

SANUM

Volumen 2 N.º.3 Octubre 2018

Revista Científico-Sanitaria

**CONVENIENCIA DE REALIZAR PINZAMIENTO
TARDÍO DE CORDÓN UMBILICAL EN
NEONATOS PRETÉRMINO Y SUS BENEFICIOS**

**PAPEL DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL EN
ATENCIÓN TEMPRANA**

**INDICADORES DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN
ATENCIÓN PRIMARIA**

**LA SEXUALIDAD EN EL TERCER TRIMESTRE
DEL EMBARAZO**

**CLASIFICACIÓN EN LA GESTIÓN DE LOS
RESIDUOS EN EL ÁMBITO SANITARIO**



ESP
Servicios
Públicos

Andalucía

SANUM

Revista Científico-Sanitaria

Volumen 2 N° 3 Octubre de 2018

Tercer cuatrimestre

Editorial

FeSP-UGT/Andalucía

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

Contacto:

 consejoderedaccion_revistasanum@yahoo.es

Teléfono: 637 503 298

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

Sumario

- Conveniencia de realizar pinzamiento tardío de su cordón umbilical en neonatos pretérmino y sus beneficios..... **4-9**
Reina Caro, A.J.; Velázquez Barrios, M.; Díaz Jiménez, D.
- Papel del terapeuta ocupacional en Atención Temprana **10-15**
López García, P.; Herrera Gálvez, D.
- Indicadores de violencia de género en Atención Primaria **16-27**
Ortega Pérez, I.D.; López León, M.I.; Martínez Guillén, A.R.
- La sexualidad en el tercer trimestre del embarazo **28-35**
Díaz Jiménez, D.; Velázquez Barrios, M.; Izquierdo Vargas, E.
- Clasificación en la gestión de los residuos en el ámbito sanitario **36-44**
Barbancho Fernández, G.

Imagen de portada: Juan Carlos Díaz Conejero

Queda prohibida la reproducción total o parcial de esta publicación periódica, por cualquier medio o procedimiento, sin para ello contar con la autorización previa, expresa y por escrito del editor.

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

Bajo licencia Creative Commons
Revista incluida en Latindex



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

Anisakis: todo lo que hay que saber para estar protegido@

La legislación europea y española exige que los productos de la pesca no se pongan a la venta con parásitos visibles.

No debemos olvidar que el ser humano es un HOSPEDADOR ACCIDENTAL, así que el parásito no puede completar el ciclo vital, penetrando en la mucosa gástrica o intestinal de la misma forma que lo hubiera hecho si los hubiera ingerido el huésped final natural.

Los establecimientos que presenten productos alimenticios a los consumidores finales o a colectividades o que elaboran estos productos para su venta al consumidor final, deben garantizar que los productos de la pesca para consumir crudos, o tras una preparación que sea insuficiente para destruir los parásitos, han sido previamente congelados en las condiciones establecidas por la legislación vigente (R.D 1420/2006).

Los establecimientos (fabricantes, envasadores, restauración colectiva,...), están obligados a poner en conocimiento de los consumidores que los productos de la pesca para consumir crudos, o tras una preparación que sea insuficiente para matar a los parásitos, han sido sometidos a congelación. Si no dispone de esta información, el consumidor la puede solicitar.

La enfermedad aguda en los humanos, llamada anisakiasis, es producida por el consumo de pescado crudo, o poco cocido que contiene larvas vivas de parásitos nematodos de la familia Anisakidae, y se caracteriza por dolor abdominal, vómitos y náuseas (alteraciones digestivas), o por reacciones alérgicas, que pueden llegar a ser graves. Los productos de la pesca (mar) son la principal fuente de las infestaciones humanas con estas larvas de nematodos, encontrándose más comúnmente en especies como bacalao, sardina, boquerón, anchoa, jurel, merluza, bacaladilla, arenque, espadín, salmón, bonito, caballa, calamar entre otras.

La prevalencia de productos de la pesca con Anisakis se ha visto incrementada de forma desorbitada a causa de las actuales prácticas pesqueras, dado que se desechan las vísceras contaminadas al mar como hábito natural en los busques pesqueros, que son consumidas por otros peces. Si se buscan soluciones, en primer lugar se debería empezar por activar un Plan de tratamiento de las vísceras antes de ser descartadas a la mar. Se estima que en el año 2019 entre en vigor la normativa sobre "descartes".

Los principales productos/preparaciones que son implicados en infestaciones son: pescado insuficientemente cocinado, boquerón en vinagre, en escabeche, pescado ahumado en frío, arenque crudo en salmuera ligera, ceviche (pescado marinado), huevos de salmón,

u otras de especies afectadas, "Sashimi", sushi, etc. Todos éstos deben congelarse.

¿Cómo evitarlo?

–Se debe comprar el pescado limpio y sin vísceras. Si no está eviscerado, quitar las vísceras lo antes posible. Congelación a una temperatura igual o inferior a -20 °C al menos durante 24 horas, aunque algunos autores opinan que debe mantenerse hasta unos 5 días, e incluso una semana, para la destrucción de las larvas de Anisakis. La cocción, fritura, horneado o plancha son preparaciones que destruyen el parásito, cuando se alcanzan los 60 °C de temperatura por lo menos durante un minuto en toda la pieza. El cocinado a la plancha o microondas son procedimientos menos seguros que la cocción y la fritura. Los crustáceos (langosta, langostino, gamba, centollo,...) se deben preparar cocidos o a la plancha. Para poder congelar a nivel doméstico, el frigorífico debe alcanzar una temperatura de -20 °C o inferior y mantener el producto congelado durante cinco días. **CUIDADO:** esta temperatura solo se alcanza en frigoríficos de tres estrellas (***) o más. Si el frigorífico tiene menos de tres estrellas, se recomienda comprar el pescado ya congelado.

¿Todo producto de la pesca debe ser congelado?, ¿qué no se debe congelar?

–Los mejillones, almejas, ostras, y demás moluscos bivalvos. Los peces provenientes de aguas continentales (ríos, lagos,...), y piscifactorías de agua dulce (acuicultura). Las semiconservas, por ejemplo, de anchoas. Los pescados desecados salados de manera tradicional, como el bacalao o las "mojamas". Con el salmón hay que hacer la siguiente consideración: podría tener Anisakis, porque aunque pasa parte de su vida en el río, puede haberse infectado en el mar.

¿En qué punto nos encontramos?

Entre el 90-100% de la merluza europea tiene Anisakis. Entre el 36-40% del pescado de las lonjas españolas está infectado por Anisakis. Mucho más contaminado el pescado que se captura en el Mar Cantábrico y Océano Atlántico, que el que proviene del Mediterráneo.

Juan Carlos Díaz Conejero

Licenciado en Farmacia. Licenciado en Ciencias Ambientales. Experto Universitario en Promoción de la Salud en la Comunidad. Experto Universitario en Nutrición en Salud Pública, Seguridad Alimentaria y Educación del consumidor. Inspector cuerpo A4 adscrito a Distrito Sanitario Bahía de Cádiz- La Janda.

Conveniencia de realizar pinzamiento tardío de cordón umbilical en neonatos pretérmino y sus beneficios

AUTORES

Antonio José Reina Caro

Matrona.
Hospital NISA Sevilla-Aljarafe
(Sevilla).

Manuela Velázquez Barrios

Matrona.
Hospital virgen del Rocío (Sevilla).

Desireé Díaz Jiménez

Matrona.
Hospital Virgen de la Victoria
(Málaga).

Correspondencia

Antonio José Reina Caro

 antonioreinacaro@gmail.com

Conflicto de Intereses

No existe financiación por parte de ningún organismo hacia este estudio. No existe conflicto alguno de intereses entre los autores de este estudio.

Palabras clave:

Neonato.

Pretérmino.

Cordón umbilical.

Placenta.

Resumen

El pinzamiento tardío de cordón es un proceso que habitualmente no se lleva a cabo en partos pretérminos por la necesidad de valoración pediátrica. Por ello reiteramos la importancia de difundir los beneficios de esta técnica en este tipo de partos, siempre que las complicaciones no superen los beneficios de la práctica citada anteriormente.

Hasta que el cordón es pinzado, existe un traspaso de sangre de la placenta al recién nacido. Este proceso es un mecanismo natural, por lo que la sangre que queda en la placenta al realizar el pinzamiento precoz, es sangre que estamos impidiendo que llegue al recién nacido.

El volumen de sangre del que hemos hablado anteriormente puede llegar a ser muy importante debido a su alto contenido en hierro. Este fenómeno va a aumentar sensiblemente las reservas de este mineral en el primer año de vida y prevenir el déficit de hierro. Este hecho es beneficioso ya que la carencia de hierro podría provocar trastornos en el desarrollo del niño (lenta maduración del sistema nervioso e inmunológico, apatía, retraso de la función mental y disminución de la capacidad física y mental de adulto), y se ha demostrado que tratamientos posteriores no pueden resolver esta alteración.

No está establecido el momento de pinzar el cordón de forma tardía que aporte mayores beneficios. Existen revisiones que sugieren retrasarlo entre 60-180 segundos desde el nacimiento. Hay evidencia científica que corrobora que este procedimiento disminuye la necesidad de transfusiones posteriores, menor incidencia de anemia, disminución en la aparición de enterocolitis necrotizante y lo que es más importante, una disminución de casi el 50% en la tasa de hemorragias ventriculares.

Se defiende el pinzamiento tardío por ser un mecanismo natural que aporta al recién nacido pretérmino un volumen de sangre adecuado para la perfusión de pulmones, intestinos, riñones y piel, sustituyendo las funciones que realizaba la placenta en el vientre materno.

Convenience of performing late clamping of umbilical cord in preterms newborn and its benefits

Summary

Late cord clamping is a process that is not usually carried out in preterm deliveries because of the need for pediatric assessment. Therefore, the importance of spreading the benefits of this technique in this type of births, provided that the circumstances allow it.

Until the cord is pinched, there is a transfer of blood from the placenta to the newborn. This process is a natural mechanism, so the blood that remains in the placenta when performing early impingement, is blood that we are preventing it from reaching the newborn.

The volume of blood discussed above can be very important because of its high iron content. This phenomenon will significantly increase the reserves of this mineral in the first year of life and prevent iron deficit. This fact is beneficial since the lack of iron could cause disorders in the development of the child (slow maturation of the nervous and immune system, apathy, delay of the mental function and decrease of the physical and mental capacity of adult), and it has been demonstrated what later treatments can not solve this alteration.

It is not established the moment to clamp the cord in a delayed manner that provides greater benefits. There are reviews that suggest delaying it between 60-180 seconds. There is scientific evidence to corroborate that this procedure reduces the need for subsequent transfusions, lower incidence of anemia, decrease in the occurrence of necrotizing enterocolitis and, more importantly, a decrease of almost 50% in the rate of ventricular hemorrhages.

Late clamping is defended as it is a natural mechanism that provides the newborn with a blood volume suitable for the perfusion of lungs, intestines, kidneys and skin, replacing the functions performed by the placenta in the uterus.

Keywords:

Newborn.
Premature.
Umbilical Cord.
Placenta.

INTRODUCCIÓN

El pinzamiento de cordón umbilical es el proceso por el que se separa definitivamente al neonato de su madre, anatómicamente hablando. Este mecanismo se ha realizado históricamente inmediatamente tras el nacimiento. En los últimos años la formación de los profesionales que atienden el proceso de parto y los estudios realizados por los mismos, ha llevado a plantearse la necesidad de modificar este proceso con el objetivo de mejorar la respuesta del

neonato no solo a la adaptación a la vida extrauterina, sino a su posterior desarrollo a lo largo de su vida. Esta modificación se centra principalmente en el momento idóneo para pinzar el cordón y valorar que beneficios conlleva al realizarlo de manera tardía^{1,2} (una vez pasados 60-180 segundos o cuando deja de latir). Con esta modificación se pretende mejorar la respuesta en el nacimiento y etapas posteriores no solo de los neonatos a término sino también en pretérminos, (siempre que las circunstancias lo permitan) que son los que más se pueden beneficiar de este mecanismo.

Clampeo	Definición
Inmediato	Entre los primeros 5 a 10 segundos después del nacimiento. Cada vez que se lo practique deberá existir una justificación.
Precoz	Entre los 10 y 30 segundos después del nacimiento. Privar al recién nacido de un importante volumen de sangre placentario y su práctica debe ser justificada.
Natural, oportuno o tardío	Es el que se realiza cuando han cesado las pulsaciones del cordón, tiempo que varía entre 1 y 3 minutos .

Tabla 1. Tipos de clampeo de cordón umbilical.

Fuente: <https://es.slideshare.net/cesaramanzo/clampeo-oportuno-cordonsaludinfantilamanzo>.

METODOLOGÍA

Se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica en las bases de datos científicas sanitarias como Cochrane library, Cuiden, PubMed central, CSIC (Consejo Superior de Investigaciones Científicas), Cuidatge y de organismos como el Ministerio de Sanidad Español y la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). El objetivo inicial de búsqueda era todo artículo relevante incluido en una horquilla temporal de los últimos diez años, aunque se han incluido artículos de mayor rango cronológico, por la relevancia del estudio en nuestro artículo. Los descriptores utilizados para nuestra búsqueda han sido: pinzamiento tardío, neonato y pretérmino, tanto en inglés como en español.

RESULTADOS

Diferentes estudios han demostrado que el neonato se beneficia con creces del volumen que le llega desde la placenta, al retrasar el pinzamiento del cordón umbilical de 60 a 180 segundos o cuando

este deja de latir. Siempre que las circunstancias lo permitan (valorar casos de isoinmunización Rh, patología materna o circunstancias que necesiten valoración pediátrica temprana) se puede llevar a cabo el pinzamiento tardío de cordón umbilical, siendo esta elección la más fisiológica.

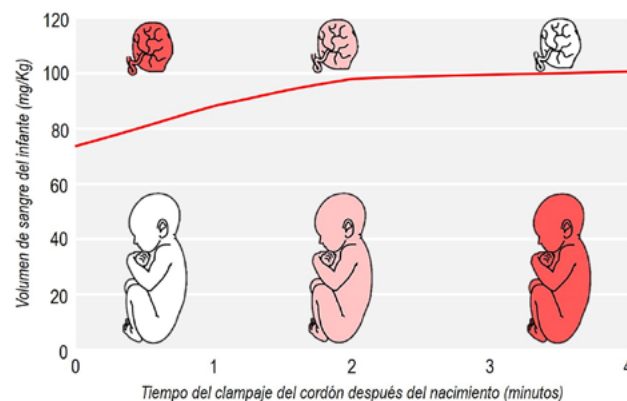


Figura 1. Paso a Paso de la transfusión de placenta. Reimpreso de Chaparro y Lutter (19) en la cual esta figura fue reproducida de van Rhee en et al. BMJ. 2006;333(7575): 954-958

Al llevar a cabo el pinzamiento tardío permitimos que el volumen de sangre acumulada en la placenta antes de que esta se desprenda, pase al neonato aportándole un volumen sanguíneo extra, que le ayuda a adaptarse mejor a la vida extrauterina y evita complicaciones a corto y largo plazo en el desarrollo del recién nacido. Se estima que con el pinzamiento tardío se produce el paso de 20 a 35 ml/Kg al neonato. Como consecuencia se

aumentan los depósitos de hierro, disminuyendo así el riesgo de anemia ferropénica durante el primer año de vida(3). También se produce una mejor estabilización vascular evitando casos de hipotensión, mejora la oxigenación cerebral en el primer día de vida, aparece menor necesidad de transfusiones sanguíneas, y disminuye la incidencia de hemorragias cerebrales(4) y de sepsis de manera tardía.

Variable (media)		Pinzamiento temprano	Pinzamiento tardío
Hemoglobina	Materna	8,9	9,2
	Cordón	13,9	14,1
	3 meses	8,8	9,9
Ferritina	Materna	25	26
	Cordón	143	116
	3 meses	80	105
Cambio de Hb (0 a 3 meses)		-5,2	-4,0

Adaptada de Geethath RM, Ramji S., Thirupuram S, et al. Effect of timing of cord clamping on the iron estatus of infants at 3 months. *Ing. Pediatr* 1997; 34:103-106.

