

SANUM

Volumen 3 N.º 3 Octubre 2019

Revista Científico-Sanitaria

ISSN 2530-5468

PARTO EN CASA VERSUS PARTO EN EL HOSPITAL. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA DE LA LITERATURA ACTUAL

CASO CLÍNICO: OBESIDAD EN LA ADOLESCENCIA

USO Y MANIPULACIÓN DE PRODUCTOS QUÍMICOS EN CENTROS DE SALUD DE ÁREA DE GESTIÓN SANITARIA ESTE DE MÁLAGA-AXARQUÍA

INFLUENCIA ENFERMERA Y CONNOTACIONES DE GÉNERO EN LA ATENCIÓN SINDICAL

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA QUIRÚRGICA ANTE LAS EXPLORACIONES PEDIÁTRICAS OFTALMOLÓGICAS (RETINOBLASTOMA)



ESP
Servicios
Públicos

Andalucía

SANUM

Revista Científico-Sanitaria

Volumen 3 Nº 3 octubre 2019


Tercer cuatrimestre

Edita

FeSP-UGT/Andalucía

Avda. Blas Infante, 4, 6ª Planta
41011 Sevilla

Contacto:

 consejoderedaccion_revistasanum@yahoo.es

Teléfono: 637 503 298

Consejo Ejecutivo

Dirección:

Antonio Tirado Blanco
Secretario General

Subdirección:

Antonio Macías Borrego
Secretario de Sanidad

Francisco López Gómez
Secretario de Formación

Consejo de Redacción

María Ortiz Rico
Órgano de prensa

José Luis de Isla Soler
Director técnico

Diseño y maquetación:

Ediciones Rodio, S. Coop. And.
Sevilla

C/ José Jesús García Díaz, 2
Edificio Henares, 1 - 1ª planta - Módulo 6
41020 Sevilla

ISSN 2530-5468

CONSEJO EDITORIAL

Dirección editorial

Verónica Juan-Quilis MD, PHD

Coordinación Servicio de Atención al Usuario-SAU
Directora de la Biblioteca Virtual del Sistema Sanitario Público de Andalucía

Dirección Académica

José Luis de Isla Soler

Diplomado en Enfermería

Dirección Técnica

José Mª Carrión Pérez

Responsable de Tecnología de la Información
Biblioteca Virtual del Sistema Sanitario Público de Andalucía

Órgano de prensa

María Ortiz Rico

Licenciada en Periodismo. Gabinete de
Comunicación de FeSP UGT Andalucía

Asesor jurídico

Julián Vileya Rodríguez

Licenciado en Derecho Público

Área de Informática

Fernando Rodríguez García

Ingeniero técnico informático
Ediciones Rodio

Comité científico

Ramón Sánchez-Garrido Escudero

Doctor en medicina y cirugía
Especialista en medicina familiar
y comunitaria

Juan Carlos Díaz Conejero

Licenciado en Farmacia. Licenciado
en Ciencias Ambientales

Francisco Ruiz Domínguez

Doctor en Psicología Social

Ana Mª Cazalla Foncueva

Graduada en Enfermería

Carmen Herrera Vaca

Diplomada en Enfermería

Mª Teresa Pozo Rubio

Diplomada en Enfermería

Javier Medina Barrio

Licenciado en Ciencias Ambientales

Cesar Aristides de Alarcón González

Doctor en medicina, especialista
en medicina interna

José Carlos Ochoteco Hurtado

Psicólogo General Sanitario

Salvador Silva Pérez

Diplomado en Enfermería

Estela M. Perea Cruz

Diplomada en Enfermería

Elena Prado Mel

Licenciada en Farmacia

Mª José Garrido Serrano

Diplomada en Enfermería

José Mª Espinar Martínez

Técnico Superior
en Documentación Sanitaria

Inmaculada Villa del Pino

Fisioterapeuta

María del Carmen Casas Estévez

Diplomada en Enfermería

Josefa Cuesta Roldán

Dra. Psicología Social

Los artículos así como su contenido, su estilo y las opiniones expresadas en ellos, son responsabilidad de los autores

Web de consulta:

<http://www.revistacientificasanum.com/>



La revista está indexada en el [catálogo 2.0 de Latindex](#).

Bajo licencia Creative Commons



Reconocimiento-NoComercial-SinObrasDerivadas

CC BY-NC-ND

SANUM

Revista Científico-Sanitaria

Sumario

Editorial.....	4-5
<i>Jorge Vallejo Báez</i>	
Parto en casa versus parto en el hospital. Revisión bibliográfica de la literatura actual.....	6-15
<i>Gómez Abero, A. M.; Díaz-Jiménez, D.; Somavilla Luengo, C.</i>	
Caso clínico: Obesidad en la adolescencia.....	16-22
<i>Martínez Pizarro, S.</i>	
Uso y manipulación de productos químicos en Centros de Salud de Área de Gestión Sanitaria Este de Málaga-Axarquía.....	24-32
<i>Macías Gómez, F.; Castro Jurado, N.; Ruiz Ruiz, J. C.</i>	
"Influencia enfermera y connotaciones de género en la atención sindical".....	36-51
<i>García Murciego, M. E. G.; Rebollo García, L.; Mieres Niza, I.</i>	
Actuación de Enfermería Quirúrgica ante las exploraciones pediátricas oftalmológicas (Retinoblastoma).....	52-58
<i>Cárcamo Escasúa, V.; Pozo Rubio, M. T.</i>	
Normas generales para la publicación de artículos.....	59-67

Imagen de portada: José Luis Romero Gándara



FeSP
Servicios
Públicos

Andalucía



La Federación de Emplead@s de los Servicios Públicos es la Federación más importante, por número de afiliados y en estructura, de UGT.

FeSP está integrada por los Empleados Públicos (personal laboral, funcionarios y estatutarios) que prestan servicios en ministerios, organismos autónomos y de la Seguridad Social, Administración de Justicia, Comunidades Autónomas, Sanidad Pública y Privada, Educación, Correos, administraciones locales, trabajadores de entes o empresas de gestión indirecta al servicio público y demandantes de primer empleo con expectativas de trabajo en las Administraciones Públicas.

Editorial

Reflexiones sobre el modelo español de donación y trasplante

Vallejo Báez, J. SANUM 2019 3(3):4-5

NO cabe duda, España es líder mundial en Donación y Trasplantes de Órganos y Tejidos desde hace la friolera cifra de 27 años; es algo para estar orgullosos, puesto que cada año se superan las cifras de personas que son trasplantadas en nuestro país, pacientes que en cualquier otro lugar del mundo estarían abocados a prolongar la dependencia a una máquina de diálisis o, en el peor de los casos, a fallecer en un “*corto-medio*” plazo de tiempo.

Este logro no es fruto de la casualidad, conceptos como el de equidad, solidaridad, reciprocidad y eficiencia podrían resumir estos resultados; me puedo aventurar a asegurar que no existe ningún campo sanitario “*per se*” que pueda abarcar tantos valores morales como el ámbito de la Donación y el Trasplante de Órganos y Tejidos.

Repasando notas de actualidad para poder escribir estas líneas, no hay referencia internacional alguna en la que no aparezca nuestro Sistema Sanitario en este campo, es por ello que es importante desgranar donde reside el secreto para poder conseguir que un gran número de personas se trasplanten en nuestro país, ya que no debemos nunca olvidar que estos tratamientos son absolutamente necesarios al no haber en la actualidad alternativa alguna.

Como principal condimento de este éxito tendríamos que hablar de las familias de los donantes; la frase “para que haya trasplantes tiene que haber donantes” es obvia, pero nunca la debemos dejar de lado. Sin duda alguna, son ellos los grandes protagonistas; sin una sociedad solidaria y absolutamente convencida y con plena confianza en los profesionales que los atienden, cientos de personas no podrían tener una segunda oportunidad de vida. Por todo esto, la formación de los profesionales, la divulgación científica a través de revistas especializadas, el compromiso de las asociaciones sin ánimo de lucro que tanto bien hacen y la colaboración de los medios de comunicación, se perfilan como

ejes fundamentales sobre los que debe rodar este éxito constante.

Es en este sentido donde hay que ser tajantes, una familia informada plenamente sobre este proceso garantista y equitativo, nunca diría “NO” a la Donación de Órganos y Tejidos de su ser querido, sean cuales sean las circunstancias y las emociones que estén viviendo en ese momento.

Dicho esto, desde las Coordinaciones de Trasplantes estamos trabajando desde hace tiempo en la necesidad de que los ciudadanos y ciudadanas de este país, consideren hablar con su familia y allegados acerca de sus deseos cuando ya no puedan decidir por ellos mismos; es indudable que si sabemos lo que nuestro ser querido espera llegado el momento, las decisiones serán mucho más fáciles y con menor carga de responsabilidad en caso de que se enfrenten a esta pregunta por parte de los Coordinadores Hospitalarios.

Añadido a todo esto nos encontramos con la Ley Española de la Donación y Trasplante, una Ley que refuerza el compromiso de la Sociedad Española desde el año 1978 y que, aunque se haya modificado con las nuevas vías de obtención de órganos, continúa siendo moderna dentro de las culturas más avanzadas que nos rodea.

Por otro lado hay que hacer referencia a la Organización que centraliza toda esta cadena, coordinada a través de la Organización Nacional de Trasplantes (ONT) y estructurada en Coordinaciones Autonómicas y Sectoriales; todo ello sustentado a través de los Coordinadores Hospitalarios de Trasplantes, son ellos los que articulan toda la maquinaria del proceso, tanto de la Donación de Órganos y Tejidos como la de los Trasplantes, en aquellos Centros que se realizan.

Toda estructura organizativa debe basar su estructura en la retroalimentación constante de

sus ejes, quizás sea ahí donde resida al fin y al cabo el éxito de los resultados comentados.

Atrás quedaron los tiempos en que, gracias a las mejoras en las infraestructuras y medidas de seguridad vial incorporadas en nuestro país, se produjo un bache estadístico en los resultados de la Donación y el Trasplante en España; fue la vía de los Donantes con criterios expandidos, los que abrieron nuevas puertas a aquellas personas que estaban esperando un órgano o un tejido.

Es a partir del año 2012 cuando se produce una nueva revolución, la cual se inicia con la donación en asistolia, logro que a día de hoy supone casi el 25% de la actividad total. En todo este proceso de transformación hacia la excelencia, no podemos dejar de lado la importancia de los Cuidados Intensivos Orientados a la Donación (COID) y la detección de Donantes en Unidades de Hospitalización hasta ahora nunca valoradas, tales como Unidades de Neurología, Neurocirugía, denominadas unidades extracríticas.

Efectivamente, son tiempos de cambios positivos en los que ahora estamos absolutamente inmersos los profesionales que nos dedicamos a este campo, todo ello reforzado también por la vinculación que en estos últimos tiempos estamos teniendo con las Sociedades Científicas, son ellas las que dentro de un marco ético apoyan

también la necesidad de la búsqueda constante de innovación en el Campo de la Donación y el Trasplante en nuestro país.

A día de hoy, la meta es llegar a los 50 donantes por millón de población, cifra que ya en algunas Comunidades Autónomas se lleva realizando desde hace algunos años, sírvame de ejemplo Andalucía.

No quisiera terminar esta editorial sin hacer hincapié en que el más importante de todos los logros conseguidos es el de la concienciación social; conceptos comentados al principio, solidaridad, reciprocidad y equidad deben ser los principios morales que nos guíen en este u otro ámbito socio-sanitario.

Por último, mi más sincero agradecimiento a las familias de donantes de órganos y tejidos, los protagonistas de este éxito que ha sido grato compartir con los lectores,gracias.

Jorge Vallejo Báez

Enfermero Coordinador de Trasplantes
Hospitalario (Coordinación Sectorial
Trasplantes Málaga, Hospitales
Universitarios Regional y Virgen de la
Victoria).

Máster en Gestión Sanitaria, Economía de
la Salud y Uso Racional del Medicamento



2019
#Oposiciones *¡Una plaza te espera!*
Rodio
Formación para el empleo

Parto en casa versus parto en el hospital. Revisión bibliográfica de la literatura actual

Gómez Abero, A.M.; Díaz-Jiménez, D; Somavilla Luengo, C. SANUM 2019 3(3):6-15

Resumen

El parto asistido en el domicilio no es contemplado en la cartera básica común de servicios sanitarios españoles, sin embargo el empoderamiento del papel de la mujer en su parto ha supuesto que muchas de ellas contemplen esta opción. Nuestro objetivo fue analizar la evidencia científica disponible en relación al parto en casa versus parto hospitalario.

Para ello, se llevó a cabo una revisión bibliográfica en el periodo comprendido del 1 de diciembre de 2016 al 1 de abril de 2017, en las bases de datos de *Pubmed*, *SciELO* y *Cochran*, de artículos publicados a texto completo en los últimos 10 años.

Seleccionando 17 artículos de relevancia, que pusieron de manifiesto la insatisfacción con el modelo actual de atención institucionalizada de nacimiento como motivo para la elección de esta vía. Mayor tasa de partos vaginales no intervenidos, menor número de episiotomías, menor ansiedad y depresión.

Se necesitan investigaciones más amplias, que en caso de evidenciar científicamente el parto en el domicilio como una opción segura, permitan unificar los criterios profesionales y protocolizar esta asistencia ofertándola de forma segura a las mujeres.

AUTORAS

Ana-María Gómez Abero

Enfermera Especialista en Obstetricia y Ginecología. Área de Paritorio. Hospital Virgen del Camino. Calle de Irunlarrea, 4, 31008 Pamplona, Navarra. España

Désirée Díaz-Jiménez

Enfermera Especialista en Obstetricia y Ginecología. Unidad de Urgencias Ginecológicas-Obstétricas. Área de partos. Hospital Público de Montilla. Ctra. Montoro-Puente Genil A-309, km. 65.350, 14550 Montilla, Córdoba. España

Cristina Somavilla Luengo

Enfermera Especialista en Obstetricia y Ginecología. Área de Paritorio. Hospital Virgen del Camino. Calle de Irunlarrea, 4, 31008 Pamplona, Navarra. España

Correspondencia

Ana-María Gómez Abero.

 anagomezabero@gmail.com

F. recepción: 9/9/2019

F. aceptación: 3/10/2019

Palabras clave:

Parto Domiciliario,
Embarazo,
Matronas,
Parto Natural,
Mortalidad Materna.

To give birth at home versus to give birth at a hospital. Bibliographic review of the current literatura

Abstract

Home-assisted delivery is not included in the common standard of care of Spanish health services, however the empowerment of the role of women in childbirth has meant that many of them consider this option. Our objective was to analyze the available scientific evidence in relation to home birth versus hospital birth.

To this end, a bibliographic review was carried out in the period from December 1 to April 1, 2017, in the Pubmed, SciELO and Cochran databases, of articles published in full text in the last 10 years.

Selecting 17 relevant articles, which showed the dissatisfaction with the current model of institutionalized birth care as a reason for choosing this path. Higher rate of vaginal deliveries not intervened, less number of episiotomies, less anxiety and depression.

Larger investigations are needed, which in case of scientifically evidenced the delivery at home as a safe option, allow to unify the professional criteria and protocolize this assistance offering it in a safe way to women.

Keywords:

Home Childbirth,
Pregnancy,
Midwives,
Natural childbirth,
Maternal Mortality



Andalucía

FeSP-UGT/Andalucía

Avda. Blas Infante, 4, 6ª Planta. 41011 Sevilla

Contacto:

consejoderedaccion_revistasanum@yahoo.es

Teléfono: 637 503 298

<http://www.revistacientificasanum.com/>



Introducción

La culminación del embarazo, tras una espera de meses, que finaliza con el nacimiento de un nuevo individuo y su inicio de vida extrauterina, supone un momento de gran importancia no solo desde el punto de vista médico, sino también personal. En este contexto, se mezcla la preocupación de que sea un parto exitoso desde el punto de vista médico, con una madre y un recién nacido sano, y por otra parte, que suponga un momento especial, único e íntimo para la mujer¹.

Estos dos puntos de vistas están siendo en la actualidad enfrentados a una nueva corriente en relación al parto, proclamando lo que se conoce como, Parto Natural².

Desde hace unos años se está utilizando el término «violencia», cuando se alude al incumplimiento de los derechos de la mujer y del niño/a durante el proceso obstétrico^{3,4}.

Se considerarán actos constitutivos de violencia obstétrica los ejecutados en el hospital por el personal de salud que institucionalizan, estandarizan y controlan, el proceso natural, íntimo y familiar que engloba el parto, convirtiéndolo en un proceso quirúrgico. El objetivo principal de esta medicalización⁵, es disminuir radicalmente la incidencia de morbi-mortalidad perinatal y materna^{6,7}.

El deseo de retorno al curso natural del parto en muchas partes del mundo civilizado, desencadenó un proceso de revisión de la medicalización y des-humanización que se da en los hospitales⁸ y a una lucha por parte de mujeres y matronas a favor del parto humanizado⁹.

En este sentido, la Organización Mundial de la salud (OMS) organizó conferencias de consenso y se establecieron una serie de recomendaciones sobre el uso de la tecnología apropiada en los partos¹⁰. Destaca la elaboración de una Guía Práctica sobre los cuidados en el Parto Normal^{11,12}.

En la actualidad, en los países en vías de desarrollo el parto en el domicilio, puede darse la circunstancia, que sea la única opción disponible¹³ debido a la imposibilidad de acceder a un centro hospitalario por una larga distancia hasta llegar al hospital; a la carencia de recursos económicos o a las propias costumbres.

En cambio en casi todas las sociedades occidentales la gestante puede elegir donde desea parir, ya que existen Servicios Públicos de asistencia al parto

a domicilio, atendidos por matronas y coordinados con los equipos médico-quirúrgicos hospitalarios ante cualquier riesgo y con la posibilidad de un traslado inmediato⁵. Así ocurre en Reino Unido, Holanda o Irlanda entre otros^{14,17,18,21,24}.

En Estados Unidos el 99% de las gestantes eligen dar a luz en una institución Hospitalaria^{19,23,27}, pero cada año un número mayor de mujeres elige dar a luz en el domicilio.

En Canadá, solo algunos gobiernos provinciales han promulgado políticas en las cuales integran la opción de parto domiciliario en su Sistema de Salud, aunque en general la atención a la maternidad esta tradicionalmente integrada en los hospitales²⁰.

- El Ministerio de Sanidad de España tolera el parto domiciliario, pero esta opción no está contemplada en la cartera de Servicios Públicos; por ello, las mujeres que eligen esta opción son atendidas mayoritariamente por matronas privadas^{31,32}.

Ante esta situación, con una creciente tendencia actual a la naturalización y humanización del parto así como a la toma de un papel protagonista de los futuros padres, nos planteamos la necesidad de profundizar en el conocimiento actual por medio de una revisión bibliográfica, con el objetivo de analizar la evidencia científica existente con respecto al parto en casa versus parto en el hospital.

Metodología

Se realizó una Revisión Bibliográfica en las bases de datos de *Pubmed*, *Scielo* y *Cochrane*, en el período comprendido desde el 1 de diciembre de 2016 hasta el 1 de abril de 2017.

Se emplearon los siguientes descriptores: Home Childbirth, Pregnancy, Natural childbirth, Midwives and Maternal Mortality. En estrategia de búsqueda se empleó un sistema de bloques creando una búsqueda para cada palabra clave Home Childbirth y Natural childbirth a las que posteriormente se unirían por el operador lógico AND los conjuntos restantes Midwives and Maternal Mortality.

Como criterios de inclusión se tuvieron en cuenta los siguientes:

- Publicaciones comprendidas en los últimos 10 años.
- Artículos publicados en español, inglés y portugués, disponibles a texto completo.

Para preservar la calidad de la evidencia científica que respalda esta metodología se siguieron, además, los siguientes criterios para la selección de los artículos. En primera instancia se descartaron aquellos que tanto por el título como por el resumen hacían alusión a investigaciones con objetivos diferentes a los que nos ocupan. De los artículos revisados se

seleccionaron aquellos que por el tipo de Diseño del estudio se sitúan en niveles mayores de evidencia.

En las tablas 1, 2 y 3 se reflejan el número de artículos resultantes de las búsquedas realizadas en las distintas bases de datos, los textos revisados y los finalmente seleccionados.

PUBMED				
	Documentos totales	Texto completo últimos 10 años	Revisados	Seleccionados
Home childbirth	3182	554	156	8
Natural childbirth	415	85	23	5

Tabla 1: Resultados búsqueda Pubmed

SciELO				
	Documentos totales	Texto completo últimos 10 años	Revisados	Seleccionados
Parto domiciliario	41	21	13	2
Parto en casa	50	35	9	1

Tabla 2: Resultados búsqueda SciELO

COCHRANE				
	Documentos totales	Texto completo últimos 10 años	Revisados	Seleccionados
Home childbirth	165	42	5	1
Natural childbirth	69	8	2	0

Tabla 3: Resultados búsqueda Cochrane

Resultados

Se seleccionaron 17 artículos de relevancia, creando una "Tabla de resultados" en la que han sido detallados el análisis del contenido de los mismos: autores, año, ámbito, tipo de estudio, muestra y conclusiones principales de cada uno de los artículos (tabla 4).

De esta manera encontramos un 35% de Revisiones Sistemáticas, un 41% de Estudios de Cohortes, 12% de Estudios de Casos y Controles y un 12% de estudios cualitativos.

Discusión

Motivos principales para la elección del tipo de parto por las mujeres

Según estudios publicados se ha observado que en nuestro país, existen diferencias en función del lugar de residencia, en cuanto a la frecuencia de partos domiciliarios asistidos por personal sanitario, siendo esta cifra inferior al número de partos hospitalarios; En Madrid (96 partos en domicilio atendidos por personal sanitario de 64112 partos totales en Madrid, representa un 0.149%) y Cataluña (383 de 70169 partos totales en Cataluña, 0,545%) son las dos Comunidades que destacan con valores más altos en este tipo de parto, seguidas estas de Andalucía (171 de 80769 partos totales en Andalucía) 0,211% Comunidad Valenciana (92 de 43410 partos totales en esta comunidad) 0,211% y País vasco (77 de 2172 partos totales en el País Vasco) 3,54%^{31,32}. En España, de 419.209 partos que hubo en total, 1.187 se atendieron en el domicilio por sanitarios, en cambio, 365.285 partos fueron atendidos en hospitales por personal sanitario^{31,32}.

En el 17,6% de los textos revisados (3/17) la figura de la matrona juega un papel primordial en la realización del parto en el hogar²⁹, siendo por tanto fundamental la formación de las nuevas matronas en la realización de este tipo de parto. La capacitación del personal sanitario sobre el parto domiciliario conllevaría, una mayor unificación de criterios para ofrecer una correcta información a las mujeres, y así podría aumentar su empoderamiento para que tomen sus propias decisiones³⁰.

Otros estudios continúan por esta línea, afirmando que las parejas que optan por esta opción de parto domiciliario tienen unas características concretas, como son: una relación estable, formación universitaria, facilidad de acceso a la información y el co-

nocimiento biomédico³³. Todo esto permite crear un criterio de elección sostenido y permanente.

Por otro lado, la gran insatisfacción con el modelo actual de atención institucionalizada de nacimiento ha sido otro de los factores que han aumentado esta vía de nacimiento²⁸.

Las preferencias de las gestantes se vieron influenciadas por valores, creencias y experiencias anteriores. A pesar de esto, no todas las mujeres están abiertas a todos los tipos de partos¹⁴.

Entre aquellas mujeres que eligieron un parto en su domicilio, percibieron su casa como segura y se mostraron puntos de vista similares entre madres y matronas²⁶.

