio por una sola cara, encuadernadas y, además, en soporte digital.

Estas copias irán firmadas con seudónimo y se presentarán en sobre cerrado en el que se indicará "Certamen de Investigación en Enfermería Ciudad de Huelva", no apareciendo en éste ningún dato identificativo. En el interior del sobre, junto al trabajo, se acompañará otro sobre cerrado en cuyo interior se detallará nombre del autor, DNI, N° de Colegiado, dirección completa, teléfono así como seudónimo y título del trabajo presentado).

El incumplimiento de estas normas de presentación puede conducir a la descalificación del trabajo por parte del Jurado.

5. CRITERIOS TÉCNICOS:

La estructura de los trabajos será: introducción, objetivos, material y método, resultados, discusión, conclusiones y bibliografía.

Las referencias bibliográficas se citarán en el orden empleado conforme a la última versión de las normas de Vancouver.

Entre los aspectos a evaluar por el jurado están incluidos:

- Calidad científico-técnica y metodológica.
- Novedad, originalidad y oportunidad de los trabajos.
- Producto enfermero.

6. PARTICIPANTES:

Podrán concurrir todos los profesionales de Enfermería, que se encuentren colegiados en Andalucía y al día en sus obligaciones colegiales. Quedan excluidos los miembros que componen el jurado. El hecho de participar en este certamen implica la aceptación previa de las presentes bases.

7. JURADO:

Estará compuesto por un mínimo de cinco miembros, todos enfermeros, de entre los cuales se nombrará un secretario. Los concursantes, por el hecho de participar en el concurso, renuncian a toda clase de acción judicial o extrajudicial sobre la decisión del jurado, que será inapelable.

8. FALLO:

El fallo del jurado lo hará público el secretario del mismo durante la celebración de la Festividad del Patrón de la Enfermería, San Juan de Dios, del año 2015.

9. PROPIEDAD DE LOS TRABAJOS:

Los trabajos premiados quedarán en propiedad del Colegio de Enfermería de Huelva, que podrá hacer de ellos el uso que estime oportuno, estando obligado únicamente, en caso de publicación a hacer mención del nombre del autor.

10. TITULAR DEL PREMIO:

Será quien aparezca como único o primer firmante.

Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Huelva

C/ Berdigón, nº 33, 1º izq. 21003 Huelva • Telf.: 959 54 09 04 - Fax: 959 25 62 70

e-mail: colegiodehuelva@consejogeneralenfermeria.org

<http://www.colegiooficialdeenfermeriadehuelva.es>

INFORMACIÓN: