

SANUM

Volumen 3 N.º 1 Febrero 2019

Revista Científico-Sanitaria

ISSN 2530-5468

FENÓMENO DE RAYNAUD COMO
DETERMINANTE DE SALUD: UNA INTERVENCIÓN
COMUNITARIA DESDE LA MATRONA

LA HIPERTERMIA EN RADIOTERAPIA

LOS EGRESADOS DISCAPACITADOS VISUALES
FORMADOS EN FISIOTERAPIA: SU INTEGRACIÓN
LABORAL Y EMPLEABILIDAD

UNA DESCRIPCIÓN GENERAL COMPARADA
SOBRE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD
EN EUROPA

RECUPERACIÓN DE LA ACTIVIDAD SEXUAL
TRAS EL PARTO



Andalucía

SANUM

Revista Científico-Sanitaria

Volumen 3 Nº 1 Febrero 2019


Primer cuatrimestre

Edita

FeSP-UGT/Andalucía

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

Contacto:

 consejoderedaccion_revistasanum@yahoo.es

Teléfono: 637 503 298

Consejo Ejecutivo

Dirección:

Antonio Tirado Blanco
Secretario General

Subdirección:

Antonio Macías Borrego
Secretario de Sanidad

Francisco López Gómez
Secretario de Formación

Consejo de Redacción

María Ortiz Rico
Órgano de prensa

José Luis de Isla Soler
Director técnico

Diseño y maquetación:

Ediciones Rodio, S. Coop. And.
Sevilla

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

ISSN 2530-5468

CONSEJO EDITORIAL

Dirección editorial

Verónica Juan-Quilis MD, PHD

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

Dirección Técnica

José Luis de Isla Soler

Diplomado en Enfermería

Subdirección

José Mª Carrión Pérez

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

Órgano de prensa

María Ortiz Rico

Licenciada en Periodismo. Gabinete de
Comunicación de FeSP UGT Andalucía

Asesor jurídico

Julián Vileya Rodríguez

Licenciado en Derecho Público

Área de Informática

Fernando Rodríguez García

Ingeniero técnico informático
Ediciones Rodio

Editores asociados. Comité científico

Ramón Sánchez-Garrido Escudero

Doctor en medicina y cirugía
Especialista en medicina familiar y
comunitaria

Juan Carlos Díaz Conejero

Licenciado en Farmacia. Licenciado en
Ciencias Ambientales

Francisco Ruiz Domínguez

Doctor en Psicología Social

Ana Mª Cazalla Foncueva

Graduada en Enfermería

Carmen Herrera Vaca

Diplomada en Enfermería

Mª Teresa Pozo Rubio

Diplomada en Enfermería

Javier Medina Barrio

Licenciado en Ciencias Ambientales

Cesar Aristides de Alarcón González

Doctor en medicina, especialista en
medicina interna

José Carlos Ochoteco Hurtado

Psicólogo General Sanitario

Salvador Silva Pérez

Diplomado en Enfermería

Estela M. Perea Cruz

Diplomada en Enfermería

Elena Prado Mel

Licenciada en Farmacia

Mª José Garrido Serrano

Diplomada en Enfermería

José Mª Espinar Martínez

Técnico Superior en Documentación
Sanitaria

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

Web de consulta:

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

Bajo licencia Creative Commons



Reconocimiento-NoComercial-SinObrasDerivadas

CC BY-NC-ND

Revista incluida en Latindex

SANUM

Revista Científico-Sanitaria

Sumario

| | |
|---|-------|
| Editorial..... <i>Inmaculada Villa del Pino</i> | 4-5 |
| Fenómeno de Raynaud como determinante de salud: una intervención comunitaria desde la matrona..... <i>Díaz Jiménez, D.; Velázquez Barrios, M.; Reina Caro, A. J.</i> | 6-11 |
| La hipertermia en Radioterapia..... <i>Cabrera Cardador, J. M.</i> | 12-15 |
| Los egresados discapacitados visuales formados en Fisioterapia: su integración laboral y empleabilidad..... <i>Ortiz Espinosa, N.; Trigo Rodríguez, M.; López García, M.</i> | 16-23 |
| Una descripción general comparada sobre la promoción de la salud en Europa..... <i>Ruiz Domínguez, F. M.</i> | 24-35 |
| Recuperación de la actividad sexual tras el parto..... <i>Velázquez Barrios, M.; Díaz Jiménez, D.; Reina Caro, A. J.</i> | 36-42 |
| Normas generales para la publicación de artículos..... | 43-50 |

Imagen de portada: Manuela Velázquez Barrios



FeSP
Servicios
Públicos

Andalucía



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

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

Editorial

La planificación estratégica de la Fisioterapia en la Sanidad Pública Andaluza

En el uso del lenguaje, una simple modificación de la sintaxis puede alterar sustancialmente el significado del mensaje.

La Fisioterapia como profesión se integra como componente del equipo multidisciplinar junto a enfermeros/as, terapeutas ocupacionales, administrativos/as, logopedas, celadores/as, psicólogos/as, médicos, auxiliares administrativos/as, trabajadores/as sociales, técnicos/as ortopédicos y auxiliares de enfermería. No es este un discurso sólo para fisioterapeutas. Es una invitación a la reflexión para todos los compañeros y compañeras.

Porque a pesar de ser una disciplina de las ciencias de la salud que se integra en el Sistema Nacional y por ende en el Andaluz de Salud, parece no terminar de encontrar su sitio, aun siendo parte fundamental de su marco estratégico. Esta carencia podría deberse a la falta de presencia de la Fisioterapia en los equipos de trabajo que elaboran los documentos base que componen este marco; quizá no ayuda el hecho de que aún no formen parte de los Equipos Básicos de Atención Primaria.

En un entorno como es el actual Plan andaluz de Salud¹, que recordemos, posee como objetivo central el de "reducir la desigualdad y facilitar que las personas vivan más años y con más calidad y autonomía" la Fisioterapia está presente como recurso para "hacer efectivos los compromisos que, en materia de atención sanitaria, ha establecido el Gobierno de la Junta de Andalucía con la ciudadanía", formando parte de la misión del sistema sanitario (Contrato Programa)².

La Fisioterapia tiene además un elevado potencial en la generación de valor en las tres líneas de acción principales del actual Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía³; la Ciudadanía, los Profesionales y el Espacio Compartido de encuentro entre pacientes y profesionales sanitarios. Tiene por tanto cabida en el

proyecto de futuro, en la visión del sistema sanitario. En su segunda línea estratégica el Plan pretende favorecer la autonomía de sus profesionales desde el compromiso con la excelencia, la innovación y el servicio público, desde la Gestión Clínica. Si decimos excelencia, hablamos de gestión por procesos y en el mismo marco de la estrategia, debemos dar protagonismo a la habilidad de identificar las oportunidades. Oportunidades que deberían ser abordadas como fortaleza si tenemos en cuenta que los fisioterapeutas son un recurso del sistema y por tanto se enmarcarían en las variables internas de la planificación.

En la búsqueda de la calidad total, el sistema alenta a los profesionales potenciando en el plano táctico la participación a través de la gestión por procesos asistenciales integrados. Y para trabajar desde y hacia la calidad científico-técnica, se debía involucrar a todos los profesionales. Y aquí llegamos a la ausencia de la Fisioterapia.

A excepción de un mínimo de documentos en los que sí existe representación minoritaria^{4,5} en la mayoría de los documentos de gestión asistencial (Planes y estrategias) los fisioterapeutas, no están. Tampoco se encuentran presentes en Comisiones Interdisciplinares tan relevantes como la de Violencia de Género⁶. Se podrían seguir citando más ejemplos, como la carencia de aportaciones en labores de prevención.

Para acreditar su presencia, tendríamos que dirigirnos a marcos legales como la Ley 16/2003 de cohesión y calidad del SNS⁷, o de la Ley 44/2003 de ordenación de las profesiones sanitarias⁸ (especialmente de su artículo 9), pero no se trata de justificar competencias profesionales. Se trata de la defensa del trabajo en equipo, de valoración y reconocimiento profesional. De que el verdadero valor añadido en la calidad asistencial, se debería asentar en la participación efectiva de todo/as los/as profesionales que tienen conocimientos y práctica clínica, que pueden aportar, desde la evidencia científica. Invitamos al lector a que

reflexione, tanto si pertenece al colectivo de fisioterapeutas como si no, sobre nuestra responsabilidad y capacidad para la acción y el cambio.

Los profesionales de la Fisioterapia no son una fortaleza para el Sistema Andaluz de Salud, porque no están. No están integrados en las Comisiones interdisciplinares, ni en los equipos que elaboran las guías de práctica clínica y los planes de atención.

El concepto de oportunidad hace referencia a lo conveniente de un contexto y a la confluencia de un espacio y un periodo temporal apropiados para obtener un provecho o cumplir un objetivo⁹. En el contexto del Plan Andaluz de Salud, podríamos hablar de la Fisioterapia como un activo en salud latente, una oportunidad en el marco del análisis estratégico, que debería transformarse en fortaleza.

En nuestra mano está que se rentabilice el recurso y debemos plantearlo tanto en primera como en tercera persona, para pasar de una afirmación, "porque no estamos", "Porque no están" a un interrogante que nos mueva a la acción, ¿por qué no estamos?, ¿Por qué no están?

Porque una simple modificación del discurso puede alterar sustancialmente el significado del mensaje.

Inmaculada Villa del Pino

Fisioterapeuta. Nº Col 1451. Sevilla, España.
 Experta universitaria en Fisioterapia Manual (Universidad de Sevilla).
 Técnico Superior en Prevención de Riesgos Laborales.
 Docente del proyecto de formación continua "Estrategia CSA" sobre Comunicación, Screening y adherencia al tratamiento para profesionales sanitarios.

- ¹ http://www.andaluciasana.es/PAS/links/IV_PAS_v9.pdf
- ² http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/gestioncalidad/gasistencial/acuerdo_gest_result_CP_SAS_2016_2017.pdf
- ³ <https://www.juntadeandalucia.es/organismos/salud/areas/calidad-investigacion-conocimiento/calidad-sistema-sanitario/paginas/plan-estrategico-calidad-ss-pa.html>
- ⁴ http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosAcc.asp?pagina=gr_planes_plndesld&url=/gestioncalidad/gasistencial/planes_4.htm
- ⁵ http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/gestioncalidad/plan_atencion_dolor.pdf
- ⁶ <https://www.juntadeandalucia.es/organismos/salud/areas/salud-vida/adulta/paginas/violencia-genero-comisiones.html>
- ⁷ http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosacc.asp?pagina=pr_normativas2_4
- ⁸ <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-21340>
- ⁹ <https://definicion.de/oportunidad/>

Fisioterapeutas

Servicio Andaluz de Salud (SAS)

Con acceso gratuito Rodio @mpus

Temario Especifico Volumen 1
Fisioterapeutas
 Servicio Andaluz de Salud (SAS)

www.edicionesrodio.com

f t i g+

Fenómeno de Raynaud como determinante de salud: una intervención comunitaria desde la matrona

AUTORES

Desireé Díaz Jiménez

Enfermera Especialista en Obstetricia y Ginecología.
Unidad de Urgencias Ginecológicas-Obstétricas. Área de partos. Hospital Virgen de la Victoria. Campus de Teatinos, S/N, 29010 Málaga.

Manuela Velázquez Barrios

Enfermera Especialista en Obstetricia y Ginecología.
Área de Partitorio. Hospital Virgen del Rocío. Av. Manuel Siurot, s/n, 41013 Sevilla.

Antonio José Reina Caro

Enfermero Especialista en Obstetricia y Ginecología.
Área de Partitorio. Hospital Nisa Sevilla-Aljarafe. Avda. Plácido Fernández Viagas, s/n, 41950 Castilleja de la Cuesta, Sevilla.