Riesgos y beneficios materno-fetales

Según De Jonge²⁵, en los partos domiciliarios no se hallaron riesgos aumentados para resultados perinatales adversos, debiendo de tener en cuenta estos resultados en lugares donde el parto en el hogar está bien integrado. Hutton²⁰ hace referencia, al igual que el anterior autor, a que la práctica del parto domiciliario asistido por matronas y abrazado por sistemas de atención de salud donde éste está bien integrado, ya que refiere no presentar un aumento de efectos adversos.

Por contra, según reflejan los dos siguientes estudios, la mortalidad perinatal fue mayor en el parto extra-hospitalario (3,9 por cada 1000 partos) que en el parto hospitalario (1,8 por cada 1000 partos) aunque el riesgo absoluto de muerte fue bajo en ambos²⁷. Al igual que en el anterior estudio, en los partos en domicilio las tasas de mortalidad neonatal aumentan significativamente (muerte neonatal en el hospital con matrona certificada 3,2/10000; en casa con matrona certificada la mortalidad neonatal fue 10/10000 y de 13,7/10000 con matronas no certificadas en el hogar)²¹.

En el estudio de cohortes¹⁷ se aprecia que las mujeres que planificaron un parto en su domicilio tenían más probabilidades de parir de forma espontánea y con menos intervenciones médicas.

Esto último se refleja de igual manera en otro estudio de Cohortes realizado en Irlanda²⁴, en el que aquellas nulíparas que optaban por un parto en su hogar tenían menos probabilidades de tener intervenciones médicas, sugiriendo que las actitudes y características de cada una de las mujeres tienen un papel muy relevante.

	Ámbito de estudio	Tipo de estudio	Muestra	Conclusiones
2017	Inglaterra	Revisión bibliográfica de estudios cualitativos	24 estudios (2707 mujeres)	A pesar del ofrecimiento en Inglaterra de diferentes opciones de parto, únicamente un 13% de las mujeres dan a luz fuera del Hospital. Las preferencias de las mujeres son moldeadas por: valores, creencias y experiencias anteriores. Se identificó el apoyo como la principal influencia, a pesar de ello no todas las mujeres están abiertas a todos los tipos de partos.
Coxon et al ¹⁴				
2016	Islandia	Estudio de cohortes	809 mujeres	Un 79,9% de las mujeres presentaron una actitud negativa hacia al parto en casa, en su mayoría primíparas. Del grupo de mujeres de bajo riesgo, un 11.2% fueron partos instrumentales o cesáreas y 1 de cada 3 llevó oxitocina o analgesia epidural. Estos porcentajes disminuyeron significativamente en las mujeres con actitudes positivas hacia el parto en el hogar, relacionando esta actitud con mejores resultados obstétricos como disminución de la intervención.
Halfdansson B et al ¹⁵				
Henshall C et al ¹⁶		Revisión bibliográfica	11 estudios	Se pone de manifiesto la necesidad de unificar los criterios profesionales en cuanto a la información ofrecida a las mujeres sobre las opciones del lugar de nacimiento. Necesidad de una evaluación más robusta para el establecimiento de estándares que aseguren una información igualitaria a todas las gestantes de bajo riesgo sobre sus opciones del lugar de nacimiento.
Bolten et al ¹⁷	Países bajos	Estudio de cohortes	3495 mujeres	Las mujeres que planearon un parto en el hogar tenían más probabilidades de dar a luz espontáneamente (OR 1,38 nulíparas y OR 2,29 múltiparas) y menos intervenciones médicas.
Witteveen et al ¹⁸	Países bajos	Estudio de cohortes	2854	El parto en el hospital se asoció con un aumento de ansiedad y depresión (OR 1,58). El cambio de un parto domiciliario inicialmente planificado a uno hospitalario se relacionó con un aumento de la ansiedad y la depresión directamente proporcional a las semanas de gestación (35 semanas de gestación OR 4,17).
Grünebaum A et al ¹⁹	Estados Unidos	Estudio de casos y controles	1.158.548 partos	Las tasas de mortalidad neonatal en los partos en el hogar aumentan significativamente (matronas certificadas RR:1 y matronas no certificadas RR:1,41, diferencia estadística no significativa p= 0,2), sin verse influidos por el estatus de certificación profesional de la partera.
Hutton E. K et al ²⁰	Canadá	Estudio de cohortes	11.496 (domicilio) y 11.496 (hospitalarios)	El parto domiciliario planificado asistido por matronas, donde el nacimiento en el hogar está bien integrado en el sistema de atención de salud, no se asoció con un aumento de efectos adversos.
Rowe R et al ²¹	Inglaterra	Estudio de cohortes	1436 mujeres	Las tasas de parto vaginal fueron mayores en las mujeres que planificaron un parto en el domicilio, sin embargo las tasas de traslado, durante el trabajo de parto o alumbramiento, al hospital fueron altas.
Santos M et al ²²	Portugal	Descriptivo cualitativo	32 entrevistas	El parto en casa se caracteriza por un uso reflexivo de la ciencia y el conocimiento médico, sin entender este como un evento desmedicalizado ni rechazar el mismo el modelo biomédico.
2015	Estados Unidos	Revisión bibliográfica	78 estudios	No hay consenso acerca de las mejores prácticas para el lugar de nacimiento de las mujeres de bajo riesgo. Sin embargo, el parto en el hogar puede ser más aceptado y en algunos casos incluso alentado.
Zielinski R et al ²³				
Haaren-ten Haken T.M. et al ²⁴	Irlanda	Estudio de cohortes	576 mujeres	Algunas diferencias pueden atribuirse al modelo de atención, sugieren que las características y actitudes de las mujeres juegan un papel importante.
De Jonge A. et al ²⁵	Bélgica	Estudio de cohortes	814.979 mujeres	No encontraron riesgos aumentados para resultados perinatales adversos en partos domiciliarios. Los resultados deben tenerse en cuenta en regiones donde los nacimientos en el hogar están bien integrados.
Gottfredsdottir H. et al ²⁶	Islandia	Revisión bibliográfica	127 publicaciones	Distinción entre matronas y médicos obstetras, acerca del parto domiciliario, estos últimos hablan con cautela. Las mujeres que eligieron el parto en casa: su propia casa era segura y se identificaron puntos de vista similares entre mujeres y matronas.
Snowden J.M et al ²⁷	Estados Unidos	Casos y controles (retrospectivo)	79.727 partos	La mortalidad perinatal fue mayor en el parto extra-hospitalario (3.9 versus 1.8 por cada 1000 partos) pero el riesgo absoluto de muerte fue bajo en ambos.
Frões de Oliveira C. et al ²⁸	Brasil	Estudio cualitativo descriptivo	14 mujeres	La adquisición de conocimientos es una condición básica para apoyar la decisión de dar a luz en casa. Gran insatisfacción con el modelo actual de atención institucionalizada al nacer, por las mujeres.
2013	Brasil	Revisión bibliográfica	13 artículos	Importante papel de las matronas en la práctica del parto domiciliario. Especial apreciación del parto en casa en familias de clase media y pobres. Importancia de la formación de las nuevas matronas en la realización de este tipo de partos así como de la correcta información a las mujeres.
Pimenta D. G et al ²⁹				
2012		Revisión bibliográfica	2 ensayo controlados aleatorizado	Apuesta por continuar realizando revisiones bibliográficas de estudios de carácter observacional que los que más número incluyen.
Olsen O et al ³⁰				

Tabla 4: Resultados de la revisión bibliográfica

Parto en casa versus parto en el hospital

Los beneficios, por tanto, dependen también de las actitudes de las mujeres. Aquellas que tuvieron una actitud más positiva hacia el parto en casa también lo tuvieron del nacimiento y más negativas hacia las intervenciones en el parto, en comparación con aquellas que tuvieron actitudes negativas hacia el nacimiento¹⁵.

En el parto en el hogar, las tasas de parto vaginal fueron mayores que en el hospital, aunque las tasas de transferencia al hospital de las mujeres fueron altas (37%), sobre todo en mujeres con un solo parto anterior (56,7%), con riesgos de efectos adversos materno infantil de un 2-3%²¹.

Se asoció el parto en el hospital, con un incremento de la ansiedad y depresión en las gestantes. Se observó que mujeres con ansiedad, estado de ánimo deprimido o ansioso durante el embarazo realizaron una planificación hospitalaria con mayor frecuencia. De ahí la importancia de abordar adecuadamente la ansiedad en el proceso de la toma de decisiones del lugar de nacimiento en mujeres de bajo riesgo¹⁸.

Con respecto a estas y otras posibles ventajas existentes entre ambos medios de parto, no existe un consenso por parte los especialistas obstétrico-ginecológicos, mostrando los médicos obstetras, una mayor cautela con respecto a la realización del parto en el hogar²⁶. La FAME (Federación de Asociaciones de Matronas de España), muestra su posicionamiento sobre la atención al parto en casa y sobre la conveniencia de que este sea asumido por el Sistema Nacional de Salud (aludiendo a costes no superiores al parto hospitalario), abogando por una decisión informada de la mujer en colaboración con los profesionales, así como la posibilidad de escoger el lugar del nacimiento, siempre que estén atendidas por matronas cualificadas y que se cumplan las condiciones necesarias avaladas por la evidencia científica³⁴.

De igual forma, no existe una unificación de criterios con respecto a las mejores prácticas del lugar de nacimiento de las mujeres de bajo riesgo²³.

Los autores apuestan por continuar realizando revisiones bibliográficas de estudios de carácter observacional, ya que son los que mayor número incluyen; no existen fuertes evidencias en cuanto al parto de bajo riesgo hacia un lado u otro³⁰.

Las limitaciones que se han encontrado en el momento de realizar nuestro estudio han sido documentos hallados que no estaban disponibles a texto completo, de forma gratuita o en otros idiomas distintos al español, inglés o portugués. Otra de las limitaciones son publicaciones en otros buscadores

que no se han incluido en las bases de datos utilizadas (Pubmed, SciELO y Cochrane) y documentos publicados hace más de diez años.

Conclusiones

Para que la mujer pueda decidir necesita contar con una información relevante y autentica, que le permita evaluar las ventajas y desventajas de las diferentes opciones y así poder elegir la «mejor», en base a los conocimientos y criterios personales. A su vez, numerosas circunstancias personales influyen en la toma de decisiones, tales como valores, creencias, experiencias previas personales y/o de conocidos/as, miedos, percepción de riesgo y seguridad, apoyo familiar o recursos económicos entre otros. Diversos investigadores/as afirman que las mujeres deberían ser informadas de manera rigurosa de las características del cuidado que van a recibir, de los distintos lugares en los que se puede realizar el parto y de los riesgos y beneficios de cada uno de ellos³⁵.

Puesto que la información previa, correcta y actualizada que reciben las mujeres por parte de los profesionales de salud, es influyente en la toma de decisión del lugar de nacimiento de sus hijos, se considera un pilar fundamental la formación de las propias matronas y del resto del personal sanitario a cargo de la gestante, quienes son la primera toma de contacto que tienen con el servicio sanitario, generalmente en Atención Primaria. Esto conllevaría una unificación de criterios en la información ofrecida a las mujeres y por consiguiente un mayor empoderamiento de las mismas. De esta forma se les procura mayores herramientas para decidir de una manera consciente, informada y libre el lugar donde prefieren dar a luz.

En los textos revisados, el binomio parto en casa o en ámbito hospitalario, está influido por distintos factores tales como, país en el que se produce el parto, si este es planificado o no lo es, atendido por cualificados/as profesionales y embarazos de alto o de bajo riesgo.

El parto en el hogar en mujeres de bajo riesgo se muestra como una opción segura para su salud y la de sus hijos, con menor riesgo de episiotomías, partos instrumentalizados, cesáreas y una mayor tasa de partos vaginales³⁶. Así como disminución de estados de ansiedad y depresión durante la gestación en comparación con el ámbito hospitalario. Cabe destacar que las cifras de mortalidad materna con partos en el domicilio son similares a los partos en

el ámbito hospitalario siempre que sean embarazos y partos de bajo riesgo³⁷.

Acerca de la morbilidad neonatal, se halla que en el parto en casa hay menos probabilidad de prematuridad, bajo peso, ventilación neonatal e ingreso en unidades de cuidados intensivos³⁸.

Los resultados de esta revisión sistemática han corroborado que no existe en la actualidad un consenso, entre los profesionales, sobre el lugar más adecuado para la realización de los partos de bajo riesgo. Se necesita continuar realizando investigaciones más amplias, que permitan llegar a unos resultados con la mayor evidencia científica posible y en el caso de que estos respalden el parto en el domicilio, la opción de parir en casa sea tenida en cuenta por aquellos países donde no se esté llevando a cabo, ofertándola dentro de la cartera de Servicio del Sistema de Salud.

Conclusions

In order for women to decide, they need to have relevant and authentic information that allows them to evaluate the advantages and disadvantages of the different options and thus be able to choose the "best" one, based on personal knowledge and criteria. In turn, numerous personal circumstances influence decision-making, such as values, beliefs, previous personal experiences and / or acquaintances, fears, perception of risk and security, family support or financial resources among others.

Several researchers affirm that women should be rigorously informed of the characteristics of the care they will receive, of the different places where labor can be performed, and of the risks and benefits of each of them³⁵.

Since the previous, correct and updated information that women receive from health professionals, is influential in the decision of the place of birth of their children, it is considered a fundamental pillar the formation of the midwives themselves and the rest of the health personnel in charge of the pregnant woman, who are the first contact they have with the health service, usually in Primary Care.

This would entail a unification of criteria in the information offered to women and therefore a greater empowerment of them. In this way they

are given greater tools to decide in a conscious, informed and free way the place where they prefer to give birth.

In the texts reviewed, the binomial birth at home or in the hospital, is influenced by different factors such as, country in which the birth occurs, if it is planned or is not, attended by qualified professionals and pregnant women High or low risk.

Home birth in low-risk women is shown as a safe option for their health and that of their children, with a lower risk of episiotomies, instrumentalized deliveries, caesarean sections and a higher rate of vaginal births³⁶. As well as decreased states of anxiety and depression during pregnancy compared to the hospital setting. It should be noted that maternal mortality figures with deliveries at home are similar to deliveries in the hospital setting provided they are low-risk pregnancies and deliveries³⁷.

Regarding neonatal morbidity, it is found that at home delivery there is less probability of prematurity, low weight, neonatal ventilation and admission to intensive care units³⁸.

The results of this systematic review have confirmed that there is currently no consensus among professionals about the most appropriate place for performing low-risk deliveries. It is necessary to continue carrying out more extensive research, which will allow us to reach results with the greatest possible scientific evidence and in the case that these support the delivery at home, the option of giving birth at home is taken into account by those countries where is carrying out, offering it within the Health System Service portfolio.

Declaración de transparencia

La autora principal (defensora del manuscrito) asegura que el manuscrito es un artículo honesto, adecuado y transparente; que ha sido enviado a la revista científica SANUM, que no ha excluido aspectos importantes del estudio y que las discrepancias del análisis se han argumentado, siendo registradas cuando éstas han sido relevantes. Todos los autores han contribuido sustancialmente en el diseño, análisis, interpretación, revisión crítica del contenido y aprobación definitiva del presente artículo.

Fuentes de Financiación

Ninguna.

Conflicto de Intereses

Este estudio de revisión bibliográfica no ha sido realizado con ningún interés económico, ni subvencionado por ningún tipo de empresa.

Publicación

El presente no ha sido presentado como comunicación oral-escrita en ningún congreso.

Agradecimientos

El correcto abordaje de esta Revisión tiene su origen en el trabajo coordinado y consensuado del grupo de autoras y su ambición por el aprendizaje.

BIBLIOGRAFÍA

1. Austin MP & Leader L. (2000). Maternal stress and obstetric and infant outcomes: epidemiological findings and neuroendocrine mechanisms. *The Australian & New Zealand journal of obstetrics & gynaecology* 40, 331-337.
2. Organización Mundial de la Salud [OMS]. (1996). Cuidados en el parto normal: una guía práctica. Ginebra: OMS. [En línea]. Disponible en: http://www.holistika.net/parto_natural/oms/cuidados_en_el_parto_normal._guia_practica_oms.asp
3. Leboyer, F. (2010). *Por un nacimiento sin violencia*. Madrid: Mandala.
4. Longo, R. G., Moschella, R., Pawlowicz, M. P., y Zaldúa, G. (2013). Significaciones y prácticas de las y los trabajadores de la salud vinculadas al acceso a los derechos sexuales y reproductivos en la zona sur de la Caba. *Memorias III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. 22 al 25 de noviembre de 2013. Buenos Aires: Ediciones de la Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires. [En línea]. Disponible en: <http://saludypsicologia.com/wp-content/uploads/2012/02/05-sicolog%C3%ADa-de-la-Salud-Epidemiolog%C3%ADa-y-Prevenci%C3%B3n.pdf>
5. De la Torre, M.T. (2006a). Organización de un Sistema Sanitario Público de Atención al Parto Domiciliario en el Área de Gestión Sanitaria Norte de Málaga. *Biblioteca Lascasas*, 2(4). [En línea]. Disponible en: www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0186.php - 29k
6. Castrillo, B. (2014) "Un recorrido por los modos de estudiar intervención médica en el parto". I Jornadas de Género y Diversidad Sexual, Área de Género y Diversidad Sexual, Facultad de Trabajo Social de la UNLP. 24 y 25 de Octubre 2014.
7. Valdez-Santiago, R., Hidalgo-Solórzano, E., Mojarro-Iñiguez, M., y Arenas-Monreal L. M. (2013). Nueva evidencia a un viejo problema: el abuso de las mujeres en las salas de parto. *Revista CONAMED*, 18, 1
8. Wagner, M. (2000). El nacimiento en el nuevo milenio. En *Ob Stare (Comp.)*. I Congreso Internacional de Parto y Nacimiento en Casa (pp. 11-28). Jerez de la Frontera: Ob Stare. Consultado el 15-1-10. [En línea]. Disponible en: <http://www.instinto-maternal.com/es/contenido/?iddoc=417>
9. Simonds, W. (2002). Watching the clock: Keeping time during pregnancy birth, and postpartum experiences. *Social Science y Medicine*, 55(4), 559-570. doi: 10.1016/S0277-9536(01)00196-4
10. Organización Mundial de la Salud [OMS]. (1987). *Iniciativa para un parto seguro. Programa por una maternidad sin riesgo*. Ginebra: OMS
11. Dietz HP & Exton L. (2016). Response to 'Every CS must count'. *The Australian & New Zealand journal of obstetrics & gynaecology* 56, 556.
12. Guías de práctica clínica en el SNS. Ministerio de sanidad y política social. *Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal*. Vitoria; 2010.
13. Bhutta, Z. A., Lassi, Z. S., Blanc, A., y Donnay, F. (2010). Linkages among reproductive health, maternal health, and perinatal outcomes. *Seminars in Perinatology*, 34(6), 434-445. doi: 10.1053/j.semperi.2010.09.002
14. Coxon K, Chisholm A, Malouf R, Rowe R y Hollowell. What influences birth place preferences, choices and decision-making amongst healthy women with straightforward pregnancies in the UK? A qualitative evidence synthesis using a "best fit" framework approach. *BMC Pregnancy and childbirth*. 2017. 17(1):103.
15. Halfdansdottir B, Olafsdottir O.A, Hildingsson I, Smarason A.K y Sveinsdottir H. Maternal attitudes towards home birth and their effect on birth outcomes in Iceland: A prospective cohort study. *Midwifery*. 2016. 34:95-104.
16. Henshall C, Taylor B y Kenyon S. A systematic review to examine the evidence regarding discussions by midwives, with women, around their options for where to give birth. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2016. 16:53-66.

17. Bolten N, De Jonge A, Zwagerman E, Zwagerman P, Klomp T, Zwart et al. Effect of planned place of birth on obstetric interventions and maternal outcomes among low-risk women: a cohort study in the Netherlands. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2016. 16:329.
18. Witteveen A.B, De Cock P, Huizink A.C, De Jonge A, Klomp T, Westerneng M et al. Pregnancy related anxiety and general anxious or depressed mood and the choice for birth setting: a secondary data-analysis of the Deliver Study. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2016. 16:363.
19. Grünebaum A, McCullough L. B, Arabin B, Brent R, Levene M.I. y Chervenak F.A. Neonatal Mortality of Planned Home Birth in the United States in Relation to Professional Certification of Birth Attendants. *PLOS ONE*. 2016. 11(5):1-7.
20. Hutton E.K, Cappelletti A, Reitsma A.H, Simioni J, Horne J, McGregor C et al. Outcomes associated with planned place of birth among women with low-risk pregnancies. *CMAJ*. 2016. 188(5): 80-90.
21. Rowe R, Knight M, Brocklehurst P y Hollowell J. Maternal and perinatal outcomes in women planning vaginal birth after cesarean (VBAC) at home in England: secondary analysis of the Birthplace national prospective cohort study. *Bjog*. 2016. 123(7): 1123-32.
22. Santos M y Augusto A. Si todo estaba bien, ¿por qué tenía que ir un ginecólogo?: Identidad, el riesgo y el consumo de la tecnología médica en el parto en casa en Portugal. *Sociología, Problemas y Prácticas*. 2016. 82. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7458/SPP2016825922> Fecha de consulta 21/1/2017.
23. Zielinski R, Ackerson K y Low L.K. Planned home birth: benefits, risk and opportunities. *International Journal of Women's Health*. 2015. 7:361-377.
24. Van Haaren-ten Haken T.M, Hendrix M, Smits L.J, Nieuwenhuijze M.J, Severens, De Vries R.G et al. The influence of preferred place of birth on the course of pregnancy and labor among healthy nulliparous women: a prospective cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015. 14(15):33- 42.
25. De Jonge A, Geerts C.C, Van der Goes B. Y, Mol B. V, Buitendijk S.E y Nijhuis J.G. Perinatal mortality and morbidity up to 28 days after birth among 743.070 low-risk planned home and hospital births: a cohort study based on three merged national perinatal databases. *BJOG*. 2015. 122(5):720-8.
26. Gottfredsdóttir H, Magnúsdóttir H y Hálfhánsdóttir B. Home birth constructed as a safe choice in Iceland: a content analysis on Icelandic media. *Sexual & Reproductive Healthcare*. 2015. 6: 138-144.
27. Snowden J.M, Tilden E.L, Snyder J, Quigley B, Caughey A.B y Cheng Y.W. Planned out-of-Hospital Birth and Birth Outcomes. *New England Journal of Medicine*. 2015. 373(27): 2642-53.
28. Fróes de Oliveira Sanfelice, C y Keiko A. Parto domiciliar: comprendiendo las razones de esta elección. *The Context Nursing*. 2015. 24(3):875-82.
29. Pimenta D.G, Azevedo M, De Andrade Barbosa, T. L, De Oliveira e Silva, C.S y Mourao L. El parto realizado por matronas: una visión integradora. *Enfermería Global*. 2013. 30:482-493.
30. Olsen O y Clausen J. A. Planned hospital birth versus planned home birth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012. 9: CD000352. doi:10.1002/14651858.CD000352.pub2. Fecha de consulta: 2/1/2017.
31. Pinto I. Parto domiciliario, ¿una elección de futuro? [Tesis doctoral] Jaén: Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Jaén; 2016. Revisado 1 de Febrero de 2017. Disponible en: http://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/2882/1/Inmaculada_Pinto_Ortiz_TFG.pdf
32. INE. Partos año 2014. Partos según residencia de la madre por Comunidad Autónoma, madurez, tamaño de los municipios y capital, normalidad del parto y asistencia sanitaria [Internet]. Ine.es. 2014 [Consultado 31 Agosto 2017]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t20/e301/parto/a2014/10/&file=10003.px>
33. Silveira S.I, Monticelli M y Knobel R. El perfil de las parejas que optan por el parto en el hogar con la asistencia de enfermeras obstétricas. *Esc. Anna Nery*. 2013. 17(2).
34. FAME [Internet]. Posicionamiento de la FAME sobre la atención del parto en casa. Fecha de actualización 10 de Agosto 2015. Fecha de consulta 1 de Febrero 2017. Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/noticias/i/19599/70/posicionamiento-de-la-fame-sobre-la-atencion-del-parto-en-casa>
35. Van Haaren-ten Haken, T., Hendrix, M., Nieuwenhuijze, M., Budé, L., de Vries, R., y Nijhuis, J. Preferred place of birth: Characteristics and motives of low-risk nulliparous women in the Netherlands. (2012). *Midwifery*, 28(5), 609-618. doi:10.1016/j.midw.2012.07.010).
36. Jeffery, R. (2010). Only when the boat has started sinking: A maternal death in rural north India. *Social Science y Medicine*, 71(10), 1711-1718. doi: 10.1016/j.socscimed.2010.05.002.
37. Declercq, E. y Stotland, N.E. (2014). UpToDate Planned home birth. [En línea]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/contents/planned-home-birth>
38. Cheng, Y.W., Snowden, J.M., y King, T.L., y otros (2013). Selected perinatal outcomes associated with planned home births in the United States. *American Journal Obstetric Gynecology*, 209 (325) e1-8. doi: 10.1016/j.ajog.2013.06.022

Caso clínico: Obesidad en la adolescencia

Martínez Pizarro, S. SANUM 2019 3(3):16-22



Te ofrecemos un eficaz recurso didáctico para ejercitar la memoria basada en el reconocimiento y afianzar la materia de estudio.