Tabla 2. Valores de hemoglobina y ferritina al nacer y a los 3 meses de edad

Fuente: <http://www.scielo.org.co/scielo>

Las hemorragias intraventriculares(5) producen un retraso en el desarrollo del niño, y por lo tanto conlleva un aumento de morbilidad y mortalidad en esta población. Se ha demostrado, que utilizando esta técnica, baja notablemente el índice de este tipo de hemorragia, y por lo tanto sus consecuencias.

La disminución en la incidencia de sepsis tardía también nos interesa por su importancia como agente causal de retraso en el desarrollo neurológico y su asociación a un aumento de morbilidad y mortalidad en la UCI (Unidad de Cuidados Intensivos) neonatales. Esta disminución de la sepsis tardía, se debe al aumento de células progenitoras hematopoyéticas primitivas que van en la sangre traspasada desde la placenta hasta el neonato, mejorando el sistema inmune del recién nacido y el aumento de volumen sanguíneo gracias al pinzamiento tardío.

Algunos estudios indican que el aumento de volumen sanguíneo neonatal provocado por el pinzamiento tardío puede desarrollar policitemia e hiperbilirrubinemia(6) en el recién nacido, aunque no existe evidencia de un aumento de la morbilidad ya que este volumen extra de sangre es bien tolerado y compensado por el neonato. Otra de las circunstancias por la que se rechaza el pinzamiento tardío en pretérminos es la reducción de los valores de pH en la arteria umbilical, aunque no se evidencian consecuencias en el neonato distintas a los recién nacidos pretérmino con pinzamiento precoz(7). Se indica la necesidad de más estudios para aclarar estos dos últimos puntos.

La tasa de transfusión de sangre de la placenta al neonato durante el pinzamiento tardío se puede favorecer por la posición del recién nacido. La más idónea parece ser aquella en la que se posiciona al

Conveniencia de realizar pinzamiento tardío de cordón umbilical en neonatos pretérminos y sus beneficios

bebé en el intervalo de 10 centímetros por encima o por debajo de la altura de la placenta. Cuando el neonato se encuentra 50 ó 60 centímetros por encima de la placenta no se produce traspaso alguno(8).

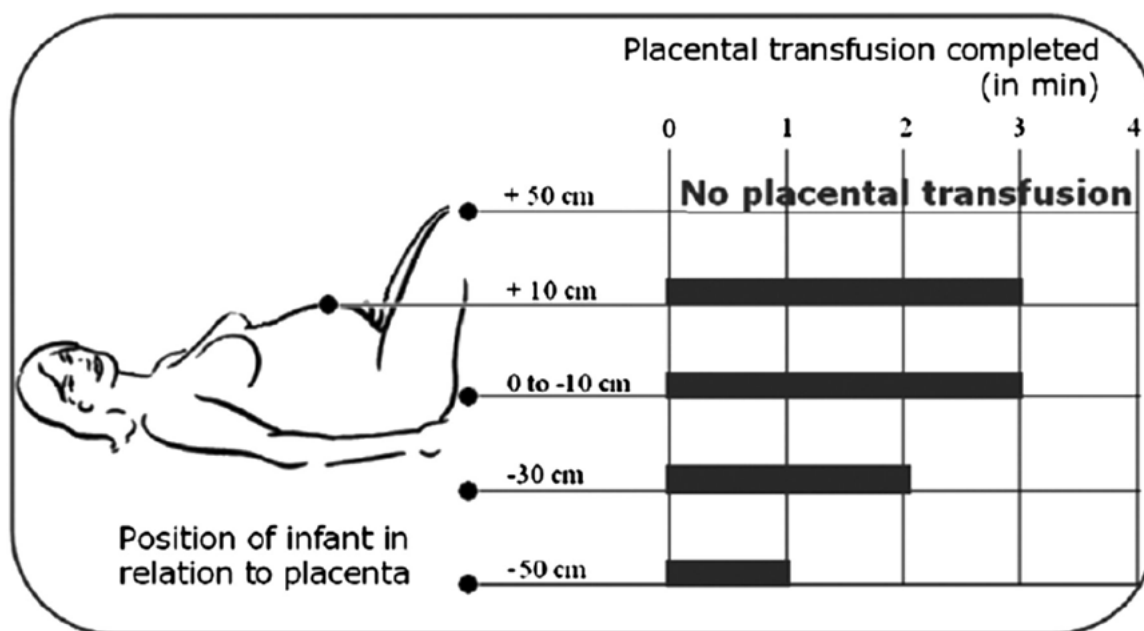


Figura 2.

Fuente: <https://sites.google.com/site/lalactanciamaternaexclusiva/contacto-temprano-y-alojamiento-continuo>.

El pinzamiento tardío está contraindicado en caso de isoimmunización de Rh materno-fetal, para evitar un mayor trasvase de sangre de la madre al recién nacido, en casos de madre portadora del virus de la inmunodeficiencia humana, en casos en los que el neonato necesite valoración o intervención pediátrica temprana (casos de líquido meconial, mala adaptación a la vida extrauterina, patología fetal) o riesgo de hemorragia postparto materna.

CONCLUSIONES

El retraso en el pinzamiento entre 30-60 segundos o hasta que cesa el latido del cordón umbilical en neonatos pretérminos, aumenta la volemia en

los mismos de 8-24% (según sea parto o cesárea) con respecto al pinzamiento inmediato. Los beneficios como consecuencia de este aumento de volemia consisten en un aumento en la tensión arterial, mayor valor de hematocrito, mejor transporte de oxígeno con mayor flujo eritrocitario y como consecuencia menores tasas de transfusiones, menor necesidad de oxigenación y ventilación, y menor incidencia de displasia broncopulmonar, hemorragias intraventriculares y casos de enterocolitis necrotizante y sepsis neonatal.

Se indica la necesidad de más estudios en este campo para poder profundizar en nuestro tema de estudio y así difundir los resultados obtenidos, con el objetivo de establecer protocolos de actuación en el ámbito laboral y estandarizar las actuaciones en nuestro sistema sanitario.

CONCLUSIONS

The delay in clamping between 30-60 seconds or until the heartbeat ceases in preterm neonates increases the volume of the same of 8-24% (depending on whether it is a birth or cesarean) with respect to the immediate impingement. The benefits as a consequence of this increase in blood volume consist in an increase in blood pressure, higher hematocrit value, better oxygen transport with greater erythrocyte flow and as a consequence lower transfusion rates, less need for oxygenation and ventilation and lower incidence of dysplasia bronchopulmonary, intraventricular hemorrhages and cases of necrotizing enterocolitis and neonatal sepsis.

The need for more studies in this field is indicated in order to deepen our study topic and thus disseminate the results obtained with the aim of establishing action protocols in the workplace and standardize the actions in our health system.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Recomendaciones sobre la asistencia al parto. Madrid: SEGO; 2008.

2. Ministerio de Sanidad y Consumo. Propuesta de estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
3. Federación de Asociaciones de Matronas de España. Iniciativa Parto Normal. Documento de consenso. Barcelona: FAME; 2007.
4. Mathew JL. Timing of umbilical cord clamping in term and preterms deliveries and infants and maternal outcomes; a systematic review of randomized controlled trials. Indian Pediatr. 2011; 48:123-9.
5. Rabe H, Reynolds G, Diaz-Rossello J. Clampeo precoz versus clampeo tardío del cordón umbilical en prematuros (Revisión Cochrane Traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus. 2008; número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>.
6. Strauss RG, Mock DM, Johnson KJ, Cress GA, Burmeister LF, Zimmerman MB, et al. A randomized clinical trial comparing immediate versus delayed clamping of the umbilical cord in preterm infants: short-term clinical and laboratory endpoints. Transfusion. 2008; 48(4): 658-65.
7. Wiberg N, Källén K, Olofsson P. Delayed umbilical cord clamping at birth has effects on arterial and venous blood gases and lactate concentrations. BJOG. 2008; 115(6): 697-703.
8. Van Rheezen PF, Brabin BJ. A practical approach to timing cord clamping in resource poor settings. BMJ. 2006; 333(7.575): 954-8.

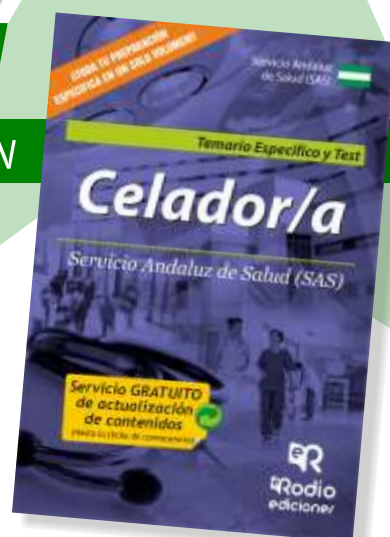
Servicio Andaluz de Salud

OFERTA DE EMPLEO PÚBLICO Y DE ESTABILIZACIÓN

Celador/a

¡Trabajar en la Administración pública es ahora más fácil!

www.edicionesrodio.com



Papel del terapeuta ocupacional en Atención Temprana

Resumen

La Terapia Ocupacional es una profesión sanitaria, regulada por la Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias (Ley 44/2003 de 21 de noviembre) con un ámbito de actuación socio-sanitaria. La intervención de esta profesión en el área de la Atención temprana tiene como objetivo apoyar y promover el desarrollo personal y la autonomía en el día a día, fortalecer las capacidades y competencias de la familia (no sólo del niño/a) y los cuidadores principales, y garantizar la inclusión en el entorno social.

El motivo de este trabajo es realizar una revisión bibliográfica sobre la importancia de la figura del terapeuta ocupacional en los equipos multidisciplinares que trabajan en Atención Temprana.

Palabras clave:

Terapia Ocupacional, Atención, Educación, España.

Keywords:

Occupational Therapy, Attention, Education, Spain.

Occupational therapist's role in Early Care

Summary

Occupational therapy is a health career in accordance to the Law 44/2003, dated November 21, on the Health Spanish Profession's Organization, related to the Health and Social area of work. This profession's intervention in the field of Early Care most aim is to support and promote daily autonomy, enhancing the family –not only the child's ones– competences and abilities ensuring social inclusion.

The goal of this paper is to review the literature on the important role that Occupational therapists play as a part of multidisciplinary teams working in Early Care.

AUTORAS

Patricia López García

Terapeuta Ocupacional. Autónoma, Granada

Dulce Herrera Gálvez

Terapeuta Ocupacional. Dispositivo de Apoyo-Equipo Móvil de Rehabilitación de Granada.

CORRESPONDENCIA

Patricia López García

 masajeinfantilengranada@gmail.com

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, se define la Atención Temprana (AT) como el conjunto de actuaciones, dirigidas a la población infantil de 0-6 años, a la familia y al entorno, con la finalidad de prevenir y detectar de forma precoz la aparición de cualquier alteración en el desarrollo, o el riesgo de padecerla, si se precisa, una intervención integral dirigida a potenciar capacidades, evitando o minimizando el agravamiento de una posible deficiencia.

Un abordaje eficaz de la AT tiene que ver con la necesidad de un enfoque integral, de una respuesta intersectorial, interdisciplinar y multiprofesional, inserta en un modelo de intervención uniforme, centrado en el niño/a, familia y entorno.

Los niños/as que acuden a AT presentan dificultades en el desempeño ocupacional, debido a las complicaciones en la participación social y en la realización de las actividades de la vida diaria.

El Terapeuta Ocupacional (TO) es el profesional cualificado para detectar estas dificultades y abordarlas. Sin embargo, es uno de los profesionales con menor proporción entre los miembros de estos equipos.

El Terapeuta Ocupacional de AT tiene como objetivo mejorar la participación social del niño/a, de acuerdo con lo esperado a su cultura, sociedad, edad y nivel de desarrollo. Se centra en la educación de las habilidades adaptativas de dicho niño/a y en la habilitación de su contexto, para promover el mayor grado de inclusión y participación posible.

Es necesario mostrar evidencia que fundamente la presencia de la figura del Terapeuta Ocupacional en AT. En este trabajo en concreto, mediante una revisión bibliográfica.

Objetivos:

Se plantean como objetivos de este estudio:

- Realizar una revisión bibliográfica para conocer el papel del Terapeuta Ocupacional en AT.
- Justificar la figura del Terapeuta Ocupacional en el equipo de profesionales en los niveles de prevención secundaria.
- Conocer los beneficios de la Terapia Ocupacional en la población infantil subsidiaria de recibir AT.



METODOLOGÍA

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica de la literatura científica actual de interés, desde el año 2006 hasta el presente, centrada en las funciones y beneficios de la figura del Terapeuta Ocupacional en Atención Temprana.

Las bases de datos electrónicas consultadas han sido Medline Plus y Crochane Plus, y los buscadores electrónicos Google y Google académico.

De todos los artículos obtenidos para el análisis, se han seleccionado seis para la elaboración de este trabajo.

Como criterios de inclusión y exclusión se han considerado:

- **Cronología:** que fuesen artículos publicados en el período del 2006 al 2017, quedando excluidos todos aquellos artículos que estuviesen fuera de este período.
- **Temática:** se han seleccionado aquellos artículos que hablasen sobre el papel de la Terapia Ocupacional en Atención Temprana, excluyendo aquellos que hablasen de la Terapia Ocupacional en poblaciones que no fuese la infantil.
- **Perspectiva profesional:** se ha tenido en cuenta aquellos artículos que centraban su trabajo desde la perspectiva de la Terapia Ocupacional. No ha sido criterio de exclusión aquellos artículos que han considerado diferentes perspectivas profesionales, siempre y cuando se incluyese la perspectiva de la Terapia Ocupacional.
- **Idioma y cobertura geográfica:** se han incluido sólo artículos publicados en español, con autores que desarrollan su ejercicio profesional en España, ya que interesaba centrar el estudio en las instituciones españolas.
- **Tipo de documento:** se han seleccionado para el estudio artículos publicados en la revista de Terapia Ocupacional de la Asociación Profesional Gallega de Terapeutas Ocupacionales (APGTO), de carácter científico, y relacionada con la divulgación, investigación y difusión de la Terapia Ocupacional; y varias guías: una realizada por el Colegio Profesional de Terapeutas Ocupacionales de Navarra (CO-TONA), y dos realizadas por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.
- **Documento completo:** se han tenido en cuenta sólo aquellos documentos que estuviesen completos.

Se ha realizado un primer análisis mediante la lectura del título y del resumen. Después de llevar a cabo los criterios de inclusión y exclusión, y tras una lectura exhaustiva del documento completo, hemos seleccionado seis referencias bibliográficas en las que me hemos centrado para realizar el análisis de esta revisión.

RESULTADOS

A continuación, se expone un breve resumen del contenido que hemos considerado más relevante con respecto a la temática de este trabajo:

1) Proceso Asistencial integrado. Atención Temprana. Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales. Consejería de Salud. 2006. Junta de Andalucía (6):

En esta guía aparece la figura del Terapeuta Ocupacional en el ámbito de la prevención secundaria, en las siguientes actividades:

- **Rehabilitación médico funcional en niños/as con trastornos funcionales neuromotores.**
Se especifican de forma muy precisa las funciones del terapeuta ocupacional:
 - Estimulación de las actividades de la vida diaria.
 - Estimulación de la destreza y habilidad manipulativa.
 - Estimulación psicomotriz.
 - Estimulación multisensorial.
 - Facilitación alimentación: succión, deglución, masticación.
 - Iniciación al juego y a la participación social.
 - Ayudas técnicas para la manipulación, actividades de la vida diaria y accesibilidad a los sistemas de comunicación alternativa.
 - Adaptaciones para el control de la postura y de la sedestación.
 - Entrenamiento en el uso de ortesis y ayudas técnicas.
 - Registro en historia clínica de la actividad y de la evolución.
 - Valoración de la evolución y participación en la planificación del tratamiento.
- **Tratamiento de los trastornos psicopatológicos en el niño.**

Contempla la figura del terapeuta ocupacional en el equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMI).

2) Proceso Asistencial Integrado. Trastornos del Desarrollo con Discapacidad Motora. Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales. Consejería de Salud. 2010. Junta de Andalucía (5):

La figura del Terapeuta Ocupacional la incluyen dentro del Tratamiento rehabilitador.