Correspondencia

Desireé Díaz Jiménez

 diazjimenezdesiree@hotmail.com

Resumen

El fenómeno de Raynaud es una patología conocida, aunque su localización a nivel del pezón en relación con el amamantamiento doloroso está poco descrito. Esta patología produce un cuadro clínico por la falta de aporte de oxígeno, consistente en palidez, parestesias y dolor de la zona afectada. A pesar de ser una causa tratable de amamantamiento doloroso, su desconocimiento puede llevar a un retraso en el diagnóstico, y por lo tanto, conllevar al abandono de la lactancia materna.

Se presenta un caso clínico de intervención comunitaria llevada a cabo por la matrona, donde se manifiesta una sintomatología derivada de un fenómeno de Raynaud del pezón. Se establece un adecuado plan de cuidados, con una valoración completa, a partir de la recogida de datos y valoración de las necesidades básicas según Virginia Henderson.

Palabras clave:

Enfermedad de Raynaud.
Dolor.
Amamantamiento.
Lactancia.



Raynaud's phenomenon as a determinant of health: a community intervention from the midwife

Abstract

Raynaud's phenomenon is a known pathology, although its location at the level of the nipple in relation to painful suckling is little described. This pathology produces a clinical picture due to the lack of oxygen supply, consisting of pallor, paresthesias and pain of the affected area. Despite being a treatable cause of painful breastfeeding, its ignorance can lead to a delay in diagnosis, and therefore, lead to the abandonment of breastfeeding.

A clinical case of community intervention carried out by the midwife is presented, where symptomatology derived from a Raynaud phenomenon of the nipple is manifested. An adequate care plan will be established, with a complete assessment, based on data collection and assessment of basic needs according to Virginia Henderson.

Keywords:

Raynaud Disease.
Pain.
Breast Feeding.
Lactation.



FeSP-UGT/Andalucía

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

Contacto:

consejoderedaccion_revistasanum@yahoo.es

Teléfono: 637 503 298

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

Servicio Madrileño de Salud

Rodio Ediciones
Formación para el empleo

Introducción

Aunque el fenómeno de Raynaud es una patología conocida, su localización a nivel del pezón en relación con el amamantamiento doloroso está poco descrito. El fenómeno de Raynaud afecta al 3-5% de la población general, y el del pezón al 20% de las mujeres en edad fértil¹.

La causa sigue siendo desconocida y puede ser multifactorial, incluyendo vascular, intravascular y mediadores neuronales². Se acepta que el fenómeno de Raynaud es una respuesta vascular exagerada a la exposición al frío o al estrés. Su desconocimiento puede llevar a un retraso del diagnóstico y, por lo tanto, influir en el abandono de la lactancia por parte de la madre.

Clínicamente, tiene lugar un cambio de color en el pezón en tres fases: Primero se produce vasoconstricción e isquemia, que se manifiesta con palidez; más tarde aparece cianosis, y finalmente la vasodilatación refleja se manifiesta con rubor. Acompañando a estos cambios de coloración pueden presentarse alteraciones sensitivas, como entumecimiento, parestesias y dolor intenso y punzante en el pezón. Cuando el episodio remite, el color vuelve a la normalidad^{3,4}.

El objetivo del presente artículo es describir mediante un caso clínico las características clínicas en una mujer diagnosticada de fenómeno de Raynaud del pezón.

Metodología

Historia del problema

Primípara de 37 años de edad que acude a consulta de la matrona en su centro de salud al mes y medio tras el parto refiriendo dolor intenso en los pezones de 6 días de evolución, que empeora al amamantar y se tornan de coloración azulácea al final de la lactancia.

Ha sido tratada hace 15 días por su médico de familia de grietas del pezón con antifúngicos (tópico 3-4 aplicaciones diarias durante 7-10 días, inmediatamente después de la toma) y medidas físicas por posible presencia de *Candida albicans*, no mejorando y persistiendo el dolor intenso de los pezones con el amamantamiento.

Para establecer un adecuado plan de cuidados, se desarrolló una valoración completa, a partir de la

recogida de datos y valoración de las necesidades básicas según Virginia Henderson.



Foto: AlbaLactancia.org

Antecedentes personales y familiares: sin interés.

Antecedentes Obstétricos: Nace varón vivo, 3.105 gr (gramos de peso) y 45 cm (centímetros). Apgar 9/9/10.

Los controles en el postparto precoz fueron adecuados y sin complicaciones.

Alergias conocidas: a metamizol.

Tratamiento médico habitual: Natalben Lactancia 1 cápsula/día.

Signos vitales:

Tensión Arterial: 125/84 mmHg;

Frecuencia Cardíaca 98 ppm;

Saturación de O₂ 99%;

Apirética.

Exploración física:

Peso: 82 kg; Talla: 175 cm;

Índice de Masa Corporal: 26.78.

Alerta y orientada.

Mamas sin signos de inflamación, sin abscesos.

Técnica de amamantamiento:

Lactancia materna a demanda instaurada en el paritorio y sin problemas hasta el momento.

Observación de la toma:

Enganche y posición adecuada, succión sin alteraciones. Se descarta anquiloglosia.

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA: recogida de datos según el modelo de Virginia Henderson

1º Respirar normalmente.

Manifestaciones (m) de independencia: No fuma.
Respira sin dificultad;

M. de dependencia no se observan.

2º Comer y beber adecuadamente.

M. de independencia: dieta variada, rica en fibra;

M. de dependencia: no se observan; datos a considerar: ganancia de 11.3kg durante el embarazo.

3º Eliminar por todas las vías corporales.

M. de independencia: estreñimiento;

M. de dependencia: no se observan.

4º Moverse y mantener posturas adecuadas.

M. de independencia: camina una hora diaria;

M. de dependencia: no se observan.

5º Dormir y descansar.

M. de independencia: no problemas para conciliar el sueño;

M. de dependencia: no se observan;

Datos a considerar: refiere cansancio por no dormir bien en los últimos días debido a su bebé recién nacido.

6º Escoger la ropa adecuada. Vestirse y desvestirse.

M. de independencia: viste adecuadamente;

M. de dependencia: no se observan.

7º Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales adecuando la ropa y modificando el ambiente.

M. de independencia: no se observan;

M. de dependencia: no se observan.

8º Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.

M. de independencia: adecuada hidratación de

piel y mucosas. No signos de signos de inflamación ni abscesos;

M. de dependencia: no se observan.

9º Evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas.

M. de independencia: no se observan;

M. de dependencia: no se observan.

10º Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones.

M. de independencia: no presenta problemas de comprensión idiomática, expresa sus dudas y miedos;

M. de dependencia: se muestra asustada, verbaliza el miedo que le ocasiona el dolor en los pezones que esto no vaya a mejorar.

11º Vivir de acuerdo con sus propios valores y creencias.

M. de independencia: refiere que "su pareja es su único apoyo".

M. de dependencia: no se observan.

12º Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal.

M. de independencia: se muestra feliz con sus actividades diarias y su pareja. Se encarga de las labores y cuidado de la casa;

M. de dependencia: no se observan.

13º Participar en actividades recreativas.

M. independencia: no se observan;

M. de dependencia: tras el nacimiento de su bebé refiere "no tener tiempo para nada".

14º Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles.

M. de independencia: muestra mucho interés ante todo lo explicado por la matrona, manifiesta sus dudas;

M. de dependencia: no presenta.

| Diagnóstico de independencia | | | |
|---|---------------|--|---|
| 00104 Lactancia materna ineficaz r/c (relacionado con) dolor en la mama secundario a Síndrome de Raynaud en el pezón m/p (manifestado por) insatisfacción y dificultad con el proceso de amamantamiento experimentado por la madre y el lactante. | | | |
| RESULTADO NOC | | INTERVENCIÓN NIC | |
| 1002 Mantenimiento de la lactancia materna. Escala desde NUNCA demostrado (1) hasta SIEMPRE demostrado (5) | | 1054 Ayuda en la lactancia materna. – Enseñar a la madre la posición correcta que debe adoptar. | |
| EVALUACIÓN | | | |
| Indicador | Valor Inicial | Valor final | Evaluación/Seguimiento |
| 100201 Crecimiento del lactante dentro del rango normal | 3 | 5 | Semanal durante un mes y medio. |
| | | | 1400 Manejo del dolor. – Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad del dolor y factores desencadenantes. – Explorar con la madre los factores que alivian/empeoran el dolor. – Considerar el tipo y la fuente del dolor al seleccionar una estrategia de alivio del mismo. – Animar a la madre a vigilar su propio dolor y a intervenir en consecuencia. |

Tabla II. Diagnósticos NANDA (sigla en inglés *North American Nursing Diagnosis Association*)⁶ con los correspondientes NOC (sigla en inglés *Nursing Outcomes Classification*)⁷, NIC (sigla en inglés *Nursing Interventions Classifications*)⁸ y actividades realizadas.

Plan de cuidados

En la tabla se recogen las principales deducciones derivadas del presente caso clínico: etiqueta diagnóstica, planificación de los cuidados y seguimiento/evaluación tras su ejecución, elaborados según taxonomía estandarizada enfermera (NANDA, NIC, NOC).

Tras la identificación, se procede a priorizar el problema de la paciente. Se actúa principalmente sobre el mantenimiento de una lactancia materna eficaz y el manejo del dolor, asesorándola y apoyándola. Se llevan a cabo los procedimientos que más se adecuan al alivio del mismo y se toman medidas estándares para evitar complicaciones potenciales que puedan producirse como el inicio de una mastitis o el abandono de la lactancia materna.

Tras el diagnóstico de padecer Fenómeno de Raynaud, se le aconseja aplicar calor local en el pecho justo antes y justo después de las tomas, así como ingerir bebidas calientes (sin cafeína ni teína) y amamantar en lugares cálidos y con un ambiente tranquilo.

A su vez, se inicia tratamiento inmediato con nifedipino oral (30 mg cada 24 horas durante 2 semanas), mejorando rápidamente su cuadro de dolor relacionado con el amamantamiento y se recomienda continuar con las medidas no farmacológicas expuestas.

Se le realiza un seguimiento semanal en Atención Primaria por su matrona de referencia durante 6 semanas y acude al Taller de Lactancia Materna.

Conclusiones

El 91% de las mujeres con fenómeno de Raynaud del pezón son tratadas con antifúngicos por un diagnóstico erróneo de candidiasis. Con el tratamiento correcto con nifedipino, el 83% de las mujeres presentan mejoría clínica⁹.

La matrona es profesional referente en Atención Primaria para la detección de estos fenómenos. Así pues es fundamental una buena formación para establecer el diagnóstico diferencial, con grietas en los pezones e infección por *Cándida Albicans*, ya que la confusión de este trastorno con candidiasis del pezón puede llevar a una demora en el diagnóstico y como consecuencia al abandono de la lactancia materna¹⁰.

En nuestro caso clínico, el diagnóstico correcto se estableció tras fallar el tratamiento por candidiasis. Una vez realizado el diagnóstico diferencial y con la instauración del tratamiento y las medidas no farmacológicas adecuadas, el problema fue resuelto.

Cabe destacar el peso que presentan el miedo y el estrés en este tipo de fenómeno, ya que ambos empeoran el cuadro. Para ello, los grupos de apoyo y los Talleres de lactancia materna impartidos en los

centros de Atención Primaria llevados a cabo por la matrona, son óptimos para este tipo de pacientes.

Conclusions

91% of women with Raynaud's nipple phenomenon are treated with antifungals due to an erroneous diagnosis of candidiasis. With the correct treatment with nifedipine, 83% of women show clinical improvement⁹.