¡Por a prueba tu preparación!

SMS

SCS

SALUD

OSAKIDETZA

SESCAM

IB SALUT

SERIS

SES

SERGAS

SERMAS

SAS

SESPA

SACYL



Rodio
#Oposiciones

Resumen

La obesidad provoca cada año 2.8 millones de muertes y acarrea una serie de síntomas físicos, psicológicos y sociales entre los que destacan el estrés, ansiedad, depresión, riesgo de diabetes y riesgo de alteraciones cardíacas. En los últimos años ha aumentado el número de personas con obesidad, especialmente entre los adolescentes, dando lugar a una serie de repercusiones que no deben pasar desapercibidas.

Se presenta el caso clínico de un varón de 16 años de edad con obesidad, insomnio, depresión y exclusión social. Se planifica un plan de cuidados enfermeros para el paciente y se valora la evolución tras la aplicación de las intervenciones de enfermería pautadas.

Palabras clave:

Obesidad,
Adolescencia,
Índice de masa corporal,
Enfermería.

AUTORA

Sandra Martínez Pizarro
Enfermera. Centro sanitario de Atención Primaria ZBS de Granada. España.

Correspondencia:

Lidia Gijón Villanova
✉ mpsandrita@hotmail.com

F. recepción: 28/5/2019

F. aceptación: 3/10/2019

Clinical case: Obesity in adolescence

Abstract

Obesity causes 2.8 million deaths each year and causes a series of physical, psychological and social symptoms, among which stress, anxiety, depression, risk of diabetes and risk of cardiac alterations. In recent years, the number of people with obesity has increased, especially among adolescents, giving rise to a series of repercussions that should not go unnoticed.

We present the clinical case of a 16-year-old male with obesity, insomnia, depression and social exclusion. A nursing care plan is planned for him and the evolution is evaluated after the application of the scheduled interventions.

Keywords:

*Obesity,
Adolescence,
Body Mass Index,
Nursing.*



Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud, la obesidad se diagnostica cuando el índice de masa corporal (IMC) es igual o superior a treinta kilogramos por metro cuadrado o cuando el perímetro abdominal en los varones es igual o superior a 102 centímetros y en las mujeres igual o superior a 88 centímetros. En el caso de los niños y adolescentes entre 5 y 19 años de edad, la obesidad es el índice de masa corporal para la edad con más de dos desviación típica por encima de la mediana establecida en los patrones de crecimiento infantil de la organización mundial de la salud⁽¹⁾.

Cabe destacar que anualmente fallecen 2.8 millones de personas a causa de la obesidad o sobrepeso. Además, la obesidad es a su vez un factor de riesgo para padecer otras enfermedades como por ejemplo diabetes, alteraciones cardíacas o insomnio⁽²⁾.

En el año 2016 había más de 340 millones de niños y adolescentes con sobrepeso u obesidad. La prevalencia del sobrepeso y la obesidad en esta población se ha incrementado de forma asombrosa pasando del 4% en 1975 a más del 18% en 2016 y sigue aumentando incrementándose dicho porcentaje en 2019⁽¹⁾.

La asamblea general de las Naciones Unidas reconoce la importancia de disminuir la dieta insana y

potenciar la actividad física para hacer frente al fenómeno de la obesidad⁽³⁾.

La obesidad en la adolescencia debe de ser detectada y tratada debido a sus repercusiones a nivel sanitario y social. Implican un importante impacto físico, psicológico y social; además de condicionar el estilo de vida del paciente que lo sufre. Existen procedimientos e intervenciones para evitarla y la profesión de enfermería tiene un papel fundamental en la prevención y tratamiento de la obesidad.

El objetivo de esta revisión es realizar un plan de cuidados de enfermería para un adolescente con obesidad.

Metodología

Descripción del caso clínico

H.P paciente, varón de 16 años de edad, diagnosticado desde hace 3 años de obesidad. Sus padres están separados y tiene dos hermanos más pequeños que él. Sufre problemas con su imagen corporal, insomnio, exclusión social en el instituto, ansiedad, problemas digestivos y depresión. Hace dos meses su médico de atención primaria le detectó en la analítica realizada riesgo de diabetes.



Valoración

La valoración permite determinar la situación de salud de un paciente y su respuesta ante ella. Se va a llevar a cabo la valoración de enfermería siguiendo los once patrones funcionales de Marjory Gordon. Dichos patrones se definen como una configuración de comportamientos más o menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida, y al logro de su potencial humano que se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo y que proporcionan un marco para la valoración con independencia de la edad, nivel de cuidados o patología del individuo⁽⁴⁾.

Estos **patrones** son:

1. **Percepción-manejo de la salud.**
El paciente explica que su estado de salud ha empeorado mucho en los últimos meses debido a su obesidad. Se siente cansado continuamente y excluido socialmente en el instituto lo cual le genera ansiedad y depresión.
2. **Nutricional-metabólico.**
El paciente no lleva a cabo ningún tipo de dieta. Abusa de los productos azucarados como los pasteles, bollería industrial y las chucherías. También toma cantidades excesivas de fritos, comidas de cadenas de alimentación rápida. Casi nunca toma frutas ni verduras. Indica que prefiere tomar coca-cola, así como otros refrescos antes que el agua en las comidas. La forma principal de cocinar es mediante fritos o comidas precocinadas, y casi nunca toma alimentos a la plancha, al horno o cocidos.
3. **Eliminación.**
El paciente presenta un buen control de esfínteres sin problemas en la eliminación urinaria ni fecal. Indica que defeca dos veces al día, y casi siempre a la misma hora. No ha precisado nunca de laxantes para un buen hábito intestinal.
4. **Actividad-ejercicio.**
H.P casi nunca realiza ejercicio físico, tan sólo dos horas a la semana en la asignatura del instituto llamada educación física. Refiere tener que parar muchas veces a mitad de la clase por no poder seguir el ritmo de los compañeros.
5. **Sueño-descanso.**
El paciente presenta dificultad para conciliar el sueño debido a las preocupaciones que residen en su mente por la situación en la cual se encuentra, y la ansiedad que le generan.

No lleva a cabo ninguna técnica de relajación, a veces toma tila alpina para mejorar el sueño, pero no consigue grandes resultados.

Tiene poca energía durante el día y pocas ganas de realizar las actividades diarias.

6. **Cognitivo-perceptual.**
En cuanto a la valoración senso perceptiva (auditiva, visual, gustativa, táctil), destaca su miopía para lo cual utiliza gafas.
7. **Autopercepción-autoconcepto.**
H.P tiene sensación de malestar corporal. Presenta falta de ilusión y desgana. Se pasa el día viendo la televisión o jugando a los videojuegos. En los estudios está sacando malas calificaciones.
8. **Rol-relaciones.**
H.P se siente excluido socialmente en el instituto. Los demás adolescentes le juzgan por su aspecto físico y se siente avergonzado para realizar nuevas amistades.
9. **Sexualidad-reproducción.**
No tiene una vida sexualmente activa.
10. **Adaptación-tolerancia al estrés.**
Tolera mal estrés, no sabiendo a adaptarse a las nuevas situaciones que se le presentan.
11. **Valores-creencias.**
Es católico y acude a misa con su madre el domingo.

Plan de cuidados

Tras la valoración del paciente se puede identificar el diagnóstico de Obesidad. La NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) lo define como el problema en el cual un individuo acumula un nivel anormal o excesivo de grasa para su edad y sexo, que excede los niveles de sobrepeso⁽⁵⁾.

Pertenece al dominio 2 (nutrición), clase 1 (ingestión), a la necesidad 2 (comer y beber) y al patrón 2 (nutricional-metabólico).

En febrero 2020, PRÓXIMO NÚMERO
Revista Científico-Sanitaria SANUM
¡Anímate a publicar!

Caso clínico: Obesidad en la adolescencia

La característica definitoria es la siguiente:

- NIÑO 2-18 años: índice de masa corporal (IMC) mayor a 30 kilogramo/metro cuadrado o un mayor percentil de 95 para la edad y el género.

Los factores relacionados son los siguientes:

- Comer alimentos fritos habitualmente.
- Conducta sedentaria.
- Consumo de bebidas azucaradas.
- Gasto energético inferior al consumo energético basado en una valoración estándar.
- La actividad física diaria media es inferior a la recomendada según el sexo y la edad.
- Percepciones alteradas relacionadas con la comida.
- Picoteo frecuente.
- Trastorno de las conductas alimentarias.

Una vez realizado el diagnóstico e identificadas las causas y factores, se proponen unos objetivos e intervenciones determinadas siguiendo las taxonomías NOC (Nursing Outcomes Classification) y NIC (Nursing Interventions Classification).

Cada NOC lleva asociados unos indicadores de resultado que se cuantifican mediante escalas tipo Likert de 5 puntos, que va desde gravemente comprometido (1) a no comprometido (5).

Sirven para mostrar la diferencia entre la puntuación inicial y puntuación final de los objetivos esta-

blecidos, la cual determinará si tras la realización del plan de cuidados se han alcanzado los objetivos.

El primer NOC propuesto es el 1627: Conducta de pérdida de peso. Los indicadores de este NOC y las puntuaciones de resultado son las siguientes:

- [162701] Obtiene información de un profesional sanitario sobre estrategias para perder peso: 2.
- [162702] Selecciona un peso diana saludable: 1.
- [162703] Se compromete con un plan para comer de forma saludable: 1.
- [162705] Controla la ración de alimentos: 1.
- [162706] Establece una rutina de ejercicio: 2.
- [162712] Utiliza estrategias de modificación de la conducta: 2.
- [162714] Evita la ingesta de alimentos y líquidos muy calóricos: 1.
- [162722] Controla el peso corporal: 1.

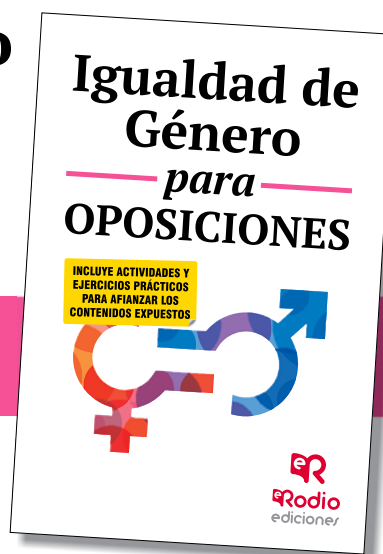
Las NIC que se seleccionan para la conducta de pérdida de peso son las siguientes:

- [1280] Ayuda para disminuir el peso.
- [1100] Manejo de la nutrición.
- [5246] Asesoramiento nutricional.
- [200] Fomento del ejercicio.
- [5430] Grupo de apoyo.
- [5400] Potenciación de la autoestima.

Igualdad de Género — para — OPOSICIONES

**INCLUYE ACTIVIDADES Y
EJERCICIOS PRÁCTICOS
PARA AFIANZAR LOS
CONTENIDOS EXPUESTOS**

*¡Trabajar en la Administración pública
es ahora más fácil!*



www.edicionesrodio.com



El segundo NOC propuesto es el 1632 Conducta de cumplimiento: Actividad prescrita. Los indicadores de este NOC y las puntuaciones de resultado son las siguientes:

- [163201] Discute las recomendaciones de actividad con el profesional sanitario: 2.
- [163202] Identifica los beneficios esperados de la actividad física: 2.
- [163204] Establece objetivos de actividad alcanzables a corto plazo con el profesional sanitario: 1.
- [163205] Establece objetivos de actividad alcanzables a largo plazo con el profesional sanitario: 1.
- [163208] Utiliza estrategias para dedicar tiempo a la actividad física: 1.
- [163215] Modifica la actividad física dirigido por el profesional sanitario: 1.

Las NIC que se seleccionan para la conducta de cumplimiento: actividad prescrita son las siguientes:

- [5612] Enseñanza: ejercicio prescrito.
- [200] Fomento del ejercicio.
- [4360] Modificación de la conducta.

realizar comidas en familia en lugar de estar con el ordenador y asiste a un grupo de apoyo en su centro de salud. Tras su realización el paciente lleva a cabo una dieta más saludable, evita fritos y alimentos azucarados y ha empezado a tomar frutas y verduras. También realiza mayor actividad física, va andando a los sitios y lleva a cabo un plan de actividades físicas diseñado especialmente para él. Todo esto hace que mejore su estado de salud físico, psicológico y social.

Para la valorar la evolución del paciente se utilizan los indicadores de resultado. En la puntuación inicial todos ellos se situaban entre 1 y 2 según la escala tipo Likert de 5 puntos, que va desde gravemente comprometido⁽¹⁾ a no comprometido⁽⁵⁾.

Comparando la puntuación inicial con la puntuación final tras aplicar el plan de cuidados la mayoría de los indicadores suben a 4, en unos pocos se alcanza el 5 y otros tan solo suben a 3. El resultado es muy positivo pues en todos los indicadores se logra incrementar la puntuación. Si se sigue ejecutando este plan de cuidados durante un periodo de tiempo mayor posiblemente sigan mejorando los indicadores de resultado.

Resultados: evolución del caso

La aplicación de este plan de cuidados se realiza durante tres meses. En este periodo el paciente comienza con un programa de control de peso, aprende a comer despacio y desarrollar una rutina alimenticia, aprende a planificar las comidas y realizar una selección de alimentos más saludables, aprende a controlar porciones y consumir menos calorías, y comienza un patrón de vida más activo. También comienza a

Discusión

Este plan de cuidados de enfermería diseñado para H.P paciente varón de 16 años de edad, podría ser aplicado en los más de 340 millones de adolescentes con sobrepeso u obesidad teniendo en cuenta las particularidades especiales de cada caso.

Si se analizan los factores de riesgo que causan esta enfermedad se encuentra una combinación de factores genéticos, factores culturales, biológicos y factores del comportamiento. En el caso particular de

NANDA: 00232 Obesidad: el problema en el cual un individuo acumula un nivel anormal o excesivo de grasa para su edad y sexo, que excede los niveles de sobrepeso	
NOC: 1627 Conducta de pérdida de peso.	NOC: 1632 Conducta de cumplimiento: Actividad prescrita.
NIC: 1280 Ayuda para disminuir el peso. NIC: 1100 Manejo de la nutrición. NIC: 5246 Asesoramiento nutricional. NIC: 200 Fomento del ejercicio. NIC: 5430 Grupo de apoyo. NIC: 5400 Potenciación de autoestima.	NIC: 5612 Enseñanza: ejercicio prescrito. NIC: 200 Fomento del ejercicio. NIC: 4360 Modificación de la conducta.

Tabla 1: Plan de cuidados para la obesidad en la adolescencia
Fuente: *Elaboración propia*

Caso clínico: Obesidad en la adolescencia

los adolescentes destaca la falta de ejercicio físico, hábitos alimenticios no saludables, sedentarismo, uso excesivo de ordenadores y otros aparatos tecnológicos, antecedentes familiares, problemas endocrinos o neurológicos, cambios en sus vidas que les produzcan estrés, baja autoestima, depresión, separación de los padres y diversos problemas emocionales.

La obesidad acarrea una serie de importantes complicaciones que no deben pasar desapercibidas. Entre ellas destaca el aumento del riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial, diabetes, insomnio, apnea del sueño, dislipemia, síndrome del ovario poliquístico, síndrome metabólico, hígado graso, colelitiasis, epifisiolisis de la cabeza femoral, asma bronquial, hiperandrogenismo, baja autoestima y depresión⁶.

La obesidad y sobrepeso son patologías que suponen un serio desafío para los profesionales sanitarios debido al elevado número de casos y a las consecuencias devastadoras que produce en la salud de los individuos que la padecen. Las complicaciones de la obesidad son muy numerosas de tal manera que es una causa importante de morbilidad y muerte precoz. El tratamiento de esta patología, el cual implica en un alto porcentaje la fuerza de voluntad del paciente, es capaz de salvar millones de vidas cada año.

Conclusiones

En este caso clínico se demuestra como las intervenciones de enfermería para tratar la obesidad en la adolescencia son eficaces. Todas ellas están basadas en la evidencia científica más actual.

En un futuro se debería investigar sobre nuevas herramientas, intervenciones y estrategias para tratar la obesidad especialmente a edades tan tempranas debido a las repercusiones que acarrea. Pero sobre todo se deben aumentar los estudios sobre intervenciones concretas de prevención para que de esta forma se puedan llevar a cabo de forma coordinada y multidisciplinar y se le ofrezcan al paciente los mejores cuidados basados en la evidencia científica.

Conclusiones

In this clinical case, it is shown how nursing interventions to treat obesity in adolescence are effective. All of them are based on the most current scientific evidence.

In the future, new tools, interventions and strategies to treat obesity should be investigated, especially at such early ages due to the repercussions that this entails. But above all, studies on specific prevention interventions must be increased so that they can be carried out in a coordinated and multidisciplinary way and the patient is offered the best care based on scientific evidence.

Declaración de transparencia

La autora (defensora del manuscrito) asegura que el manuscrito es un artículo honesto, adecuado y transparente; que ha sido enviado a la revista científica SANUM, que no ha excluido aspectos importantes del estudio y que las discrepancias del análisis se han argumentado, siendo registradas cuando éstas han sido relevantes.

Fuentes de Financiación

Ninguna.

Conflicto de Intereses

No existe conflicto de intereses entre los participantes.

Publicación

El presente no ha sido presentado como comunicación oral-escrita en ningún congreso.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. *Obesidad y sobrepeso*. Consultado el 12 de mayo de 2019 de: la World Wide Web: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
2. González Sánchez R, Llapur Milán R, Rubio Olivares D. (2009). *Characterization of obesity present in adolescents*. Rev Cubana Pediatr; 81(2).
3. *Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles*. Consultado el 14 de mayo de 2019 de la World Wide Web: <https://undocs.org/es/A/66/L.1>
4. Gordon M. (2007). *Manual de diagnósticos de enfermería*. 11º ed. McGraw-Hill: Interamericana de España.
5. Herdman T.H. (ED); NNNANDAConsult (2017). Consultado el 19 de mayo de 2019 de la World Wide Web: <https://www.nnnconsult.com/nanda/232>
6. Ximena Raimann T. *Obesity and obesity-associated complications*. Medicina de la adolescencia. 2011; 22(1): 20-26.

OPOSICIONES

JUNTA DE ANDALUCÍA

¡¡TOTALMENTE
ACTUALIZADA!!

**NUEVA
EDICIÓN**



¡PÍDELOS EN TU LIBRERÍA!

Ser funcionario o acreditar tu experiencia profesional es ahora más fácil ¡Conócenos!

www.edicionesrodio.com



Uso y manipulación de productos químicos en Centros de Salud de Área de Gestión Sanitaria Este de Málaga-Axarquía

Macías Gómez, F.M.; Castro Jurado, N.; Ruiz Ruiz, J.C. SANUM 2019 3(3):24-32

AUTORES

Francisca María Macías Gómez

Farmacéutica de Instituciones Sanitarias. Agente de Salud Pública. Unidad de Protección de la Salud. Área de Gestión Sanitaria Este de Málaga-Axarquía. Torre del Mar (Málaga)/España.

Nieves Castro Jurado


Farmacéutica de Instituciones Sanitarias. Agente de Salud Pública. Unidad de Protección de la Salud. Área de Gestión Sanitaria Este de Málaga-Axarquía. Torre del Mar (Málaga)/España.

Juan Carlos Ruiz Ruiz

Farmacéutico de Instituciones Sanitarias. Agente de Salud Pública. Unidad de Protección de la Salud. Área de Gestión Sanitaria Este de Málaga-Axarquía. Torre del Mar (Málaga)/España.

Correspondencia

Francisca María Macías Gómez

 franciscam.macias.sspa@juntadeandalucia.es

F. recepción: 23/4/2019

F. aceptación: 3/10/2019

Palabras clave:

Productos químicos,
Peligrosidad,
Centro de Salud.

Resumen

Objetivo

El Reglamento (CE) 1907/2006¹ relativo al registro, la evaluación, la autorización y la restricción de las sustancias y preparados químicos (REACH) en su Título IV, información de la cadena de suministro, hace referencia a la necesidad de transmitir la información referente a la peligrosidad de los productos químicos a lo largo de toda la cadena de suministro, información que ha de figurar en las fichas de datos de seguridad y en el etiquetado de los productos y que está regulado en el Reglamento 1272/2008², así como las instrucciones necesarias para su uso seguro.

Este proyecto se basa en el Programa de Seguridad Química³ de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía y utiliza los requisitos exigibles en el Programa de Vigilancia de Servicios biocidas⁴ respecto a la manipulación y uso de este tipo de productos. Pretende conocer la información sobre la manipulación de Productos químicos (PQs) que tienen los operarios de los equipos de limpieza de los centros sanitarios de esta AGS, y el grado de conocimiento adquirido antes y después de realizar formación "in situ", con objeto de evaluar la efectividad de la dicha intervención

Resultados principales

Se describen la actuaciones realizadas en los centros de salud, que evidencian un desconocimiento general sobre correcta manipulación de los productos químicos, así como la ausencia de formación referente a la peligrosidad para la salud y el medio ambiente que ocasiona un uso inadecuado de productos.

Conclusión Principal

El uso adecuado de las fichas de datos de seguridad y la correcta lectura del etiquetado de los productos, proporciona la información suficiente y necesaria para efectuar un correcto uso de los productos y una gestión adecuada de los envases y residuos que generan.

Use and handling of chemical products in Health Centers of the Health Management Area East of Málaga-Axarquía

Abstract

Objective

Regulation (EC) 1907/2006¹ on the registration, evaluation, authorization and restriction of chemical substances (REACH) in Title IV, information on the supply chain, refers to the need to transmit the information referring to the dangerousness of the chemical products along the entire supply chain, information that must appear in the safety data sheets and in the labeling of the products and which is regulated in Regulation 1272/2008², as well as the instructions necessary for its safe use.

This project is based on the Chemical Safety Program³ of the Ministry of Health of the Andalusian Regional Government and uses the requirements required in the Biocidal Services Monitoring Program⁴ regarding the handling and use of this type of product. It aims to know the information about the handling of Chemical Products (PQs) that the operators of the cleaning equipment of the health centers of this AGS have, and the degree of knowledge acquired before and after conducting "on-site" training, in order to evaluate the effectiveness of said intervention

Main results: the actions carried out in the health centers are described, which show a general lack of knowledge about the correct handling of chemical products, as well as the absence of training regarding the danger to health and the environment caused by inadequate use of products.