Se detallan los procedimientos específicos dentro de las características de calidad:

- Estimulación de las actividades de la vida diaria.
- Estimulación de la destreza y habilidad manipulativa.
- Estimulación psicomotriz.
- Estimulación multisensorial.
- Facilitación alimentación: succión, deglución, masticación.
- Iniciación al juego y a la participación social.
- Ayudas técnicas para la manipulación, actividades de la vida diaria y accesibilidad a los sistemas de comunicación alternativa.
- Adaptaciones para el control de la postura y de la sedestación.
- Entrenamiento en el uso de ortesis y ayudas técnicas.
- Registro en historia clínica de la actividad y de la evolución.
- Valoración de la evolución y participación en la planificación del tratamiento.
- Elaboración de informe a instancia de otros profesionales.
- Elaboración de informe de alta en cuidados de terapia ocupacional.
- En los Centros de Atención Infantil Temprana (CAIT) se contabilizarán las sesiones en la Unidad de Medida de Atención Temprana (UMAT).

3) Domínguez Jimenez I, Calvo Arenillas JL. (1):

En este artículo se hace una revisión sistemática de la Terapia Ocupacional y su papel en AT. Recoge información de artículos y libros escritos tanto en español como en inglés desde el año 2000 hasta el 2014. Los resultados que presentan, ofrecen información actualizada sobre el abordaje del Terapeuta Ocupacional en AT, mostrando la eficacia de sus intervenciones en esta población.

4) León Collado A, Bouzón Seoane C. (2):

En este artículo se muestra la importancia de que el niño subsidiario de AT sea atendido por un Terapeuta Ocupacional, debido a la presencia de problemas en el desarrollo que interfieren en la evolución del juego, principal ocupación, en la etapa de la infancia.

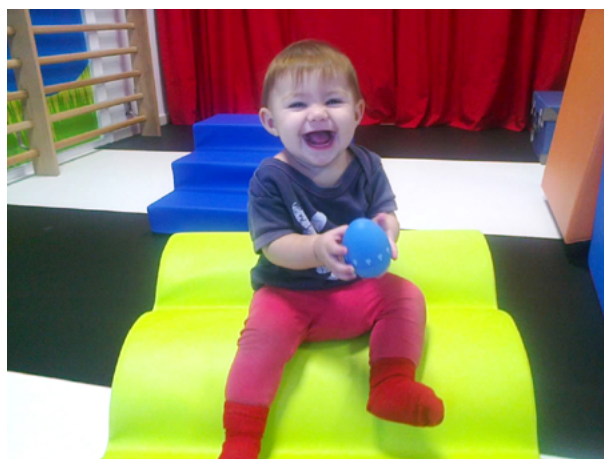




Foto: Noemí Genaro

Cirez Garayoa I, Pérez Etxeberria B, López Ayesa S. (3):

Justifica el papel de la Terapia Ocupacional en AT, utilizando el enfoque ecológico y sistémico, y tomando como referente la definición de AT. Describe los objetivos y la intervención en AT, desde la perspectiva de la Terapia Ocupacional.

Martínez Ana Isabel, Cirez Idoia, Durán Pilar, Apestegui Edurne(4):

Se trata de una guía elaborada por un grupo de trabajo del Colegio de Terapeutas Ocupacionales de Navarra para hacérselo llegar a los miembros de los comités de expertos creados en Navarra para el desarrollo de las líneas estratégicas del Plan de Salud Navarra 2014-2010.

Hace una revisión de las principales leyes que tienen que ver con la AT. Pone de manifiesto los objetivos, ámbitos de actuación, funciones, evaluación e intervención desde la terapia ocupacional.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En este trabajo se ha realizado un análisis de algunos de los artículos y guías más actuales cuya temática se refiere al papel del Terapeuta Ocupacional en el campo de la infancia, concretamente en la práctica profesional en Atención temprana.

En todos los artículos consultados ha quedado de manifiesto la importancia de considerar la Terapia Ocupacional como una disciplina que forme parte de los equipos multidisciplinares que componen los servicios de AT.

Además se muestra la eficacia de sus intervenciones en la práctica clínica con los niños/as que presentan dificultades en el desempeño ocupacional en diferentes ámbitos.

El objetivo propuesto en la realización de este trabajo respecto a la justificación del papel del Terapeuta Ocupacional en el equipo de profesionales de prevención secundaria en AT está demostrado, como lo avalan los datos presentados en esta revisión.

Una de las limitaciones que se ha encontrado a la hora de realizar esta revisión es la dificultad para encontrar artículos relacionados con la temática: "papel del Terapeuta Ocupacional en Atención Temprana" escritos en español, y que tengan en cuenta a la población española, que era el perfil que me interesaba para hacerme una idea de la situación actual en nuestro país. Hay pocos profesionales trabajando en los servicios que prestan intervención temprana, y pocos profesionales realizando investigación en este ámbito.

Existe por tanto, una necesidad de aumentar la literatura científica que apoya la práctica basada en la evidencia, para el reconocimiento de esta profesión en AT.

Servicio Madrileño de Salud
ENFERMERO/A
#Oposiciones *¡Una plaza te espera!*
www.edicionesrodio.com f t i

DISCUSSION AND CONCLUSIONS

This paper contains an analysis of several articles and most current guides whose subject-matter refers to the Occupational Therapist's role in Early Care, providing an aspecialized focus on childhood professional practice.

The full range of documents consulted has revealed the relevance of Occupational Therapy as a part of multidisciplinary teams providing Early Care Services.

Besides, this article also shows the effectiveness of the interventions in clinical practice with children presenting difficulties on their occupational performance, within different topic areas.

This article's achieve objective is to demonstrate and justify the Occupational Therapist's role incorporated in multidisciplinary secondary prevention AC, endorsed by the data submitted by this compilation.

One of the most obvious constraints for accomplishing this review has been the difficulty in finding published articles related to the topic: Occupational Therapist's role in Early Care written in Spanish and which take into the Spanish population; being that the profile I was focused in to obtain a general idea of the currently situation in our country. There are a few professionals who work in services providing Early Care intervention and a few professionals are also conducting investigations in this area.

It is therefore necessary to increase the scientific literature supporting evidence-based practice towards the recognition of this health career.

BIBLIOGRAFÍA

1. Domínguez Jimenez I, Calvo Arenillas JL. Terapia ocupacional y su papel en atención temprana: revisión sistemática. TOG (A Coruña) [revista en internet]. 2015. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num21/pdfs/revision3.pdf>
2. León Collado A, Bouzón Seoane C. Ocupación y juego en la infancia TOG (A Coruña) [revista en internet]. 2013. Disponible en <http://www.revistatog.com/suple/num8/infancia.pdf>
3. Cirez Garayoa I, Pérez Etxeberría B, López Ayesa S. Terapia ocupacional en Atención Temprana. TOG (A Coruña) [revista en internet]. 2009. Disponible en: <http://www.revistatog.com/suple/num4/atemprana.pdf>
4. Martínez Ana Isabel, Cirez Idoia, Durán Pilar, Apestegui Eburne. Intervención del Terapeuta ocupacional en la Atención Temprana en Navarra. Colegio de Terapeutas Ocupacionales de Navarra. 2014. Disponible en: <http://www.terapeutasocupacionales.es/assets/files/COTONA/Documentos%20Publicados/Intervencion%20de%20Terapia%20Ocupacional%20en%20Atencion%20Temprana.pdf>
5. Proceso Asistencial Integrado. Trastornos del Desarrollo con Discapacidad Motora. Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales. Consejería de Salud. 2010. Junta de Andalucía.
6. Proceso Asistencial integrado. Atención Temprana. Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales. Consejería de Salud. 2006. Junta de Andalucía.

Servicio Aragonés de Salud

AUXILIAR ADMINISTRATIVO

#Oposiciones *i Una plaza te espera!*

www.edicionesrodio.com   

1000 TEST PARA OPORTUNIDADES DE EMPLEO

1000 TEST PARA OPORTUNIDADES DE EMPLEO

INCLUYE SIMULACROS DE EXAMEN ONLINE

Indicadores de violencia de género en Atención Primaria

AUTORES

Isabel Dolores Ortega Pérez
Odontóloga en C.S. de Carranque de Málaga.

María Isabel López León
Odontóloga en C.S. Huerca-Overa de Almería.

Ana Rosa Martínez Guillén
Auxiliar de enfermería en C.S. de Carranque de Málaga.

Correspondencia

Isabel Dolores Ortega Pérez
 isaloli@telefonica.net

Conflicto de Intereses

Se ha presentado como comunicación escrita en las I JORNADAS NACIONALES VIRTUALES SOBRE LAS DIFERENTES FORMAS DE VIOLENCIA. INTERVENCIÓN DESDE EL ÁMBITO SANITARIO Y PSICOSOCIAL.

Palabras clave:

Violencia.
Género.
Atención.

Resumen

Los profesionales sanitarios tienen una gran responsabilidad en la detección y actuación en los casos de violencia de género. Detectarlo de forma precoz les va a permitir realizar una intervención temprana, algo que es fundamental en estos casos.

Se revisa una serie de signos y síntomas para sospechar que una persona sufre violencia de género. Se sospechará de su existencia (1):

- Si, por los antecedentes y características de la mujer, existen indicadores que orienten hacia ella.
- Presencia de indicadores que avisen sobre el maltrato por la actitud en la consulta de la mujer o de su pareja.
- La actitud de los y las menores pueden avisar también acerca de la existencia de violencia de género sobre sí mismos y sus madres.
- Hay etapas en la vida de las mujeres en las que se acrecienta el maltrato (embarazo y puerperio) y circunstancias de vida (tener alguna discapacidad, ser inmigrante o víctima de alguna red de trata).

Indicators of gender violence in Primary Care

Summary

Health professionals have a great responsibility in detecting and acting in cases of gender violence. Detecting it early will allow them to perform an early intervention, something that is fundamental in these cases.

Some signs and symptoms are reviewed to suspect that a person suffers gender violence. It will be suspected of its existence:

- If, by the background and characteristics of the woman, there are indicators to point towards it.*
- Presence of indicators to warn about the abuse for the attitude in the office of the woman or her partner.*
- The attitude of children can warn about the existence of gender violence about themselves and their mother.*
- There are stages in women's life in which abuse increases (pregnancy and puerperium) and life circumstances (having a disability, being an immigrant or victim of trafficking network).*

Keywords:

Violence.
Gender Identity.
Attention.

INTRODUCCIÓN

Los profesionales sanitarios tienen una gran responsabilidad en la detección y actuación en los casos de violencia de género. Detectarlo de forma precoz les va a permitir realizar una intervención temprana, algo que es fundamental en estos casos.

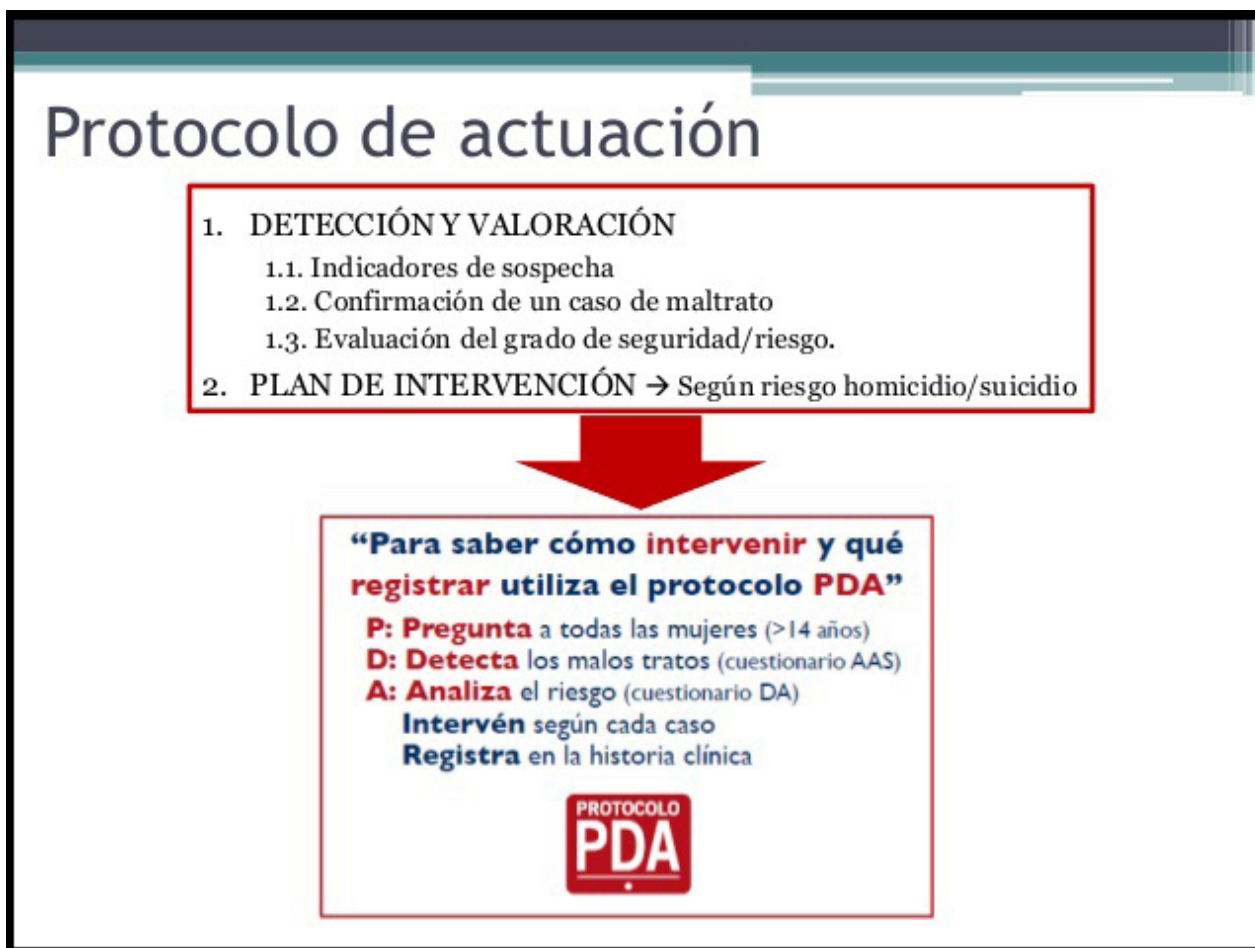


Cuando un profesional realiza la anamnesis o entrevista, y detecta la presencia de indicadores

de sospecha, se debe poner en marcha el Protocolo de Actuación en Violencia de Género de su área sanitaria. En primer lugar se hace una valoración integral del paciente, anotando en su historia clínica las iniciales ISMT (Indicador Sospecha Malos Tratos) o CMT (Confirmación Malos Tratos), según el caso.

Deben informar a la mujer sobre derechos y recursos, respetando la decisión de denuncia, para ello, las habilidades de comunicación y los conocimientos sobre las fases del proceso del cambio, nos ayudarán a realizar una intervención correcta.

El siguiente paso sería valorar la seguridad y el riesgo de la mujer en ese momento, si reconoce o no sufrir malos tratos y si se encuentra en peligro extremo. Es importante saber que si constatamos una situación objetiva de riesgo para la mujer, tenemos la obligación de poner en conocimiento del poder judicial tanto los casos de ISMT (Indicador Sospecha Malos Tratos) como de CMT (Confirmación malos tratos), independientemente de que la mujer realice la denuncia o no. Todo este proceso se lleva a cabo desde la coordinación con Trabajo Social y otros servicios implicados.



METODOLOGÍA

Se ha realizado una búsqueda de la literatura y revisión de lo más relevante, incluyendo los protocolos principales relacionados con la violencia contra las mujeres en España durante los últimos diez años, acentuando estrategias nacionales y regionales para la detección de violencia de género en la asistencia sanitaria.

Antecedentes

La violencia de género se refiere a todo acto de violencia física y psicológica, incluidas las agresiones a la libertad sexual, las amenazas, las coacciones o la privación arbitraria de libertad, por parte de quienes sean o hayan sido sus cónyuges o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aun sin convivencia. La situación de violencia de género más común es la de un hombre que comete una serie de abusos continuados y sistemáticos a una mujer por el hecho de ser mujer, a la cual considera inferior o pretende dominar.

Es por ello que frecuentemente la violencia de género es confundida con la violencia machista o contra la mujer. Sin embargo, no se ha de olvidar que también existen varones que sufren este tipo de violencia por parte de sus parejas. No se ha de olvidar la existencia de violencia en la pareja en parejas de personas del mismo sexo. Es por ello que hoy en día debería hablarse de violencia de pareja.

La violencia de género no es específica del ámbito de la pareja, sino que puede darse en múltiples ámbitos sin necesidad de que quien la lleve a cabo sea un cónyuge. Las instituciones, la familia y la sociedad en general también pueden ser lugares donde aparezcan situaciones de violencia de género como las anteriores.