The midwife is a reference professional in Primary Care for the detection of these phenomena. Therefore, a good training is essential to establish the differential diagnosis, with cracks in the nipples and infection by *Candida Albicans*, since the confusion of this disorder with candidiasis of the nipple can lead to a delay in the diagnosis and as a consequence to the abandonment of the Breastfeeding¹⁰.

In our clinical case, the correct diagnosis was established after the treatment for candidiasis failed. Once the differential diagnosis was made and with the establishment of the appropriate treatment and non-pharmacological measures, the problem was solved.

It is worth noting the weight of fear and stress in this type of phenomenon, since both worsen the picture. To this end, the support groups and the Breastfeeding Workshops given at the Primary Care centers carried out by the midwife are optimal for this type of patient.

Declaración de transparencia

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

Fuentes de Financiación

Ninguna.

Conflicto de Intereses

No existen conflicto de intereses entre los participantes.

Publicación

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

AGRADECIMIENTOS

El correcto abordaje de este caso clínico tiene su origen en el trabajo coordinado y consensuado del grupo de profesionales que asistieron a la gestante dentro del Marco Sanitario del Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga.

Agradecemos a todos/as nuestros/as compañeros/as por su colaboración desinteresada en la resolución del presente caso y la apuesta por el aprendizaje basado en problemas como forma de acercar al profesional a la realidad asistencial.

BIBLIOGRAFÍA

- O'Sullivan S, Keith M. Raynaud phenomenon of the nipple. A rare finding in rheumatology clinic. *J Clin Rheumatol*. 2011; 17(7): 371-2.
- Levien TL. Advances in the treatment of Raynaud's phenomenon. *Vasc Health Risk Manag*. 2010; 6: 167-77.
- Rodríguez-Criollo JA, Jaramillo-Arroyave D. Fenómeno de Raynaud. A review of Raynaud's phenomenon. *Rev Fac Med*. 2014; 62(3):455-64.
- Mirón-Muñoz FJ, Camacho-Martos MD. Fenómeno de Raynaud y el amamantamiento doloroso. *Rev Clin Med Fam*. 2012; 5(1): 51-2.
- Historia clínica; Hojas de curso clínico de la historia de la paciente de la planta; Hoja de prescripciones medicas para ver el tratamiento; Hojas de evolución de enfermería.
- Herdman TH, editor. NANDA International. *Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación* Madrid: Elsevier; 2015
- Orhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E, editores. *Clasificación de resultados de enfermería (NOC)*. 5ª ed. Madrid: Elsevier; 2013.
- Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey-Dochterman J, Wagner CM, editores. *Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)*. 6ª ed. Madrid: Elsevier; 2013.
- Barrett ME, Heller MM, Stone HF, Murase JE. Raynaud phenomenon of the nipple in breastfeeding mothers: an underdiagnosed cause of nipple pain. *JAMA Dermatol*. 2013; 149(3): 300-6.
- Heller MM, Fullerton-Stone H, Murase JE. Caring for new mothers: diagnosis, management and treatment of nipple dermatitis in breastfeeding mothers. *Int J Dermatol*. 2012; 51(10): 1.149-61.

La hipertermia en Radioterapia

Resumen

La hipertermia aumenta la eficacia de otros tratamientos para el cáncer, como la quimioterapia y la radioterapia gracias a los efectos citotóxicos independientes de la hipertermia combinado con sus efectos radiosensibilizadores.

Aumenta el flujo sanguíneo, resultando en la mayor oxigenación tisular y celular y con ello incrementando la radiosensibilidad. También impide la reparación celular del ADN (ácido desoxirribonucleico) dañado causado por la radiación. Daña las células de carácter hipóxico, las que tienen un pH bajo o están en la fase más débil, la fase S de la división celular.

Se puede concluir, que añadir radioterapia no aumenta la toxicidad del resultado final, combinando los dos métodos terapéuticos.

Hyperthermia in Radiotherapy

Abstract

Hyperthermia increases the effectiveness of other treatments for cancer, such as chemotherapy and radiotherapy thanks to the independent cytotoxic effects of hyperthermia combined with its radiosensitizing effects.

Increase blood flow, resulting in greater tissue and cellular oxygenation and thereby increasing radiosensitivity. It also prevents cellular repair of DNA damaged by radiation. It damages hypoxic cells, those that have a low pH or are in the weakest phase, the S phase of cell division.

It can be concluded that adding radiotherapy does not increase the toxicity of the final result, combining the two therapeutic methods.

Palabras clave:

Hipoxia.
Radiosensibilidad.
Hipertermia.
Neoplasias.
Oncología Radioterápica.

Keywords:

Hypoxia,
Radiation Tolerance,
Fever,
Neoplasms,
Radiation Oncology

Autor

Juan Manuel Cabrera Cardador

Técnico Superior Especializado en Radioterapia. Estudiante de Medicina en la Universidad de Málaga

Correspondencia

 juanmacabrercardador@gmail.com

Introducción

El diagnóstico del cáncer en la medicina actual es un pilar básico y fundamental en nuestro país y en demás países del mundo. Desde hace relativamente poco tiempo se ha ido investigando mucho acerca de esta patología tan significativa en nuestros días.

La hipertermia en la especialidad de Oncología Radioterápica es una modalidad relativamente nueva de tratamiento que se está poniendo a la altura de tratamientos más estudiados y con usos más típicos como la Radioterapia Oncológica clásica y la Quimioterapia para el tratamiento del cáncer. Actualmente, una modalidad aún en estudios clínicos (estudios de investigación que se hacen con personas), y todavía no está disponible de forma generalizada.

El objetivo de este trabajo es hacer una revisión actual, verificada con datos, de la hipertermia y los tratamientos relacionados con ella en materia oncológica y dar un poco a conocer esta nueva modalidad de tratamiento contra el cáncer.

Material y método

La hipertermia (también denominada termoterapia o terapia térmica) es un tratamiento para el cáncer. En dicho tratamiento se sometió a diferentes tejidos corporales a altas temperaturas (de hasta 45 °C).

Numerosas investigaciones han ido demostrando que someter al cuerpo a temperaturas más altas de lo normal es motivo más que suficiente para que se induzca

una renovación celular y destrucción de células cancerosas. En la actualidad, la hipertermia es un tratamiento en fase de investigación clínica, esto quiere decir que aún se encuentra en estudios de investigación que se hacen en personas. Aun no encontrándose disponible de manera general en muchos centros hospitalarios y oncológicos.

Esta nueva modalidad de tratamiento se utilizó en combinación con otros tipos de procedimientos ya existentes, como la quimioterapia y la radioterapia. Incluso se ha podido demostrar y estudiar acerca de la combinación de hipertermia y medicamentos por administración oral obteniendo unos resultados satisfactorios y en un gran número de tumores, como el de cabeza y cuello, cérvix hígado, apéndice, pulmón, mama, recto, cánceres de revestimiento peritoneal (mesotelioma), entre otros.

En el presente, como se ha indicado antes, se están estudiado resultados y maneras de realizar este tipo de tratamiento. El Hospital Regional de Málaga es uno de los centros que ha introducido este método de cura contra el cáncer en fase experimental y de investigación.

Desde el inicio de la investigación en este centro sanitario se fueron haciendo recogidas de datos de diferentes pacientes con diversos tipos de cánceres, en cuanto a localización, malignidad y extensión.

En el estudio, se fue aplicando sesiones de hipertermia justo antes de la sesión pertinente de radioterapia y se fueron comparando los resultados en cuanto al tiempo de radiación, en cuanto a la cantidad de energía que se le administra al paciente y en cuanto a los resultados obtenidos.

A partir de aquí, se obtiene una serie de resultados estadísticos en los que se observan que la aplicación de temperaturas superiores a la temperatura corporal normal, rondando los 43 °C, son beneficiosos para el tratamiento de tumores, sin apenas contraindicaciones más allá, de la temperatura elevada que se le administra al paciente.

Como materiales que se utilizaron en el estudio, fueron planchas recubiertas con material para no quemar directamente al paciente, mediante las cuales, conectada a una máquina generadora de energía y temperatura, se le transfiere dicha temperatura al paciente, aumentando la suya propia corporal, este es el objetivo que se pretendía.

Entre las ventajas que se han ido obteniendo de la hipertermia es que la mayoría de los tejidos normales no eran dañados o afectados con las temperaturas que se alcanzan con esta modalidad, rondando incluso hasta los 43,8 °C. Si permanecen por debajo de este límite, la gran parte de los tejidos son capaces de soportarlos. El control del tumor, no obstante, se determinó por la dosis de radioterapia (establecida para cada órgano por el Consejo de Seguridad Nuclear). Combinando hipertermia y radioterapia se consiguió un mayor control, reduciendo así las dosis que hay que administrar de energía al paciente en los diferentes tipos de tumores. Pero aun así se tuvo que tener en cuenta que muchas zonas corporales son más sensibles que otras, y que, dependiendo de la persona, puede diferir este límite, teniendo que tener especial cuidado y especial vigilancia a la hora de la administración de la hipertermia.

Como inconvenientes se pudo destacar y señalar, inflamación de tejidos, sangrado en técnicas como la perfusión; incluso vómitos, diarreas y náuseas en tratamientos de hipertermia corporal total, en la que se pudo alterar el peristaltismo del tubo digestivo.

Resultados

En el contenido de esta revisión bibliografía podemos observar como la hipertermia asociada con otro tipo de tratamiento, puede ayudarnos a tratar el cáncer de diferentes lugares y tejidos, adquiriendo así, una mejor supervivencia para el paciente y una mayor curación.

Como podemos ver, en la **Imagen 1** tenemos una comparación en porcentaje, en el que compara a pacientes que han sido tratados sólo con radioterapia, y pacientes que han sido tratados con radioterapia + hipertermia.

En el primer grupo (sólo radioterapia) tenemos una respuesta de un 24% sobre el 100%, mientras que en el segundo grupo (tratados conjuntamente con radioterapia más hipertermia), vemos que la supervivencia de dichos pacientes supera el doble, llegando a alcanzar hasta un 68% de respuesta completa.

En la **Imagen 2**, observamos como la supervivencia en porcentajes a los 5 años de dos grupos de pacientes que se han estudiado es de 7% sólo con radioterapia y 36% combinando los dos métodos de terapéutica (radioterapia + hipertermia).

En estos momentos existen diferentes grupos de trabajo que se están dedicando a este tipo de estudios y ensayos clínicos con pacientes. Dentro de los

internacionales podemos citar a Sociedad Europea de Oncología Radioterápica (ESTRO), Sociedad Americana de Oncología Radioterápica (ASTRO), y diferentes sociedades científicas afines a nivel europeo.

Ya en Estados Unidos se han implantado diferentes guías terapéuticas y protocolos en hospitales para la implantación de Hipertermia en los Servicios de Radioterapia Oncológica.

En España, el Dr. Jorge Contreras del Hospital Regional de Málaga está impulsando un grupo de trabajo en este campo

Discusión/Conclusiones

La hipertermia Oncológica es una terapia adyuvante en la actualidad que potencia la acción de otros tratamientos complementando su acción, como la quimioterapia y la radioterapia. Consiste en la elevación de la temperatura de una porción anatómica o un cuerpo completo donde se encuentra ubicado un tumor.