Main Conclusion: The proper use of the safety data sheets and the correct reading of the labeling of the products, provides sufficient and necessary information to make a correct use of the products and proper management of the containers and waste they generate.

Keywords:

Chemical products,
Hazardousness,
Health Center

CELADOR
de Instituciones
— Sanitarias —

CELADOR
de Instituciones
— Sanitarias —
Funciones Propias



Rodío
ediciones

Desarrollo de los contenidos fundamentales solicitados en la mayoría de las convocatorias para el acceso a la categoría de Celador de Instituciones Sanitarias.

Cuidadosamente elaborado por un equipo de autores de reconocida competencia en el ámbito sanitario, aborda las múltiples funciones que desarrolla y maneja este profesional en el desempeño de su trabajo.

Este manual se constituye así, en una valiosa herramienta de ayuda para afrontar con garantías cualquier proceso selectivo convocado por las distintas Instituciones Sanitarias.

Rodío

www.temarioposiciones.com

iSíguenos!     

Introducción

En auditorías realizadas por profesionales de esta Unidad de Protección de la Salud (UPS) en los centros sanitarios, con motivo de acreditaciones o certificaciones de los sistemas de calidad de estos, se ha podido comprobar que el personal de limpieza suele carecer de cualificación y formación necesaria, usando los productos químicos sin dar importancia a la peligrosidad de los mismos y las repercusiones que una manipulación insuficiente o inadecuada puede acarrear, no solo en la persona aplicadora, sino en el personal usuario del centro de salud y en el medio ambiente, receptor final de los residuos y envases.

Las recientes modificaciones normativas en lo relacionado a productos químicos, unido al uso indiscriminado de estos productos ha originado la detección de irregularidades, no solo en los productos manejados, sino en la forma de uso. Estas manipulaciones incorrectas, la mayoría de las veces por falta de información, revierten con más importancia si el lugar en el que se aplica es un centro sanitario.

El Reglamento REACH establece la obligación de transmitir la información referente a los productos químicos a lo largo de toda la cadena de suministro, desde el fabricante o formulador hasta el usuario final, considerando como último receptor de la misma el profesional que usa productos químicos.

La información necesaria sobre la correcta manipulación puede ser obtenida por dos vías.

Por un lado la etiqueta proporciona una identificación rápida del producto y aspectos importantes para su uso seguro. Los profesionales disponen de otro documento adicional que les garantiza información veraz sobre la composición del producto, correcto manejo del mismo y eliminación, almacenamiento así como las actuaciones a seguir en caso de accidente, también aporta datos sobre la toxicidad e incluso de la empresa responsable del mismo producto químico. La información completa sobre el producto se encuentra en las fichas de datos de seguridad que debe ser aportada por el proveedor del producto en el momento de su compra. La entrega debe ser actualizada, completa, de forma gratuita y siempre en español. Este documento ha de estar disponible siempre al alcance de la persona que lo manipula y el usuario debe estar familiarizado con su manejo para su consulta en caso necesario. La ficha de datos de seguridad es el documento que debe acompañar al enfermo en caso de accidente para poder ser consultado por el personal médico que le trate.

Se establecen como objetivos prioritarios de la actuación:

- Establecer una valoración inicial del grado de conocimiento que poseen el personal de limpieza de los centros de salud sobre el uso de los productos químicos que manipulan.
- Dar a conocer la información disponible sobre los productos y mejorar los conocimientos que disponen.

Material y metodo

- Censo total centros de salud = 9.
- N° personas diana = 9.
- Lugar de ejecución = centros de salud.
- Cuestionario y Folleto informativo.

El censo de centros salud de ésta AGS es de 9; el número de personas diana han sido 9 (se encuestará un operario de limpieza por centro), el lugar de ejecución fueron los Centros de Salud de ésta Área de Gestión.

Cada inspector, según su censo, encuestó a los operarios responsables de la limpieza de los Centros de Salud, e informó mediante la explicación y entrega de folleto informativo, sobre los principales aspectos a tener en cuenta durante el almacenamiento, manipulación y uso de los PQs manipulados, así como la manipulación de los residuos generados.

Mediante el segundo cuestionario realizado a los operarios de limpieza, se ha medido la efectividad en la intervención y se ha obtenido información acerca de la adquisición de conocimientos sobre los distintos aspectos a tener en cuenta en el uso de PQs.

Dicho estudio se ha ejecutado durante el segundo semestre del año 2018, concretamente en los meses de agosto, octubre y noviembre.

El cuestionario, así como el folleto informativo han sido elaborados por los técnicos de salud ambiental que componen el equipo de Gestión de la Unidad de Protección de la Salud de ésta Área Sanitaria, destacando los pictogramas⁵ más usados en ese ámbito de trabajo, así como las manipulaciones correctas.

Los estudios de campo realizados mediante la encuesta y la explicación del folleto informativo se

han llevado a cabo por los técnicos de protección de la salud, cada uno realizó estas actividades en los municipios que le corresponden en su ámbito de trabajo.

Resultados

Con el presente Proyecto se ha podido determinar el grado de conocimiento que tienen los operarios de limpieza en la aplicación y uso de PQs en los centros de salud de esta AGS.

Del estudio detallado de los distintos cuestionarios realizados se han podido destacar los siguientes resultados:

1. El 100% de los encuestados utilizan PQs autorizados para uso en los centros de salud, es decir de uso profesional. La utilización de estos PQs en dichos centros es para la limpieza de las superficies en las Consultas de los centros, así como los utensilios de las mismas.
2. De los 9 centros revisados en el proyecto, todos menos 1 disponen de un lugar de almacenamiento específico y adecuado para la ubicación de los PQs. El centro que no dispone de almacenamiento lo realiza en el cuarto de la lencería, no obstante los PQs se almacenan en estantería para tal fin.
3. Todos los almacenes de los centros estaban dotados de medios para la recogida de los productos en caso de derrame accidental excepto 1. Tras la 2ª visita, el 100% de los almacenes estaban dotados de medios para la recogida de los productos en caso de derrame accidental.
4. El 88,8% de los operarios de limpieza tienen formación sobre PQs y su manipulación. Los cursos a los que hacen referencia son de Prevención de Riesgos Laborales en los que se incluía, de forma básica los riesgos en el manejo de los PQs.
5. El 77,7% disponían de Fichas de datos de seguridad (FDS) actualizadas de todos los productos y sólo el 55,5% tenían conocimiento de dichas FDS. Tras la actuación efectuada se consigue que el 100% interpretara correctamente la FDS tras la 2ª visita (Efectividad de la intervención.). Así mismo se instó a que solicitaran las FDS actualizadas.
6. Todos los operarios de limpieza indicaron que realizan la aplicación de PQs siguiendo las ins-

trucciones de la etiqueta en lo referente a las condiciones de uso.

7. La totalidad de los operarios encuestados aseguran tomar medidas correctas para evitar que los usuarios se vean expuestos durante la aplicación del producto químico. El 100% no come/bebe y/o fuma durante la aplicación de PQs para la limpieza.
8. Todos los encuestados aseguran realizar una adecuada higiene personal después del manejo de los PQs. Tan sólo en 1 Centro de Salud no se utiliza ropa exclusiva para el trabajo, dicho centro no tiene la contrata de limpieza del resto de los centros de salud y los operarios son contratados por el Ayuntamiento del Municipio, cambiando periódicamente.
9. Al inicio del proyecto el 77% de los encuestados realizaban una gestión inadecuada de envases y residuos. Una vez realizada la formación, tras la 2ª visita se comprueba que el 100% de los operarios realiza un apropiado control sobre la gestión de envases y residuos.

Se adjunta en ANEXOS:

- Modelo de encuesta.
- Folleto informativo.
- Tabla 1 con los resultados de la evaluación del Proyecto.

Discusión y conclusiones

De las actuaciones realizadas en todos los centros de salud encuestados se evidencian una serie de deficiencias que se subsanan de forma significativa tras las intervenciones:

- Los productos químicos utilizados son adecuados tanto en lo referente al personal aplicador, como el uso al que se destinan.
- El Almacenamiento de los productos se realiza de forma adecuada tanto en lo referente a ubicación como en lo relativo a los métodos y prevención de accidentes.
- El personal dispone de conocimientos básicos de prevención de riesgos laborales. La empresa encargada del suministro de los productos les proporciona las fichas de datos de seguridad actualizada de cada producto, por lo que disponen

“in situ” de los datos necesarios para consulta e información sobre su uso seguro.

- En lo referente a la fuente de información consultada por los profesionales, eligen el etiquetado del producto, como forma ágil y fácil de acceso. En escasas ocasiones se realizan consultas más completas de las fichas de datos de seguridad por lo que carecen de conocimientos sobre eliminación de residuos o envases, protección personal y otras medidas adicionales.

Discussion and conclusions

The actions carried out in all the health centers surveyed show a series of deficiencies that are significantly corrected after the interventions:

- *The chemical products used are suitable both for the applicator personnel and for the use to which they are intended.*
- *The storage of the products is carried out in an adequate manner in terms of location as well as in relation to methods and accident prevention.*
- *The staff has basic knowledge of occupational risk prevention. The company in charge of the supply of the products provides them with updated safety data sheets for each product, so they have “in situ” the necessary data for consultation and information on their safe use.*
- *Regarding the source of information consulted by professionals, they choose the labeling of the product, as an easy and easy way to access. In rare cases, more complete queries are made of the safety data sheets, which means that they lack knowledge about waste disposal or packaging, personal protection and other additional measures.*

Declaración de transparencia

La autora principal (defensora del manuscrito) asegura que el manuscrito es un artículo honesto, adecuado y transparente; que ha sido enviado a la revista científica SANUM, que no ha excluido aspectos importantes del estudio y que las discrepancias del análisis se han argumentado, siendo registradas cuando éstas han sido relevantes. Todos los autores han contribuido sustancialmente en el diseño, análisis, interpretación, revisión crítica del contenido y aprobación definitiva del presente artículo.

Fuentes de Financiación

Ninguna.

Conflicto de Intereses

No existe conflicto de intereses entre los participantes.

Publicación

El presente artículo no ha sido presentado como comunicación oral-escrita en ningún congreso.

BIBLIOGRAFÍA

1. Reglamento REACH: Reglamento (CE) nº 1907/2006 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 18 de diciembre de 2006, relativo al registro, la evaluación, la autorización y la restricción de las sustancias y mezclas químicas (REACH), por el que se crea la Agencia Europea de Sustancias y Mezclas Químicas.
2. REGLAMENTO (CE) No 1272/2008 DEL PARLAMENTO EUROPEO Y DEL CONSEJO de 16 de diciembre de 2008 sobre clasificación, etiquetado y envasado de sustancias y mezclas, y por el que se modifican y derogan las Directivas 67/548/CEE y 1999/45/CE y se modifica el Reglamento (CE) no 1907/2006.
3. Programa de seguridad química revisión 5.0 de la consejería de salud de la junta de Andalucía: D.G. Salud Pública y Ordenación Farmacéutica.
4. Programa Andaluz de vigilancia de establecimientos y servicios biocidas: Consejera de salud: Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica.
5. <https://echa.europa.eu/es/guidance-documents/guidance-on-clp>

Abreviaturas

FDS: Fichas de datos de seguridad.

AGS: Área de Gestión Sanitaria.

REACH: El Reglamento (CE) 1907/2006 relativo al registro, la evaluación, la autorización y la restricción de las sustancias y preparados químicos.

UPS: Unidad de Protección de la Salud.

Anexos

Anexo 1: Modelo de encuesta

Cuestionario sobre el uso de Productos químicos en Centros de Salud.

1. Elección y Compra	SÍ	NO
¿Están autorizados los PQ para su uso profesional?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Usa los PQ para?:		
1. ^a La limpieza de superficies (cristales, mesas, suelos, paredes)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ^a La limpieza de consultas, pasillos, utensilios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Almacenamiento de productos		
¿Existe un lugar específico para almacenar los productos químicos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Dónde?		
En caso de que exista lugar de almacenamiento (<i>Solicitar verlo</i>):		
¿Está convenientemente aislado de los trabajadores y/o usuarios?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Está correctamente ventilado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Mantiene los productos en sus envases originales?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Los envases empezados están convenientemente cerrados?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Dispone de medios para la recogida de los productos en caso de derrame accidental?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Manipulación		
3.1. Aspectos generales		
3.1.1. Requisitos personales		
¿Dispone de formación sobre productos químicos y su manipulación?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Especificar tipo de formación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.1.2. Etiquetado y fichas de datos de seguridad		
¿Se dispone de la ficha de datos de seguridad para cada producto químico existente?.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	SÍ	NO
¿Sabe qué es una FDS?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Comprende y sigue la información contenida en la etiqueta y en la ficha de datos de seguridad?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.2. Aplicación		
¿Realiza la aplicación siguiendo las instrucciones de la etiqueta en lo referente a las condiciones de uso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Come, bebe y/o fuma durante la aplicación de productos químicos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Se toman las medidas oportunas para evitar que el resto de operarios y/o usuarios se vean expuestos durante la aplicación del producto químico?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Reutiliza envases vacíos rellenándolos con productos químicos diferentes que se suministran en envases de mayor tamaño?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.3. Higiene personal		
¿Utiliza guantes durante la jornada laboral?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Después del manejo de los productos se lava bien con abundante agua y jabón las manos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Utiliza ropa exclusiva de trabajo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.4. Gestión de envases y residuos		
¿Elimina los envases mediante alguno de los sistemas autorizados de gestión?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Controla que los envases de productos químicos no se utilizan para otros usos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Observaciones

.....

.....

.....

.....

.....

Anexo 2: Trípticos



Ficha Datos Seguridad

Debe suministrársela su proveedor de forma gratuita. Lea atentamente la FDS antes de aplicar el producto químico, para actuar correctamente en caso de accidente y manipular los productos de forma segura.

Productos Químicos

Manipule los productos químicos en lugar aislado y fuera de horario de apertura. Almacene estos, siempre bajo llaves y en lugar seguro.



Inflamable

ETIQUETA

LEA LA ETIQUETA SIEMPRE. Proporciona información de seguridad del producto de forma breve y clara. En ella encontrará si el producto requiere estos símbolos



Símbolos de Peligrosidad



Corrosivo



Irritante



Comburente



Taguda-4



Peligroso para el medio ambiente



CMR. Sensibilizante Respiratorio. Peligro Aspiración

Área de Gestión Sanitaria Este de Málaga-Axarquía

PRODUCTOS QUÍMICOS EN CENTROS DE SALUD



Consejos para un uso seguro



Compra los productos en distribuidores autorizados, revisando que se encuentren en su envase original.



Nunca fumes, comas o bebas cuando estés utilizando cualquier producto químico.



Deja el producto químico en su envase original y nunca lo traspases a otros recipientes que pudieran confundirse con otros productos.



Lee cuidadosamente las instrucciones de las etiquetas, y en caso de que tengas dudas, consulta al distribuidor o a un técnico.



Guarda los productos bajo llave y en lugar seguro, protegido de las temperaturas extremas y fuera del alcance de los usuarios.



No mezcles productos químicos, pueden reaccionar violentamente y generar gases tóxicos o irritantes



Lee la etiqueta antes de eliminar el envase; devuelve el envase vacío a tu distribuidor.

Figura 1. Tríptico informativo

Anexo 3: Resultados del proyecto

RESULTADOS Y EVALUACIÓN PROYECTO LOCAL-2018

NOMBRE CENTRO SALUD: NERJA
 TIPO DE GESTION: PÚBLICA (1) PRIVADA (1)
 1
 PERFIL DEL ENCUESTADO: Operario limpieza
 1

PREGUNTAS DEL CUESTIONARIO

	1ª EVALUACION	2ª EVALUACION
	FECHA: 8/14/2018	FECHA: 8/21/2018

ELECCIÓN Y COMPRA	SÍ (1)	NO (1)	NO PROCEDE(1)	SÍ (1)	NO (1)	NO PROCEDE(1)
¿Están autorizados los PQ para su uso profesional?	1			1		
Usa los productos para:						
La limpieza de superficies (cristales, mesas,suelos,paredes)	1			1		
El mantenimiento de consultas, pasillos, utensilios	1			1		
ALMACENAMIENTO DE PRODUCTOS						
¿Existe un lugar específico para almacenar los productos químicos?	1			1		
En caso de que exista lugar de almacenamiento:						
¿Está convenientemente aislado de los trabajadores/usuarios?	1			1		
¿Está correctamente ventilado?	1			1		
¿Mantiene los productos en sus envases originales?	1			1		
¿Los envases empezados están convenientemente cerrados?	1			1		
¿Dispone de medios para la recogida de los productos en caso de derrame accidental?	1			1		
MANIPULACION						
Aspectos generales .- Requisitos personales						
¿Dispone de formación sobre productos químicos y su manipulación?	1			1		
Etiquetado y fichas de datos de seguridad						
¿Se dispone de la ficha de datos de seguridad para cada producto químico existente?	1			1		
¿Sabe qué es una FDS?		1		1		
¿Comprende y sigue la información contenida en la etiqueta y en la ficha de datos de seguridad?		1		1		
Aplicación						
¿Realiza la aplicación siguiendo las instrucciones de la etiqueta en lo referente a las condiciones de uso?	1			1		
¿Come, bebe y/o fuma durante la aplicación de productos químicos?		1			1	
¿Se toman las medidas oportunas para evitar que los operarios se vean expuestos durante la aplicación del producto químico ?	1			1		
Reutiliza envases vacíos rellenándolos con PQ diferentes que se suministran en envases de mayor tamaño?		1			1	
Higiene personal						
Utiliza guantes durante la jornada laboral?	1			1		
¿Después del manejo de los productos se lava bien con abundante agua y jabón manos y cara, o se ducha?	1			1		
¿Utiliza ropa exclusiva de trabajo?	1			1		
Gestión de envases y residuos						
¿Elimina los envases mediante alguno de los sistemas autorizados de gestión?	1			1		
¿Controla que los envases de productos químicos no se utilizan para otros usos?	1			1		

Tabla 1. Resultados y evaluación del Proyecto Local

¿Quieres trabajar con nosotros?



erodio

Formación para el empleo

**POR EXPANSIÓN DE NUESTRAS LÍNEAS
EDITORIALES SELECCIONAMOS AUTORES**

***Cientos de convocatorias se publican cada año para cubrir
plazas en las distintas Administraciones Públicas***

*Si tienes titulación académica específica, experiencia profesional
acreditada o dispones incluso de material formativo propio
relacionado con las áreas sanitaria, educación, jurídica, etc.,
escríbenos a info@edicionesrodio.com con el asunto "EDICIÓN"
y estudiaremos tu currículum o proyecto editorial*

www.edicionesrodio.com



¡AVANZANDO
CON LA REVISTA
CIENTIFICA
SANUM!

https://www.revistacientificasanum.com

SANUM
Revista Científico-Sanitaria

Número actual | Archivo | Sobre la revista | Autores

SANUM científico-sanitaria es una revista digital de publicación periódica, con artículos en áreas sanitarias profesionales. La revista publica artículos originales, inéditos; los cuales son los trabajos deben cumplir las normas de **calidad, validez y rigor científico** para promover el conocimiento científico-sanitario y de expresión de la Federación de Empleados de Comercio (FESP UGT Andalucía).

SANUM es la revista científica sanitaria y de expresión de la Federación de Empleados de Comercio (FESP UGT Andalucía).

Es una revista Open Access (OA): todos sus artículos son accesibles libremente en Commons

Indexación:
La revista se encuentra en proceso de indexación en varias bases de datos internacionales

Leer Online

ISSN: 2530-5468
Vol. 2. Núm. 3. Octubre 2018.

Editorial: Anisakis. todo lo que hay que saber para estar protegido@
Juan Carlos Díaz Conejero
Sanum. nº3, vol.2, páginas 3.

Escribe aquí para buscar

www.revistacientificasanum.com



Nueva web revista científica SANUM.

Como nuevo avance en el proceso de modernización de la revista científica SANUM y como elemento esencial de su proceso de indexación en bases de datos internacionales, nace la nueva WEB de la REVISTA, que puede consultarse desde cualquier ordenador o dispositivo móvil.

En la nueva web está disponible toda la información de la revista en línea y todos los números publicados hasta ahora como revista Open Access.

¡Consúltala!

tíficasanum.com

"Influencia enfermera y connotaciones de género en la atención sindical"

García Murciego, G.; Rebollo García, L.; Mieres Niza, I. SANUM 2019 3(3):36-51

AUTORAS

M. E. Gloria García Murciego

Enfermera. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España.

Laura Rebollo García

Enfermera. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España.

Irene Mieres Niza

Enfermera. Distrito Sanitario. Sevilla. España.

Correspondencia

M. E. Gloria García Murciego

 glomarla22siete@hotmail.com

F. recepción: 3/9/2019

F. aceptación: 14/10/2019

Palabras clave:

Género,
Información,
Confidencialidad.

Resumen

Introducción

La necesidad de investigar las connotaciones de género dentro de la acción sindical, viene dado porque en la actualidad se está produciendo un importante cambio en la sociedad con la incorporación de las mujeres a las distintas esferas de la vida laboral. El propósito de esta investigación radica en saber cuál es el grado de satisfacción de los sujetos que acuden a la sección sindical de la Unión General de Trabajadores del Área Hospitalaria Virgen Macarena en Sevilla y que son atendidos por una enfermera.

Objetivos

Conocer la satisfacción percibida por los profesionales afiliados que acuden a la sección sindical de la Unión General de Trabajadores (UGT) en el Hospital Universitario Virgen Macarena en Sevilla (HUVVM) y son atendidos por una enfermera. Identificar problemas derivados de la atención por una enfermera. Detectar puntos de mejora a partir de la identificación de la existencia de desigualdades. Ofrecer alternativas para incorporar el enfoque de género en la práctica sindical.

Metodología

Se realiza estudio descriptivo, transversal con metodología de enfoque cualitativo, durante el periodo de 2 meses. La muestra de estudio se recoge a través de 5 secuencias temporales.

1. Detección de los sujetos afiliados que acuden a la sección sindical UGT del HUVVM para recibir una información pertinente.
2. Previa información del proyecto a investigar, se le ofrece la posibilidad de participar en el trabajo, entregándole hoja de consentimiento informado.
3. Elaboración y estructuración de los grupos focales.
4. Análisis y transcripción de la información obtenida de los grupos focales.
5. Interpretación y discusión de los resultados obtenidos.

“Nurse influence and gender connotations in union care”

Abstract

Introduction

The need to investigate gender connotations within union action it is given because currently there is an important change in the society with incorporation of women into different part of working life. The purpose of this investigation consists in to know what the grade of satisfaction of people is who come to the union of Virgen Macarena Hospital and they had been attended by staff nurse.

Objectives

To know the level of satisfaction sensed by the professional affiliated with the union in Virgen del Macarena Hospital and they had been attended by staff nurse.

To identify the problems of attention given by a nurse.

To detect the improvement items based on identify of gender inequality existences.

To offer alternatives to incorporate the gender approach in union practice.

Methodology

A descriptive study is done, a transversal job with aqualitative line of investigation over 2-month completion of term. The sample of study is been collected through five time frame sequences.

- 1. Detention of the members affiliated with the union section (UGT) of Virgen del Macarena hospital to receive relevant information.*
- 2. Prior information of the project to be research, the possibility to take part in the research study is offered, providing informed consent form to client.*
- 3. Elaboration and organization of the focal groups.*
- 4. Analysis and transcription of all information achieved from focal groups.*
- 5. Interpretation and discussion of results obtained of research.*

Keywords:

*Gender,
Information,
Confidentiality.*

Resultados

Podemos determinar, según los resultados obtenidos en los grupos focales 1 y 2 que los profesionales afiliados a la sección sindical del Área Hospitalaria Virgen Macarena están de acuerdo con la atención que les ofrece el profesional de enfermería en sus demandas, mostrando plena satisfacción con el trato, tanto de la información recibida, como del trato de información totalmente confidencial que les ofrece.