Es necesario trabajar de cara a prevenir y concienciar a la ciudadanía, educando en diferentes aspectos como la tolerancia a la diversidad, la igualdad de derechos y oportunidades y la educación emocional de cara a evitar nuevas situaciones de violencia de género.

Tipos de violencia de género

La ley nº 26.485 conceptualiza distintos tipos de violencia categorizándolas en:

- **Violencia Física:** se considera como violencia física todo aquel acto en que se inflige un daño físico a la víctima a través de la agresión directa. Dicho daño puede ser temporal o permanente.
- **Violencia Psicológica:** la que causa daño emocional y disminución de la autoestima o perjudica y perturba el pleno desarrollo personal o busca degradar o controlar sus acciones, comportamientos, creencias y decisiones, mediante amenaza, acoso, hostigamiento, restricción, humillación, deshonor, descrédito, manipulación o aislamiento.
- **Violencia Sexual (3):** ocurre siempre que se impone a la mujer, mediante el chantaje, las amenazas o la fuerza, un comportamiento sexual contra su voluntad, que se produzca por parte de su pareja o por otras personas. Existen diferentes manifestaciones de violencia sexual:
 - *Violencia sexual que no implica contacto corporal:*
 - ≈ Exhibicionismo, forzar a ver material pornográfico, mensajes obscenos por correo electrónico o telefónicos, gestos y palabras obscenos, insultos sexistas, acoso sexual, proposiciones sexuales indeseadas, voyeurismo.
 - *Violencia sexual con contacto corporal:*
 - ≈ Tocamientos, la imposición de relaciones sexuales o prácticas no deseadas, obligar a adoptar posturas que la mujer considera degradantes.
 - ≈ Violación.
 - *Violencia contra los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres:*
 - ≈ Incluye cualquier actuación que restrinja a las mujeres el ejercicio de su derecho a la salud sexual y reproductiva, afectando su libertad para disfrutar de una vida sexual sin riesgos para su salud, así como ejercer libremente su derecho a la maternidad.

- **Violencia Económica:** se basa en la reducción y privación de recursos económicos a la pareja o su prole como medida de coacción, manipulación o con la intención de dañar su integridad.
- **Violencia Patrimonial:** la usurpación o destrucción de objetos, bienes y propiedades de la persona víctima de violencia con intención de dominarla o producirle un daño psicológico.
- **Violencia Social:** se basa en la limitación, control y la inducción al aislamiento social de la persona. Se separa a la víctima de la familia y amigos, privándola de apoyo social y alejándola de su entorno habitual.
- **Violencia Simbólica:** la que a través de patrones estereotipados, mensajes, valores, iconos o signos transmita y reproduzca dominación, desigualdad y discriminación entre las relaciones sociales naturalizando la subordinación de la mujer en la sociedad.
- **Violencia Vicaria:** Un gran número de parejas en las que se produce violencia de género tienen hijos. En muchas ocasiones el agresor decide amenazar, agredir e incluso matar a dichos hijos con el propósito de dañar a su pareja o ex-pareja. También incluye el daño causado a los menores por la observación de malos tratos entre los progenitores.

Modalidades de violencia de género (2)

Además la ley señala que según las formas en que se manifiestan en los distintos ámbitos, las modalidades son:

- **Violencia Doméstica:** aquella ejercida contra las personas por un integrante del grupo familiar, independientemente del espacio físico donde ésta ocurre, que dañe la dignidad, el bienestar, la integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, la libertad, comprendiendo la libertad reproductiva y el derecho al pleno desarrollo de las mujeres. Se entiende por grupo familiar el originado en el parentesco sea por consanguinidad o por afinidad, el matrimonio, las uniones de hecho y las parejas o noviazgos, incluye las relaciones vigentes o finalizadas, no siendo requisitos la convivencia.
- **Violencia Institucional:** aquella realizada por las/los funcionarios/as, profesionales, personal y agentes pertenecientes a cualquier órgano, ente o institución pública, que tenga como fin retardar, obstaculizar o impedir que las mujeres tengan acceso a las políticas pú-

blicas y ejerzan los derechos previstos en esta ley. Quedan comprendidas, además, las que se ejercen en los partidos políticos, sindicatos, organizaciones empresariales, deportivas y de la sociedad civil.

- **Violencia Laboral:** aquella que discrimina a las personas en los ámbitos de trabajos públicos o privados y que obstaculicen su acción al empleo, contratación, ascenso, estabilidad o permanencia en el mismo, exigiendo requisitos sobre estado civil, maternidad, edad, apariencia física o la realización de test de embarazo.

Constituye también violencia contra las mujeres en el ámbito laboral el que quebranta el derecho de igual remuneración por igual tarea o función asimismo, incluye el hostigamiento psicológico en forma sistemática sobre una determinada trabajadora con el fin de lograr su exclusión laboral.

- **Violencia contra la libertad reproductiva:** aquella que vulnera el derecho de las mujeres a decidir libre y responsablemente en el número de embarazos o el intervalo entre los nacimientos, de conformidad con la ley 25.673 de creación del programa nacional de salud sexual y procreación responsable.
- **Violencia Obstétrica:** aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresadas en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la ley 25.929.
- **Violencia Mediática:** aquella publicación o difusión de mensajes e imágenes estereotipos a través de cualquier medio masivo de comunicación, que de manera directa o indirecta promueva la explotación de mujeres o sus imágenes, injurie, difame, discrimine, deshonre, humille o atente contra la dignidad de las mujeres, como así también la utilización de mujeres, adolescentes y niñas en mensajes e imágenes pornográficas, legitimando la desigualdad de trato o construya patrones socio-culturales reproductivos de la desigualdad o generadores de violencia contra las mujeres.

Formas de ejercer la violencia de género (4)

- **Tácticas de presión.** Intimida, manipula a los hijos e hijas, amenaza con retener el dinero.
- **Falta de respeto.** Interrumpe, no escucha, no responde, manipula la interpretación de tus

palabras, increpa a tus amistades y familia. No respeta tus derechos ni tus opiniones.

- **Abuso de autoridad y confianza.** Invade tu intimidad, no respeta tu correspondencia, escucha tus conversaciones telefónicas. Interroga a tus hijos e hijas sobre tus actividades, te castiga con el silencio.
- **Incumplimiento de promesas.** No respeta los acuerdos, no asume su responsabilidad, no colabora con el cuidado de los hijos e hijas ni se compromete en los quehaceres domésticos.
- **Tiranía emocional.** No expresa sentimientos, no ofrece apoyo, no respeta tus sentimientos.
- **Control económico.** Te niega el derecho a trabajar. Te impide el acceso al dinero.
- **Comportamiento destructivo de la personalidad.** Abusa del alcohol o las drogas. Amenaza con el suicidio.
- **Aislamiento.** Evita o dificulta que puedas verte con amistades o familiares, controla tus llamadas telefónicas, te dice dónde puedes y dónde no puedes ir.
- **Acoso.** Te llama constantemente por teléfono en un afán enfermizo de controlarte. Te sigue.
- **Intimidación.** Gestos de enfado y amenazantes. Acercamiento físico intimidatorio, ostentación de fuerza física. Gritos, conducción temeraria de vehículos.
- **Dstrucción.** Destrucción de posesiones, rotura de objetos contra paredes.
- Violencia sexual. Trato degradante de tu sexo, coacción para mantener relaciones sexuales contra tu voluntad.
- **Violencia física.** Golpear, pinchar, tirar del pelo, abofetear, agarrar, morder, patear, fracturas óseas, magullar, torcer brazos, empujar, intentos de estrangulamiento, provocar abortos, tirar contra las paredes, tirar objetos, utilizar armas, quemar, asesinar.

Características de la mujer víctima

Si bien en el caso de los maltratadores, sin intentar definir un perfil, se pueden plantear una serie de características de comportamiento que suelen ser comunes en su conducta, en el caso de las mujeres víctimas de la violencia de género es, más complicado establecer no ya un perfil sino plantear que características que suelen ser comunes en su conducta, ya que es muy difícil distinguir cuáles de esas características son propias de la mujer (previas

a la violencia sufrida) y cuáles son consecuencia de la violencia. Algunos de los **caracteres adquiridos** como consecuencia de ser víctima de la violencia de género:

- Pérdida de la autoestima y sentirse degradadas.
- Acepta el machismo de su pareja y asume su dependencia hacia él.
- Miedo, estrés, crisis de ansiedad, depresiones, trastornos del sueño, alimenticios e irritabilidad.
- Incomunicación y aislamiento.
- Indecisión e inseguridad debido al bloqueo mental.
- Culpabilización, vergüenza y temor.
- No toma decisiones en su propia vida debido a su inseguridad.

Las reacciones de las mujeres frente a las agresiones:

- El abuso psicológico que se produce dentro del contexto de la violencia género lleva al temor y a la debilitación de las víctimas.
- El aislamiento de las víctimas lleva a una dependencia del agresor y a la aceptación de las acciones del agresor.
- El temor y la pérdida personal refuerzan la dependencia emocional de la víctima hacia el agresor.

RESULTADOS

Existen una serie de signos y síntomas (1) que pueden hacer pensar que una persona sufre violencia de género. Es importante que el personal sanitario los conozca y mantenga una actitud de alerta en la consulta para identificar los casos. Hablamos de los indicadores de violencia de género, destacando:

Indicadores de sospecha en los antecedentes y características de la mujer

- **Antecedentes de violencia:**
 - Haber vivido otras relaciones de maltrato en la pareja.
 - Haber sufrido o presenciado malos tratos en la infancia, abusos y/o agresiones sexuales.

– Antecedentes personales y de hábitos de vida:

- Lesiones o daños físicos frecuentes (5):
 - ≈ Traumatismos de diversa intensidad, fracturas.
 - ≈ Hematomas en diferentes fases evolutivas.
 - ≈ Quemaduras, erosiones.
 - ≈ Epistaxis frecuentes.
 - ≈ Fracturas de tabique nasal de repetición.
 - ≈ Pérdida de piezas dentales.
- Otros problemas de salud frecuentes: dolores, trastornos del sueño y la alimentación.
- Abuso de alcohol, psicofármacos u otras drogas.

– Problemas gineco-obstétricos:

- Ausencia de control de la fecundidad (muchos embarazos, embarazos no deseados o no aceptados).
- Presencia de lesiones en genitales, abdomen o mamas durante los embarazos.

- Dispareunia, dolor pélvico, infecciones ginecológicas de repetición, anorgasmia, dismenorrea.
- Historia de abortos repetidos.
- Hijos con bajo peso al nacer.
- Retraso en la solicitud de atención prenatal.

– Síntomas psicológicos:

- Insomnio.
- Depresión.
- Ansiedad.
- Trastorno de estrés postraumático.
- Intentos de suicidio.
- Baja autoestima.
- Agotamiento psíquico.
- Irritabilidad.
- Trastornos de la conducta alimentaria.
- Labilidad emocional.

– Aspectos Sociales:

- Aislamiento, escasas relaciones y actividades fuera de la familia, bajas laborales.

Indicadores de ser víctima de violencia

Indicadores físicos: Lesiones físicas, generalmente múltiples: hematomas, arañazos, mordeduras, quemaduras e irritaciones en la piel, marcas y cicatrices en el cuerpo, fracturas, pérdida de los dientes

Indicadores emocionales:

- llanto, tristeza,
- sentimientos de culpa o vergüenza,
- temor,
- insomnio,
- irritabilidad, cambios de humor,
- olvidos o falta de concentración,
- confusión y aislamiento,
- ideas o conductas suicidas.

Indicadores conductuales:

- Mantiene una relación con su agresor al que agradece intensamente sus pequeñas amabilidades;
- suele negar que haya violencia contra ella y si la admite la justifica;
- está siempre dispuesta a mantenerlo contento;
- cree que las personas que desean ayudarla están equivocadas y que su agresor tiene la razón y la protege.

[Proyecto de prevención de violencia contra la mujer
Plan comunal de seguridad pública - Pedro Aguirre Cerda]

– **Síntomas físicos frecuentes (trastornos mal definidos y recurrentes en los que no se evidencia patología orgánica en los exámenes realizados):**

- Cefalea.
- Cervicalgia.
- Dolor torácico y/o palpitaciones.
- Dolor osteoarticular de diferentes localizaciones.
- Dolor crónico en general.
- Parestesias, mareos inespecíficos.
- Molestias gastrointestinales (diarrea, estreñimiento, dispepsia, vómitos, dolor abdominal).
- Molestias pélvicas.
- Dificultades respiratorias.
- Trastornos del sueño
- Astenia.

– **Utilización de servicios sanitarios:**

- Existencia de períodos de hiperfrecuentación y otros de abandono (largas ausencias).
- Incumplimiento de citas o tratamientos.
- Uso repetitivo de los servicios de urgencias.
- Frecuentes hospitalizaciones.
- Acudir con la pareja cuando antes no lo hacía.

– **Situaciones de mayor vulnerabilidad:**

- Situaciones de cambio vital:
 - ≈ Embarazo y puerperio.
 - ≈ Noviazgo.
 - ≈ Separación.
 - ≈ Jubilación propia o de la pareja.
- Situaciones que aumentan la vulnerabilidad:
 - ≈ Tener hijas o hijos y personas dependientes a su cargo.
 - ≈ Aislamiento tanto familiar como social.
 - ≈ Migración, tanto interna o nacional como extranjera.
 - ≈ Enfermedad discapacitante.
 - ≈ Dependencia física o económica.
 - ≈ Dificultades laborales y desempleo.
 - ≈ Ausencia de habilidades sociales.
- Situaciones de exclusión social (prisión, prostitución, pobreza).
- Infección por el VIH (virus de la inmunodeficiencia humana).

– **Información de que la persona está siendo víctima de malos tratos a través de:**

- Familiares.
- Amistades.
- Profesionales del sistema sanitario u otras instituciones.

Servicio Andaluz de Salud Administrativo/a

OFERTA 2017+ 2018 ESTABILIZACIÓN

440 Plazas

¡¡CONVOCADAS!!

BOJA nº. 134, de 12/07/2018



Indicadores de sospecha durante la consulta

– Características de las lesiones:

- Retraso en la demanda de asistencia de las lesiones físicas.
- Incongruencia entre el tipo de lesión y la explicación de la causa.
- Hematomas o contusiones en zonas sospechosas: cara/cabeza, brazos o muslos.
- Lesiones por defensa (en antebrazos y región dorsal).
- Lesiones en diferentes estadios de curación que indican violencia de largo tiempo de evolución.

COLORACIÓN	TIEMPO DE EVOLUCIÓN
Negro-azul oscuro	Inmediato (<1 día)
Rojo, violáceo	1-5 días
Rojo púrpura	5-7 días
Verdoso	7-10 días
Amarillento	>2 semanas

Tabla 1. Coloración de las lesiones en función del tiempo de evolución

Fuente: *Protocolo de actuación sanitaria en mujeres víctimas de malos tratos, pág. 24.*

- Lesiones en genitales.
- Lesiones durante el embarazo en genitales, abdomen y mamas.
- Lesión típica: rotura de tímpano.

– Actitud de la persona:

- Temerosa, evasiva, incómoda, nerviosa, se altera por ejemplo al abrirse la puerta.
- Rasgos depresivos: triste, desmotivada, desilusionada, sin esperanza.
- Autoestima baja.
- Sentimientos de culpa.
- Estado de ansiedad o angustia, irritabilidad.
- Sentimientos de vergüenza: retraimiento, comunicación difícil, evitar mirar a la cara.
- Vestimenta que puede indicar la intención de ocultar lesiones. Falta de cuidado personal.
- Justifica sus lesiones o quita importancia a las mismas.

- Si está presente su pareja:
 - ≈ Temerosa en las respuestas.
 - ≈ Busca constantemente su aprobación.