Los dispositivos que se utilizan en el presente, tienen la función de elevar la temperatura de manera artificial. Esto es una manera bastante eficaz de conseguir un mayor control del cáncer. La hipertermia actúa como sensibilizador, reduciéndose así la fracción superviviente de células malignas o

% de respuesta completa tratado previamente con Radioterapia

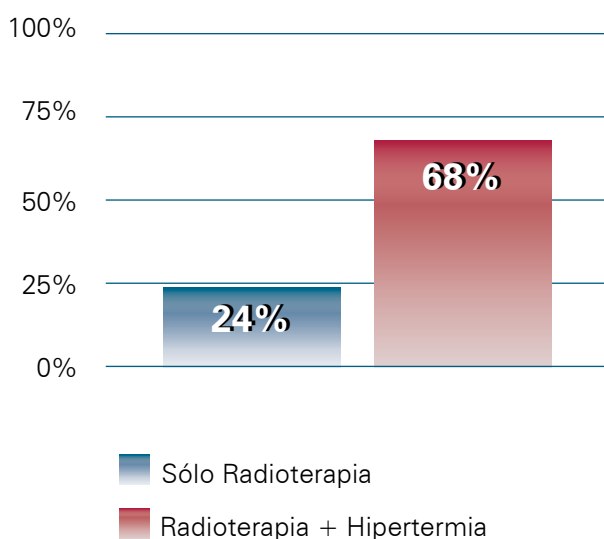


Imagen 1. Obtenida de datos médicos y clínicos de la Sociedad de Radioterapia

% de Supervivencia a los 5 años

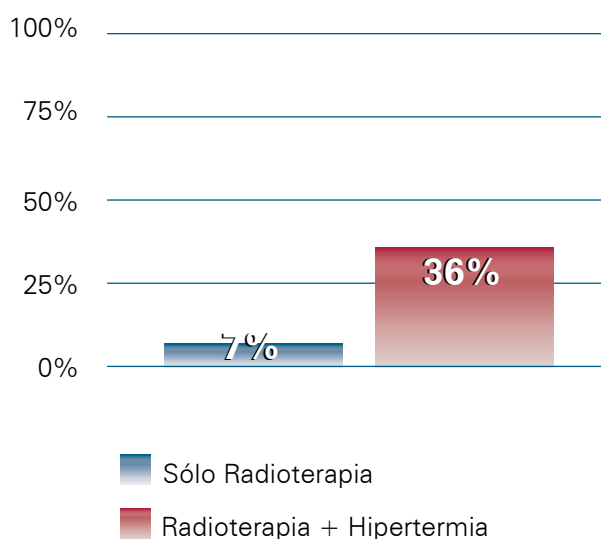


Imagen 2. Obtenida de buscadores y comparadores médicos y clínicos de la Sociedad de Radioterapia

cancerosas. La finalidad de la hipertermia es reducir la natural hipoxia tumoral (baja concentración de oxígeno en las células tumorales) a 41 °C-43 °C como resultado de cambios en el flujo sanguíneo tumoral y/o saturación de la oxihemoglobina. Trabajando a estas temperaturas, la mejora de la oxigenación tiene un papel fundamental e importante en la mejora de la eficacia de la radioterapia.

Discussion/Conclusions

Oncological hyperthermia is currently an adjuvant therapy that improves the action of other treatments that complement its action, such as chemotherapy and radiotherapy. It consists of the elevation of the temperature of an anatomical portion or of a complete body where a tumor is located.

The devices that are used in the present, have the function of raising the temperature artificially. This is a very effective way to achieve better cancer control. Hyperthermia acts as a sensitizer, thus reducing the surviving fraction of malignant or cancerous cells. The goal of hyperthermia is to reduce natural tumor hypoxia (low concentration of oxygen in tumor cells) at 41 °C-43 °C as a result of changes in tumor blood flow and / or oxyhemoglobin saturation. Working at these temperatures, the improvement of oxygenation has a fundamental and important role to improve the effectiveness of radiotherapy.

Declaración de transparencia

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

Fuentes de Financiación

Ninguna.

Conflicto de Intereses

No existen conflicto de intereses entre los participantes.

Publicación

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

Agradecimientos

A mi familia y amigos que hacen posible con sus ánimos y dedicación que crezca como persona.

A Lourdes, por su impulso continuo para hacerme un buen profesional técnico y médico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Van der Zee J. *Heating the patient: a promising approach?* Annals of Oncology 2002; 13(8):1173-1184. [PubMed Abstract]
2. Hildebrandt B, Wust P, Ahlers O, et al. *The cellular and molecular basis of hyperthermia.* Critical Reviews in Oncology/Hematology 2002; 43(1):33-56. [PubMed Abstract]
3. Wust P, Hildebrandt B, Sreenivasa G, et al. *Hyperthermia in combined treatment of cancer.* The Lancet Oncology 2002; 3(8):487-497. [PubMed Abstract]
4. Alexander HR. *Isolation perfusion.* In: DeVita VT Jr., Hellman S, Rosenberg SA, editors. "Cancer: Principles and Practice of Oncology." Vol. 1 and 2. 6th ed." Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2001.
5. Falk MH, Issels RD. *Hyperthermia in oncology.* International Journal of Hyperthermia 2001; 17(1):1-18. [PubMed Abstract]
6. Dewhurst MW, Gibbs FA Jr, Roemer RB, Samulski TV. *Hyperthermia.* In: Gunderson LL, Tepper JE, editors. "Clinical Radiation Oncology. 1st ed." New York, NY: Churchill Livingstone, 2000.
7. Kapp DS, Hahn GM, Carlson RW. *Principles of Hyperthermia.* In: Bast RC Jr., Kufe DW, Pollock RE, et al., editors. "Cancer Medicine e.5. 5th ed." Hamilton, Ontario: B.C. Decker Inc., 2000.
8. Feldman AL, Libutti SK, Pingpank JF, et al. *Analysis of factors associated with outcome in patients with malignant peritoneal mesothelioma undergoing surgical debulking and intraperitoneal chemotherapy.* Journal of Clinical Oncology 2003; 21(24):4560-4567. [PubMed Abstract]
9. Chang E, Alexander HR, Libutti SK, et al. *Laparoscopic continuous hyperthermic peritoneal perfusion.* Journal of the American College of Surgeons 2001; 193(2):225-229. [PubMed Abstract]

Los egresados discapacitados visuales formados en Fisioterapia: su integración laboral y empleabilidad

Resumen

Introducción

En los últimos años se observa un gran número de **egresados discapacitados** en la Universidad; de ellos, el 8.8% son deficientes visuales, y una gran mayoría estos eligen **Fisioterapia** para estudiar. Éstos necesitan un mercado laboral acorde a sus cualidades y una ley de protección laboral que les permita una **integración** adecuada y dé respuesta a sus necesidades.

Objetivo

Conocer las leyes que den amparo a los futuros fisioterapeutas en **materia laboral**, los **tipos de empleo** a los que pueden acceder, las adaptaciones que puedan necesitar en las tareas cotidianas y las habilidades que el **fisioterapeuta deficiente visual** pueda mostrar con sus capacidades visuales.

Método

El trabajo presenta un diseño descriptivo, observacional y transversal de corte cualitativo, basado en el III Estudio sobre el grado de inclusión del sistema universitario español respecto a la realidad de la discapacidad, presentado por la Fundación Universia y realizado por varias universidades españolas, con la colaboración del Servicio de Atención de la Comunidad Universitaria y otras organizaciones de discapacitados.

Conclusiones

Actualmente, hay muchos estudiantes con discapacidad visual que están cursando estudios superiores y luchan todos los días con múltiples barreras encontradas, por ser un problema de accesibilidad emergente derivado de la incorporación de nuevos recursos tecnológicos. Sus perspectivas de trabajo tienen un gran apoyo de diferentes instituciones, especialmente de la ONCE (en adelante, Organización Nacional de Ciegos de España), de modo que su empleo es óptimo para su empleabilidad y el trabajo se lleva a cabo con adaptaciones adecuadas.

AUTORES

Narciso Ortiz Espinosa

Fisioterapeuta. FADEC Federación Andaluza de Deportes para Ciegos.

María Trigo Rodríguez

Enfermera y fisioterapeuta. Asociación de Enfermos de Parkinson, Sevilla.

Marina López García

Fisioterapeuta. Profesora asociada departamento de fisioterapia. Universidad de Sevilla.

Correspondencia

Narciso Ortiz Espinosa

 narcisortiz@gmail.com

Palabras claves:

Fisioterapia.

Personas con discapacidad.

Adaptación.

Educación.

The visually disabled graduates formed in Physiotherapy: their employability integration and employability

Abstract

Introduction

In recent years a large number of disabled graduates at university, 9% of them are visually impaired, and a large number of these choose careers in Health Sciences. These students need a labor market according to their qualities, and Labour Protection Act, allowing them proper integration and to respond to their needs.

Objective

To know the laws that provide protection to future physical therapists in the workplace, the types of employment to which they have access, any adjustments needed in everyday tasks and skills that poor physical therapist visual can be displayed with the losses of their visual capabilities.

Method

Work present a descriptive and cross-sectional qualitative design based on the III Study on the degree of inclusion of the Spanish university system to the reality of disability, presented by the 'Universia Foundation' and conducted by several Spanish universities with the collaboration of the University Community Care and disability organizations most relevant Spanish.

Conclusions

Are currently many students with visual disabilities who are pursuing higher education and struggling every day with multiple barriers encountered, being a pop accessibility problems arising from the incorporation inclusion of new technological resources. Their job prospects have great support from different institutions, especially ONCE, so that their employment is optimal to their employability and work is carried out with suitable adaptations employment.

Key words:

Physical Therapy Specialty.

Disabled persons.

Adaptation.

Education.

Introducción

Los egresados fisioterapeutas discapacitados visuales se van incrementando cada año al mercado laboral, debido a una mejor accesibilidad a las universidades, normativa de amparo adecuada para su empleabilidad e integración y a los CEE (Centros Especiales de Empleo).

Se ha utilizado como base para el presente artículo el III Estudio sobre el grado de inclusión del sistema universitario español respecto de la realidad de la discapacidad, promovido por Fundación Universia y el Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (en adelante CERMI) y con la colaboración de 55 universidades participantes de nuestro país.

Según la Guía de Atención a la Discapacidad en la Universidad 2015/2016, incluida en dicho estudio, en los últimos años se viene observando que aunque existe una ligera disminución de estudiantes con discapacidad matriculados en algunas universidades españolas, durante el curso 2015-2016 se ha llegado a 17.634 personas.

| Estudiantes | Total estudiantes | Total estudiantes con discapacidad | % estudiantes con discapacidad |
|---|-------------------|------------------------------------|--------------------------------|
| Total estudiantes (*) | 1.057.039 | 17.634 | 1,7% |
| Total estudiantes universidades públicas | 914.083 | 16.104 | 1,8% |
| Total estudiantes en universidades privadas | 142.956 | 1.530 | 1,1% |
| Total estudiantes en universidades de modalidad presencial | 833.061 | 10.285 | 1,2% |
| Total estudiantes en universidades de modalidad a distancia | 223.978 | 7.349 | 3,3% |
| Total de estudiantes de grado, primer y segundo ciclo | 870.003 | 15.594 | 1,8% |
| Total de estudiantes de posgrado y máster | 128.921 | 1.529 | 1,2% |
| Total de estudiantes de doctorado | 58.115 | 511 | 0,9% |

* Se incluye a estudiantes de grado, de primer y segundo ciclo, posgrado y máster y de doctorado

Figura 1: Estudiantes con Discapacidad.