Por otro lado, el grupo focal 3, al estar compuesto por profesionales no sanitarios, difieren con respecto a los grupos focales 1 y 2 alegando que en la defensa de intereses posiblemente aumentara el porcentaje para los sanitarios con respecto a los no sanitarios.

Los tres grupos focales estudiados, sin embargo, curiosamente coinciden en que se encuentran en un 99% satisfecho con la atención recibida por parte del profesional de enfermería. Ya que alegan que toda demanda quedará solo dentro del despacho de la sección sindical, cumpliendo con el principio de confidencialidad. Y, que mejor que un profesional sanitario quien tuvo que hacer un juramento hipocrático y ser fiel a su código deontológico, además de valorar, que están más que capacitados, para el afrontamiento de situaciones de crisis de los trabajadores de esta institución sanitaria.

Discusión/Conclusión

Concluimos que, gracias a la inserción de los profesionales de enfermería en las secciones sindicales, se obtienen como consecuencias más evidentes la mejora en el afrontamiento de situaciones de crisis de los trabajadores convirtiendo la actividad sindical en un vehículo para lograr la auténtica igualdad, detectando puntos de mejora a partir de la identificación de la existencia de desigualdades.

Results

We can determinate, following the result obtained in focal groups one and two that de professionals affiliated to the union on Virgen del Macarena Hospital are agree with the attention offered by staff nurse in their petitions, survey respondent show satisfaction with the treatment received, as well as the information achieved like the totally confidential behavior offered.

On the other hand, the focal group number three, which is formed by non-healthcare professional, the results are different regarding focal groups one and two who claim that possibly the defense of interest could increase the percent for health care professional regarding of non-healthcare worker.

The three focal groups who participated in this research are satisfied in a 99% with the attention given by staff nurse. They claim that all demand will remain only within the office of the union section. So, what could be better for this action than a healthcare professional who had to make and hypocritic oath and to be faithful to this deontological code. In addition, they appreciate the staff nurse skills to resolve crisis condition of workers in health care institution.

Discussion/Conclusions

We can conclude, thanks to the inclusion of staff nurse in the union section, we obtain as a more evident of consequences improvement in confrontation with crisis situation of healthcare professional making the union work as an intermediary to get the authentic gender equality, detecting points of improvement from identification of inequality existences.

*¡Trabajar en la Administración pública
es ahora más fácil!*

FISIOTERAPEUTA

www.edicionesrodio.com



Introducción

1. Justificación de la investigación

A pesar de la plena incorporación de las mujeres al mercado de trabajo, éstas participan menos que los hombres y además, en peores condiciones: representan inferiores tasas de actividad y mayores tasas de paro, tienen más inestabilidad y temporalidad en el empleo y siguen recibiendo menor salario por hora trabajada⁽¹⁾, perjuicios y tradiciones que afectan al género femenino. En los últimos cincuenta años el número de mujeres con empleos remunerados ha aumentado hasta ser prácticamente equivalente al del hombre. En el año 2004, 1200 millones de los 2900 trabajadores de todo el mundo eran mujeres, lo que representa un incremento de cerca de 200 millones de mujeres en 10 años⁽²⁾. A pesar de que, el mercado laboral está segregado desde un enfoque de género, las mujeres y los hombres se concentran en diferentes sectores, áreas y profesiones (feminizadas y masculinizadas), dando lugar a una segregación horizontal. Además, se distribuyen de forma desigual en los niveles jerárquicos de las organizaciones produciéndose una escasa presencia de mujeres en puestos de responsabilidad dando lugar a una segregación vertical⁽³⁾.

La construcción de una sociedad que incorpore entre sus necesidades y valores la igualdad efectiva de mujeres y hombres requiere de un compromiso decidido por parte de los diferentes agentes que la componen. Incorporar la igualdad entre mujeres y hombres como un valor central que impregne los comportamientos, creencias y actuaciones es una tarea que implica a todos los agentes sociales y económicos, así como al conjunto de la ciudadanía, la clave está, por tanto, en la colaboración y cooperación de todos y cada uno de estos agentes, estableciéndose mecanismos de actuación para cada uno de ellos^{(4) (5) (6)}.

La administración pública tiene una importante responsabilidad en la promoción de la igualdad real y efectiva entre mujeres y hombres ya que su función última es estar al servicio de la ciudadanía y mejorar las condiciones de vida de las personas que forman parte de ella. Los sindicatos se sitúan en una posición estratégica en el logro de la igualdad efectiva entre mujeres y hombres. Como organismos independientes que velan por el respeto de los derechos laborales de los profesionales, la igualdad de oportunidades de las mujeres y de los hombres en el mercado laboral constituye una de las prioridades^{(7) (8)}.

2. Marco teórico de la investigación.

La Ley 12/2007 para la promoción de la igualdad de género en Andalucía (BOJA 247, de 18 de diciembre) en el art. 5 recoge la transversalidad de género en los siguientes términos⁽⁹⁾:

“Los poderes públicos potenciarán que la perspectiva de la igualdad de género esté presente en la elaboración, ejecución y seguimiento de las disposiciones normativas, de las políticas en todos los ámbitos de actuación, considerando sistemáticamente las prioridades y necesidades propias de las mujeres y de los hombres teniendo en cuenta su incidencia en la situación específica de unas y otras, al objeto de adaptarlas para eliminar los efectos discriminatorios y fomentar la igualdad de género”

Frecuentemente se confunde sexo y género cuando si bien el sexo determina el género, ambos conceptos tienen significados bien distintos^{(10) (11)}.

- **Sexo:** es el conjunto de las características físicas, biológicas y corporales con las que nacen los hombres y las mujeres, son naturales y generalmente determinadas en el momento del nacimiento.
- **Género:** es el conjunto de características psicológicas, sociales y culturales, socialmente asignadas a las personas. Estas características son históricas, se van transformando con y en el tiempo y, por tanto, son modificables.

El género es un elemento constitutivo de las relaciones sociales, es una construcción social que supone un conjunto de acuerdos tácitos o explícitos elaborados por una comunidad determinada en un momento histórico determinado y que incluyen a los procesos de enseñanza-aprendizaje. También se señala que el género es una variable de base sobre la que actúan las otras dimensiones generadoras de diferencias (etnias, edad, nivel educativo, clase social, ingresos, condición rural o urbana) por lo que los frenos y transformaciones en el ámbito de género influyen en las otras y viceversa^{(12) (13)}.

Como elemento constitutivo de las relaciones sociales, el género se expresa en⁽¹⁴⁾:

- **Símbolos culturales:** visualizan las representaciones sociales de ambos sexos.
- **Conceptos normativos:** polarizan las representaciones sociales de ambos sexos.

"Influencia enfermera y connotaciones de género en la atención sindical"

- **Instituciones y políticas:** reproducen y valorizan la asignación de roles y capacidades.
- **Identidad subjetiva:** posiciona y determina el proyecto de vida de unos y otras.

Naturalización de los roles de género⁽¹⁵⁾:

- Los roles o papeles de género son comportamientos aprendidos en una sociedad, comunidad o grupo social determinado, que hacen que sus miembros perciban como masculinas o femeninas ciertas actividades, tareas y responsabilidades y la jerarquicen de manera diferenciada.
- La constante asignación social de funciones y actividades a las mujeres y a los hombres naturaliza sus roles. Esta naturalización de los atributos de género es lo que lleva a sostener que existe una relación determinante entre el sexo de una persona y su capacidad para realizar una tarea.
- Considerar como naturales los roles y las capacidades es creer que son inmutables. Reconocer y descubrir que estas características, supuestamente fijas e inamovibles, son asignaciones culturales, es lo que permite transformarlas.
- Desnaturalización de la percepción que se tiene del ser varón o mujer y reconocer que sus roles y capacidades han sido socialmente adjudicados permite pensar de otro modo los lugares que ambos pueden ocupar en la sociedad.

3. Referencias históricas

Con Florence Nigthingale nace la enfermería profesional, ella fue capaz de darse cuenta de que el amor y la dedicación no bastaban por sí mismos para fomentar la salud o curar una enfermedad, sino que la enfermería dependía de otros ingredientes esenciales tales como ciertas habilidades, experiencias y conocimientos. Nigthingale contribuyó con el estereotipo femenino, de sumisión y subordinación, al describirla como enfermera auxiliar del médico, con vocación de servir al enfermo, al médico y a la institución. Es decir, "esposas madres y empleadas domésticas" al mismo tiempo⁽¹⁶⁾, "esposa" del médico en su función como ayudante, "madre" de los pacientes en su curación y cuidado y "servidora doméstica" de las instituciones de salud. Pero no se puede culpar completamente a Nigthingale de este encasillamiento, ya que al mirar retrospectivamente los orígenes del cuidado y quienes lo ejercían a lo largo de la historia, se observa que desde las épocas

más remotas, cuando aún la sociedad estaba conformada por tribus, el cuidado de los niños, ancianos y las labores domésticas, de higiene y confort, estaba en manos de las mujeres⁽¹⁶⁾⁽¹⁷⁾.

En épocas posteriores aquellas que ejercían el cuidado más específicamente, de las personas en estados de enfermedad, eran consideradas "ayudantes" de los que ejercían la actividad de curar, que estaba en manos de los hombres que ostentaban el poder, como brujos o chamanes sacerdotes. Se señala que este tipo de cuidado circunscrito al ámbito de la mujer reduce a la esfera de lo doméstico, como un ámbito intrínseco a la mujer por lo que además a este trabajo se le ve como un trabajo no productivo, desde el punto de vista económico.

El valor social de los cuidados aplicados por las mujeres esta unido directamente al ser mujer, este valor se basa en la forma de sus experiencias vividas en su propio cuerpo, manifestando claramente en el hecho que para poder ejercer cuidado era necesario ser madre, abuela o suegra, es decir relacionado estrechamente con la maternidad⁽¹⁸⁾. Se espera entonces que quienes ejerzan el cuidado tengan ciertas características asociadas al ser madres; como abnegación, generosidad y desinterés. Estereotipos que fueron traspasados a la enfermera por ser una profesión mayoritariamente femenina incluso hasta los días de hoy⁽⁷⁾⁽¹³⁾⁽¹⁹⁾.

La primera y segunda guerra mundial fueron hitos en la historia de la humanidad que influyeron en todos los procesos y acontecimientos que vivió el ser humano, estos hechos marcaron de igual manera el avance de la mujer en el plano laboral, pues desde entonces se empezó hablar de la mujer como un componente productivo de la sociedad. Hacia los años cuarenta las enfermeras ya llevaban a cabo muchas más tareas y procedimientos como resultado de la introducción de profundas innovaciones en los cuidados de salud⁽¹³⁾.

Una vez terminada la guerra, la mujer no volvió a las labores domésticas como antes, sino que se incorporó al mundo laboral. Estos acontecimientos hicieron que la mujer adquiriera un importante papel en la sociedad, aumentando considerablemente el número de trabajadoras, pero que no implicó el desaparecimiento de las desigualdades respecto al hombre, en salarios y puestos de poder⁽⁸⁾.

Las teorías sociales de esa época influyeron sobre el acceso de las mujeres al trabajo que hasta entonces había estado cerrado a ellas. La reivindicación de las mujeres repercute claramente en la enfermería, al permitir al profesional acceder a las

diversas corrientes del conocimiento y la adquisición de un pensamiento propio. El profesional de enfermería asume la responsabilidad de formar sus propios profesionales, organizar y dirigir los servicios de enfermería e iniciar investigaciones encaminadas a incrementar su cuerpo disciplinar⁽²⁰⁾.

En los años 50, 60 y 70 del siglo XX cuando la medicina adquiere un espectacular desarrollo tecnológico, la profesional de enfermería tiene mayor acceso al conocimiento y el saber, a pesar de ser controlada por la profesión médica. Comienza una difícil adquisición de grados académicos, ya que la enfermería se percibía exclusivamente como una disciplina práctica: existiendo el temor que las enfermeras fueran eruditas y supusieran una amenaza para las jerarquías médicas.

A lo largo del siglo XX hubo un período de escasez del recursos de enfermería, ya que muchas se negaron a participar en una estructura laboral que ofrecía pocas recompensas, muchas horas de trabajo físico arduo y salarios muy bajos, además de estar sometida a una multiplicidad de roles que son vistos como intrínsecos a su condición de mujer^{(21) (22)}.

4. Antecedentes

Blázquez R, en su análisis de la enfermería desde los componentes del género, permite un razonamiento interesante, ya que aborda la problemática de género en enfermería desde los componentes de su sistema, entre lo que es posible destacar: la división sexual del trabajo en la que se otorgan las tareas y roles según sexo, que se observa a lo largo de la historia de la enfermería, en la asignación de tareas de tipo doméstico y por ende oculto, sin olvidar la sobrecarga en la multiplicidad de roles asumidas históricamente y sin reclamos. Otorgando además mayor valor, reconociéndolo como productivo, al trabajo del hombre. Reafirma la inequidad de oportunidades de acceder a cargos directivos por parte de las enfermeras no así de los enfermeros que muchas veces reciben además mejores sueldos que sus propios colegas mujeres⁽³⁾.

La influencia de género se observa en la falta de reconocimiento y las relaciones de poder asimétricas que podría deberse a la eficacia simbólica que asocia parte de los cuidados enfermeros a cualidades intrínsecamente femeninas, que le quita por tanto un valor social⁽⁷⁾. Algunos elementos que marcan el ejercicio de la enfermería, entre estos está la dualidad de lo doméstico/público y lo productivo/improductivo, donde ponen de manifiesto que al tener el trabajo de la enfermera sus orígenes en las labores

domésticas, se lo enmarca en el plano privado e invisible y es precisamente esta orientación doméstica, el factor que determina la posición social de la mujer y por extensión de la enfermería⁽¹⁰⁾.

A lo largo de la historia de la humanidad han existido relaciones dispares entre los hombres y las mujeres, provocando la desigualdad en todos los ámbitos de la vida, sobre todo en lo que se refiere a la esfera laboral, realidad a la cual las profesionales de enfermería no estuvieron ajenas, al haber estado subordinadas al profesional médico. Parte de ello es la "autonomía" que ha sido vista como un indicador de la profesionalización de la disciplina, y en enfermería ha sido identificada como una variable importante que afecta la percepción de la enfermera en relación con su satisfacción en el trabajo, los ambientes positivos de su práctica profesional y la calidad del cuidado de enfermería⁽²³⁾.

El logro de la autonomía no es solo la aplicación de técnicas específicas sin la supervisión del profesional médico, sino que involucra la toma de decisiones, la libertad de acción y la aplicación de criterios frente a los cuidados otorgados al usuario. La autonomía permite fortalecer la identidad profesional que debe resguardar frente al equipo de salud en el que trabaja, definiendo claramente su rol. La autonomía mejora el nivel profesional, desde la formación al otorgar un cuerpo de conocimientos propios, herramientas para el ejercicio independiente dentro y fuera de las instituciones, amparados por legislaciones estatales vigentes que fortalecen y resguardan su ámbito de acción, favoreciendo el logro de satisfacción en el trabajo y en el ejercicio profesional⁽²⁴⁾. Destaca el ejemplo de Chile que ha reconocido esta autonomía, en el año 1997 a través del Código Sanitario, en el libro quinto art. 133, en el cual se establece el ámbito de acción independiente y colaborativa del profesional de enfermería.

La importancia de conocer en qué medida la enfermería se ve restringida por el género y como el número de mujeres dentro de la profesión afecta a la disciplina en la posibilidad de tomar decisiones, el ingreso recibido, la valoración social y la autonomía⁽¹¹⁾.

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud), el estereotipo masculino incluye características tales como la ambición, la competitividad, la agresividad, la dominación, la racionalidad y la objetividad, mientras que el estereotipo femenino se caracteriza por la sumisión, la pasividad, la dependencia, el cuidado de los demás, la emotividad y la subjetividad, en clara referencia a atributos masculinos y femeni-

nos esperados por la sociedad, posible de extrapolar a las características de médicos y enfermeras⁽²⁵⁾. Se afirma que, el conocimiento de estos estereotipos permite a la profesión facilitar el posicionamiento y las herramientas necesarias para enfrentarse a ellos.

5. Estado actual del tema

La igualdad entre mujeres y hombres es uno de los principios universales que, si bien con la proclamación de la Ley de Igualdad se dio un paso importante y decisivo, dirigido a combatir manifestaciones de discriminación, años después se comprueba que han resultado insuficientes aún en algunos aspectos. En todo caso la igualdad de trato sigue siendo una tarea pendiente que precisa de nuevos instrumentos jurídicos y que de alguna manera puede admitir poder y privilegios para unos y otros^{(26) (27)}.

A través de los diferentes ejemplos tomados de la revisión de la literatura producida por la enfermería en las revistas de nuestro país sobre género, sus componentes y la vinculación en la práctica de la profesión enfermera reflexionaremos sobre la necesidad de contribuir a fundamentar nuestras ideas y afirmaciones en relación con la situación de modo que podamos sistematizar más nuestro conocimiento y apoyarlo en los marcos teóricos que explican el género y al posición del profesional de enfermería⁽²⁸⁾.

Los beneficios de integrar la igualdad son sobre todo la mejora de motivación y satisfacción del equipo de trabajo, por lo que se incrementa su implicación, su dedicación y compromiso con la organización, repercutiendo en una disminución de las tasas de absentismo laboral, en un incremento del rendimiento, de la calidad de los servicios y en una mejora de las relaciones entre la plantilla.

La igualdad entre las mujeres y hombres hace que se incremente el personal disponible, que mejoren las condiciones de desarrollo, tanto para las mujeres, como para los hombres y que se refuerce un empleo de calidad. Estos beneficios se traducen en un impacto positivo en la productividad de las empresas y en los indicadores económicos de un país. Proporciona un mejor conocimiento de la organización y de las aportaciones de su personal. Además implica una mejora en los procedimientos de gestión, especialmente de la gestión de los recursos humanos, ya que integrar la igualdad supone una revisión, actualización y sistematización de procedimientos. También mejoraría los indicadores relacionados con los sistemas de gestión de cali-

dad y de excelencia empresarial y por lo tanto se incrementaría la eficacia y la eficiencia del tiempo de trabajo^{(24) (26)}.

Los sindicatos necesitan la integración del profesional de enfermería entre sus miembros, ya que, aportan auténticos beneficios si se toma como referencia la amplitud de sus intervenciones: asistencial, docente, investigador y de gestión. Su desarrollo histórico desde la prima de género constata que hitos históricos han permitido a la mujer y a la enfermería conquistar espacios en la sociedad y en el campo laboral. La disciplina enfermera ha conseguido empoderarse gradualmente espacios dentro de su ámbito laboral, destacado por su autonomía.

La segregación vertical del trabajo hace que se dé más valor a la labor masculina que al femenino, esto explica que las mujeres haciendo el mismo trabajo que los varones cobren menos salario⁽²⁴⁾. Además tiene que ver con el techo de cristal, que es una barrera invisible que impide el acceso de las mujeres a los puestos de trabajo relacionados con la TDC (toma de decisiones). Esta segregación se puede observar cuando vemos que la mayoría de los puestos relacionados con el poder de decisión dentro de las instituciones sanitarias y de representación sindical estén ocupadas por menos enfermeras.

Tener como representación un profesional de enfermería dentro de las secciones sindicales, no solo amplía las respuestas a las demandas de sus afiliados, sino que también EDUCA a los profesionales que acuden a ella. La capacitación profesional del profesional de enfermería queda más que suficientemente constatada con el desarrollo de sus especialidades que, sin duda aun ahonda más en la capacidad de respuesta de futuras cuestiones de los afiliados.

Metodología

1. Estrategia de investigación

1.1. Objetivo general

Conocer la satisfacción percibida por los profesionales afiliados que acuden a la sección sindical de la Unión General de Trabajadores (UGT) en el Hospital Universitario Virgen Macarena en Sevilla (HUVVM) y son atendidos por una enfermera.

1.2. Diseño

Estudio descriptivo y transversal con metodología de enfoque cualitativo, se realizará durante el período comprendido entre los días primeros del mes de abril del año 2019 y los días finales del mes de mayo del año 2019.

1.3. Objetivos específicos

Identificar problemas derivados de la atención por una enfermera.

Detectar puntos de mejora a partir de la identificación de la existencia de desigualdades.

Ofrecer alternativas para incorporar el enfoque género a la práctica sindical.

1.4. Población y ámbito de estudio

La población diana estará compuesta por unos números limitados de hombres y mujeres trabajado-

res en el AHVM (Área Hospitalaria Virgen Macarena) y afiliados de la sección sindical UGT (Unión General de Trabajadores).

1.5. Acceso a la población de estudio

Detección de los sujetos afiliados que acuden a la sección sindical de UGT del AHVM para recibir una información pertinente. En esta fase se procedió a realizar una búsqueda en la base de datos de nuestra sección sindical para detectar que profesionales son afiliados de forma activa, saber sus categorías profesionales y su ámbito laboral para planificar la forma de contactar con ellos.

La selección de la muestra, se hizo de tres formas entre los distintos profesionales:

1. 50% búsqueda en su lugar de trabajo.
2. 35% previa llegada a la sección sindical (presencia física).
3. 15% por contacto telefónico para que acuda a la sección sindical.

Elaboración y estructuración de los grupos focales:

CRONOGRAMA	GRUPO 1	GRUPO 2	GRUPO 3
AFILIADOS	SANITARIOS (MÉDICOS)	SANITARIOS (DE, MATRONA, FISIOT., TÉC. ESP, TCAES)	NO SANITARIOS
Nº PROFESIONALES*	3	6	4
HORARIOS**	18-20H	16-18H	17-19H
FECHA	17/ABRIL/2019	30/ABRIL/2019	8/MAYO/2019
LUGAR***	CAFETERÍA	CAFETERÍA	CAFETERÍA
MEDIOS****	PAPEL/BOLÍGRAFOS	PAPEL/BOLÍGRAFOS	PAPEL/BOLÍGRAFOS

* Se intentó establecer 6 profesionales por cada grupo focal. Es por ello, por lo que solo los sujetos que se reflejan aprobaron su participación en el proyecto.

** Se estableció diferentes horarios por petición de los colaboradores.

*** Se establecían el mismo lugar (próximo al AHVM) para evitar un traslado extra del sujeto a otras dependencias.

**** El medio de recogida de los datos fue a través de preguntas abiertas previamente establecidas encauzada con el cumplimiento de los objetivos. 2 de cada 3 no autorizaron a ser grabados ni por audio ni por ningún otro medio, es por ello por lo que se recogió por escrito cuanta información aportaron.

1.6. Criterios de inclusión

- Profesionales afiliados a la sección sindical UGT del AHVM.
- Sujetos que se encuentren activo en el AHVM.
- Profesionales que querían colaborar en el proyecto de investigación.
- Profesionales de lengua castellana.

1.7. Criterios de exclusión

- Aquella que se aleje de los criterios de inclusión.

1.8. Técnicas a utilizar en la recogida de datos/información

- La recogida de datos se recogerán mediante una explotación de la base de datos del programa GERONTE sobre el perfil de la muestra en estudio para detectar las barreras y limitaciones del género y su impacto en la sección sindical.
- Se realizan entrevistas individuales en situaciones de trabajo, promoción, conciliación de la vida familiar y personal, etc. Y también entrevistas en profundidad a modo de estudio de caso, profundizando en los tipos de situación presentados y en los factores determinantes, si existieran, de la desigualdad (ANEXO II).
- Previa información de los propósitos del presente estudio. Se entregó consentimiento informado (Anexo 1).

1.9. Análisis de los datos/información

Análisis y transcripción de la información obtenida de los grupos focales: En este apartado, más dificultoso, se transcribió toda la información que se adquiría a través de acortamiento de frases para intentar aportar una mayor información en un tiempo limitado realizando un análisis del contenido, interpretando la información. Dándole vital importancia a la descripción con el objetivo de construir un documento coherente.