– Actitud de la pareja:

- Solicita estar presente en toda la visita.
- Muy controlador, siempre contesta él o, por el contrario, despreocupado, despectivo o intentando banalizar los hechos.
- Excesivamente preocupado o solícito con ella.
- A veces colérico u hostil con ella o con el profesional.
- Durante el embarazo:
 - ≈ Inicio tardío de las visitas de control prenatal.
 - ≈ Consulta frecuente por disminución de la percepción del movimiento del bebé.
 - ≈ Lesiones en zona abdominal y otras partes sin justificación adecuada o minimización de su importancia.
 - ≈ Accidentes o lesiones físicas durante el embarazo.
 - ≈ Embarazo en la adolescencia.
 - ≈ Poco o ningún interés en asistir a las clases de preparación para la maternidad y paternidad.
 - ≈ Antecedentes: abortos de repetición, bajo peso al nacer, sufrimiento fetal.
- Durante el puerperio:
 - ≈ Desgarros y dehiscencia de la episiotomía.
 - ≈ Mala o lenta recuperación postparto.
 - ≈ Petición de anticoncepción lo antes posible por presión de la pareja a reiniciar relaciones sexuales.
 - ≈ Mayor incidencia de hipogalactia y fracaso de la lactancia natural.
 - ≈ Depresión postparto que no remite, con ansiedad en la relación madre-bebé.
 - ≈ Retraso en la visita neonatal.

Consecuencias en la salud de sus hij@s (1)

– Salud Física de los hij@s:

- Muerte.
- Daños y lesiones.
- Riesgo de alteración de su desarrollo integral (retraso del crecimiento, disminución

de las habilidades motoras, retardo en el lenguaje, síntomas regresivos).

- Alteraciones del sueño y la alimentación.
- Mayor frecuencia de enfermedades psicosomáticas.

– **Salud Psíquica de los hij@s:**

- Ansiedad, depresión, baja autoestima.
- TEP (Tromboembolia pulmonar).
- TDAH (Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad).
- Dificultades aprendizaje y socialización, habilidades sociales escasas, bajo rendimiento escolar.
- Problemas de conducta social (comportamientos de sumisión o violencia).
- Comportamientos de riesgo.
- Adicciones.
- Asunción de roles de protección.
- Trastornos psicopatológicos.

– **A largo plazo o transgeneracional en los hij@s:**

- Conductas agresivas aprendidas hacia las madres por los hijos varones.
- Mayor probabilidad de desarrollar actos agresivos y violentos; y reproducir la conducta en relaciones de pareja.
- Mayor tolerancia al maltrato en las mujeres.
- Embarazos para sentir que alguien las quiere -Embarazos no deseados-
- Relaciones de pareja en las que sufren maltrato.

– **Dependiendo de la edad:**

- De 0 - 2 años:
Retraso en el crecimiento y desarrollo de habilidades motoras y de lenguaje, bajo peso, alteraciones en el sueño y la alimentación, síntomas psicosomáticos, llanto inconsolable, irritabilidad, mayor riesgo de maltrato.
- De 2 - 5 años:
Alteraciones en la alimentación y el sueño, en el control de esfínteres, regresiones, agresividad, irritabilidad, problemas de aprendizaje y conducta, hiperactividad, miedos, sentimientos de culpabilidad. Ansiedad y tristeza.
- De 6 - 12 años:
Agresividad, ansiedad, miedos, alteraciones en el rendimiento escolar, depresión, baja autoestima, aislamiento, trastorno de estrés postraumático.

- Más de 12 años:
TCA (Trastorno de la Conducta Alimentaria), ansiedad, depresión, apatía, ira, dificultad para expresar sentimientos, pocas habilidades sociales, relaciones conflictivas, comportamientos de riesgo y de evasión, comportamientos violentos, absentismo escolar, drogodependencia, intentos de suicidio, autolesiones, psicopatologías. Asumen el rol de cuidado de hermanas y hermanos y/o la madre.

CONCLUSIONES

La confirmación de sospecha de malos tratos no pone fin a la actuación del equipo del centro de atención primaria si no que es a partir de este momento se debe desarrollar una importante labor de información de atención y trabajo de la persona, así como la derivación a otro nivel de intervención cuando las características del caso lo requieran. La intervención será diferente si la persona reconoce o no el maltrato y según la situación de peligro en la que se encuentre.

La conclusión fundamental que debemos proponer en cuanto a la identificación es que NO TENGA MIEDO DE PREGUNTAR, contrariamente a lo que se podría pensar. La mayoría de las mujeres¹ están dispuestas a revelar maltrato cuando se les pregunta de forma directa y no valorativa. En realidad, muchas esperan silenciosamente.

CONCLUSIONS

Confirmation of suspected maltreatment does not put an end to the performance of the primary care team if not that is from this moment an important work of information of attention and work of the person must be developed as well as the derivation to another level of intervention when the characteristics of the case require it.

The intervention will be different if the person recognizes or not the abuse and according to the situation of danger where the victim is.

The fundamental conclusion that we should draw as for the identification is THAT THE VICTIM SHOULDNT BE AFRAID TO ASK, contrary to what it could be thought. Most women are willing to reveal abuse when asked directly and not valued. Actually, many women wait silently.

PREGUNTAS QUE HACER

- TENGO SOSPECHAS (tras revisión de historia clínica). Con ella en consulta:
 - He repasado tu historial y encuentro algunas cosas que me gustaría comentarte. Veo que... (relatar los hallazgos)
 - ¿a que crees que se debe tu malestar o problema de salud?
 - Te encuentro algo intranquila ¿qué te preocupa?
 - ¿Estás viviendo alguna situación problemática que te haga sentirte así?
 - En caso de sospecha por antecedentes como dispareunia, dolor pélvico..., preguntar acerca de si sus relaciones afectivas y sexuales son satisfactorias o no.
- En el caso de sospecha por lesiones físicas que presenta:
 - Esta lesión suele aparecer cuando se recibe un empujón, golpe, corte, puñetazo... ¿es eso lo que te ha ocurrido?
 - ¿Tu pareja o alguna otra persona utiliza la fuerza contra ti?, ¿cómo?, ¿desde cuándo?

Fuente: igualdad-valledeljerte.blogspot.com

BIBLIOGRAFÍA

1. Amalia Suárez Ramos (coordinación), Syra Borrás Pruneda, Ifigenia Frías Oncina, M^a Victoria Llamas Martínez, Elisa Vizuete Rebollo. Protocolo andaluz de actuación sanitaria ante la violencia de género [Internet]. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales; 2015. [Consultado 6 Febrero 2018]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/c_1_c_6_planes_estrategias/violencia_genero_2015_guias_rapidas/protocolo_violencia_genero_guias_rapidas.pdf.
2. Tipos y modalidades de violencia [Internet]. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ministerio de Justicia y Derechos humanos. [Consultado 31 Ener 2018]. Disponible en: <http://www.jus.gob.ar/areas-tematicas/violencia-de-genero/tipos-y-modalidades-de-violencia.aspx>.
3. Rosa M^a López Rodríguez, Sonia Peláez Moya. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012[Consultado 6 Febrero 2018]. Disponible en: https://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ProtComActSan_2012.pdf.
4. Junta de Andalucía. Violencia de género. Documentación Red Ciudadana Folleto [Internet]. [Consultado 31 Ener 2018]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Violencia_Genero_Documentacion_Red_Ciudadana_folleto.pdf.
5. Alicia Aguado Gómez, Ana Almoguera Cabrera, Sara Anibarro Pérez, Jose Manuel Comas Samper, Fátima Corroto Rioja [et al.]. Protocolo de actuación sanitaria en mujeres víctimas de malos tratos [Internet]. Castilla-La Mancha: Consejería de Sanidad. Dirección de Salud Pública y Participación. [Consultado 7 Febrero 2018]. Disponible en: <http://www.castillalamancha.es/gobierno/sanidad/estructura/dgsspc/actuaciones/protocolo-de-atenci%C3%B3n-sanitaria-para-mujeres-v%C3%ADctimas-de-malos-tratos-profesionales>.

AGRADECIMIENTOS

Nuestro agradecimiento al centro de salud de Carranque de Málaga y al de Huerca-Overa de Almería donde hemos desarrollado nuestra profesión a lo largo de los últimos años y a nuestros compañeros, sin su trabajo y esfuerzo no se podría haber realizado.

¿Quieres TRABAJAR
en el SERVICIO ANDALUZ
DE SALUD...

Oferta Extraordinaria de Estabilización

18.618 *Plazas*

BOJA nº. 33 de 15/02/2018

Servicio Andaluz de Salud

...o te conformas solo con opositar?

Rodrio

Formación para el empleo

¡Una plaza te espera!

2018 OPOSICIONES

www.edicionesrodrio.com

¡Trabajar en la Administración pública es ahora más fácil!



La sexualidad en el tercer trimestre del embarazo

AUTORES

Désirée Díaz Jiménez

Enfermera Especialista en Obstetricia y Ginecología. Unidad de Urgencias Ginecológicas-Obstétricas. Área de partos. Hospital Virgen de la Victoria.

Manuela Velázquez Barrios

Enfermera Especialista en Obstetricia y Ginecología. Área de Partitorio. Hospital Virgen del Rocío.

Eulalia Izquierdo Vargas

Enfermera Especialista en Obstetricia y Ginecología. Área de partos. Hospital Virgen de la Salud.

Correspondencia

Désirée Díaz Jiménez,

 diazjimenezdesiree@hotmail.com;

Conflicto de Intereses

No existen conflicto de intereses entre los participantes. No se ha recibido financiación.

Publicación

El presente no ha sido presentado como comunicación oral-escrita en ningún congreso. Los elementos visuales incluidos en este artículo original son de diseño propio a los autores.

Palabras clave:

Embarazo,
Sexualidad,
Conducta sexual,
Educación sexual.

Resumen

La gestación origina cambios que repercuten en la vida sexual de la mujer. Aun así son escasos los estudios que investigan la actividad sexual de la gestante por lo que es considerable realizar un estudio en este ámbito.

Objetivo: Evaluar las dimensiones de la función sexual durante el embarazo, incluyendo el deseo, lubricación, excitación, orgasmo, dispareunia y grado de satisfacción.

Método: La muestra del estudio fue de 20 mujeres, con una media de edad de 33 años ± 5 . La realización de la encuesta EVAS-M (Escala de Valoración de la Actividad Sexual en la Mujer), formulada con preguntas de carácter cuantitativo sobre satisfacción, deseo, excitación, lubricación, orgasmo, dolor y cercanía emocional con la pareja, y otras cualitativas sobre la valoración de la actividad sexual en el tercer trimestre del embarazo. Se ha realizado un análisis estadístico con SPSS 21 (Statistical Package for the Social Sciences, versión 21).

Resultados: Los resultados obtenidos del análisis descriptivo sobre la muestra de mujeres muestran una disfunción sexual en gran proporción de la muestra analizada. A su vez, solo el 60% de la muestra obtenida refiere tener suficientes conocimientos sobre sexualidad.

Conclusiones: Dicho porcentaje nos empuja a trabajar en este campo aumentando la motivación en los profesionales sanitarios incidiendo en educación sexual a embarazadas y su pareja para conseguir disminuir el grado de disfunciones sexuales y aumentar el grado de satisfacción en todos los aspectos de su sexualidad.

Sexuality in the third trimester of pregnancy

Summary

Pregnancy causes changes in sexual life and there are few studies that investigate this, thus making it a pertinent subject of study.

Objective: *Assess the dimensions of sexual function during pregnancy such as desire, lubrication, arousal, orgas , satisfaction and dyspareunia .*

Method: *Sample of 20 women, 33 years \pm 5. Survey EVAS-M (Rating Scale of Sexual Activity in Women), with quantitative questions about satisfaction, desire, arousal, lubrication, orgasm, pain and emotional closeness with a partner and other qualitative evaluations of sexual activity in the third trimester of pregnancy. Performing a statistical analysis with SPSS 21 (Statistical Package for the Social Sciences, version 21).*

Results: *The results show a large proportion of sexual dysfunction. 60% of the sample reported having sufficient knowledge about sexuality.*

Conclusions: *This percentage encourages work in this field by increasing the motivation of health professionals to offer sex education to pregnant women and their partners.*

Keywords:

Pregnancy,
Sexuality,
Sexual Behavior,
Sex Education.

INTRODUCCIÓN

La salud sexual se define como “un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; la cual no es solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad. Para que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y ejercidos a plenitud” (1).

El embarazo es un proceso de cambio continuo en la mujer, que abarca su estado físico, psíquico y emocional. Dentro de estos cambios se encuentra la actividad sexual, se puede modificar su frecuencia, el interés por practicarlo, las zonas erógenas, que tipo de caricias se desean según la edad gestacional, etc. Las dificultades sexuales más comunes durante el embarazo se asocian con factores psicológicos (9).

La conducta de la mujer ante la maternidad, la calidad y/o ausencia de la pareja, el nivel cultural y sus expectativas, así como otras condiciones individuales ejercen considerable presión sobre la conducta sexual. La sexualidad como expresión de la personalidad, es única, personalizada e irrepetible, llegando a ser un sello personal de cada pareja y por tanto cuando se enfrenta al proceso reproductivo debe existir un proceso de aceptación y adaptación a él, y a la variación del disfrute sexual en la medida de las posibilidades y deseos (3).

En nuestra sociedad, la educación sexual, está incluida dentro de la cartera de servicios de la educación maternal. Esta es importante para adquirir conocimientos sobre los beneficios e influencias que presenta la actividad sexual en la madre, el feto y en la pareja.

Estudios anteriormente realizados concluyen que el 88,9% de las mujeres embarazadas tienen trastornos del deseo sexual, 86,9% tienen trastorno de la excitación sexual, el 42,8% trastornos de lubricación, el 69,6% trastornos del orgasmo, y el 48% tienen problemas en la satisfacción sexual (2, 10).

Puede haber una disminución del interés sexual en el primer trimestre relacionado con el miedo a provocar un aborto, aunque en estudios realizados en mujeres que tuvieron partos pretérmino, se comprobó que no había ninguna relación entre coito, orgasmo, otras experiencias sexuales y el modo de nacimiento (3). La frecuencia de los coitos semanales antes de la gestación es de 2 a 3 en un 57,3%, y de más de 3 en un 31,5%, pasando en la gestación a menos de 1 coito por semana en el 54,2% (8). También se relaciona el desinterés con la presencia de náuseas y vómitos y sensibilidad en las mamas (4). En el segundo trimestre el 80% de las gestantes sintieron renovar su sexualidad, en función tanto del deseo, como de la respuesta

física. Se han reportado orgasmos en mujeres previamente anorgásmicas durante la gestación, y esto viene dado porque los genitales sufren cambios anatómicos y funcionales que favorecen la relación sexual, de manera que el pene es comprimido más estrechamente de lo habitual y las contracciones rítmicas de la plataforma orgásmica son más pronunciadas (5).

Durante el tercer trimestre disminuyó el placer sexual un 54% y la actividad coital en un 62% debido a que las mujeres presentan inconvenientes para practicar sexo en diferentes posturas como resultado de los cambios físicos, con disminución del orgasmo y aparición de molestias vaginales (4).

El 87,3% disminuyó su frecuencia en las relaciones sexuales con respecto a su etapa pre-gravídica y un 17,7% tenía miedo de dañar al feto mediante la penetración vaginal (6, 7).

Por todo ello, queremos conocer los efectos que provoca la gestación, en la vida sexual de las embarazadas de nuestro entorno.

Objetivos

Evaluar las dimensiones de la función sexual durante el embarazo, incluyendo el deseo, lubricación, excitación, orgasmo, dispareunia y grado de satisfacción e identificar las áreas de la sexualidad más afectadas durante la última etapa de la gestación.

Conocer el porcentaje de embarazadas que presentan cambios en sus relaciones sexuales y si el grado de conocimientos que poseen las gestantes diferencia la vivencia de estas relaciones en el embarazo.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio transversal y retrospectivo. Se incluyen 20 embarazadas elegidas al azar. Se recogen las variables a través de la Escala de Valoración de la Actividad Sexual en la Mujer (EVAS-M), se trata de una escala corta cuya función consiste en discriminar las áreas problemáticas de la actividad sexual proporcionando una herramienta para el cribado de la disfunción. Consta de 8 preguntas donde se valora la satisfacción, el deseo, la excitación, la lubricación, el orgasmo, el dolor y la cercanía emocional y confianza con la pareja. Junto a esta encuesta se realizó una pregunta de respuesta abierta que acoge diferentes dimensiones de la actividad sexual, para que la gestante nos pudiese contar sus apreciaciones sobre esta temática o cualquier otra información que consideraran de interés y no estuviese recogida en las cuestiones anteriores.

Toda la información se acopia a través de entrevista personal, en primer lugar se les leyó las 8 preguntas del cuestionario EVAS-M con sus posibles respuestas, las cuales fueron contestando progresivamente, y por último se les preguntó de forma abierta sobre la autoimagen, la excitación, lubricación y que pensaban sobre el sexo y el embarazo, para que contestaran libremente sobre estos conceptos, mientras estas iban contando sus apreciaciones, la entrevistadora las iba anotando.