Como dato de interés destacamos que el 8,8% de estudiantes de Grado, Primer y Segundo Ciclo son

discapacitados visuales y que el 1,9% de ellos eligen estudios de Ciencias de la Salud.(1)

| | Estudiantes de grado, primer y segundo ciclo, con alguna discapacidad | | | | | TOTAL |
|-------------------------------|---|----------------------------|-----------------------|---------------------|---------------------------------|---------------|
| | Discapacidad física (*) | Discapacidad psíquica (**) | Discapacidad auditiva | Discapacidad visual | Otro tipo de discapacidad (***) | |
| Ciencias Sociales y Jurídicas | 20,5% | 7,2% | 3,1% | 4,4% | 10,4% | 43,8% |
| Ingeniería y Arquitectura | 3,6% | 1,5% | 0,5% | 0,5% | 2,1% | 10,9% |
| Artes y Humanidades | 9,0% | 4,0% | 1,3% | 1,8% | 4,0% | 19,2% |
| Ciencias de la Salud | 10,0% | 3,7% | 1,3% | 1,9% | 4,8% | 21,7% |
| Ciencias | 1,8% | 1,2% | 0,3% | 0,2% | 0,8% | 4,4% |
| TOTAL | 44,9% | 17,6% | 6,5% | 8,8% | 22,1% | 100,0% |

* Se incluye la discapacidad orgánica

** Se incluye la discapacidad intelectual o del desarrollo

*** Otro tipo de discapacidad: discapacidad múltiple, dislexia, TDAH, etc.

Figura 2: Porcentajes de estudiantes de grado, primer y segundo ciclo por tipo de discapacidad y por rama de conocimiento.

Algunas universidades españolas disponen de guías de orientación y apoyo al profesorado para poder atender a las necesidades educativas de los alumnos, incluso de protocolos de actuación que favorecen la equiparación de oportunidades de los estudiantes con discapacidad en las universidades, que proporcionan pautas que promueven la igualdad de oportunidades, mejorar las políticas de inclusión en el ámbito universitario, así como la implantación de programas. (2)

La accesibilidad a la Universidad, las medidas de inclusión propuestas desde las instituciones, a través de ayudas de los dispositivos tiflotécnicos cedidos por la ONCE, la organización de ofertas de servicios o unidades de atención a los estudiantes con discapacidad, etc. han supuesto una mejora en las condiciones de acceso a la educación universitaria.

Hay una justificación jurídica muy desarrollada en torno a la accesibilidad del discapacitado visual, no solo a nivel de la educación reglada universitaria sino también en torno al mundo laboral. La aportación que realiza la ONCE a sus afiliados por medio de ILUNION (Grupo de empresa ONCE) aporta al fisioterapeuta discapacitado visual una ayuda a la empleabilidad muy interesante, por eso vamos a desarrollar el camino hacia una actividad laboral integradora.

En este trabajo se pueden diferenciar distintas partes. La primera de ellas incluye un detallado análisis del marco teórico, que recoge, en primer lugar, una delimitación conceptual jurídica de las personas con discapacidad, que se construye sobre tres pivotes: la **deficiencia**, la **discapacidad** y la **minusvalía**, además de la conceptualización del término específico de la discapacidad visual. A continuación se hace referencia al ordenamiento jurídico a nivel nacional y autonómico (centrado este último en Andalucía), que protege al discapacitado en relación al empleo. Seguidamente, se muestran las medidas de orientación laboral; la intermediación en el mercado de trabajo de diferentes instituciones, como la ONCE, que se centra principalmente en los discapacitados visuales; los CEE; incentivos a los distintos tipos de contratación (indefinida, temporal y de formación); las cuotas de reserva de empleo al colectivo de discapacitados en general. Y, por último, contemplamos las medidas de apoyo para las adaptaciones de los puestos de trabajo, centrándonos en el fisioterapeuta discapacitado visual y las ayudas tiflotécnicas que le son facilitadas por la ONCE.

En nuestra experiencia como docentes, profesionales y alumnos, hemos encontrado que la orientación educativa y laboral de las personas con discapacidad visual severa se encuentra en la gran disyuntiva sobre cómo enfocar su futuro cuando se es discapacitado visual fisioterapeuta.



Figura 3. Lector de pantalla Jaws adaptación informativa para personas con deficiencia visual

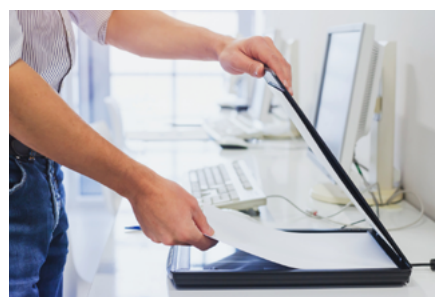


Figura 4. Escáner OCR (reconocimiento óptico de caracteres).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), mediante la **Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM)** en adelante de 1980, define **discapacidad** como: "Toda restricción o ausencia, debido a una deficiencia, de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen considerado normal para el ser humano".

La anterior definición contiene la palabra **deficiencia**, que, según la CIDDM, "es toda pérdida o anomalía, permanente o temporal, de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica".

La OMS, en su 54ª Asamblea Mundial de la Salud, celebrada el 22 de mayo de 2011, aprueba, mediante Resolución, la **Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)** en adelante). Esta nueva clasificación es mucho más adecuada a la hora de establecer los apoyos que necesita cada persona con discapacidad.

La discapacidad visual es la limitación del individuo en su capacidad de visión, que influye negativamente en su facultad de realizar de forma normalizada las actividades básicas de la vida diaria, como

Los egresados discapacitados visuales formados en Fisioterapia

son las tareas domésticas, los desplazamientos, el acceso a la información escrita y audiovisual, la realización de estudios y el desempeño de cualquier empleo, entre otras. (3) La discapacidad visual se deriva de deficiencias en la función visual. Podemos incluir en ésta la total falta de visión y baja visión. (3)

Esperamos que exista un desarrollo importante sobre la protección en la discapacidad no solo a nivel estatal y regional. El ordenamiento jurídico español no es ajeno a la problemática de la integración laboral de las personas con discapacidad, por los que nuestros objetivos con este estudio son:

- Conocer las leyes que den amparo a los discapacitados en general, y a los futuros fisioterapeutas deficientes visuales en materia laboral.
- Identificar los tipos de empleo a los que pueden acceder.

Material y método

Realizamos una revisión de la literatura legal existente, donde se desarrollan los contenidos de amparo, integración y empleabilidad. Leyes y marco jurídico a nivel nacional y andaluz, hasta el mes de Octubre del 2017, en relación al discapacitado visual en la dedicación a la fisioterapia. Biblioteca ONCE y Fundación ONCE.

Los nombres de los autores de los artículos que se localizaron se emplearon para poder encontrar otros posibles manuscritos. También revisamos las citas bibliográficas de los artículos seleccionados y se contactó con expertos en este campo, al objeto de localizar nuevos trabajos. A continuación se identificaron los artículos relevantes, basándonos en el análisis del título y resumen del mismo, para posteriormente pasar a revisar el texto completo de los manuscritos.

Selección de los estudios

Tras esta búsqueda, de todos los estudios, documentos y leyes encontrados, se seleccionó únicamente aquellos que cumplieron con los criterios que a continuación se exponen.

Criterios de inclusión:

- Las acciones recogidas en la Constitución Española de la discapacidad.

- Leyes estatales de integración social de los Minusválidos.
- Leyes y estudios donde se incluyeran apartados sobre la accesibilidad, la integración laboral y la no discriminación del discapacitado.
- Recoger las definiciones de discapacidad en términos global, y la visual en concreto.
- Las medidas en reservas de puestos de trabajo para el discapacitado en la empresa pública y privada.
- Artículos, estudios, acuerdos y tratados publicados en idiomas español o inglés.
- Criterios de exclusión:
- Artículos relacionados con el tratamiento fisioterapéutico.
- Investigaciones o referencias sobre discapacitados con dudas sobre su formación reglada de fisioterapeuta.

Todo ello tras una exhaustiva observación sobre las conclusiones y comprobaciones de veracidad de que existieran discrepancias en las fuentes o contenidos de los artículos.

Resultados

En relación a normativa básica de igualdad y ayudas al discapacitado visual

En la **Constitución Española de 1978**, los poderes públicos realizarán una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a los que prestarán la atención especializada que requieran y los ampararán especialmente para el disfrute de los derechos que este Título otorga a todos los ciudadanos. Artículo 49, Publicado en Boletín Oficial del Estado (en adelante, BOE) número 311 de 29 de diciembre de 1978. Vigencia desde 29 de Diciembre de 1978. Revisión vigente desde 27 de septiembre de 2011 (4).

Ley 13/1982, de 7 de abril, de integración social de los minusválidos (vigente hasta el 4 de diciembre de 2013). Publicado en BOE de 30 de abril de 1982. Vigencia desde 20 de mayo de 1982. Esta revisión vigente desde 3 de agosto de 2011 hasta 4 de diciembre de 2013.

Decreto 141/2002, de 7 de mayo, sobre incentivos, programas y medidas de fomento a la creación de empleo y al autoempleo. En el artículo 2, punto 3 señala a las Comunidades autónomas a crear los Incentivos al empleo de personas con discapacidad en empresas y en Centros Especiales de Empleo. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía - Histórico del BOJA Boletín número 71 de 18/06/2002.

La **Ley Orgánica 2/2007** (7), de 19 de marzo, de reforma del Estatuto de Autonomía para Andalucía. En concreto lo recoge en sus **artículo 10.3.16º, artículo 24, artículo 37.1.5º, artículo 169.2** y **Orden de 11 de mayo de 2007** y el **Plan de Empleabilidad para las Personas con Discapacidad en Andalucía 2007-2013**, aprobado por el Parlamento andaluz y publicado en **BOJA** de 10 de enero de 2008 plasma las orientaciones estratégicas para intensificar las medidas de apoyo en el acceso al empleo para las personas más vulnerables, es decir, las personas desempleadas en riesgo de exclusión y personas con discapacidad. El objetivo general es lograr una tasa de empleo para estos grupos de forma real y efectiva.

La nueva **Ley 4/2017, de 25 de septiembre**, de los Derechos y la Atención a las Personas con Discapacidad en Andalucía. En esta ley se desarrolla la integración. Uno de los principales objetivos de esta ley se centra en dar prioridad a las políticas de empleo dirigidas a la igualdad de oportunidades para todas las personas según sus capacidades, no solo en el ámbito del empleo público, sino en todos los perfiles de ocupación. **Boletín Oficial de la Junta de Andalucía - Histórico del BOJA Boletín número 191 de 04/10/2017**

En relación a la accesibilidad, la formación, el empleo y centros especiales de empleo del discapacitado visual

El **Pacto Andaluz por la Accesibilidad** (8), y La **Ley 56/2003** (en adelante **L.E.**) define en el **artículo 20.1** la **intermediación laboral** (9).

A nivel empresarial y de Empleo, existen acuerdos entre MTAS (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales) y CERMI (comité español de representantes de personas con discapacidad) desde 2002, donde se recoge el compromiso de suscribir un convenio de colaboración entre el INEM (Instituto Nacional de Empleo) y el CERMI, con el fin de apoyar a la agencia de colocación sin ánimo de lucro para personas con discapacidad autorizada a CerMI-Asociación Discapacidad FSC, de ámbito estatal, integral y especializada (apartado I.1)

(10) y también existen portales de empleo de internet que se dedican exclusivamente a demandantes de empleo con discapacidad. (11).

Orden de 15 de abril de 2005, por la que se establecen las bases reguladoras para la concesión de subvenciones a organizaciones sindicales por el instituto andaluz de administración pública para la organización de acciones formativas, y se convocan las mismas para el ejercicio 2005. (BOJA de 29 de abril de 2005).

Real Decreto 870/2007, de 2 de julio, por el que se regula el programa de empleo con apoyo como medida de fomento de empleo de personas con discapacidad en el mercado ordinario de trabajo. Publicado en BOE número 168 de 14 de Julio de 2007.

Real Decreto 2273/1985, de 4 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de los **Centros Especiales de Empleo** definidos en el artículo 42 de la Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social del Minusválido. BOE. número 294, de 09/12/1985.