2. Limitaciones del estudio

Dificultades para reclutar a la muestra seleccionada. Connotaciones políticas y repercusiones la-

borales percibidas por los participantes. Negativa a ser grabados durante la entrevista en las diferentes sesiones.

3. Consideraciones éticas

Uno de los requerimientos indispensables ha sido firmar el consentimiento informado (Anexo I), así como garantizar la seguridad de los datos susceptibles de tratamiento y el uso posterior de éstos datos según la LOPD (Ley Orgánica de Protección de Datos).

Resultados

Según los resultados obtenidos podemos determinar que los profesionales afiliados a la sección sindical del AHVM están de acuerdo con la atención que le ofrece el profesional de enfermería en sus demandas. Esto implica que el 90% de los encuestados muestran una satisfacción con el trato tanto de la información recibida como del trato de información totalmente confidencial que les ofrecen estos profesionales de enfermería. Con esto podemos determinar que la inserción de estos profesionales en las secciones sindicales, la institución sanitaria hospitalaria está perdiendo parte de los recursos humanos con potencial para trabajar, desaprovechando la formación, las capacidades y las habilidades de todos los trabajadores que se encuentran en nuestra área. Aunque en términos relativos las diferencias salariales siguen un curso discretamente ascendente, aun queda mucho por avanzar en este sentido⁽⁵⁾.

En el empleo público, en general y en el Servicio Andaluz de Salud, están desaprovechando esta oportunidad de contar con los conocimientos de los profesionales de enfermería en la resolución de los conflictos que generan los trabajadores de una institución sanitaria. El presente estudio muestra una vez más que; el profesional de enfermería está más que capacitada para el afrontamiento de situaciones de crisis de los trabajadores de una institución. La respuesta que le ofrece no discrepa sobre la confidencialidad de sus intervenciones que, por su secreto profesional aguarda aún más, la Ley de Protección de Datos.

Del mismo modo, el tener un referente sindical en sus puestos de trabajo les hace tener una mayor tranquilidad en la ejecución de su jornada laboral, ya que no solo le aguarda un respaldo a sus posibles intervenciones sino que se encuentra en un estado

de seguridad. Curiosamente el grupo focal 1 y grupo focal 2 al estar compuesto por profesionales sanitarios, ven acertada que el profesional de enfermería se encuentre dentro de una sección sindical ya que aboga por los derechos de los sanitarios y, en todas sus maneras aboga por la mejoría en cada intervención.

Por otro lado, el grupo focal 3 al estar compuesto por profesionales no sanitarios, difiere con respecto a los grupos focales 1, 2. Puesto que alegan que en la defensa de intereses posiblemente aumentara el porcentaje para los sanitarios con respecto a los no sanitarios

Incorporar la perspectiva de género en el trabajo sindical significa, aceptar la realidad y las consecuencias de la desigualdad⁽⁶⁾. En el grupo focal 3, en algunas de sus frases:

"...La mujer es el poder detrás del trono...."; "...las mujeres no quieren ser dirigentes, aun cuando se les dé la oportunidad..." o incluso "...no podemos cumplir con una representación proporcional por que las mujeres no quieren asistir a las reuniones..."

Quedan al descubierto la no aceptación de la incorporación de un profesional sanitario dentro de la sección sindical (por conflicto de intereses), aunque reconocen que el profesional de enfermería tiene una visión más amplia dentro de las maneras de intervenir en sus problemas.

Discusión/Conclusiones

Con respecto al objetivo propuesto de conocer la satisfacción percibida por los profesionales afiliados que acuden a nuestra sección sindical UGT del AHVM y son atendidos por una enfermera, observamos que los 3 grupos focales estudiados se encuentran en un 99% satisfecho con la atención recibida por parte del profesional de enfermería. Ya que alegan que toda demanda quedará solo dentro del despacho de la sección sindical, cumpliendo con el principio de confidencialidad. Y, que mejor que un profesional sanitario quien tuvo que hacer un juramento hipocrático y ser fiel a su código deontológico.

En cuanto a detectar puntos de mejora a partir de la identificación de la existencia de desigualdades, el grupo focal 1 y 2 incorpora que la actuación que, el profesional de enfermería que se encuentre en la sección sindical represente sólo al personal sa-

nitario. Delegando a los otros miembros de la sección las cuestiones de los posibles incidentes que pudieran acontecer para el personal no sanitario.

Sobre otro de los objetivos específicos que nos hemos marcado como; identificar alternativas para incorporar el enfoque género a la práctica sindical, matizar que, integrar una perspectiva de género implica cambiar actitudes, ver cosas desde otros ángulos, tener en cuenta el punto de vista y las preocupaciones de forma visible en todos los aspectos, convirtiendo las actividades sindicales en un vehículo para lograr la autentica igualdad. Entre ellos se destacan:

- Participar en conferencias sindicales con representante de la sección sindical a la cual pertenece.
- Elaborar cuestionarios específicos sobre las preocupaciones de los trabajadores dentro del plano laboral para abordar en su totalidad o parte de ella.

Artículos como el presente, nos lleva a concluir que, gracias a la inserción de los profesionales de enfermería en las secciones sindicales, se obtienen como consecuencias más evidentes la mejora en el afrontamiento de situaciones de crisis de los trabajadores convirtiendo la actividad sindical en un vehículo para lograr la auténtica igualdad, detectando puntos de mejora a partir de la identificación de la existencia de desigualdades.

Dicussion/Conclusions

Regarding the proposed objective of knowing the satisfaction perceived by the affiliated professionals who come to our UGT union section of the AHVM and are helped by a nurse, we observe that the 3 focus groups studied are 99% satisfied with the attention received; since they claim that all demand will remain within the office of the trade union section, in compliance with the principle of confidentiality. What better than a healthcare professional that had to take a Hippocratic Oath and be faithful to their ethics code.

Regarding the detection of improvement points based on the existence of inequalities, focus group 1 and 2 incorporates that the nursing professional in the trade union section only should represent the health personnel. They should delegate to the other members of the

section the issues of possible incidents that occur for non-health personnel.

Another specific objective that we have marked is to identify alternatives in order to incorporate the gender approach to the trade union practice. To clarify that, integrating a gender perspective implies changing attitudes, seeing things from other angles, taking into account the different points of view and concerns visibly in all aspects, turning union activities in a vehicle to achieve authentic equality. Some of them are the following:

- Participate in trade union conferences with a representative of the union section to which he belongs.
- Prepare specific questionnaires about workers' concerns within the workplace.

Articles like this lead us to conclude that, thanks to the insertion of nursing professionals in the trade union sections we obtain better results in crisis situations of workers, turning union activity into a vehicle to achieve authentic equality, detecting points of improvement from the identification of the existence of inequalities.

Declaración de transparencia

La autora principal (defensora del trabajo) asegura que el artículo es honesto, adecuado y transparente, que ha sido enviado a la revista científica SANUM, que no ha excluido aspectos importantes del estudio y que las discrepancias del análisis se han argumentado, siendo registradas cuando éstas han sido relevantes.

Este trabajo ha sido aceptado por la Secretaría Técnica del Comité de Ética de investigación del H. U. Virgen Macarena de Sevilla.

Fuentes de Financiación

Ninguna.

Conflicto de Intereses

No existe conflicto alguno de intereses entre los autores de este estudio. El artículo enviado no se ha presentado como comunicación oral o póster en ningún congreso.

Agradecimientos

A los participantes en el estudio y a mi familia, cuyo tiempo les he quitado, a quienes brindo este esfuerzo por su comprensión y apoyo.

BIBLIOGRAFÍA

1. BLÁZQUEZ RODRIGUEZ, M.I. (2008) "Los componentes de género y su relación con la enfermería". *Índex de Enfermería* 14(51); 50-54.
2. CANALS, J. (1998). *Cuidar y curar*. Trabajo Social y Salud. N° 29:191-199.
3. CANO-CABALLERO GÁLVEZ, M.D. (2004). "Enfermería y género tiempo de reflexión para el cambio". *Índex de Enfermería* 13 (46); 34-39.
4. CASTAÑEDA ABASCAL, ELENA. (2007). "Reflexiones teóricas sobre las diferencias en salud atribuibles al género". *Revista Cubana Salud Pública* (2) 10-33.
5. CHAMIZO VEGA, C. (2004). "La perspectiva de género en Enfermería; comentarios y reflexiones". *Índex de Enfermería* 13 (46); 40-44.
6. COLLIER COLLIERE, M. (1993). *Promover la vida*. Madrid. Ed. McGraw-Hill.
7. DONAHUE, P. (1995). *Historia de la Enfermería*. Madrid. Ed. Mosby.
8. FAJARDO TRASOVARES, M E. GERMÁN BES, C. (2004). "Influencia del género en el reconocimiento de los cuidados enfermeros visibles e invisibles." *Índex de Enfermería* XIII (46): 9-12.
9. GARCÍA BAÑÓN, M. SAINZ OTERO, A. BOTELLA RODRÍGUEZ, M. (2004). "La enfermería vista desde el género". *Índex de Enfermería* N° 13 (46); 45-48.
10. GERMÁN BES, C. (2004). "Género y Enfermería". *Índex de Enfermería* 23(46); 07-08.
11. GISELA BOCK (1991). *La historia de las mujeres y la historia del género; aspectos de un debate internacional*. Historia Social. ISSN 0214-2570, N° 9, Pág., 55-78.
12. LUNA, L. (2008). "La historia feminista del género y la cuestión del sujeto".
13. MAZARRASA, L. (2000). "Sexismo en las profesiones sanitarias". *Diálogos*. 43 (23): 15-19.
14. PAZOS MORÁN, MARÍA (2007): "De las estadísticas de género a la inclusión de la perspectiva de género en el sistema estadístico; mandatos de la Ley de Igualdad". *Índice* (23); 8-9.

15. PRIETO, MA.(2002) "Relaciones De empleo en Enfermería". *Metas de Enfermería*. 5(2); 62-65.
16. SILES GONZÁLEZ, J. (2004). "La construcción social de la Historia de la Enfermería". *Índex de Enfermería* 13 (47): 07.10.
17. SIMOES, JOAQUÍN, AMANCIO, LIGIA. (2004). "Un estudio sobre la minoría masculina. Sociología". N°44, pág. 71-81. ISS 0873-6529.
18. Consejería de Economía y Hacienda. Junta de Andalucía. *Informe de Evaluación de Impacto de Género en el Presupuesto 2009*. <http://www.juntadeandalucia.es/economiayhacienda/servicios/genero/informe.htm>
19. Directiva 2006/54/CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 5 de julio de 2006, relativa a la aplicación del principio de igualdad de oportunidades e igualdad de trato entre hombres y mujeres en asuntos de empleo y ocupación (refundición). www.mityc.es/NR/rdonlyres/F7C633FS-9C30-4F22-9BAD-E7F891033979/0/70directiva200654cepdf
20. Departamento Confederal de UGT sobre Mujer Trabajadora. <http://www.ugt.es/Mujer/mujer.html>
21. Género y Convenios de OIT. http://portal.oit.or.cr/index.php?option=com_staticxt&staticfile=genero/convenios.pdf
22. Instituto Andaluz de la Mujer. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. www.juntadeandalucia.es/institutodelamujer/
23. Instituto de la Mujer. www.migualdad.es/mujer/
24. Ley 12/2007, de 26 de noviembre, para la promoción de la igualdad de género en Andalucía www.juntadeandalucia.es/institutodelamujer/IMG/pdf/LEY_IGUALDAD-2pdf
25. Ley orgánica para la igualdad efectiva de mujeres y hombres www.boe.es/boe/dias/2003/12/03/pdfs/A43187-43195pdf
26. LOGRAR LA IGUALDAD DE GÉNERO. (Enero 2008). Confederación Sindical Internacional. "Los sindicatos en un mundo cambiante".
27. Ministerio de Igualdad. www.migualdad.es
28. ONU, Beijing 1995. Informe de la IV Conferencia, Declaración y Plataforma para la Acción <http://www.onu.org/documentos/confmujer.htm>
29. Organización Internacional del Trabajo. http://www.ilo.org/global/Themes/Equality_and_Discrimination/GenderEquality/lang--es/index.htm

RECURSOS WEB

DISTRIBUIMOS A LOS PRINCIPALES PUNTOS DE VENTA

¡Pregunta en tu librería de confianza!

eRodio
Formación para el empleo



Anexos

Anexo 1: Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

Estimado Sr. /Sra. Antes de proceder a la firma del consentimiento informado, le ruego, lea detenidamente la siguiente información cuyo propósito es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por Gloria García. El objetivo de este estudio es conocer la satisfacción percibida por los profesionales afiliados que acuden a la sección sindical UGT del AHVM así como identificar problemas derivados de la atención sindical desarrollada por una enfermera, detectar puntos de mejora en la acción sindical desarrollado por mujeres y ofrecer alternativas para incorporar el enfoque género a la práctica sindical.

La participación en este estudio es completamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Los objetivos, inconvenientes, molestias o cualquier otra información que usted requiera le serán facilitados por el investigador principal, para darle la oportunidad de tomar la decisión de participar o no en el mismo. Si está de acuerdo en participar, tiene la libertad de retirarse en cualquier momento sin tener que dar explicación alguna. Si decide retirarse o no participar continuará atendiéndosele con el mejor medio disponible. Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento.

Sus datos serán tratados con la más absoluta confidencialidad según lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal. De acuerdo a lo que establece la legislación mencionada, usted puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos, para lo cual deberá dirigirse al investigador responsable del estudio Gloria García Murciego.

Yo D.....

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Gloria García Murciego.

He sido informado (a) de que el objetivo de este estudio es:

Conocer la satisfacción percibida por los profesionales afiliados que acuden a la sección sindical UGT del AHVM así como identificar problemas derivados de la atención sindical desarrollada por una enfermera, detectar puntos de mejora en la acción sindical desarrollado por mujeres y ofrecer alternativas para incorporar el enfoque género a la práctica sindical.

Me han indicado también que tendré que responder preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente _____ minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree consecuencia alguna para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a _____ al teléfono _____.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a _____ al teléfono anteriormente mencionado.

Y presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha

(En letras de imprenta)

OPOSICIONES

JUNTA DE ANDALUCÍA

¡¡TOTALMENTE
ACTUALIZADA!!

**NUEVA
EDICIÓN**



¡PÍDELOS EN TU LIBRERÍA!

Ser funcionario o acreditar tu experiencia profesional es ahora más fácil ¡Conócenos!

www.edicionesrodio.com



Anexo 2: Entrevista semiestructurada no estandarizada para los diferentes grupos

Aspectos a tener en cuenta

A todos los entrevistados, es decir, a todos los grupos (1, 2 y 3) se le entrevistó a través de una entrevista estructurada. Esto implica que, se le realiza la misma pregunta con la misma formulación y en el mismo orden. El "estimulo" es importante igual para todos los entrevistados. Este, sin embargo, tiene plena libertad para manifestar su respuesta. En definitiva se trata de un cuestionario de preguntas abiertas. Debemos indicar que, si bien la pregunta no compromete la libre manifestación del entrevistado, y aunque el entrevistador tenga cuidado en «dejar hablar al entrevistado», el simple hecho de plantear las mismas preguntas en el mismo orden a todos los entrevistados introduce un fuerte elemento de rigidez en la dinámica de la entrevista.

Preguntas a realizar

Son las siguientes y en el mismo orden;

1. **¿Qué opináis sobre el profesional de enfermería, dentro del sistema de salud?** *Con esta pregunta te da pie a lo que piensa cada grupo del profesional en enfermería. P1*
2. **¿Qué consideración tenéis sobre que la enfermera forme parte de la acción sindical?** *Aquí, a los entrevistados se le posiciona sobre sus preferencias en que el usuario afiliado al sindicato, sea atendido por una enfermera. P2*
3. **¿Cuáles son vuestras experiencias y/o vivencias sobre que le atienda una enfermera para la resolución de un problema?** *Con esta pregunta que va en consonancia de la pregunta nº 2, sitúa al entrevistador en dos planos: En un primer plano se trata de determinar si ha sido atendido por una enfermera y en segundo plano (y, no por ello menos, importante) descubrimos (en caso afirmativo) la experiencia del mismo.*

NOTA: Con la realización de la pregunta nº 2 y 3, se trata de conocer la satisfacción percibida por los

profesionales afiliados que acuden a nuestra sección sindical UGT (objetivo general) **P3**

4. **¿Pensáis que la mujer puede gestionar una gerencia?** En caso afirmativo; **¿Y, si es enfermera?** En caso negativo; razona tu respuesta. *Con estas preguntas, tratamos de señalar la opinión que tienen los entrevistados sobre género, al mismo tiempo que identificamos sus desigualdades. (Objetivo específico) P4*
5. **¿Es importante la enfermera dentro de la acción sindical?** Explícalo. *En este espacio, da origen a la identificación de alternativas para incorporar el enfoque de género a la práctica sindical. (objetivo específico) P5*

Estructuración de la entrevista

Se realizó en 3 fases:

FASE DE PRESENTACIÓN: Con la presentación de los entrevistadores se consigue que los participantes se muestren confiados en quien le está atendiendo.

Mostrando una cercanía que facilitará la participación de la entrevista. En este apartado, valoramos la observación como punto de inicio para la puesta en marcha de la entrevista. Detectando cuales son los mecanismos tanto físicos como ambientales que puedan perturbar dicha entrevista.

FASE DE INTERVENCIÓN: Dispuesto según cronograma, se comienza con la realización de las preguntas nº 1, 2, 3, 4 y 5. En ese orden.

FASE DE FINALIZACIÓN: Despedida y cierre.

Limitaciones en la entrevista

- Perturbación de la fluidez y de la espontaneidad de la conversación: la traducción dificulta la comunicación entre el moderador y los participantes.

- “Interpretación” más que “traducción”: con mucha frecuencia, el papel del intérprete no se limita a hacer una traducción entre los dos idiomas. Suele haber una interpretación del sentido y se añade información adicional. En el papel de “traductor” el intérprete transmite conocimientos sobre una u otra práctica.

Sin embargo, esta información no siempre es objetiva y fiel al contexto de la población (el intérprete no tiene por qué pertenecer a la misma clase social, al mismo sexo ni a la misma etnia). Ahora bien, este interlocutor adicional debe también ser capaz de ofrecer una traducción que haga justicia de los distintos puntos de vista expresados.

Visto las aclaraciones oportunas por no contar con los problemas de confidencialidad, se decidió no ir a un traductor aunque si contar con un secretario que cumple las funciones de apuntador. Siempre y cuando me dieran el permiso de hacerlo.

Problemas de confidencialidad

La colaboración con un intérprete y/o secretario puede plantear inconvenientes en el ámbito de la confidencialidad, ya que éste escucha información. Este problema es especialmente delicado en el caso del SIDA (Síndrome de inmunodeficiencia adquirida), por ejemplo, ya que esta enfermedad sigue implicando vergüenza y sospecha de “culpa”.

El peligro es que se revele al intérprete información que, en principio, es confidencial. Si bien se suele desaconsejar la presencia de intérpretes por las razones presentadas más arriba, el acompañamiento de un intérprete es a veces indispensable para permitir interactuar, observar y conversar con la población. Es importante tomar ciertas precauciones para limitar las perturbaciones relacionadas con el uso de un intérprete. Es por ello por lo que se les pregunta a los entrevistados si están conforme que me acompañe un secretario.

Recursos humanos y materiales

- Dos personas: (entrevistadora y secretario).
- La tabla de pregunta (preparada previamente).
- Material para tomar notas (indispensable. Bolígrafo y papel).
- Cámara de fotos / Grabadora (no me dieron el consentimiento para preservar su confidencialidad).



Competencias Sanitarias

— Colección —

TEMARIOS GENERALES

Rodio
ediciones
Formación para el empleo

Actuación de Enfermería Quirúrgica ante las exploraciones pediátricas oftalmológicas (Retinoblastoma)

Cárcamo Escasúa, V.; Pozo Rubio, M.T. SANUM 2019 3(3):52-58

AUTORAS

Vanessa Cárcamo Escasúa

M^a Teresa Pozo Rubio

Enfermeras del Servicio de Oftalmología. Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla. España

Autora de correspondencia:

Vanessa Cárcamo Escasúa

 intensiva2007@hotmail.es

F. recepción: 1/9/2019

F. aceptación: 14/10/2019

Resumen

Introducción

Mediante las exploraciones oftalmológicas pediátricas y el sistema RetCam3, se pueden diagnosticar y documentar diversas patologías oculares propias de la infancia, como cataratas congénitas, retinopatía del prematuro, enfermedad de Coats, y el **retinoblastoma**^(1,3).

Con este trabajo se pretende describir los cuidados de enfermería necesarios para que los pacientes sometidos a estas exploraciones no presenten posibles complicaciones derivadas de la técnica, asegurando su bienestar y seguridad.

Resultados

Con la aplicación del protocolo de actuación enfermera, ninguno de los pacientes analizados presentó **complicaciones derivadas de la técnica durante la exploración**, ni en las revisiones posteriores en hospitalización y consulta.

Discusión/Conclusiones

A pesar de que los datos recogidos son referidos al año 2018, la aplicación de este procedimiento viene siendo utilizada, de forma exitosa, por el equipo de enfermería de la Unidad durante la última década, por lo que un análisis en los años venideros que reafirme los datos obtenidos resulta deseable como futura línea de investigación.

Palabras clave:

Retinoblastoma.

Enfermería Quirúrgica.

Oftalmología.

Surgical Nursing actions during pediatric ophthalmological examinations (Retinoblastoma)

Abstract

Introduction

Thanks to pediatric ophthalmological examinations and the RetCam3 system, several childhood eye diseases can be diagnosed and documented, such as congenital cataracts, retinopathy of prematurity, Coats disease, and retinoblastoma.

This article aims to describe the necessary nursing care to avoid patients undergoing these examinations suffering possible complications derived from the technique, ensuring their well-being and safety.

Results

With the application of the nursing action protocol, none of the patients analyzed showed complications derived from the technique applied during the examination or in subsequent revisions either on hospitalization or in consultation rooms.

Discussion/Conclusions

Although the data collected refer to year 2018, the application of this procedure has been successfully performed by the Unit's nursing team during the last decade, so an analysis in the coming years that reaffirms the obtained data is desirable as a future line of research.

Keywords:

Retinoblastoma.

Perioperative Nursing.

Ophthalmology.

CELADOR
de Instituciones
— Sanitarias —

CELADOR
de Instituciones
— Sanitarias —

Competencias en la movilización
y traslado de pacientes, material
y residuos sanitarios



Manual acerca de las "Competencias del Celador en la movilización y traslado de pacientes, del material y de los residuos sanitarios". Versa, entre otros asuntos, de la dinámica corporal en la movilización de enfermos, el material e instrumental de uso frecuente, las técnicas principales de movilización y traslado de los pacientes, así mismo las técnicas para asegurar la inmovilización de pacientes en los casos de agitación u otro tipo de alteración que pueda suponer situaciones de peligro o de inseguridad para el paciente, así como asegurar el bienestar del paciente en los centros hospitalarios ante la necesidad de traslado o movilización de los mismos.

Rodio

www.temariooposiciones.com

¡Síguenos! 

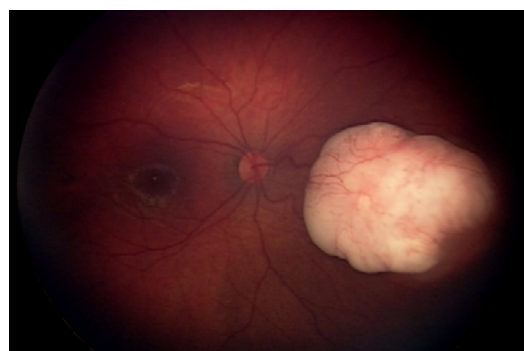
Introducción

El retinoblastoma deriva de la transformación maligna de los fotorreceptores y en más del 50% de los casos, su primer signo es la **leucocoria** seguida del **estrabismo**. La leucocoria representa siempre un signo alarmante en los niños y también suele aparecer en casos de cataratas congénitas, enfermedad de Coats, retinopatía de la prematuridad, entre otras.