Los datos obtenidos en el cuestionario son analizados a través del paquete estadístico SPSS 21 (*Statistical Package for the Social Sciences*, versión 21). En el apartado de resultados, todos los datos presentados están multiplicados por dos exceptuando las dos variables: satisfacción con la pareja y percepción de la imagen corporal, cuyos valores están expresados simples.

RESULTADOS

La muestra del estudio fue de 20 mujeres, con una media de edad de M33 años \pm 3DE. Todas las embarazadas cuestionadas se encuentran entre la M24-40 semana de gestación \pm 2DE.

Tras la realización de una encuesta de valoración sobre la actividad sexual en el tercer trimestre del embarazo, su respectivo análisis estadístico con SPSS muestra unos resultados de disfunción sexual para la mayoría de las mujeres encuestadas.

A continuación se muestran los resultados de la muestra con respecto a los cambios que se han producido en la actividad sexual durante el tercer trimestre de embarazo.

Los resultados cuantitativos demuestran en cuanto al grado de satisfacción sexual:

Grado de Insatisfacción

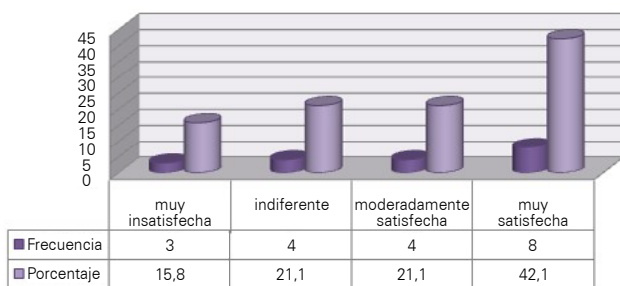


Figura 1; ¿Está satisfecha con sus relaciones sexuales en este último periodo del embarazo?

Se equipara en un 21.1% para las respuestas indiferente y moderadamente satisfecha. Se disipan los resultados en las polaridades con un 42.21% muy satisfecha en comparación al 15.8% con insatisfacción.

En cuanto a la frecuencia de interés:

Interés

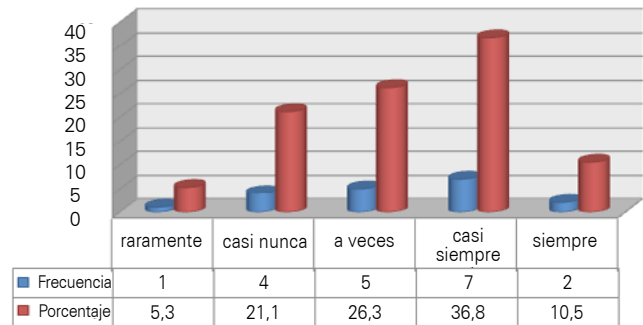


Figura 2; Durante las últimas cuatro semanas ¿ha tenido interés en tener algún tipo de actividad sexual?

Un 36.8% de las mujeres refieren sentir interés casi siempre en comparación al 26.3% que indican a veces, un 21.1% casi nunca, 10.5% siempre y en un 5.3% escaso.

La variable lubricación nos indica:

Lubricación



Figura 3; En las relaciones sexuales ¿ha sentido sequedad vaginal?

El 47.4% de las mujeres indica que casi siempre mantienen una lubricación óptima en sus relaciones sexuales y el 52.6% restante se concentra en un 36.8% a veces, un 10.5% siempre y un 5.3% nunca.

Si nos referimos al alcance del orgasmo observamos:

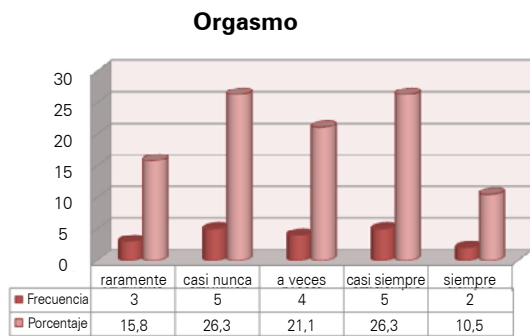


Figura 4; Cuando ha tenido actividad sexual, con o sin penetración ¿ha sentido orgasmo?

La consecución del orgasmo en las relaciones sexuales durante el último periodo del embarazo se mantiene estable dando en su mayoría un porcentaje semejante con un 26,3% en casi siempre coincidiendo con casi nunca, un 21,1% sin modificación, un 15,8% con raramente y en su minoría un 10,5% siempre.

En cuanto a sentir dolor durante el coito:



Figura 5; ¿Ha sentido algún tipo de dolor que le haya impedido terminar su relación sexual?

Un 5,3% y 10,5% se relacionan con respuestas negativas en cuanto al sentimiento subjetivo de dolor durante las relaciones. En los intervalos afirmativos se concentran los porcentajes más altos, con un 47,4% casi siempre y 36,8% siempre.

Además se obtienen resultados en la variable relacionada con el grado de conocimientos sobre el mantenimiento de las relaciones sexuales durante el embarazo: asistencia a clases de educación maternal, haber recibido información sobre sexualidad durante el embarazo, etc. Obteniendo estos resultados:

Conocimiento sexo-embarazo

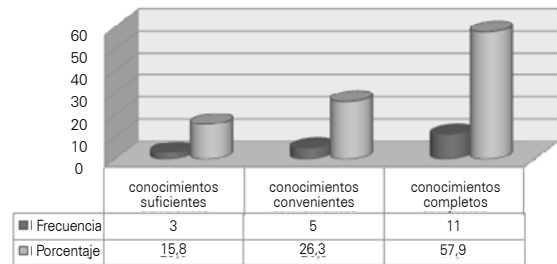


Figura 6; ¿Qué idea tiene del sexo y la gestación?

De entre quienes presentan conocimientos referentes al mantenimiento de prácticas sexuales durante el embarazo, el 15,8% tiene ideas suficientes y el 26,3% exterioriza conocimientos notorios, destacando un 57,9% de gestantes que dictan conocer la teoría.

La valoración sobre la cercanía de la pareja determina:

Cercanía de la pareja

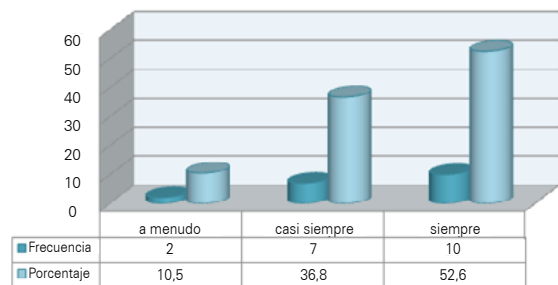


Figura 7; ¿Siente cercanía emocional y confianza con su pareja en las relaciones sexuales?

El grado de satisfacción de las gestantes a la cercanía/apoyo de sus parejas obtiene en su mayoría un 52,6% con una respuesta afirmativa, un 36,8% casi siempre y una minoría del 10,5% a menudo.

Para finalizar se cuantifica el grado de satisfacción sobre la nueva imagen:

Grado de satisfacción con la nueva imagen

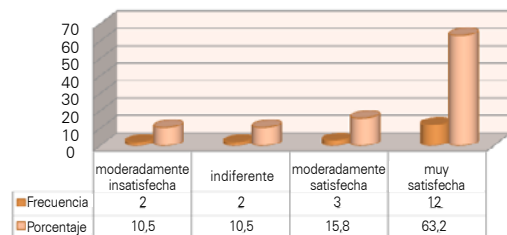


Figura 8; Sobre la autoimagen con respecto al estado previo, como se siente como mujer y particularmente como mujer sexual.

Existe muy poca diversidad para el grado de satisfacción con la nueva imagen que aporta el embarazo, dando resultados del 10.5% para indiferencia y moderadamente insatisfecha y una mínima discrepancia para moderadamente satisfecha. Un 63.2% indica que si se encuentra satisfecha con su imagen corporal.

Se puede observar como existen diferencias en el estado embarazo respecto al habitual, en casi todas las variables medidas: satisfacción, deseo, excitación, lubricación, orgasmo, dolor e imagen personal. Sin embargo en la cercanía emocional con la pareja, no se destacan estas diferencias.

Las respuestas y narraciones de las 20 gestantes, permiten observar en los resultados cualitativos, una concordancia alrededor de los cuatro tópicos planteados: a) sexualidad antes y durante el embarazo, b) excitación en el embarazo c) cambios durante la gestación que perjudiquen las relaciones sexuales, d) preocupaciones. Se contó con entusiasta y dinámica participación de las gestantes. La colaboración e interés por la temática facilitó la relación entre entrevistadores y embarazada.

Los resultados en relación a la vivencia sexológica durante el periodo gestacional muestran: la disposición para el mantenimiento de relaciones sexuales disminuye durante el embarazo, en algunas mujeres atribuibles a factores de riesgo como metrorragias, incompetencia cervical, placenta previa, etc. y otras sin causa aparente, relacionado con el miedo a perder el embarazo.

Relacionan mantener relaciones sexuales con problemas como sangrado, pérdida de la gestación o posibilidad de hacerle daño al bebé, estos miedos determinan la evitación de cualquier tipo de relación sexual. En cuanto a la excitación, durante los meses de embarazo, la fogosidad se merma y va relacionada al incremento de las semanas gestacionales aplicable a incomodidad postural, dificultad para inspirar-expirar sin esfuerzo, cansancio, etc.

A su vez a nivel emocional, el temor y la ansiedad generada ante una gestación con complicaciones, desconocimientos sobre el parto, pánico al dolor y el tránsito de una etapa a otra implica una fase de gran angustia durante el embarazo. Estas expectativas cobran una significancia mayor al ser emitida por mujeres que ya vivieron la experiencia de la maternidad con anterioridad, que conocen las dificultades que implica y su principal herramienta es adquirir una mayor preparación.

Sobre el conocimiento en materia de sexología y embarazo se concluye en un saber medio en relación a buenas prácticas y mantenimiento de las re-

laciones y reconocimiento de parejas que acuden a un profesional para la solución de problemas que se les presenten.

DISCUSIÓN

Podemos comprobar, que al igual que en estudios realizados con anterioridad, la sexualidad sigue siendo un tema al cual va añadido miedos no argumentados, como la relación de la práctica sexual con la presencia de partos prematuros o de sangrados (3).

Los datos obtenidos con respecto a los problemas del deseo, la lubricación o la presencia de orgasmo en la relación sexual son semejantes a los obtenidos en estudios anteriores (2).

La existencia de mujeres que presentan conocimientos sobre la sexualidad en el embarazo se encuentra en más de la mitad y reconocen que no dudarían en consultar a su matrona si poseen alguna duda pero, sin embargo, el porcentaje de problemas relacionados con la sexualidad es muy elevado teniendo en cuenta que la mayoría pueden resolverse con información sexológica por parte de los profesionales.

Quiere decir que el dato obtenido en estas encuestas sobre los conocimientos en sexualidad que poseen las gestantes es elevado pero insuficiente para que exista un nivel alto en la satisfacción sexual de las mujeres embarazadas, esto viene reflejado en el 36,8% de las mujeres entrevistadas, las cuales no se encuentran muy satisfechas con sus relaciones, este porcentaje es mayor en las mujeres de este estudio que en los encontrados en la bibliografía analizada (2,10). Por lo que los profesionales sanitarios deben aportar mayor cantidad de información sexológica a las embarazadas junto con sus parejas, quienes presentan un papel importante en la vivencia de la sexualidad de las gestantes. Este es un problema que nos compete como profesionales de la salud, por lo que habría que incidir más en aportar información sexológica a la población general, y en concreto a las embarazadas y proporcionar un ambiente de confianza para que no duden en consultar al profesional cualquier duda que les surja.

Se debe indicar la subjetividad de las respuestas, que apunta a un factor psico-social. La sociedad mediante simbología mediatiza la relación de las personas entre ellas y estas con la población. En este sentido, como indicaba Thompson (1990), "se entiende que la adquisición que hagan los individuos de su realidad, así como los significados

que le otorguen a ella, será mediada por los contextos culturales en los que estén inscritos” (11). En nuestra sociedad, marcada aún por una fuerte representación católica y determinada a su vez por las condiciones individuales, sociales, culturales e históricas de cada uno, constituyen la relación que asocian las embarazadas y su temor al sexo durante la gestación.

Siendo esencial en este sentido una buena educación sexual para apaciguar este desconocimiento de prácticas sexuales durante y posterior al embarazo.

Entre las posibles limitaciones de nuestro estudio se encuentra el sesgo de información ya que, aunque no dudaron en colaborar en el estudio, las gestantes nos comunicaban que no se sentían cómodas hablando sobre temas de sexualidad y alguna podría haber dado respuestas no ciertas ante la duda del qué pensarán si nos revela su verdadera información privada. También en términos de herramientas de recolección de datos, este estudio es limitado debido al número reducido de embarazadas cuestionadas, por lo que los resultados del estudio refleja solo al grupo de estudio y no se puede generalizar para toda la población.

CONCLUSIONES

Existen pocos estudios recientes que examinen la satisfacción de las relaciones sexuales y en general de la sexualidad en la embarazada, obviando que sea de importancia para la mujer. Pese al peso que adquiere la conservación de la capacidad orgásmica, la cual contribuyen a la mejora de la autoestima, armonía conyugal y mantenimiento de la elasticidad de los músculos pélvicos, tan necesarias para el parto, los resultados obtenidos refieren una baja capacidad para conseguir un orgasmo en la relación sexual. Tras tasar las variables en referencia a la conducta sexual en el tercer trimestre del embarazo (interés, excitación, lubricación, dispareunia, grado de satisfacción) se estima una prevalencia elevada de disfunción sexual.

La sexualidad es fundamental en la vida y puede afectar de forma considerable al bienestar de mujeres y hombres. En la relación de pareja la satisfacción sexual adquiere un valor relevante. La falta de comunicación o baja autoestima por los cambios físicos y emocionales afectan de manera directa en las relaciones sexuales.

Si estos problemas existen la pareja no logrará una relación íntima óptima y satisfactoria para am-

bos. En general, el embarazo y la llegada del bebé generan miedos, dudas e inseguridades que se deben abordar para procurar el bienestar de la madre, pareja y recién nacido. La sexualidad es una parte fundamental de la vida como seres sexuados que somos. Aun así, desde nuestros ancestros, la cultura ha tomado las riendas en este campo y ha impedido un buen desarrollo a nivel personal y social.

A la luz de estos resultados, en su resolución juegan un papel importante una buena educación sexual para disminuir un desencadenante común de toda mujer gestante, el temor y las consecuencias negativas las relaciones sexuales en el embarazo.

En este campo se podría recomendar a todos los profesionales de la salud (médicos/as, matró/as, enfermeros/as) en contacto con la mujer en estas etapas, estar capacitados en temas de salud sexual, resolución de problemas y dudas, a través de la formación profesional y continuada. Así se ofrecerá una mayor carta de servicios sexológicos a la mujer y su pareja durante el periodo previo, durante y posterior al embarazo. No es posible olvidar la relevancia en el abordaje de la sexualidad de los temas sobre fisiología y psicología, pues ambos provocan cambios en la mujer. Se debe esclarecer que en una relación sexual intervienen todo tipo de prácticas, petting, masajes, caricias, masturbación entre otros y no centrarse solo y exclusivamente a la genitalidad. Es recomendable informar sobre terapias sexuales en aquellas parejas donde solo la información no basta. Con ellas, se trabajarán obstáculos que impiden una sexualidad propicia y placentera, introduciendo cambios y reforzándolos en su mantenimiento.

Sin embargo nuestra realidad se aleja en gran medida de lo que consideramos como buenas prácticas. Es posible que una adecuada educación sexual no esté dentro de nuestra cartera de servicio debido a la influencia cultural, dejando a decisión del profesional implicarse o no en el abordaje del tema.

AGRADECIMIENTOS

Las gestantes que han participado en el estudio reconocen la contribución en la realización, proporción de información, respuesta a las peticiones y exposición de este trabajo.