Los Centros Especiales de Empleo son empresas cuyo objetivo principal es el de proporcionar a los trabajadores con discapacidad la realización de un trabajo productivo y remunerado, adecuado a sus características personales y que facilite la integración laboral de éstos en el mercado ordinario de trabajo.

Discusión y conclusiones

Discusión

Esta investigación nos aporta la evolución positiva que en general se ha dado, en el colectivo de discapacitados deficientes visuales en particular, debido, por una parte a la creación de leyes en materia de integración laboral, al acceso a la empleabilidad y las adaptaciones a los puestos de trabajo. Todas estas medidas adoptadas, vienen a incorporar a las personas discapacitadas no solamente en el ámbito social sino también en su formación y en el acceso al empleo, tanto privado como público.

En este artículo se pone de manifiesto que existen incentivos a las empresas para la contratación de discapacitados; diferentes medidas de integración; modelos de empresas específicas, como los centros especiales de empleo; programas de compromisos de empleabilidad a determinados colectivos.

Se constata que la profesión de fisioterapia para la persona con discapacidad visual, invidente, o

deficiente visual, demuestra ser una profesión adecuada. Hay un campo normativo, que ampara; una organización (ONCE), que respalda; la mediación laboral; la creación de empresas y puestos de trabajo.

En este artículo no sólo hemos intentado dar una visión sobre un colectivo, de discapacitados visuales, y si es la fisioterapia es un campo de actuación adecuado al mismo, sino que hemos querido referendar desde nuestra experiencia particular, como el avance del tiempo, ha mejorado la integración en general de las personas discapacitadas. Pues hace 40 años estos colectivos estaban avocados a empleos precarios, niveles de educación muy bajos y socialmente casi en exclusión.

Para la realización de su trabajo, no son muchas las **adaptaciones** que necesita un fisioterapeuta discapacitado visual, porque es precisamente ésa una de las características que hacen esta profesión adecuada para las personas con discapacidad visual, en las visitas realizadas a diferentes puestos de trabajo, donde desarrollan sus funciones estos trabajadores, y por nuestra propia experiencia en las actividades realizadas en las prácticas clínicas, así como en las prácticas realizadas en las diferentes asignaturas. Los trabajos que pueden requerir más adaptaciones son los aparatos electrónicos (electroterapia, ordenadores, aparatos de medición) y los entornos de trabajo.

Los campos en los que la tecnología permite mejorar la calidad de vida de los ciegos y deficientes visuales, y por ende aumentar su nivel de independencia y autonomía personal, son principalmente el control físico de su espacio circundante y el acceso a la información del entorno. (16)

Conclusiones

En la actualidad, hay desarrollada una legislación que ampara a los Fisioterapeutas con discapacidad visual para tener una salida laboral, adecuada en función de sus necesidades, y que hacen que sea la fisioterapia una salida educativa para los discapacitados visuales, que acceden al grado de Fisioterapia, que afrontan grandes dificultades en su preparación académica y que, una vez y profesional adecuada para el discapacitado visual.

Existe un mercado laboral regulado para que se pueda acceder por diferentes vías, no solo en el empleo público y privado, sino que además hay una regulación muy importante y poco explotada en el emprendimiento laboral, o por cuenta ajena, como son los CEE (Centros Especiales de Empleo).

Discussion and conclusions

Discussion

This research gives us the positive evolution that has generally occurred in the group of visually impaired people in particular, due, on the one hand, to the creation of laws on labor integration, access to employability and adaptations to Job positions. All these measures adopted, incorporate disabled people not only in the social sphere but also in their training and access to employment, both private and public.

In our article we show that there are incentives for companies to hire disabled people; different integration measures; specific business models, such as special employment centers; programs of commitments of employability to certain groups. It is noted that the profession of physiotherapy for the visually impaired, blind or visually impaired person proves to be an adequate profession. There is a normative field that protects; an organization (ONCE), which supports; labor mediation; the creation of companies and jobs.

In this article we have not only tried to give a vision about a group, of the visually impaired, and if physiotherapy is a field of action suited to it, we have wanted to endorse from my particular experience, as the advancement of time, has improved the general integration of disabled people. For 40 years ago these groups were advocating precarious jobs, very low levels of education and socially almost in exclusion. For the realization of their work, there are not many adaptations that a disabled visual physiotherapist needs, because this is precisely one of the characteristics that make this profession suitable for people with visual disabilities, in the visits made to different jobs, where These workers develop their functions, and from my own experience in the activities carried out in the clinical practices, as well as in the practices carried out in the different subjects. The jobs that may require more adaptations are electronic devices (electrotherapy, computers, measuring devices) and work environments.

The fields in which technology allows to improve the quality of life of the blind and visually impaired, and therefore increase their level of independence and personal autonomy, are mainly the physical control of their surrounding space and access to environmental information (16)

Conclusions

Currently, legislation has been developed that protects Physiotherapists with visual impairment to have a job, appropriate according to their needs, and that make physiotherapy an educational outing for the visually impaired, who access the degree of Physiotherapy, who face great difficulties in their academic preparation and who, once and professionally suitable for the visually impaired.

Is a regulated labor market so that it can be accessed by different means, not only in public and private employment, but also there is a very important and little exploited regulation in the labor entrepreneurship, or for others, such as the CEE (Centers Employment Specials).

Declaración de transparencia

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

Fuentes de Financiación

Ninguna.

Conflicto de Intereses

No existen conflicto de intereses entre los participantes.

Publicación

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

AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer al centro bibliográfico de la ONCE, el apoyo recibido, así como al CEE fisioterapia Alandalus, la atención recibida en sus instalaciones y la enseñanza en el empleo de su trabajo del día a día.

También agradecer a los profesionales del centro bibliográfico de la Universidad de Sevilla en el Campus de la Salud, por la ayuda prestada en localización de referencias y la adaptación a las necesidades específicas visuales de los autores.

BIBLIOGRAFÍA

1. <http://www.mendeley.com/research/iii-estudio-sobre-el-grado-inclusión-del-sistema-universitario-español-respecto-la-realidad-la-disca/>
2. Vieira Aller MJ FVC. *La inclusión del alumnado con discapacidad en la Universidad*. 2011;185–99.
3. Serrano Mascaraque E. *La e-accesibilidad y la discapacidad visual en España*. Rev Gen Inf y Doc. 2009;19(1):189–219.
4. Preliminar T. Constitución Española. p. 14.
5. Cermi E. *La discapacidad en la Constitución Española de 1978: materiales para una posible reforma*. 2013;1–4.
6. Ministerio de Sanidad y Política Social. *Estrategia global de acción para el empleo de personas con discapacidad 2008-2012*. 2008;45. Available from: <http://sid.usal.es/libros/discapacidad/20699/8-4-1/estrategia-global-de-accion-para-el-empleo-de-las-personas-con-discapacidad-2008-2012.aspx>.
7. Jefatura del Estado. *Ley Orgánica 2/2007, de 19 de marzo, de reforma del Estatuto de Autonomía para Andalucía*. Boletín Of del Estado [Internet]. 2007;68, 11871–909. Available from: www.andaluciajunta.es/SP/AJ/CDA/Ficheros/Leyes/LO_2-2007.pdf
8. Personas_Discapacidad_decreto_download1_pacto_andaluz_accesibilidad_2012.pdf.
9. Montoya Melgar. *Comentario a la ley de empleo 56/2003*. 2004;123–4.
10. ONCE. Agencia de colocación FSC [Internet]. Available from: <http://www.fsc-inserta.es/Servicios/Paginas/Asociacion.aspx>.
11. Discapacidad M de empleo para personas con. Mercadis [Internet]. Available from: www.mercadis.com.
12. Discapacidad P de personas con. Discanet. Available from: www.discapnet.net.
13. Once F. Informe de Valor Compartido 2011.
14. Calderon Milan, MJ; Calderon Milan, B. *Los Centros Especiales de Empleo como mecanismo de tránsito hacia el mercado de trabajo ordinario*. CIRIEC-España Rev Econ Pública, Soc. y Coop. 2012; 223–50.
15. Nombre EN, Rey DEL. 269/1994. 1994;43–8.
16. Amo FA, Hernández JPC-V y, Castro JLF, Normand LAM, Gracia CM, Sevilla JAM. *Un sistema experto para la adaptación de puestos de trabajo para personas ciegas*. 1998.

Una descripción general comparada sobre la Promoción de la Salud en Europa

AUTOR

Francisco M. Ruiz Domínguez

Doctor en Psicología Social.

Experto de Promoción de la Salud.

Servicio de Promoción y Acción Local en Salud Subdirección de Promoción, Participación y Planes de Salud

Secretaría General de Salud Pública y Consumo Consejería de Salud - Junta de Andalucía

Correspondencia

 francisco.ruiz.dominguez.ext@juntadeandalucia.es

Palabras clave:

Promoción de la salud.

Prevención primaria.

Enfermedad crónica.

Sistemas de salud.

Unión Europea.

Resumen

El presente artículo presenta una descripción general de las políticas de promoción de salud en los sistemas de salud europeos, sus enfoques, fuentes de financiación así como las lagunas o necesidades percibidas. Para ello se emplearon informes elaborados dentro de la Acción Conjunta CHRODIS (en inglés, *Joint Action addressing chronic diseases and healthy ageing across the life cycle*), relativos a 14 países europeos (Alemania, Bulgaria, Chipre, España, Estonia, Grecia, Irlanda, Islandia, Italia, Lituania, Noruega, Países Bajos, Portugal y Reino Unido).

Aunque se aprecia una amplia diversidad de sistemas de salud, todos los países informan de que disponen de un Plan Nacional de Salud y, en la mayoría, existen diversas leyes y políticas relacionadas con la prevención primaria y la promoción de la salud. Con frecuencia, la implementación de las mismas se lleva a cabo a nivel regional y local, y en su desarrollo y aplicación participan otros organismos, además del de Salud. Asimismo, la mayoría indica que la fuente principal de financiación son los presupuestos generales de cada gobierno y objetan que la proporción que se destina a la promoción de la salud es ínfima respecto al global destinado a salud. Esta cuestión es, precisamente, uno de los temas más recurrentes en el apartado de necesidades de mejora, en el que también se menciona la pertinencia de mejorar los sistemas de evaluación y seguimiento, y de reforzar el número y el nivel de capacitación del personal que trabaja en promoción de la salud.

Esta información es una excelente base sobre la cual contextualizar, orientar y mejorar la promoción y la prevención en materia de salud en un país en concreto, y también a la hora de ir en pos de un empeño compartido en Europa, para que esta disciplina despliegue su potencial de contribuir a la reducción de la carga de las enfermedades y a la mejora de la calidad de vida.

A general comparative description of health promotion in Europe

Abstract

This article presents a general description on health promotion policies in European health systems, their approaches and sources of funding as well as the major gaps and needs considered. It elaborates on reports and data arising from the European Joint Action addressing chronic diseases and healthy ageing across the life cycle (JA CHRODIS).

Member States reporting to JA CHRODIS confirmed they all have a National Health Plan and that, in the majority of the cases, they count with various laws and policies related to health promotion and primary prevention. Their implementation is frequently being carried out at a regional and local level and, in addition to the health sector, other sectors are also involved. Most countries indicate that the main source of their funding is the general budget from each respective national government. Nevertheless, related to this, objections are being made that the amount allocated to health promotion is rather minuscule compared to the global health budget, and this is one of the most recurrent issues regarding areas that need improvement. Other issues are: the development and improvement of the evaluation and monitoring systems, and the need to increase the workforce capacity for health promotion (both in number and level of competence).

This general description is thought to provide a basic but useful foundation to contextualize, assess and guide the field of the health promotion and primary prevention in a given country. It is also an excellent base to diagnose the situation of this field in Europe, and recognize its potential to contribute to reducing the burden of diseases and improving the quality of life.