Este tumor aparece antes de los 2 años de edad y 95% se diagnostica antes de los 5 años. El pronóstico está directamente relacionado con la edad al diagnóstico. En etapas tempranas la supervivencia llega a alcanzar 85 a 98%⁽³⁾.

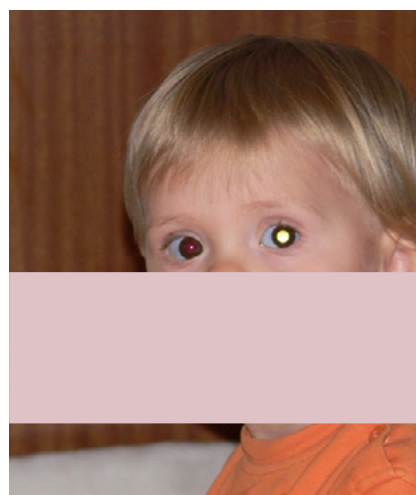
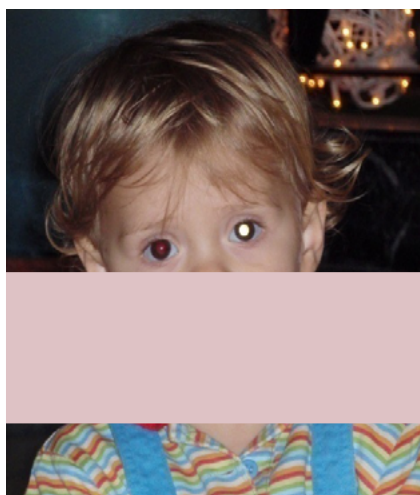
Mediante las exploraciones oftalmológicas pediátricas y el sistema RetCam3, se pueden diagnosticar y documentar diversas patologías oculares propias de la infancia, como cataratas congénitas, retinopatía del prematuro, enfermedad de Coats, y el **retinoblastoma**. Éste último es el **tumor congénito intraocular maligno más frecuente en niños** y requiere de una adecuada atención multidisciplinar, ya que su pronóstico depende de un diagnóstico y tratamiento precoz⁽³⁾.

Dichos procedimientos se llevan a cabo en quirófano bajo anestesia general ya que los pacientes, además de una dilatación pupilar completa, precisan permanecer lo más inmóvil posible y seguir una serie de instrucciones^(2,4). Todo ello resulta muy complicado debido a su corta edad y entendimiento.



Imágenes de retinoblastoma

Revisando la literatura, actualmente existen pocos registros del papel de la enfermería quirúrgica



Leucocoria o pupila blanca en pacientes con retinoblastoma

ante dichas exploraciones, de ahí el interés por profundizar en el tema y dar a conocer nuestra labor para beneficio de otros profesionales.

El trabajo de enfermería consiste en garantizar la calidad de los cuidados, al intervenir en todas las etapas del proceso^(5,6):

- Recepción de la familia y el paciente.
- Durante la exploración.
- Acompañamiento a la Sala de Despertar.

El H. U. Virgen Macarena, de Sevilla es Centro de Referencia Nacional (CSUR) de tumores intraoculares en la infancia (Retinoblastoma) desde 2008 y tumores intraoculares del adulto.



Caja de exploraciones pediátricas, blefaróstatos y ganchos de Urrets-Zavalía

Objetivos

- Describir los cuidados de enfermería necesarios para que los pacientes sometidos a estas exploraciones no presenten posibles complicaciones derivadas de la técnica, asegurando su bienestar y seguridad.
- Establecer un protocolo de actuación, para llevar a cabo la técnica de la forma más segura posible.



Material y método

Se presenta un análisis retrospectivo de 66 exploraciones, efectuadas durante el año 2018 en el Quirófano de Oftalmología del Hospital Universitario Virgen Macarena bajo anestesia general, a pacientes con diagnóstico de retinoblastoma intraocular con edades comprendidas entre los 0 y los 6 años.

Al paciente sometido a una exploración quirúrgica oftalmológica se le aplica un plan de atención de enfermería, consiguiéndose la disminución de posibles complicaciones. Para ello, el protocolo de enfermería es el siguiente:

1. Preparación de material y aparataje para la realización de la técnica de exploración:

- **Colirios:** midriáticos, antibióticos, corticoides, antiinflamatorios, anestésicos..
- **Caja de exploraciones pediátricas:** instrumental estéril compuesto por blefarostatos de colibrí de distintos tamaños y dos indentadores o ganchos de Urrets-Zavalía.

- **Lupa oftalmológica** pediátrica 30D.
- **Oftalmoscopio** indirecto inalámbrico (Keeler).
- **Solución Salina Balanceada** (BSS) o Ringer Lactato, para irrigación corneal externa durante la exploración con oftalmoscopio (evitando posibles úlceras corneales).



Lupa oftalmológica pediátrica y oftalmoscopio

Actuación de Enfermería Quirúrgica ante las exploraciones pediátricas oftalmológicas (Retinoblastoma)



Solución Salina Balanceada (BSS) y Ringer Lactato

- **Sistema RetCam3:** consiste en una cámara de vídeo con unas lentes de diferentes aumentos que, apoyados en el ojo del paciente, obtiene imágenes de gran calidad de la retina y el nervio óptico (30°-80°-130°)
- **Viscotears gel oftálmico 2 mg/g** (cuyo principio activo es el carbómero), para proteger la córnea del paciente al apoyar las lentes.
- **Gasas y alcohol** para limpiar las lentes del RetCam3 tras su uso.
- El Sistema RetCam3 permite a su vez realizar vídeos de 2 minutos de duración, así como la **angiografía fluoresceínica** para detectar lesiones vasculares durante la exploración en quirófano.

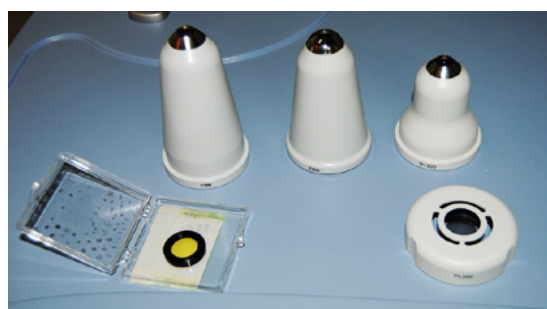


2. Actuación de enfermería en antequirófano:

- **Recepción del paciente y familia:** presentarse y explicarle qué se le va a hacer.
- **Realizar listado de verificación quirúrgica a los padres:** identificación inequívoca del paciente, ayunas, alergias, ojo/s a explorar, estado del niño en los días previos (si ha presentado fiebre, secreciones, etc.)
- **Administrar los colirios necesarios para la exploración en el siguiente orden:** anestésico doble, fenilefrina al 2,5% y ciclopléjico

3. Actuación enfermera en quirófano:

- **Colocación del paciente en mesa quirúrgica:** posición de decúbito supino.
- **Monitorización del paciente:** pulsioxímetro, electrodos, tensión arterial...
- **Canalización de vía endovenosa.**



- **Colaboración** con Anestesiólogo.
 - **Vigilancia constante del paciente:** temperatura (manta térmica, sonda sensor temperatura prematuros), puntos de presión.
 - **Cuidados necesarios para la seguridad y bienestar del paciente:** protección de oídos con gasas para evitar otitis por la irrigación continua de la córnea, capelina y fijación de la cabeza para reforzar la inmovilización.
 - **Colaborar con el médico en la exploración:** irrigación continua de la córnea para mantenerla húmeda con solución salina balanceada durante la exploración con lupa y oftalmoscopio. Aplicación del gel protector corneal (Viscotears) al apoyar las lentes del Retcam3. Aportar el material necesario para la exploración (blefaróstatos, indentadores, hemostetas, gasas, etc.) y ayuda ante cualquier eventualidad.
 - En caso de **enucleación**, realizar limpieza exhaustiva del lecho quirúrgico y de la prótesis, aplicación de colirio antibiótico y recolocación de prótesis.
4. **Actuación enfermera postquirúrgica:**
- **Acompañar al paciente** a la Unidad de Recuperación Postanestésica (URPA)
 - **Comunicación de incidencias en URPA:**
 - Intervención realizada.
 - Tipo de anestesia.
 - Existencia de drenajes, vías, sondas, etc.
 - Problemas durante la cirugía o anestesia.
 - Alergias, enfermedades previas.
 - Observaciones especiales o intervenciones recomendadas.

RESUMEN: plan de atención de enfermería que se aplica a dichos pacientes:

- **Preparación de material y aparataje.**
- **En antequirófono:**
 1. Recepción del paciente y familia.
 2. Realizar listado de verificación quirúrgica a los padres.
 3. Administrar colirios necesarios.
- **En quirófono:**
 1. Monitorización del paciente.
 2. Canalización de vía endovenosa.
 3. Colaboración con anestesia.

4. Vigilancia del paciente
 5. Verificar la seguridad y bienestar del paciente
 6. Colaborar con el médico en la exploración.
 7. En caso de enucleación, realizar limpieza y recolocación de prótesis.
- **Actuación postquirúrgica:**
8. Acompañar al paciente a URPA y comunicación de incidencias.

Resultados

Ninguno de los pacientes analizados presentó **complicaciones derivadas de la técnica durante la exploración**, ni en las revisiones posteriores en hospitalización y consulta.

Tampoco presentaron complicaciones relacionadas con las condiciones intrínsecas de someterse a un ambiente quirúrgico. Destacando entre las más frecuentes:

- **Otitis.**
- **Úlceras corneales.**
- **Hipotermia.**
- **Lesiones posturales.**
- Lesiones derivadas del **cableado del aparataje.**

Discusión/Conclusiones

El aumento de la seguridad y bienestar percibido de pacientes y familiares nos lleva a tratar de sistematizar y establecer el protocolo de actuación que se presenta.

A pesar de que los datos recogidos son referidos al año 2018, la aplicación de este procedimiento viene siendo utilizada, de forma exitosa, por el equipo de enfermería de la Unidad durante la última década, por lo que un análisis en los años venideros que reafirme los datos obtenidos resulta deseable como futura línea de investigación.

El hecho de identificarnos y explicar, someramente, los pasos de la técnica y la dinámica del propio quirófono, ayuda a tranquilizar a la familia y aumentar su confianza en el personal de enfermería y en el resto del equipo quirúrgico.

El seguimiento de este protocolo de actuación de enfermería en todas las exploraciones antes mencionadas puede servir de ayuda para mejorar y alcanzar niveles de satisfacción y seguridad en los pacientes y familia, mejorar la calidad en nuestra asistencia y ser una guía para el resto de profesionales de enfermería ante este tipo de procedimiento quirúrgico.

Discussion/Conclusions

The increase in the perceived safety and well-being of patients and family members leads us to try to systematize and establish the protocol of action that is presented.

Although the data collected are referred to the year 2018, the application of this procedure has been used, successfully, by the Unit's nursing team during the last decade, so an analysis in the coming years that reaffirms The data obtained is desirable as a future line of research.

The fact of identifying ourselves and briefly explaining the steps of the technique and the dynamics of the operating room itself helps to reassure the family and increase their confidence in the nursing staff and the rest of the surgical team.

The follow-up of this nursing action protocol in all the aforementioned examinations can help to improve and achieve levels of satisfaction and safety in patients and families, improve the quality of our care and be a guide for other professionals in Nursing before this type of surgical procedure.

Declaración de transparencia

La autora principal (defensora del manuscrito) aseguran que el manuscrito es un artículo original y no ha sido publicado previamente ni está enviado ni sometido a consideración a cualquier otra publicación, en su totalidad o en alguna de sus partes y que ha sido enviado a la revista científica SANUM, que no ha excluido aspectos importantes del estudio y que las discrepancias del análisis se han argumentado, siendo registradas cuando éstas han sido relevantes. Las autoras han contribuido sustancialmente en el diseño, análisis, interpretación, revisión crítica del contenido y aprobación definitiva del presente artículo.

Fuentes de Financiación

Ninguna.

Conflicto de Intereses

No existe conflicto de intereses entre los participantes.

Publicación

El presente artículo ha sido presentado como comunicación oral-escrita en el *XIV congreso Nacional de ENFERMERÍA QUIRÚRGICA*, celebrado durante los días 13, 14 y 15 de marzo de 2019 en la ciudad de Mérida, Badajoz.

Agradecimientos

A los doctores D. Francisco Espejo Arjona y Dña. Beatriz Rosado Peña por su ayuda y colaboración desinteresada.

BIBLIOGRAFÍA

1. López Garrido JA, Gabaldón Ortega FJ. *Manual práctico para asistentes de oftalmología*. EURO-MEDICE ediciones médicas, editor. Barcelona; 2011. ISBN: 978-84-96727-88-5.
2. Alonso Díaz C, Pallás Alonso CR. *Asistencia sanitaria en el periodo neonatal. El gran prematuro*. En: Ergon, editor. "Pediatria extrahospitalaria. Fundamentos clínicos para atención primaria". 4ª ed. Madrid; 2008. p. 192–193.
3. Pérez-Pérez JF, Arroyo-Yllanes ME, Ayón-Cárdenas A, Acevedo-González P. *Características clínicas y tratamiento del retinoblastoma*. Revista Mexicana de Oftalmología. 2007;81(1):21–24. Disponible en: www.medigraphic.com/pdfs/revmexoft/rmo-2007/rmo071d.pdf
4. Villelabeitia JA. *Manual de consulta para enfermería. 100 problemas más comunes en el cuidado de los niños*. Novartis Nutrition S.A, editor. Barcelona; 1998.
5. Brunner LS., Suddarth DS. *Manual de Enfermería Médico-Quirúrgica*. Vol. 2. Interamericana McGraw-Hill, editor. México, D.F.; 1989. ISBN: 978-9682514951
6. Whaley LF, Wong DL. *Tratado de enfermería pediátrica*. 2ª ed. Interamericana McGraw-Hill, editor. México, D.F.; 1988. ISBN: 9682513030.

SANUM

Revista Científico-Sanitaria

NORMAS GENERALES PARA LA PUBLICACIÓN DE ARTÍCULOS

SANUM es una revista digital científica de publicación cuatrimestral, con artículos científicos de interés para el desarrollo de las diferentes áreas sanitarias profesionales. La revista contiene artículos originales, inéditos; los cuales serán revisados por la Secretaría del consejo de redacción y un comité editorial y científico. Así, los trabajos deberán cumplir las normas de calidad, validez y rigor científico para promover la difusión del conocimiento científico.

**Se certificarán los artículos publicados en la revista
con su correspondiente número de ISSN**

LA PUBLICACIÓN DE ARTÍCULOS ES TOTALMENTE GRATUITA

GENERALIDADES

1. Los trabajos que se presentan para ser publicados en la revista SANUM deben ser **originales, inéditos, no aceptados ni enviados** simultáneamente para su consideración en otras revistas. En el caso de que el trabajo se haya presentado en alguna Jornada, Congreso o evento similar se deberá indicar el nombre completo del congreso, fechas y lugar de celebración, así como su forma de presentación (póster, comunicación oral o ponencia). Así como si se ha publicado en el resumen del libro oficial del congreso, estimando que en el caso que fuera el texto completo, no se consideran inéditos.
2. Los autores de los trabajos deben ser profesionales sanitarios u otros profesionales no sanitarios o relacionados con el ámbito sanitario. El número máximo de autores aceptados en los trabajos no superará en ningún caso los **cinco autores**.
3. Los autores deben tener **autorización** previa para presentar datos o figuras íntegras o modificadas que ya hayan sido publicadas. Publicar fotografías que permitan la identificación de personas. Mencionar a las personas o entidades que figuren en los agradecimientos.
4. Los autores **renuncian implícitamente a los derechos de publicación**, de manera que los trabajos aceptados pasan a ser propiedad de la revista SANUM. Para la reproducción total o parcial del texto, tablas o figuras, es imprescindible solicitar autorización del Consejo de Redacción y obligatorio citar su procedencia.
5. La Secretaría del Consejo de Redacción puede plantear a los autores las modificaciones que considere necesarias para la publicación del trabajo. En estos casos, los autores deberán enviar el original con las modificaciones propuestas en un **plazo no superior a 15 días**; en caso de no cumplirse ese plazo, el trabajo quedará rechazado.
6. El envío del trabajo a esta revista supone la **ACEPTACIÓN ÍNTEGRA** de todos los criterios dictados en las normas de presentación de artículos propuestos por la Secretaría del consejo de redacción y comité editorial científico de la revista SANUM.
7. Una vez aceptado el trabajo, el autor principal de correspondencia recibirá un correo-e de aviso de aceptación del original. Igualmente se enviará nuevo correo-e cuando el artículo vaya a ser publicado, indicándose fecha y número de la publicación del trabajo.
8. Todos los autores del trabajo **deberán firmar y enviar por correo postal** el modelo de **declaración de cesión de los derechos de autor** en documento **original** como último requisito previo e inexcusable a la publicación del artículo.

LA REVISIÓN Y PUBLICACIÓN DE LOS ARTÍCULOS EN LA REVISTA CIENTÍFICA SANUM ES TOTALMENTE GRATUITA

SANUM publica trabajos originales, artículos de revisión, editoriales, casos clínicos o estudio de casos, protocolos y otros artículos concretos relacionados con cualquier área sanitaria profesional de las ciencias de la salud y que favorezcan el desarrollo y difusión de la investigación, conocimientos y las competencias de las mismas. Todos los trabajos recibidos se someten a evaluación por el comité editorial y, si procede, por revisores/as externos/as. Los manuscritos deben elaborarse siguiendo las recomendaciones del Comité Internacional de Directores de Revistas Médicas en su última versión y ajustarse a las normas de publicación aquí expuestas. La falta de consideración de estas recomendaciones e instrucciones ocasionará irremediablemente un retraso en el proceso editorial y en la posible publicación del manuscrito, y también puede ser causa de rechazo del trabajo.

Los artículos deben cumplir las siguientes normas de publicación:

FORMA DE ENVÍO DE ORIGINALES: EMAIL

La **única forma de envío de los trabajos** será a través del siguiente correo-e: **consejoderedaccion_revistasanum@yahoo.es** y siguiendo las reglas y recomendaciones de presentación de los trabajos.

- Deberá ser enviado por el autor principal: **AUTOR DE CORRESPONDENCIA**.
- En el **ASUNTO** del mensaje deberá escribirse el título del trabajo en mayúsculas.
- En la **CABECERA** del mensaje deberá indicarse el título de cada uno de los archivos adjuntos enviados con el mensaje. Además deberá indicarse el nombre y apellidos de los autores, categoría profesional y actividad laboral actual.

Una vez recibido el trabajo por esta vía y según estas recomendaciones, se enviara una respuesta tras su revisión por parte de la Secretaría Técnica del consejo de redacción. En caso de recibir algún trabajo enviado sin estas recomendaciones, no se atenderá ni será revisado por el consejo de redacción, considerándose como **trabajo no aceptado**.

Una vez comprobado que el artículo reúne las características de estructura aceptadas por esta revista, la Secretaria del consejo de redacción enviará al comité editorial y científico el manuscrito para una **revisión documental, ética y de rigor científico, condiciones necesarias para que el artículo sea aceptado y publicado en esta revista**.

Una vez sea admitido el artículo por el comité editorial, se procederá al aviso a los autores para su próxima publicación, que dependerá de la cola de artículos existentes en ese momento y que estén pendientes de publicar en la revista con la decisión de orden de publicación que dicta el comité editorial y científico.

ASPECTOS FORMALES DE LOS ORIGINALES

- Formato del documento: A4.
- Nº mínimo de páginas completas sin imágenes: 10 páginas
- Nº máximo de páginas completas sin imágenes: 20 páginas.
- Todas las páginas deben estar numeradas en la parte inferior derecha.
- Fuente: Times New Roman. Tamaño de letra de 12 puntos, a doble espacio.
- Textos sin viñetas.
- Archivos en formato Word. Guardar archivos con extensión .doc, .docx o .rtf
- Imágenes a color 72 pp.
- Los cuadros, mapas y gráficas podrán presentarse en **formato Excel** con claridad y precisión; invariablemente deberán incluir la fuente o el origen de procedencia, y en el texto del trabajo deberá indicarse su colocación exacta. El número máximo de estos elementos no deberá superar los seis elementos en total, entre imágenes, tablas o gráficos.
- Las llamadas deberán ser numéricas.
- Las citas deberán insertarse en el texto abriendo un paréntesis con el apellido del autor, el año de la publicación y la página.
- Para siglas, acrónimos o abreviaturas, la primera vez que se usen deberá escribirse el nombre completo o desatado; luego, entre paréntesis, la forma que se utilizará con posterioridad. Ejemplos: Banco Mundial (BM), Organización de las Naciones Unidas (ONU), producto interno bruto (PIB).
- Los artículos se recibirán con la correspondiente corrección ortográfica y de estilo.
- La publicación de los artículos estarán sujetas a la disponibilidad de espacio en cada número.
- Los apartados siguientes deberán presentarse en **castellano e inglés: TÍTULO, RESUMEN, PALABRAS CLAVE Y DISCUSIÓN-CONCLUSIONES.**

TIPOS DE ARTÍCULOS ADMITIDOS

Se pueden proponer los siguientes tipos de trabajos:

- **Artículos Originales:** descripción íntegra de una investigación esencial o práctica clínica que aporte información suficiente para permitir una valoración crítica.
- **Artículo de revisión o meta-análisis:** revisión de publicaciones anteriores relacionadas con un tema de interés, que pretende ofrecer una actualización de los conocimientos sobre el mismo.
- **Casos clínicos o estudio de casos:** breve descripción de uno o varios casos que presentan un problema determinado, exponiendo aspectos nuevos o ilustrativos de cualquier área de conocimiento sanitario de la práctica clínica.
- **Artículos concretos:** se publicarán trabajos de actualización de protocolos, procedimientos, técnicas y cualquier otro original que pueda ser de interés científico de cualquier área sanitaria.
- **Protocolos.** Incluye protocolos de investigación. A modo orientativo, se recomienda que incluya los apartados de Introducción, Métodos, Consideraciones Éticas y Discusión (con las limitaciones). Deberá incluirse un resumen estructurado (objetivos y métodos) de 150 palabras como máximo.
- **Editoriales.** SANUM publica un editorial en cada uno de sus números por encargo del comité editorial y también puede publicar editoriales previa solicitud de los/las autores/as interesados/as y valoración por el comité editorial. Todos los editoriales se someten a revisión externa. Los editoriales suelen encargarse sobre temas de actualidad sanitaria o de relevancia científica, y no expresan la postura oficial del comité editorial de SANUM, a no ser que así se indique expresamente en el propio editorial.

Todos los editoriales deberán tratar de ser imparciales y versar sobre temas novedosos, polémicos o de los que haya muy poca literatura, y deberán reflejar las diferentes posturas existentes. Los editoriales tendrán una extensión máxima de 1000 palabras, hasta 10 referencias bibliográficas, y sin ningún elemento gráfico. No se debe incluir resumen.

ESTRUCTURA QUE DEBEN PRESENTAR LOS ARTÍCULOS

Se debe seguir una estructura estándar propuesta por **El International Committee of Medical Journal Editors** (Comité Internacional de Directores de Revistas Médicas), que reconoce una estructura genérica del Manuscrito Científico. Por tanto, el artículo científico se somete a esta estructura internacionalmente

aceptada, en la que cada apartado tiene una finalidad y una intención. Esta estructura puede variar según qué tipo de artículo de los anteriormente indicados se presente.