CONCLUSIONS

There are few recent studies that examine the satisfaction of sexual relations and sexuality in general in pregnant women, obviating that it is important for women. Despite the weight acquired by the preservation of the orgasmic capacity, which contributes to the improvement of self-esteem, conjugal harmony and maintenance of the elasticity of the pelvic muscles, so necessary for childbirth, the results obtained refer to a low capacity to achieve an orgasm in the sexual relationship. After assessing the variables in reference to sexual behavior in the third trimester of pregnancy (interest, excitement, lubrication, dyspareunia, degree of satisfaction), a high prevalence of sexual dysfunction is estimated.

Sexuality is fundamental in life and can significantly affect the well-being of women and men. In the couple's relationship, sexual satisfaction acquires a relevant value. Lack of communication or low self-esteem for physical and emotional changes directly affect sexual relationships.

If these problems exist the couple will not achieve an optimal and satisfactory intimate relationship for both. In general, pregnancy and the arrival of the baby generate fears, doubts and insecurities that must be addressed to ensure the welfare of the mother, partner and newborn. Sexuality is a fundamental part of life as sexed beings that we are. Even so, from our ancestors, culture has taken the reins in this field and

has prevented a good development on a personal and social level.

In light of these results, a good sexual education plays an important role in its resolution to reduce a common trigger of all pregnant women, fear and the negative consequences of sexual intercourse in pregnancy.

In this field, it could be recommended to all health professionals (doctors, midwives, nurses) in contact with women in these stages, to be trained in sexual health issues, problem solving and doubts, to through professional and continuous training. This will offer a greater menu of sexological services to women and their partners during the period before, during and after pregnancy. It is not possible to forget the relevance in the approach of the sexuality of the subjects on physiology and psychology, because both provoke changes in the woman. It must be clarified that sexual intercourse involves all kinds of practices, petting, massages, caresses, masturbation, among others, and does not focus solely and exclusively on genitality. It is advisable to report on sexual therapies in couples where only information is not enough. With them, obstacles that prevent a propitious and pleasant sexuality will be worked on, introducing changes and reinforcing them in their maintenance.

However, our reality dictates much of what we consider good practices. It is possible that an adequate sexual education is not within our portfolio of service due to cultural influence, leaving the decision of the professional to be involved or not in addressing the issue.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud (2006). Definición de salud sexual: informe de una consulta técnica sobre la salud sexual. Enero 2002; 28-31.
2. Tosun Güleroglu F, Gördeles Beser N. Evaluación de las funciones sexuales de las mujeres embarazadas. *J Sex Med.* 2014; 11: 146-153.
3. González Labrador I, MiyarPieiga E. Sexualidad femenina durante la gestación.
4. Susana Mustafa, Yechiel Burke. ¿Embarazo y actividad sexual normal son compatibles? *J Sex Med.* 2013; 10:621-622
5. Kolodny R, Master W, Johnson E. Tratado de medicina sexual. LaHabana: Instituto Cubano del Libro, 1985: 234, 314-5.
6. Vásquez, Javier; Meza Sánchez, Gabriela Rocío. Relaciones sexuales y gestación. *Ginecol. & obstet.* 1999; 45(1): 23-6.
7. Rodríguez León M, Ramón Arbués E. Características y evolución del patrón sexual de la mujer embarazada. *Enfermería Global* 2013; 12(4): 362-370.
8. Piñero Navero S, Alarcos Merino G, Arenas Orta MT, Jiménez Iglesias V, Ortega Ballesteros EM, Ramiro Figueroa MJ. Características y modificaciones de la sexualidad durante el embarazo. *NURE Inv. (Revista en internet)* 2011 Ene-Feb. (Fecha de acceso); 8(50).
9. Rocha Panleta J, Monteiro Pereira N, Mendes Graça L. *Sexuality During Pregnancy.* *J Sex Med* 2010; 7: 136-142.
10. Balestena Sánchez JM, Fernandez Hernández B, Sanabria Negrín JG. *Influence of pregnancy in the woman's sexuality.* *Rev. Ciencias Médica.* Septiembre-Octubre, 2014; 18 (5): 811-822.
11. John B. Thompson. *Ideology and Modern Culture.* 1ª ed. California. Stanford University Press. 1990

Clasificación en la gestión de los residuos en el ámbito sanitario

Resumen

El presente artículo tiene por finalidad facilitar la aplicación de un procedimiento operativo para gestionar de forma correcta los residuos biológicos, tanto a los departamentos o unidades que lo generan como a las personas responsables de su gestión interna o externa.

Estos residuos en algunos casos traen consigo riesgos biológicos para la salud concienciada con la prevención de riesgos laborales en todas sus actividades lleva a cabo medidas de prevención, protección y contención de estos riesgos para evitar las posibles enfermedades que sus trabajadores pudieran contraer por exposición a agentes biológicos. Entre ellas está la gestión de los residuos sanitarios, susceptibles de contener agentes patógenos.

Palabras clave:

Residuos, Clases, Incineración, Infección.

Classification in the management of waste in the sanitary area

Summary

This article is intended to facilitate the application of an operational procedure to properly manage biological waste, both the departments or units that generate it and the persons responsible for its internal or external management.

These residues in some cases bring biological risks to the health conscious with the prevention of occupational risks in all its activities carries out measures of prevention, protection and containment of these risks to avoid the possible diseases that its workers could contract by exposure to agents Biological. Among them is the management of sanitary waste, likely to contain pathogens.

Keywords:

Waste Products, Lectures, Incineration, Infection.

Autora

Guadalupe Barbancho Fernández

Correspondencia

 upebarbancho@hotmail.com

Publicación

Este artículo fue presentado como Comunicación oral en las I Jornadas Nacionales Virtuales sobre Gestión de Residuos Sanitarios.

INTRODUCCIÓN

El correcto ordenamiento y la normalización de los residuos sanitarios permite disminuir el posible riesgo hacia la salud y el medio ambiente derivado de una deficiente gestión intracentro a la vez que minimiza los costes de la gestión global de residuos sanitarios.

En los últimos años se ha hecho un uso abusivo del material desechable, tanto en el empleo doméstico como en el sanitario. En el campo que nos ocupa, pues, se ha de intentar limitar el uso de material desechable sólo a los trabajos que entrañen un peligro de infección.

La solución tradicionalmente empleada en muchos hospitales y centros sanitarios ha sido la incineración intracentro, aunque la mayor parte de los hornos intracentros han quedado obsoletos porque los residuos tratados forman una masa cada vez más heterogénea y con mayor proporción de plásticos clorados, con lo que estos incineradores no están adecuados para respetar los límites de emisión de gases cada vez más estrictos. La Unión Europea está trabajando en una nueva directiva, sobre límites de emisión de gases procedentes de la incineración de residuos peligrosos.

La responsabilidad de hacer cumplir la normativa referente a la clasificación, la recogida, el almacenaje, o la cesión de los residuos sanitarios al transportista autorizado y si es necesario, la referente al tratamiento y eliminación, corresponde normalmente al director o al gerente del centro sanitario que genera los residuos sanitarios.

En consecuencia, el gerente ha de desarrollar las siguientes funciones:

- Vigilar el cumplimiento de las disposiciones aplicables a las operaciones citadas anteriormente.
- Informar al personal del centro sanitario de los riesgos asociados a los residuos sanitarios y la forma de prevenirlos.
- Tomar las iniciativas oportunas para conseguir la gestión correcta de los residuos sanitarios.
- Tramitar a la Administración competente las informaciones y los datos que les sean solicitados, y garantizar su exactitud.

Lista de enfermedades infecciosas transmisibles por agentes patógenos contenidos en los residuos sanitarios infecciosos (grupo III):

- Cólera.
- Fiebres hemorrágicas causadas por virus.
- Brucelosis.
- Difteria.

- Meningitis, encefalitis.
- Fiebre Q.
- Muermo.
- Tuberculosis activa.
- Hepatitis vírica.
- Tularemia.
- Tifus abdominal.
- Lepra.
- Ántrax.
- Fiebre paratifoidea A, B y C.
- Peste.
- Poliomiélitis.
- Disenteria bacteriana.
- Rabia.
- SIDA (Síndrome de inmunodeficiencia humana).

Objetivos

Los objetivos del sistema de gestión que llevamos a cabo son los siguientes:

- Eliminar los riesgos para la salud y el medio ambiente que este tipo de residuos pudiera producir.
- Evitar accidentes laborales del personal sanitario en la manipulación de los residuos.
- Colaborar con los distintos centros sanitarios productores para conseguir la minimización de los residuos generados y del coste de su tratamiento y eliminación.

METODOLOGÍA

Para la localización de los documentos bibliográficos se utilizaron varias fuentes documentales.

Se realizó una búsqueda en Internet en el buscador "Google". Los registros obtenidos oscilaron entre 15 y 25 registros tras la combinación de las diferentes palabras clave.

1. Resumen de la información del concepto del estudio

El riesgo asociado al uso o a la manipulación del material propio de la actividad sanitaria (agujas, gasas empapadas en sangre en una cura o una intervención quirúrgica, tejidos extirpados, pipetas de

laboratorio, etc.) no tiene nada que ver con el riesgo asociado a los residuos. Sólo cuando este material es rechazado únicamente a partir de este momento, se convierte en residuo.

2. Identificación de los residuos asociadas al estudio

Los residuos generados por actividades sanitarias se pueden clasificar en:

1. Residuos sanitarios asimilables a residuos municipales o de Tipo I:

Son los que no plantean exigencias especiales en su gestión. Estos residuos incluyen cartón, papel, material de oficinas y despachos, cocinas, bares y comedores, talleres, jardinería y residuos procedentes de pacientes no infecciosos, no incluidos en los grupos II y III.

2. Residuos sanitarios no específicos o de Tipo II:

Son residuos sobre los cuales se han de observar medidas de prevención en la manipulación, la recogida, el almacenamiento y el transporte, únicamente en el ámbito del centro sanitario.

Estos residuos incluyen material de curas, yesos, ropa y material de un sólo uso contaminados con sangre, secreciones y/o excreciones, todos ellos no englobados dentro de los residuos clasificados como residuos sanitarios específicos.

3. Residuos sanitarios específicos de riesgo o de Tipo III:

Son residuos sobre los cuales se han de observar medidas de prevención en la manipulación, la recogida, el almacenamiento, el transporte, el tratamiento y la eliminación, tanto dentro como fuera del centro generador, ya que pueden representar un riesgo para la salud laboral y pública.

Los residuos sanitarios específicos de riesgo se pueden clasificar en: Residuos sanitarios o infecciosos, residuos anatómicos, sangre y hemoderivados en forma líquida, agujas y material punzante y cortante y vacunas vivas y atenuadas.

4. Residuos tipificados en normativas singulares o de Tipo IV:

Son los residuos cuya gestión está sujeta a requerimientos especiales desde el punto de vista higiénico y medioambiental, tanto dentro como fuera del centro generador.

Estos residuos incluyen:

- Residuos citostáticos.
- Restos de sustancias químicas.
- Medicamentos caducados.
- Aceites minerales y sintéticos.
- Residuos con metales.
- Residuos radiactivos.
- Restos anatómicos humanos con entidad.

3. Conocimiento de las aproximaciones metodológicas con su recogida

El primer paso a seguir en el tratamiento de los residuos sanitarios es su clasificación, por lo que no se depositarán en un mismo recipiente residuos sanitarios de tipos diferentes, respetando la clasificación establecida, consiguiéndose así minimizar la cantidad de residuos. Al mismo tiempo, la recogida de residuos sanitarios deberá atender a los criterios de asepsia, inocuidad y economía.

1. Residuos tipo:

Los residuos de los grupos II y III se recogerán en bolsas y recipientes cuyas características técnicas se adaptarán a los criterios siguientes: estanqueidad total, opacidad a la vista, resistentes a la rotura, asepsia total en su exterior, ausencia total en su exterior de elementos sólidos, punzantes y cortantes, volumen no superior a 70 litros, cierre especial hermético de fácil apertura y que no pueda abrirse de forma accidental.

2. Residuos sanitarios cortantes y punzantes:

Los residuos cortantes y punzantes han de ser recogidos en recipientes impermeables, rígidos y a prueba de pinchazos. Una vez llenos estos recipientes, tendrán que eliminarse como residuos sanitarios específicos.

3. Residuos citostáticos:

Se recogerán en contenedores de un sólo uso, de polietileno o de poliestireno, de manera que permitan la incineración completa, que sean resistentes a los agentes químicos y a los materiales perforantes y que dispongan de cierre hermético especial.

4. Identificación:

La identificación externa de las bolsas, recipientes y contenedores destinados a la recogida de residuos del grupo III y citostáticos, será la siguiente: Grupo II: no necesitarán identificación. Grupo: "Residuos de riesgo". Citostáticos: Material conta-

minado químicamente. Citostáticos". Residuos tipo sangre y hemoderivados

4. Sugerencias de aspectos a la investigación con el transporte intracentro

Es recomendable que los residuos sanitarios recogidos en las diferentes zonas del centro sean transportados al almacén de residuos sanitarios con una periodicidad máxima de 12 horas. Los contenedores o estructuras de soporte y sistemas de transporte han de limpiarse en lugares adecuados con agua a presión y detergentes.

Es recomendable que, tanto los sistemas de transporte como los contenedores de los centros generadores de residuos, sean estructuras sin rincones, que faciliten al máximo el proceso de limpieza. No se han de dejar bolsas ni recipientes de residuos en lugares no previstos, si no es la zona donde se han producido, o bien en el almacén.

Uno de los problemas más importantes que pueden aparecer durante el transporte de los residuos dentro de un centro hospitalario es la rotura de las bolsas. Para poder evitarlo es necesario: Utilizar bolsas de galga adecuada (nunca inferior a 220 mg/cm²), no almacenar las bolsas unas encima de las otras, dentro de la estructura o carro de transporte no se han de comprimir para poder transportar mayor cantidad en un solo trayecto, ni se puede sobrepasar el nivel que permita el cierre de la tapa del carro y nunca deberán arrastrarse las bolsas por el suelo, sino que se han de utilizar los sistemas de transporte.

El personal que transporta los residuos ha de llevar guantes resistentes a los pinchazos por agujas, vidrios y otros materiales punzantes y que no se puedan agujerear pero que a la vez se adapten y sean cómodos. Este personal ha de disponer de una ropa exclusiva para este trabajo y en el momento de acabarlo han de tener a su disposición un baño con ducha y ropa limpia. Siempre que en la manipulación se sospeche que pueden producirse aerosoles o salpicaduras, se han de utilizar gafas y mascarilla.

5. Contribuir a superar las barreras idiomáticas con su almacenamiento

Los residuos sanitarios se podrán almacenar en el mismo edificio durante un período máximo de 72 horas, que se puede alargar a una semana si el almacén de residuos dispone de un sistema de refrigera-

ción (temperatura máxima 4 ° C). El almacén tendrá que estar ventilado, bien iluminado, debidamente señalizado, acondicionado para poder desinfectarlo y limpiarlo, y situado de manera que no pueda afectar a espacios vecinos. El almacén se ha de poder cerrar y ha de tener fácil acceso.

En caso de no disponer de un sistema de tratamiento propio, las operaciones de carga en los vehículos de transporte se tendrán que realizar en condiciones de seguridad, limpieza y agilidad, disponiendo al efecto los espacios y medios que sean necesarios. Estas instalaciones tendrán que permitir una fácil limpieza y desinfección.

El almacén ha de estar protegido de la intemperie, de las temperaturas elevadas, de los animales y el acceso al mismo sólo se permitirá al personal autorizado.

6. Evidencias disponibles con su tratamiento y eliminación

El tratamiento y eliminación de los residuos sanitarios del grupo III y citostáticos deberá atender a criterios de inocuidad, asepsia y salubridad con el fin de garantizar la eliminación de los gérmenes patógenos y la protección del medio ambiente.

Fuera de los centros, los residuos del grupo II se tratarán y eliminarán como residuos asimilables a los municipales. Los residuos del grupo III se podrán eliminar mediante incineración, en hornos preparados para esta finalidad y estarán contruidos con unas características técnicas definidas. Se ha de tener en cuenta que cuando se habla de incineración se refiere a incineración efectuada fuera del recinto sanitario y llevada acabo por empresas autorizadas que ofrezcan toda la garantía de no contaminar el medio ambiente

La generación de residuos biológicos sanitarios representa fundamentalmente un problema de seguridad e higiene en el trabajo, especialmente en el interior de los centros sanitarios, mientras que el riesgo de infección para la comunidad es poco importante y prácticamente limitado a ciertas infecciones no endémicas de España. El riesgo mayor proviene de una incineración inadecuada. Por este motivo, en muchos países, se está imponiendo como medida alternativa a la incineración, el tratamiento de los residuos mediante la esterilización y, una vez triturados, se asimilan a los residuos urbanos.