Keywords:

*Health promotion.
Primary prevention.
Chronic disease.
Health systems.
European Union.*

¡AVANZANDO
CON LA REVISTA
CIENTIFICA
SANUM!





Nueva web revista científica SANUM.

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

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

¡Consúltala!

tíficasanum.com

Introducción

La Comisión Europea está reconociendo, de una manera prominente y frecuente, que la inversión en promoción de la salud y en prevención primaria puede reducir costes sanitarios, optimizar la relación costo-beneficio del gasto en atención médica e incrementar la calidad de vida de las personas. La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud y poder mejorarla (WHO, 1986, sigla en inglés World Health Organization). La prevención primaria, a su vez, persigue prevenir la aparición inicial de un determinado trastorno (WHO, 1998) y, por ello, sus métodos se emplean con anterioridad a que las personas enfermen.

Con el respaldo del Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud y la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE, 2017) se han publicado una serie de informes de salud por países donde, por primera vez, se evalúan los sistemas sanitarios de los Estados miembros de la Unión Europea. En sus conclusiones, la promoción de la salud y la prevención de enfermedades es la primera de las cinco áreas prioritarias que se destacan, y sobre las que se enfatiza y recomienda que los Estados miembros redoblen sus esfuerzos.

Así, por tanto, resulta de gran utilidad conocer el panorama existente en promoción de la salud y prevención primaria dentro de los diversos sistemas de salud a nivel europeo. Este artículo muestra una descripción general del escenario de los sistemas y políticas de salud en este campo, tomado de una muestra de 14 países de la Unión Europea. Para su elaboración, se han empleado datos provenientes de informes hechos públicos dentro de la Acción Conjunta CHRODIS, una colaboración europea que entre los años 2014 y 2017 se ha centrado especialmente en el abordaje de las enfermedades crónicas desde la prevención primaria y la promoción de la salud.

Metodología

Para esta descripción general comparada, el autor revisó los 15 informes realizados en la Acción Conjunta CHRODIS que reúnen información esencial sobre los contextos en los que Estados miembros están realizando actividades de promoción de la salud, así como sobre sus fuentes preferentes de financiación y las posibles áreas de mejora. Todos estos informes pueden consultarse en <http://chrodis.eu/our-work/05-health-promotion/wp05-activities/country-reports/>.

Las organizaciones participantes en la Acción Conjunta CHRODIS (entre las que se halló de manera destacada la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía), contribuyeron notablemente tanto en la definición de los cuestionarios de recogida de datos, como en la cumplimentación de la respectiva información de cada uno de los países, así como en la revisión conjunta de los informes y un análisis comparativo en profundidad de los mismos. Estos informes fueron referidos a los siguientes países: Alemania, Bulgaria, Chipre, España, Estonia, Grecia, Irlanda, Islandia, Italia, Lituania, Noruega, Países Bajos, Portugal y Reino Unido.

Resultados

Los resultados encontrados reúnen una información bastante abundante y compleja que cubre diversas categorías temáticas. El presente artículo resume las siguientes:

1. Contexto de la promoción de la salud en los sistemas de salud europeos.
2. Fuentes de financiación.
3. Lagunas y necesidades de mejora.

1. El contexto de la promoción de la salud en los sistemas de salud

En general, en los países revisados, se observa una considerable diversidad de sistemas y políticas de salud, existiendo países con sistemas muy centralizados (como Chipre, Grecia o Lituania) y otros con sistemas más complejos (como España o el Reino Unido). Si bien, todos los países informan de que disponen de un Plan Nacional de Salud y, la mayoría, de diversas leyes y políticas relacionadas con la prevención primaria y promoción de la salud. Algunos países (como Irlanda, Países Bajos o Reino Unido) señalan que emplean, como base para muchas de sus políticas, el enfoque del modelo social de la salud o de los determinantes sociales de la salud. Otros países (como Bulgaria, Grecia o Lituania), parecen centrarse más en el enfoque de la epidemiología de las enfermedades. Sólo una minoría hace referencia al desarrollo de políticas basadas en evidencias y, por otro lado, tan solo un país (Noruega) hace mención explícita al fundamento ético de la promoción de la salud y de la prevención primaria. No obstante, el resto de países sí parece referirse a esta dimensión a través de otros conceptos, como por ejemplo, la equidad.

En la tabla 1 se presenta, de manera resumida, una lista de los Planes Nacionales de Salud y de las leyes y

políticas relacionadas con promoción de la salud detalladas por los países. Nos facilita una primera aproximación general del estado general de desarrollo en Europa en este tema.

| País | Política/estrategia nacional de salud | Otras políticas/estrategias | Otras políticas/estrategias de relevancia |
|------------|--|--|--|
| Alemania | El Proceso de objetivos nacionales de salud | La Estrategia nacional de drogas y adicciones 2012. El Programa de acción de salud ambiental 1999 | El Plan de Acción nacional 'En Forma' para promover dietas saludables y la actividad física |
| Bulgaria | Estrategia nacional de salud 2014-2010 | Estrategia de Salud para Minorías Étnicas Desfavorecidas 2011-2015 | Programa Nacional para la Prevención de ENT Crónicas Estrategias Nacionales para la Promoción de la Reducción de la Pobreza y la Inclusión Social, Educación Física y Desarrollo del Deporte; Integración de Roma; Envejecimiento activo entre los ancianos; Mejor concepto de atención médica |
| Chipre | Estrategia de salud 2014-2018 | Documento estratégico sobre la diabetes 2004 | |
| España | Ley 33/2011 General de Salud Pública Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS | Estrategias nacionales sobre: cronicidad; enfermedad isquémica; diabetes; ictus; nutrición y prevención de la obesidad, promoción de la actividad física... Políticas y programas en cada región | Adhesión e implementación local de la estrategia de promoción y prevención en el SNS Ley 16/2003 de cohesión y calidad del SNS Leyes de medidas sanitarias ante el tabaquismo |
| Estonia | Plan Nacional de Salud 2009-2020 | Ley de salud pública (en revisión) Reglamento sobre protección de la salud en las instalaciones de restauración de las escuelas e instituciones preescolares 2008 Políticas de alcohol 2014 Ley de tabaquismo (en revisión) | Plan estratégico de deporte para todos Plan de atención primaria 2009-2015 |
| Grecia | Plan nacional de salud 2011-2013 (no implementado íntegramente) | Legislación libre de humo 2010 Protección de menores ante el consumo de tabaco y alcohol 2008 Salud y seguridad en el trabajo 2010 | Plan de acción nacional sobre diabetes 2015 Plan de acción nacional sobre cáncer 2011-2015 |
| Holanda | Documento de política nacional sobre salud 2011 | Ley de salud pública Ley de juventud 2013 Ley de excepción de gastos médicos Ley de apoyo social Ley de seguro de salud | Programa nacional de prevención Programa nacional de acción ante la diabetes Informe y pronóstico del estado de salud pública Alianza contra el sobrepeso Comité del programa de diferencias socioeconómicas en salud Políticas de envejecimiento y empleo Política de igualdad LGBT y de género |
| Inglaterra | | | Programa nacional de Inglaterra de chequeo de salud |

.../...

Una descripción general comparada sobre la Promoción de la Salud en Europa

.../...

| | | | |
|----------|---|--|--|
| Irlanda | Irlanda saludable: marco para la mejora de la salud y el bienestar 2013 Plan nacional de servicios de salud | Estrategia nacional de promoción de la salud Marco estratégico de promoción de la salud Marco para el abordaje de las enfermedades crónicas Salud Cardiovascular Diabetes: Prevención y modelo para atención primaria 2005 | Marco para la reforma del servicio de salud 2012-2015 Envejecimiento positivo 2013 Irlanda libre de tabaco 2013 Estrategias nacionales sobre: uso indebido de sustancias; jóvenes y menores; salud de los hombres Marco de acción sobre la obesidad Guías de alimentación saludable Estrategia de salud de la población Estrategia para el control del cáncer |
| Islandia | Política nacional de salud 2020 | Ley de Salud Pública 2007 Leyes de los servicios de salud y atención primaria Política sobre prevención de alcohol y drogas 2020 Plan de acción para reducir la obesidad 2011 | Guías del currículum nacional 2011(salud y bienestar como uno de los 6 pilares de la educación) Ley del deporte 1998 Política de transporte nacional Evaluación del impacto ambiental Ley de medios de comunicación 2011 Regulación de los niveles máximos de ácidos grasos/trans en lo alimentos / etiquetado / impuesto sobre el azúcar |
| Italia | Los servicios del SNS se trasladaron a los gobiernos regionales (2001). Centro nacional de prevención y control de enfermedades (establecido por el Ministerio de Salud, 2004) Programa nacional: "hacer fáciles las decisiones saludables" 2007 (STP) Plan nacional de prevención 2014-2018 | Plan nacional de capacitación en riesgo cardiovascular 2005 Grupo de trabajo interdisciplinar para la reducción de sal 2007 Sistema Nacional de Vigilancia 2008 Plan Nacional de Diabetes 2012 Documento técnico para reducir la carga de las enfermedades de cáncer 2011-2013, (extendido a 2016) | Plan Nacional de Salud 1998-2000 (integra servicios de asistencia social y salud) Ley ante el tabaquismo 2003 Plan Nacional de Salud 2006-2008 Fondo Nacional de Solidaridad para reducir las desigualdades entre las regiones del norte y del sur 2007 |
| Lituania | Estrategia nacional de salud pública 2006-2013 | Monitorización y cuidado de la salud pública / monitoreo Leyes sobre el tabaco, alcohol y alimentos | Ley del Sistema de Salud 1994 Programa de salud 2008-2010 Dimensiones del desarrollo del sistema de salud 2011-2020 Planes de acción para reducir las desigualdades en salud; envejecimiento saludable Procedimiento para la promoción de la salud de personas con riesgo de enfermedad cardiovascular Programas de control y prevención del cáncer; ictus |
| Noruega | Estrategia Nacional de Salud | Ley de salud pública 2011 Ley de servicios y cuidados de salud 2012 Estrategia nacional para la salud de las personas inmigrantes 2013-2017 Estrategia de ENT 2013-2017 | Reforma para la coordinación 2008-2009 Informe de salud pública: buena salud, responsabilidad compartida 2012-2013 Estrategia para reducir las desigualdades sociales en salud 2007 |
| Portugal | Plan nacional de salud 2012-2016 | | Programas nacionales sobre enfermedades cardio/cerebrovasculares, diabetes,VIH, salud mental, prevención y control del tabaquismo, enfermedades oncológicas, promoción de una alimentación saludable, prevención de enfermedades respiratorias, control de infecciones |

Tabla 1 Principales políticas y estrategias nacionales en salud pública

Versión traducida y adaptada de la Tabla 1 del informe colaborativo de la Acción Conjunta CHRODIS *Health Promotion and Primary Prevention in 14 European countries: a comparative overview of key policies, approaches, gaps and needs* (disponible en <http://chrodis.eu/wp-content/uploads/2015/07/FinalFinalSummaryofWP5CountryReports.pdf>).

Por otro lado, en la mayoría de los países se observa que existe al menos una institución a nivel nacional con un rol específico en salud pública, la cual informa, lleva a cabo e influye en las políticas, programas e intervenciones específicas de promoción de la salud en el país. Estos organismos (que se recogen en la Tabla 2) varían en cuanto a su nivel de autoridad, su enfoque, etc. Además de los ministerios o departamentos de salud, con relativa frecuencia se hace mención también a la participación de otros organismos ministeriales diferentes al de Salud, para desarrollar y aplicar políticas y programas de prevención primaria y promoción de la salud.