Estructura genérica de un artículo científico	
Apartados de un artículo científico	Preguntas de Bradford Hill (1965)
Introducción	¿Por qué se hizo?
Métodos	¿Qué se hizo?
Resultados	¿Qué se encontró?
Discusión	¿Qué significan los resultados?

International Committee of Medical Journal Editors.

Por tanto, debe seguirse la siguiente ESTRUCTURA DE LOS MANUSCRITOS que se reciben en la Secretaría Técnica:

PRIMERA PÁGINA

- Título del artículo tanto en **castellano como en inglés**.
- Nombre completo y apellidos de cada uno de los autores, profesión y centro de trabajo en su caso, sin abreviaturas (M^º...)
- Centro/s donde se ha realizado el trabajo.
- Nombre, dirección de correo electrónico, y teléfono del autor responsable para la comunicación de avisos. Es el **autor-a de correspondencia**.
- **Fuentes de financiación del artículo:** deben indicarse las ayudas económicas y materiales que haya podido tener el estudio, e indicar el organismo, la agencia, la institución o la empresa, y el número de proyecto, convenio o contrato. En caso de no contar con financiación externa se hará constar «Sin financiación». Se requiere esta información en todos los tipos de artículos anteriormente descritos.
- **Conflicto de intereses:** Los/las autores/as, al enviar el manuscrito, deben indicar si existe algún conflicto de intereses (moral, económico, laboral, investigación, etc.). el comité editorial podrá requerir a los/las autores/as que esta declaración de conflictos se amplíe o detalle al máximo cuando lo consideren oportuno. Del mismo modo, si no hay ningún conflicto de intereses deberán hacerlo constar explícitamente: «Sin conflictos de interese»
- Si se ha presentado como ponencia, comunicación oral, póster, etc. en algún congreso o jornada, indicando fechas de celebración, lugar de celebración.

RECOMENDACIONES A TENER EN CUENTA CON EL TÍTULO DEL ARTÍCULO:

Se considera la **“tarjeta de presentación del artículo”** frente al lector investigador o miembro de la comunidad científica. Ha de ser atractivo para captar la atención del lector y ha de identificar con precisión el tema principal del escrito, ha de ser descriptivo.

Las características que hacen a un título ser adecuado son:

- Debe describir los contenidos de forma concreta y aunque no existe una norma concreta sobre su tamaño, No debe ser excesivamente largo y se establece un límite de entre 10 a 15 palabras.
- Debe ser específico o conciso en relación al tema tratado, evitando términos genéricos. La claridad se refiere a la inexistencia de elementos ambiguos.
- Las siguientes frases son poco informativas y pueden eliminarse del comienzo: Aspectos de, Comentarios sobre, Investigaciones de, Estudios de, Notas sobre, Observaciones sobre....
- Evitar si es posible la utilización de términos como: Estudio, Investigación, Análisis, etc., que son superfluas porque se supone que son parte del trabajo como artículo original.
- No deben aparecer acrónimos, siglas ni abreviaturas.
- Cuantos menos signos de puntuación mejor.
- Tanto las palabras como la sintaxis han de ser las correctas. Hay que evitar los subtítulos o los títulos partidos.
- Deben de redactarse con una frase afirmativa, huyendo de los tonos interrogativos.

Se trata por lo tanto de describir lo más fielmente el contenido del artículo con el menor número posible de palabras, por eso es importante que una vez finalizado el artículo, se repase el título para comprobar que refleja de forma escueta el contenido real del artículo o si por el contrario, necesita alguna adaptación una vez que tengamos la visión global del trabajo finalizado.

¿Qué es un buen título?: El menor número posible de palabras que describen adecuadamente el contenido de un artículo.

RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

En segunda página, deberán incluirse los resúmenes y las palabras clave en **castellano e inglés**.

RESUMEN O ABSTRACT

Representa una síntesis del contenido esencial del trabajo, una representación abreviada y precisa del contenido del documento, sin interpretación ni crítica, que ayuda al lector a decidir la lectura o no del texto completo.

La extensión aproximada del resumen será de 250 palabras, no llegando a superar el máximo de 300 palabras.

Características que debe cumplir el apartado resumen:

- Brevidad: la extensión debe estar entre las 150-250 palabras.

- Autonomía: el resumen tiene que ser un texto coherente y se tiene que entender por sí solo, de forma independiente del texto base.
- Precisión: debe recoger los conceptos más importantes del documento.
- Claridad: el resumen debe ser comprensible, sencillo e informativo.

Recomendaciones a seguir para elaborar este apartado del trabajo:

- Ser entendido sin necesidad de leer parcial o totalmente el artículo.
- Desarrollar los puntos principales del artículo en términos concretos.
- Estar ordenado observando el esquema general del artículo.
- Empezar con la idea más importante del trabajo, pero no repitiendo el título del mismo.
- Redactar en tercera persona, en forma impersonal., utilizando la voz activa y el tiempo presente: "Se describe, se revisa..."
- Cuidar especialmente la corrección ortográfica, y los signos de puntuación.
- Emplear terminología profesional, técnica y científica, pero evitando abreviaturas.
- Intentar redactar el resumen en dos o tres párrafos, utilizando frases cortas.
- No incluir valoraciones subjetivas, ni motivaciones personales que justifiquen el trabajo, etc.
- Evitar frases inútiles y expresiones vagas.
- Evitar palabras ambiguas, con un significado que se pueda confundir.
- Evitar superlativos, adjetivos innecesarios y aclaraciones información obvia.
- No hacer referencias particulares a un gráfico o imagen.

PALABRAS CLAVE

Debajo del resumen se expondrán no más de **5 palabras clave**, sin explicar su significado. Estas palabras claves deben expresar términos significativos del trabajo presentado y describen el contenido principal del artículo. **No se admitirán como palabras clave las siglas o abreviaturas.**

Sirven para ordenar una futura búsqueda bibliográfica por parte de otros autores y profesionales. Deben ponerse en el orden de aparición en el artículo.

En medicina deben extraerse del Medical Subject Heading (MeSH) cuya traducción en español es "Descriptor de Ciencias de la Salud (DeCS)". Por ello, es necesario su comprobación en estos descriptores para usarse en el artículo. **El enlace de acceso:** <http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>

Entrando en esta página nos permite localizar el mismo término con su traducción exacta y

sus sinónimos, que se deberá usar como palabra clave. En caso de no estar incluida deberá buscarse otra que si esté incluida o algún sinónimo de la misma.

Otras recomendaciones: no limitarse a repetir las palabras que figuran en el título. No usar palabras vacías (pronombres, adverbios...), palabras poco significativas, (análisis, descripción, investigación...) ni infinitivos.

EL RESUMEN Y LAS PALABRAS CLAVE, debe escribirse en castellano e inglés, en este orden.

ESTRUCTURA ESTÁNDAR IMRAD

A partir de aquí seguimos la estructura propuesta por El **International Committee of Medical Journal Editors**, que reconoce una estructura genérica del Manuscrito Científico que recoge los siguientes apartados: **Introducción, Material y Métodos, Resultados, Discusión/Conclusiones "IMRAD"**. Por tanto, el artículo científico se somete a esta estructura internacionalmente aceptada, en la que cada apartado tiene una finalidad y una intención. Esta estructura general puede cambiar según el tipo de artículo propuesto

INTRODUCCIÓN

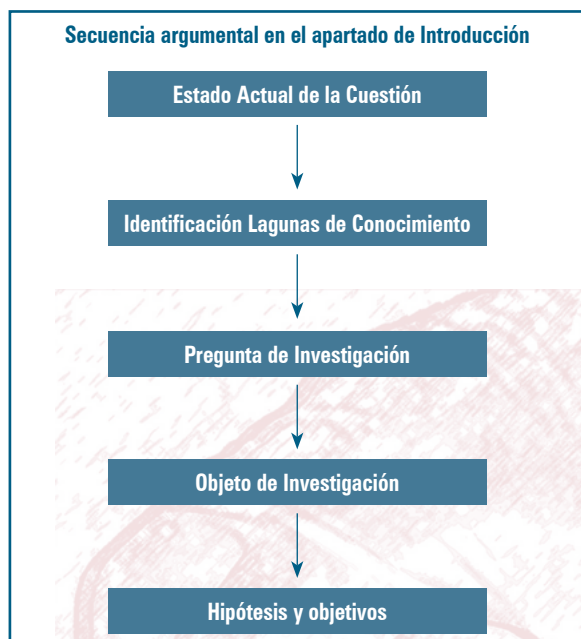
Se expondrá "porqué se ha hecho este trabajo", y una idea resumida del trabajo realizado. Esbozará el momento de la situación, debe describir el problema de estudio y sus antecedentes, y argumentarse con referencias bibliográficas actualizadas. Y se establecerá claramente los objetivos del trabajo.

La introducción establece el argumento del conocimiento que se dispone en la actualidad sobre el tema de investigación (antecedentes), apuntando las lagunas de conocimiento existentes y hacia cuales de éstas se dirige nuestra investigación y trata de despertar el interés por la publicación.

Las citas bibliográficas deben ser las necesarias y deben ser actuales (entre 6 y 10 años dependiendo del tema, considerándose lo ideal por debajo de los 6 años), salvo publicaciones que constituyan "hitos", en la evolución del conocimiento del tema investigado.

No debe ser excesivamente larga que puedan aburrir y acaparar demasiada atención al lector respecto a otros apartados de más peso (unas 250 palabras) y de la estructura central del artículo. Este apartado se construye en base a una secuencia argumental en la que es importante tener en cuenta los siguientes aspectos:

- No deben figurar ni datos ni afirmaciones que posteriormente aparezcan en los apartados de «Resultados» o «Conclusiones».
- No debe extenderse en conocimientos ya consolidados.



La importancia de la investigación es obvia para el autor, pero no necesariamente para el lector. **Hay que responder a la pregunta ¿Qué? y ¿Por qué era necesario realizar la investigación?** Hay que justificarlo. Y explicar a continuación la importancia que tiene la investigación para la práctica cotidiana.

La relación entre la investigación y el conocimiento previo del tema (los antecedentes) se establece mediante una narrativa apoyada por citas de la literatura. No hay que mencionar todo lo que se conoce del tema, pero sí demostrar que se conoce el tema. Sólo se citarán las contribuciones más relevantes.

Un error común es comenzar la introducción con información muy general para la audiencia del artículo. En este apartado debe quedar explícito el propósito y objetivo del artículo.

HIPÓTESIS Y/U OBJETIVOS DEL TRABAJO

Estos dos apartados pueden desarrollarse en un apartado propio, como ocurre en los proyectos de investigación o añadirlo dentro de la redacción del artículo como párrafos finales de la Introducción.

HIPÓTESIS

En relación a la/s hipótesis deben considerarse los siguientes aspectos:

- La hipótesis representa la teoría del investigador en relación al tema de investigación (no es una pregunta de investigación).
- La hipótesis debe formularse de forma directa y sencilla en un texto breve (no se pueden formular varias hipótesis en un mismo párrafo).
- Las hipótesis se contrastan, por lo que condicionan el diseño, metodología y análisis (lo que no es contrastable no es una hipótesis).

OBJETIVOS

Hacen referencia a lo que se pretende conseguir con el artículo. Con respecto a la redacción de los objetivos hay que considerar:

- Representan los alcances o logros del proyecto de investigación.
- Los objetivos se alcanzan o se consiguen (los logros no alcanzables no son objetivos).
- Determinan tanto el diseño como los aspectos metodológicos y analíticos.
- Deben expresarse en términos de conocimiento: Conocer, Estimar, Identificar, Validar.
- Deben evitarse términos como: Estudiar, Analizar, Investigar.

Deben formularse en infinitivo (-ar, -er, -ir) y expresar las ideas de lo que se quiere conseguir demostrar con la exposición del trabajo. Significa el **fin** al que se desea llegar, la **meta** que se pretende lograr con el desarrollo del artículo.

MATERIAL Y MÉTODO (METODOLOGÍA)

Hay dos aspectos esenciales a la hora de redactar este apartado:

- a) La redacción de este apartado debe ser tal que permita a otros investigadores repetir el estudio de cara a reproducir los resultados.
- b) Debe ser acorde con las hipótesis y objetivos formulados.

Este apartado sección explica cómo se hizo la investigación, hay que dar toda clase de detalles. La mayor parte de esta sección debe escribirse en pasado. El trabajo ha de poder ser validado y repetido por otros investigadores, por lo tanto habrá que ofrecer información precisa para que otros compañeros puedan repetir el experimento, esto implica describir minuciosamente y defender el diseño. El método científico exige que los resultados obtenidos, sean reproducibles.

Debería responder a los siguientes interrogantes: ¿Qué? ¿Cuánto? ¿Dónde? ¿Cuándo? Se ha realizado el estudio.

En los **materiales**, es mejor abstenerse, si es posible, de dar nombres comerciales, se prefiere emplear los nombres genéricos para evitar publicidad intrínseca.

Hay que responder concretamente al cómo y al cuánto y a veces al cuándo. Si se han usado métodos estadísticos, se deben presentar y examinar los datos, no las estadísticas. Los métodos estadísticos ordinarios se deben utilizar sin comentario alguno; los avanzados o poco usados pueden exigir una cita bibliográfica, pero no se hará una larga descripción de los métodos estadísticos. Si se usa un método nuevo (no hay citas bibliográficas), habrá que describirlo y posiblemente justificarlo. No se deben de usar términos ambiguos

como: regularmente, frecuentemente, periódicamente.... Se redacta en pasado: Se contó, se midió, etc...

Puede usarse como método la descripción de un caso clínico como centro y desarrollo del estudio realizado.

Puede usarse una revisión bibliográfica, describiéndose como se ha realizado.

Este apartado debe cumplir las siguientes condiciones:

- Deben describirse de forma detallada los aspectos relacionados con el diseño: tipo de estudio, muestra, error muestral, control de sesgos, métodos de medida, fuente de datos, periodo de recogida de datos, reclutamiento, seguimiento, etc.
- En el caso de utilizar métodos ya estandarizados o validados sólo es necesaria su mención no debiéndose describir de forma detallada.
- Especificarse los aspectos éticos y de confidencialidad.
- Los métodos estadísticos deben describirse con un nivel de detalle que permitan reproducir los análisis en el caso de acceder a los microdatos.
- Evitar la utilización, fuera del ámbito estadístico, términos como "significativo", "correlación", "relación", "asociación", etc.

RESULTADOS

Este apartado es el núcleo de la comunicación, son los **DATOS**. Aquí se comunica los resultados de la investigación. Pueden ofrecerse los datos mediante texto, tablas y figuras. El texto es la forma más rápida y eficiente de presentar pocos datos, las tablas son excelentes para presentar datos precisos y repetitivos y las figuras son la mejor opción para presentar datos que muestran tendencias o patrones importantes. La figura comprende cualquier material de ilustración posible: gráficas, diagramas y fotografías.

En la redacción de este apartado el investigador tiene que tener siempre presente las hipótesis y objetivos formulados. Este apartado es la base para expresar las evidencias obtenidas. **Los principales aspectos a tener en cuenta son:**

- Tiene que estar dirigido hacia la verificación de la hipótesis y a la consecución de los objetivos.
- No deben expresarse resultados no procedentes del análisis de los datos.
- Deben expresarse tanto los resultados positivos como negativos.
- Debe resumirse la información mediante la utilización de tablas.
- Las figuras deben utilizarse para enfatizar resultados (no son buenas herramientas para expresar información numérica exacta).
- En general, debe utilizarse numeración romana para las tablas (Tabla I, Tabla II, etc.) y arábiga para las figuras (Figura 1, Figura 2, etc.).

- Evitar, en el texto, la repetición de datos expresados en tablas o figuras.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Se expondrá porque se ha hecho este estudio y a qué resultados o consecuencias se ha llegado, pudiéndose incluir los efectos conseguidos si se trata de un trabajo significativo o de investigación. Es la interpretación de los resultados obtenidos, *por tanto el autor no debe expresar como conclusiones aquellas que no se deriven directamente de los resultados*. Explica el significado de los datos experimentales y los compara con resultados obtenidos por otros trabajos similares anteriores.

Hacen referencia a argumentos y afirmaciones relativas a datos de mediciones experimentales y de la lógica: ciencia referente a reglas y procedimientos para discernir si un razonamiento (raciocinio) es correcto (válido) o incorrecto (inválido). Constituyen la parte final, sustantiva, del trabajo desarrollado y expuesto. Debemos discutir nuestros resultados de forma que el autor debe expresar:

- La respuesta a la pregunta de investigación.
- Concretar las evidencias encontradas.
- Expresar la verificación o no de las hipótesis y la consecución o no de los objetivos formulados.
- Enfatizar los principales hallazgos.
- Enfrentar nuestros resultados con otras publicaciones científicas.
- Exponer las debilidades del estudio y sus limitaciones en cuanto al alcance de los resultados (evaluación crítica de los autores).
- Analizar las causas potenciales de los resultados negativos.
- Formular preguntas para investigaciones posteriores.

A partir de esta discusión sacaremos nuestras conclusiones, que han de ser interpretativas, no descriptivas, por lo tanto no pueden reproducir datos cuantitativos y es importante que realicemos un esfuerzo por resumir las principales aplicaciones o beneficios en términos de salud que nuestro trabajo pueda reportar.

LA DISCUSIÓN/CONCLUSIONES O SOLO CONCLUSIONES, debe exponerse en castellano e inglés, en este orden.

AGRADECIMIENTOS

Deberán dirigirse a las instituciones, organizaciones y/o personas que han colaborado de forma significativa en la realización del estudio. Los autores tienen la responsabilidad de obtener los correspondientes permisos en su caso. Así, todas las personas mencionadas específicamente en este apartado de agradecimientos deben conocer y aprobar su inclusión en dicha sección.

RESEÑAS BIBLIOGRÁFICAS/BIBLIOGRAFÍA

Las reseñas bibliográficas deberán necesariamente numerarse consecutivamente en el orden de aparición por primera vez en el trabajo. Este apartado refleja la base documental en la que se ha asentado la investigación y apoya principalmente los apartados de introducción, metodología y discusión. Las citas bibliográficas de artículos de revista, libros, protocolos, leyes u otro material publicado o en soporte electrónico deben realizarse siguiendo las normas de Vancouver, que está disponible en las recomendaciones del **Comité Internacional de Editores de Revistas Biomédicas**, que puede consultarse en: <https://www.fisterra.com/herramientas/recursos/vancouver/>

La bibliografía debe ser reciente, como orientación y como se mencionó anteriormente, podemos centrarnos en bibliografía que se encuentre publicada en los últimos seis años, pero como también se ha mencionado, este aspecto depende del tema concreto que estemos estudiando y en ocasiones nos vemos obligados a ampliar el periodo de estudio, en ocasiones para alcanzar un número razonable de artículos para la revisión y en otras por diferentes motivos. También debemos procurar que sean adecuadas y se ajusten con criterios de pertinencia al tema de investigación propuesto. Respecto al número de referencias debe ser razonable y raramente debiera superar las 40 citas

ELEMENTOS VISUALES: IMÁGENES, TABLAS, GRÁFICOS

Con el objetivo de enriquecer visualmente el trabajo se hace necesario añadir al mismo al menos **3 elementos visuales** (imágenes, tablas, gráficos) que estén **relacionados con la temática del artículo y que sean de suficiente calidad**.

Cada elemento visual debe tener indicada su **fFuente de procedencia** que bien podrá ponerse en el margen inferior del elemento visual o numerarse como sub-apartado en la bibliografía.

En el caso de tablas o gráficos deberán titularse y ser brevemente descritos su significado e importancia en el trabajo y numerándose como figura 1..., tabla 1..., gráfico 1..., etc.

Deben enviarse en formato de imagen (jpg, tif,...) y en archivo aparte del manuscrito. Pueden aparecer igualmente en el manuscrito o indicarse el lugar donde se desea colocar, indicando en rojo y cuál es el orden de aparición.

ANEXOS

Si precisa presentar algún anexo, podrá incluir aquel material suplementario que se considere necesario adjuntar para mejorar la comprensión del trabajo (encuestas, relación de enfermedades u otras, test utilizados, resultados analíticos, tablas de valores, etc.).

ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES

La revista SANUM, así como FSP-UGT/Andalucía **quedan exentos de responsabilidad** de las opiniones, imágenes, textos y originales de los autores o lectores que serán los responsables legales de su contenido. Así mismo, los autores han dado su **consentimiento** previo para aparecer en el original, siendo responsable de ello el autor remitente del trabajo.

En el caso de comprobar que el trabajo ha sido parcial o íntegramente copiado o plagiado de otro trabajo o publicación de otra revista o libro, será inmediatamente **rechazado** por el consejo de redacción de la revista.

Tanto las imágenes, personas, organismos o datos del original guardarán el anonimato salvo permiso expreso de ser nombrados por los mismos. En todo momento, se procederá según las normas legales de protección de datos.

Una vez aceptado el trabajo para su publicación, los autores (todos) deben enviar el modelo de **CESIÓN DE LOS DERECHOS DE AUTOR**, rellenando íntegramente todos sus apartados tras la lectura del documento y firmado. Este documento deberá ser enviado original a la siguiente dirección postal:

Secretaría de Salud, sociosanitaria y dependencia FeSP-UGT/Andalucía (revista científica SANUM)
Avda. Blas Infante nº 4, 5ª entreplanta
41011-Sevilla

Comunicación con los autores

El consejo editorial de la revista informará convenientemente al autor de correspondencia **tras la 1ª revisión que realiza la secretaria técnica** de la revista, indicando todas aquellas modificaciones estructurales necesarias de realizar o si el manuscrito está correcto estructuralmente se avisará de su envío a la **2ª revisión por parte del comité editorial y científico** de la revista; a través del correo-e del autor de correspondencia.

En el caso de que el comité editorial y científico solicite modificaciones de cualquier índole al manuscrito, se indicaran tales cambios a realizar a través de email al autor de correspondencia.

En caso de ser aceptado el artículo, entrara en el orden de "cola" según el orden de valoración realizada por el comité editorial y científico, temática y que sea acordado por el consejo de redacción de la revista, siendo avisado al autor de correspondencia, indicando fecha y número de la publicación del trabajo.

En ese momento se solicitará al autor que envíe la cesión de derechos, que es imprescindible como último paso previo a la publicación del artículo. El primer mensaje de la secretaria técnica será considerado como resguardo o "RECIBÍ" y no se emitirán ningún tipo de certificado que acredite que se publicará el trabajo o que se ha entregado. **Una vez se haya publicado el artículo en la revista, se emitirá certificación con número de ISSN, constandingo el título del artículo y el nombre completo de los autores del mismo, siendo enviado al primer autor del artículo.**

El consejo de redacción de la revista no mantendrá otro tipo de comunicación con los autores de los trabajos salvo la expresada anteriormente: **revisión de la secretaria técnica, comunicación sobre aspectos a modificar y aceptación del trabajo para su publicación.**

Contacto

Email: consejoderedaccion_revistasanum@yahoo.es

Teléfono: 637 503 298 en horario de 9:00 a 14:00 horas (sólo lunes, martes y jueves).

Síguenos en:

<http://www.revistacientificasanum.com/>

facebook: @revistasanum

twitter: @SANUMcientifica

**Garantía de
CALIDAD**

¡Ahora al mejor precio!

erodio

ediciones

Formación para el empleo

*Si necesitas más información
ponte en contacto con nosotros:*

Ediciones RODIO S.C. A.
C/ José Jesús García Díaz, 2.
Edificio Henares 1ª Planta, Módulo 6.
C.P.:41020 - Sevilla.
www.edicionesrodio.com
info@edicionesrodio.com
Teléfono: +34 955287484
Fax: +34 9550938489

Ser funcionario o acreditar la experiencia profesional es ahora más fácil ¡Conócenos!

www.edicionesrodio.com