Los residuos del grupo III también se podrán eliminar como residuos asimilables a los municipales, siempre que hayan sido previamente tratados

mediante esterilización por vapor caliente a presión por técnica de autoclave, es decir mediante acción desinfectante por proceso fraccionado de vapor al vacío. Los residuos del grupo III que sean cortantes y punzantes, como agujas de bisturí, estiletes y cualquier material metálico que pueda ser vehículo de transmisión de enfermedades, podrán ser tratados mediante esterilización en el mismo centro, y después eliminados como residuos asimilables a los municipales. La eliminación de residuos citostáticos se realizará mediante neutralización química o incineración a una temperatura que pueda garantizar su destrucción.

RESULTADOS

- Necesidad de mejoras en el sistema de información.
- Suficiencia de infraestructuras de recogida, transporte y almacenamiento de residuos sanitarios.
- Déficit de infraestructuras para la gestión final de residuos sanitarios del Grupo III.
- Inexistencia de infraestructuras para la gestión final de residuos sanitarios del Grupo IV.






- Concentración de la generación de residuos sanitarios a escala comarcal.
- Gran dependencia externa en la gestión de residuos sanitarios.

Las disposiciones legales de diversas Comunidades Autónomas incluyen esta relación de enfermedades trasmisibles. Estas listas están sometidas a revisiones periódicas de acuerdo con la evolución de los conocimientos epidemiológicos y de los avances técnicos.

Gestión de residuos. Clasificación de los residuos

Según el tipo de residuo hospitalario considerado, podemos distinguir:

- **Tipo I. Residuos asimilables urbanos.** Residuos no específicos de la actividad propiamente asistencial. Se incluyen los siguientes:
 - Residuos de cocina.
 - Residuos de residencia (periódicos, flores, papeles, etc.).
 - Residuos de actividad administrativa.

CLASE I	CLASE II	CLASE IIIa	CLASE IIIb
RESIDUOS SÓLIDOS URBANOS	RESIDUOS SANITARIOS ASIMILABLES A URBANOS	RESIDUOS SANITARIOS ESPECIALES	RESIDUOS QUÍMICOS Y OTROS
 <ul style="list-style-type: none"> ♦ Cartón, papel, embalajes... (Contenedor azul) ♦ Papel de secarse las manos, restos de comida... (Papelera orgánico) ♦ Plásticos, latas, briks... (Contenedor tapa amarilla) 	 <ul style="list-style-type: none"> - Material de curas, gasas y apósitos. - Bolsas o frascos de orina vacíos. - Jeringas sin agujas. - Guantes. - Algodones y papel manchados de sangre. - Puntas de pipeta no manchadas de sangre. - Papel de filtro utilizado para proteger las mesas. - Material de vidrio de laboratorio roto que no esté contaminado. - Todo material que, habiendo estado contaminado, se haya tratado específicamente para su descontaminación y/o esterilización (Autoclave). 	 <p>CONTENEDOR AMARILLO (Cualquier objeto cortante y/o punzante utilizado en los laboratorios y haya estado en contacto con fluidos corporales.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Agujas y lancetas. - Pipetas, hojas de bisturí, portaobjetos, cubreobjetos, tubos capilares, palomillas, tubos de vidrio todos... <p>CONTENEDOR VERDE.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Residuos infecciosos no cortantes ni punzantes (puntas de pipeta, asas de siembra...). - Residuos sólidos procedentes de cultivos de agentes biológicos (Placas Petri, tubos de ensayo, matraces...). - Sangre y hemoderivados en forma líquida u otros líquidos biológicos. 	 <ul style="list-style-type: none"> - Residuos de productos de laboratorio (envases, reactivos...). - Envases de productos químicos peligrosos.  <ul style="list-style-type: none"> - Soluciones acuosas que contienen sustancias peligrosas, generadas por los analizadores y colorantes de tinciones que se realizan en bandejas.

Fuente: Hospital General Universitario de Alicante.

i Una plaza te espera!

2018 OPOSICIONES



Solicita
nuestros libros
en tu librería de
confianza

Te ofrecemos el mejor material para superar con éxito las pruebas selectivas:

Cuerpos y Fuerzas de Seguridad

Servicios de Salud

Comunidades Autónomas

Administración del Estado

Corporaciones Locales

Temarios Generales

eRodio #Oposiciones *i Una plaza te espera!*

www.edicionesrodio.com



- Equipamiento médico obsoleto sin utilizar.
 - Residuos de jardinería.
 - Envases de vidrio.
 - Envases vacíos de medicamentos, excepto los de citostáticos.
 - Mobiliario y equipamiento en desuso.
 - Papel cartón y demás embalajes.
 - Colchones.
 - Todo aquel material que ha sido sometido a algún tratamiento específico de descontaminación o esterilización.
- **Tipo II. Residuos clínicos (o Biológicos).** Todos los residuos producidos como resultado de la actividad clínica, y que no están incluidos en la categoría de residuos especiales. Se incluyen los siguientes:
- Textiles manchados con fluidos corporales (ropas de cama desechables, empapadores, fundas de colchones).
 - Vendajes, algodón usado, compresas, material de curas, apósitos y yesos.
 - Contenedores de sangre y suero (vacíos) con fines terapéuticos.
 - Equipos goteros, bolsas de orina (vacías), sondas, catéteres, equipos de diálisis, bomba extracorpórea.
 - Material de un solo uso, para recolección de líquidos corporales, bolsa sangre-plasma (vacía), bolsa colostomía, viales medicación.
 - Cartuchos de óxido de etileno para eliminación.
- **Tipo III. Residuos especiales (Patológicos y/o infecciosos).** Son aquellos residuos con capacidad potencial de producir contagio y toxicidad. Se incluyen los siguientes:
- Laboratorios de Microbiología e Inmunología: cultivos, material contaminado, etc.
 - Quirófanos y paritorios: restos humanos, órganos, sangre y otros fluidos corporales con material contaminado.
 - Anatomía Patológica: restos de autopsias, restos de tejidos humanos, etc.
 - Equipos de diálisis de portadores crónicos.
 - Residuos de pacientes sometidos a aislamiento.
 - Contenedores con sangre o hemoderivados de origen no terapéutico (más de 100 ml aproximadamente).
 - Objetos cortantes y punzantes (jeringuillas y agujas, bisturís, etc.).

Separación, transporte y almacenamiento

– Tipo I. Residuos asimilables urbanos:

- Este tipo de residuos se recogerán en bolsas de color negro, de 69 galgas, homologadas. Estas bolsas se introducirán en otras bolsas de color negro con galga de 200 del tipo 6 de la norma UNE (Acrónimo de Una Norma Española) 53-147-85.
- Estas bolsas una vez cerradas, deberán introducirse en contenedores de 120 a 240 litros, normalizados (cerrados y remolcables). El contenedor permanecerá siempre cerrado.
- La evacuación de estos residuos se realizará como mínimo una vez al día. Diariamente se llevara a cabo una limpieza y desinfección de la zona de almacenamiento y de los contenedores (mediante jabón, agua y lejía, 4:1).

– Tipo II. Residuos clínicos (o Biológicos):

- Este tipo de residuos se recogerá en bolsas de color negro, de 69 galgas, homologadas. Estas bolsas se introducirán en otras bolsas de color negro con galga de 200 del tipo 6 de la norma UNE 53-147-85.
- Estas bolsas una vez cerradas, deberán introducirse en contenedores de 120 a 240 litros, normalizados (cerrados y remolcables). El contenedor permanecerá siempre cerrado.
- La evacuación de estos residuos se realizará como mínimo una vez al día. Diariamente se llevara a cabo una limpieza y desinfección de la zona de almacenamiento y de los contenedores (mediante jabón, agua y lejía, 4:1).

– Tipo III. Residuos especiales (Patológicos y/o infecciosos). Estos se pueden subclasificar en:

A. Traumáticos (cortantes y/o punzantes).

- ≈ Después de cada uso se introducirán sin ninguna manipulación (no volver a encapuchar las agujas) en recipientes de un solo uso que sean de estructura rígida y biodegradable.
- ≈ El volumen de estos recipientes será de un máximo de cinco litros.
- ≈ Una vez lleno este recipiente, se cerrará herméticamente y será depositado en los recipientes rígidos que se comentan a continuación.

B. No Traumáticos (cortantes y/o punzantes).

- ≈ Recipientes rígidos contruidos en polietileno de alta densidad o en otro material que garantice la impermeabilidad y estanqueidad, tanto interna como externa, estando la tapa equipada con cierre tal que permita abrir y cerrar repetidamente el recipiente hasta su llenado, debiendo poder quedar herméticamente encajada con una simple presión. El volumen de dicho recipiente será de 30 ó 60 litros.
- ≈ Bolsas de color rojo de polietileno, con galga 200, tipo 1.2 que cumpla la norma UNE 53-147-85. Estas bolsas se utilizarán en el caso de que el pequeño volumen de la producción no aconseje su vertido directo en los recipientes antes mencionados. Una vez llenas, estas bolsas, y cerradas adecuadamente se introducirán en los recipientes rígidos señalados anteriormente.

Recomendaciones generales

- Una vez finalizado este transporte, y antes del uso por el resto del personal, se limpiarán los ascensores y los contenedores de depósito o transporte de los residuos, antes de ser subidos a la planta, con jabón, agua y lejía (4:1).
- Los residuos de tipo I y II serán evacuados a los compactadores.
- Los residuos de tipo III, serán almacenados en un depósito general, dedicado exclusivamente para este fin. Este se limpiara con una periodicidad diaria (agua, jabón y lejía, 1:4).
- El depósito de los residuos nunca será superior a las 48 horas.
- El tratamiento de los residuos sanitarios tipo I y II será su depósito en vertedero controlado, mientras que para los de tipo III será la incineración o como asimilable urbano tras proceso de esterilización.

Áreas donde esta indicado ubicar recipientes específicos

Para material potencialmente contagioso o toxico:

- Laboratorios.
- Anatomía patológica.
- Quirófanos y paritorios.
- Citostáticos (unidad de mezclas –farmacia–, hospitalización y hospital de día de oncología y hematología).



SÓLO MATERIAL PUNZANTE Y/O CORTANTE: AGUJAS, HOJAS DE BISTURÍ, ETC.



SANGRE Y HEMODERIVADOS (<100 mL) CULTIVOS Y MATERIAL CONTAMINADO DEL LABORATORIO. MATERIAL DE HEMODIÁLISIS DE PORTADORES CRÓNICOS. RESIDUOS DE PACIENTES CON ALGUNOS TIPOS DE INFECCIÓN.



TODO EL MATERIAL EMPLEADO EN LA PREPARACIÓN DE CITOSTÁTICOS.



RESTOS ANATÓMICOS.

Resumen del Programa de gestión intracentro de residuos sanitarios en el Hospital General Universitario de Alicante.

Fuente: Hospital General Universitario de Alicante.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La gestión avanzada de residuos ha incorporado procedimientos de trabajo específicos, según el riesgo identificado, que permiten una mayor prevención en el medio laboral, protección del medio ambiente y reducción de costes.

Se han adaptado infraestructuras menos contaminantes para el tratamiento y eliminación de los residuos sanitarios, con alternativas centralizadas.

Los residuos sanitarios tienen importante peso en la gestión ambiental de los centros sanitarios, por su cantidad, diversidad, complejidad, requisitos legales que aplican, y como aspecto ambiental por su posible impacto sobre el medio ambiente.

La información y formación son factores clave para la adecuada segregación de y gestión de los residuos, a fin de minimizar su impacto ambiental, económico y social.

Clasificación en la gestión de los residuos en el ámbito sanitario

Desde la Subdirección de Calidad se seguirán potenciando líneas de trabajo directas con los hospitales, facilitando herramientas y procedimientos de trabajo para implantación de los sistemas de gestión ambiental, en donde los residuos tienen un importante peso específico.

La definición y consenso de unos indicadores ambientales básicos, en fase de validación en la actualidad, entre los que se incluyen los residuos sanitarios, supone un importante avance en el seguimiento y medición de la gestión ambiental.

DISCUSSION AND CONCLUSIONS

Advanced waste management has incorporated specific work procedures, according to the identified risk, which allow greater prevention in the workplace, environmental protection and cost reduction.

Cleaner infrastructures have been adapted for the treatment and disposal of sanitary waste, with centralized alternatives.

Sanitary waste has a significant impact on the environmental management of health centers, due to their quantity, diversity, complexity, legal requirements and environmental aspects due to their possible impact on the environment.

Information and training are key factors for the proper segregation and management of waste, in order to minimize its environmental, economic and social impact.

From the Sponsored links, direct lines of work with hospitals will continue to be promoted, providing tools and working procedures for the implementation of environmental management systems, where waste has a significant specific weight.

The definition and consensus of basic environmental indicators, currently being validated, including sanitary waste, represents an important advance in the monitoring and measurement of environmental management.

BIBLIOGRAFÍA

1. Junta de Gobierno. Normativa de régimen interno sobre Gestión de Residuos. [En línea: fecha de acceso 2 de noviembre de 2004].
2. Manual de Gestión de Residuos Sanitarios. Madrid: Instituto Nacional de Salud; 1992.
3. Plan de Gestión de Residuos. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Área Hospitalaria Juan Ramón Jiménez. Consejería de Salud y Consumo de la Junta de Andalucía; 1997.
4. Consejería de medio ambiente. Residuos Biosanitarios y Citotóxicos Comunidad de Madrid [en línea: fecha de acceso 2 de noviembre de 2004].
5. Confederación Sindical de CC.OO. Gestión de residuos sanitarios. Madrid: Departamento Confederado de Ecología y Medio Ambiente; 1993.
6. Comisión de Calidad Ambiental. Manual de Gestión de Residuos Peligrosos. Universidad de Salamanca. [en línea: fecha de acceso 2 de noviembre de 2004].

AGRADECIMIENTOS

A los autores del programa, gestión intracentro de residuos sanitarios en el Hospital General Universitario de Alicante.



Servicio de Salud del Principado de Asturias

AUXILIAR ADMINISTRATIVO

#Oposiciones *i Una plaza te espera!*

www.edicionesrodio.com   

¡Pon a prueba tu preparación!
INCLUYE SIMULACROS DE EXAMEN ONLINE

SANUM

Revista Científico-Sanitaria

NORMAS GENERALES PARA LA PUBLICACIÓN DE ARTÍCULOS

SANUM es una revista digital científica de publicación periódica, 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 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 científico de la revista SANUM.

7. Una vez aceptado el trabajo, el autor principal 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

En general, 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 enviará 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 Secretaría 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.

FORMATO 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.
- 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 ppp.
- Los cuadros, mapas y gráficas deberán 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 estudios 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.

ESTRUCTURA QUE DEBEN PRESENTAR LOS ARTÍCULOS

Se debe seguir una estructura estándar propuesta por **El International Committee of Medical Journal Editors**, 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.

Por tanto, debe seguirse la siguiente **ESTRUCTURA DE LOS MANUSCRITOS** que se reciben en la Secretaría Técnica del consejo de redacción:

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.
- Financiación total o parcial del estudio si existiese, ya que, puede dar lugar a conflicto de intereses.
- Si se ha presentado como ponencia, comunicación oral, póster, etc. en algún congreso.

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 "Descriptores en 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 "porque 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 arábica 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.

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 **fuentes 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..., grafico 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, constanding 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).

Información en la Web:

<http://www.fesp-ugtandalucia.org/index.php/salud-sociosanitarios-dependencia/118-revistas-sanitarias/revista-sanum/699-sanum-revista-cientifico-sanitaria>

¿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.,
escribenos a info@edicionesrodio.com con el asunto "EDICIÓN"
y estudiaremos tu currículum o proyecto editorial.*

www.temariosoposiciones.com



**Garantía de
CALIDAD**
¡Ahora al mejor precio!

eRodio ediciones

Formación para el empleo

**SI NECESITAS MÁS INFORMACIÓN
PONTE EN CONTACTO CON NOSOTROS:**

*C/ José Jesús García Díaz, 2. Edificio Henares
Módulo 6. 41020 Sevilla (España).*

*E-mail: info@edicionesrodio.com
Teléfono: +34 955287484
Fax: +34 9550938489*

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

www.temariosoposiciones.com     