La consigna '*Salud en todas las Políticas*' (STP) se cita como base para tal participación por ejemplo en Noruega, Irlanda, Islandia o Italia. En este último país en concreto existe un enfoque intersectorial que implica varias partes interesadas, como Ministerios, Regiones, servicios públicos de salud, la industria alimentaria, asociaciones de consumidores y sindicatos. En este sentido el ámbito de la colaboración intersectorial se destaca como un reto donde desarrollar el potencial de la promoción de la salud, pues se entiende que se pueden innovar nuevas perspectivas y soluciones con los enfoques que surgen de la cooperación con otros sectores y organizaciones.

| País | Organización | Rol principal |
|----------|--|--|
| Alemania | Centro Federal de Educación para la Salud (BZgA) Instituto Robert-Koch | Elaboración de directrices prácticas sobre educación para la salud, la formación profesional y la educación continua; coordinación de la educación para la salud y de la colaboración internacional. Vigilancia de enfermedades y reporte de salud pública. |
| Bulgaria | Centro Nacional para la Salud Pública y el análisis Inspección de Salud Regional | Proteger la salud pública y prevenir las enfermedades. Suministrar información para gestionar la asistencia sanitaria. Aplicar de manera efectiva en todo el país las políticas de salud con el objetivo de mejorar la calidad de los servicios médicos y hacer de la prevención un elemento obligatorio en todos los niveles. |
| España | Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad Escuela Nacional de Sanidad - Instituto de Salud Carlos III | Proponer y ejecutar la política del gobierno en materia de salud, de planificación y asistencia sanitaria y de consumo, así como el ejercicio de las competencias de la Administración General del Estado para asegurar a la ciudadanía el derecho a la protección de la salud. Participar en la capacitación básica o avanzada de los profesionales de la salud. Realiza investigación en ciencias de la vida y de la salud. |
| Estonia | Instituto nacional para el desarrollo de la salud | Investigar en salud pública/promoción de la salud y llevar a cabo actividades y programas. |
| Grecia | Consejo Nacional de Salud Pública Centro de Control y Prevención de Enfermedades Escuela Nacional de Salud Pública Instituto de Medicina Preventiva y Salud ocupacional | Coordinación científica y emisión de opinión en el campo de la salud pública. Control de Enfermedades no transmisibles y SIDA. Educación superior y postgrado, investigación en salud pública, promoción y prevención de la salud. Implementar proyectos educativos y de investigación; promover el conocimiento sobre medicina preventiva, promoción de la salud y metodologías de investigación. |
| Holanda | Institutos de promoción de la salud Instituto Nacional para la Salud Pública y el Medio Ambiente Centros de vida saludable | Acciones en temas específicos (p.ej: nutrición / actividad física / salud de personas migrantes / salud mental). Realizar informes de salud pública y de vigilancia de la salud, la enfermedad y la atención médica. Promover intervenciones de estilos de vida, basadas en la evidencia. |

.../...

Una descripción general comparada sobre la Promoción de la Salud en Europa

.../...

| | | |
|------------|---|---|
| Inglaterra | Salud Pública de Inglaterra | Reúne a especialistas en salud pública de más de 70 organizaciones en un solo servicio de salud pública. |
| Irlanda | Real Colegio de Médicos de Irlanda | Formación de posgrado y liderazgo clínico. |
| | Instituto de Salud Pública en Irlanda | Cooperación para la salud pública entre Irlanda del Norte y la República de Irlanda, mediante el apoyo al desarrollo de políticas públicas para mejorar la salud de la población y reducir las desigualdades de salud. |
| Islandia | Dirección de Salud | Llevar a cabo diversas tareas de prevención y de promoción de la salud (incluye, entre otras, la vigilancia y seguimiento del estado de salud y de sus determinantes, la publicación de guías nacionales, la gestión de escuelas y comunidades promotoras de salud y del fondo de promoción de la salud). |
| Italia | Instituto Superior de Sanidad | Llevar a cabo investigación, ensayos clínicos, control y capacitación en salud pública y actuar como centro de intercambio de información técnica y científica sobre cuestiones de salud pública. |
| | Consejo Nacional de Salud | Apoyar la planificación nacional de salud, higiene, salud pública, etc. |
| | Agencia de Servicios Regionales de Salud | Llevar a cabo análisis comparativos de efectividad. |
| | Centro Nacional para la Prevención y Control de Enfermedades | Creación de sinergias entre diferentes iniciativas regionales a través de la identificación de las mejores prácticas, para promover el intercambio de objetivos y herramientas entre las regiones. |
| Lituania | Centro para la Prevención de enfermedades y educación de la Salud | Formación sobre enfermedades no transmisibles, prevención de lesiones, salud infantil, promoción de la salud, salud ambiental y capacitación de especialistas en salud. |
| | Instituto de Higiene | Monitorizar la salud y sus factores, investigar sobre desigualdades en salud e intervenciones innovadoras en salud pública, evaluar estrategias de salud y de programas. |
| Noruega | Dirección de Salud | Ser la fuente principal de información y consejos médicos. |
| | Instituto Noruego de Salud Pública | Compilar ordenanzas, directrices nacionales y campañas. Asesorar a los ministerios interesados en políticas y legislación sanitaria, gestionar y ejecutar fondos para proyectos de promoción de la salud pública y mejorar las condiciones de vida en general. |
| Portugal | Instituto Nacional de Salud | Avanzar en el sector de salud pública. |
| | Dirección General de Salud | Desarrollar programas de salud pública y, en particular, el Plan Nacional de Salud. |

Tabla 2 Principales instituciones nacionales con roles en salud pública

Versión traducida y adaptada de la Tabla 4 del informe colaborativo de la Acción Conjunta CHRODIS *Health Promotion and Primary Prevention in 14 European countries: a comparative overview of key policies, approaches, gaps and needs* (disponible en <http://chrodis.eu/wp-content/uploads/2015/07/FinalFinalSummaryofWP5CountryReports.pdf>).

Independientemente del enfoque de las políticas de prevención primaria y de promoción de la salud, la implementación frecuentemente se lleva a cabo a nivel regional/local (destacan, por ejemplo, Holanda o España). En algunos casos la implementación se vehiculiza por medio de acuerdos formales entre el ministerio nacional de salud y la administración regional o local.

Las estrategias acordadas de promoción y prevención de salud nacional son monitorizadas y evaluadas a nivel nacional en el caso de Alemania, Irlanda o Portugal. Sin embargo, se constata en la mayoría de los informes es que esta cuestión de la monitorización/evaluación, allá donde se produce, aún no está bien desarrollada, coordinada o implementada.

Varios países comunican la necesidad de desarrollar criterios compartidos y robustos que sirvan de base para el seguimiento y la evaluación de las políticas y programas de promoción de la salud y prevención primaria. Asimismo, se hace referencia a que raramente se comparten los resultados del seguimiento de los mismos, especialmente aquellos que pudieran servir como ejemplos de buenas prácticas, y que sería beneficioso desarrollar mecanismos para mejorar esta difusión e intercambio. En este sentido, cabe mencionar aquí que uno de los resultados tangibles de la Acción Conjunta CHRODIS ha sido la puesta en marcha de la primera plataforma pública de buenas prácticas en promoción de la salud, evaluada con criterios consensuados por expertos (Ruiz, 2016). Una nueva Acción Conjunta que continúa sobre el trabajo realizado por CHRODIS y que actualmente ya está en marcha (véase www.chrodis.eu), enfatiza precisamente la diseminación y transferencia de las buenas prácticas detectadas. Conviene recordar además que España se encuentra entre el pequeño número de países que sí dispone de un sistema marco para identificar y seleccionar ejemplos de buenas prácticas, y cabe asimismo recalcar que Andalucía es, hasta la fecha, la región con el mayor número de buenas prácticas de promoción de la salud reconocidas dentro del Sistema Nacional de Salud (MSSSI, 2014).

2. Fuentes de financiación

El mecanismo de financiación para la promoción de la salud y la prevención primaria más frecuentemente mencionado por los países es el que se realiza a través de los presupuestos generales de cada gobierno nacional. La mayoría de países indica que la financiación proviene de los impuestos, aunque hay variantes en relación a cómo estos se obtienen y administran.

Existen ejemplos (como en Alemania, Estonia y Lituania) en los que la financiación proviene de seguros nacionales y seguros básicos de enfermedad. Portugal informa que, en su caso, el 90% de la financiación proviene de los impuestos, y el monto restante proviene también de sistemas de seguros públicos y privados. En Italia, el seguro privado de salud juega también un cierto papel en la financiación del sistema de salud, aunque muy limitado (aproximadamente el 1%).

La mayoría de los países citan también los fondos estructurales europeos y otras fuentes de financiación procedentes de la Unión Europea. Por otro lado, hay una escasa referencia a la financiación

proveniente del sector privado, por ejemplo, Holanda comunica que algunos fondos provienen de partes comerciales como la industria alimentaria y partenariados público-privados, y Portugal informa también de algunos fondos privados provenientes de organizaciones u ONGs (Organizaciones no Gubernamentales).

Otras fuentes de financiación identificadas incluyen: un fondo proveniente de la lotería (Inglaterra) y un fondo de salud pública (en Islandia) que se financia con el 1% de los impuestos sobre el alcohol y el 0,9% de los impuestos sobre las ventas de tabaco.

Existe consenso entre todos los países en el hecho de que el énfasis en los presupuestos de salud reside en las intervenciones curativas y que la financiación que se destina a la promoción y la prevención de la salud representa una ínfima proporción dentro de los presupuestos globales de salud, y resulta insuficiente.

Por último, con frecuencia se menciona que la reciente crisis financiera ha tenido un impacto negativo en la promoción de la salud y la prevención primaria. No obstante, es de gran interés notar que el informe de Islandia indica que el colapso económico que este país atravesó en 2008 les ha llevado a tener una perspectiva, política y profesional, más orientada hacia la salud, el bienestar y la equidad y a utilizar el enfoque de los determinantes sociales de la salud como base para el desarrollo de las políticas.

3. Lagunas y necesidades de mejora

Si bien se encontró una amplia gama de escenarios de promoción de la salud en los países analizados (con diferencias en sus estructuras, niveles y tipos de desarrollo de las políticas, de la implementación y de la existencia o no de sistemas de seguimiento y evaluación), los temas que emergieron en relación a las necesidades y lagunas fueron bastante similares. Los temas coincidentes sobre las necesidades de mejora en relación a la promoción y prevención de la salud es posible agruparlos en las siguientes categorías principales:

1. Llevar a cabo evaluaciones, seguimiento e investigación con criterios comunes y estructurados.
2. Fortalecer y desarrollar la capacidad del personal que se dedica a la promoción de la salud, incrementando tanto su número, como su capacitación, competencia y conocimiento en la materia.

Una descripción general comparada sobre la Promoción de la Salud en Europa

3. Fortalecer la intersectorialidad y el enfoque de STP, incluyendo la utilización de enfoques y métodos en pos de la multidisciplinariedad.
4. Incrementar la financiación y una mayor coherencia en los presupuestos.
5. Desarrollar un liderazgo y una visión estratégica, que incluya un compromiso político y un cambio de prioridades hacia la prevención.

Discusión/Conclusiones

Entre los países europeos revisados existen varios sistemas y estructuras relacionadas con las políticas, programas y prácticas de promoción de la salud y prevención primaria.

Todos los países referidos disponen de planes nacionales de salud, cuya responsabilidad de iniciarlos y desarrollarlos recae en el ministerio o departamento de salud a nivel nacional. La implementación de tales políticas se realiza con frecuencia a nivel regional o local, aunque los niveles de desarrollo de los mismos varía según cada país.

Existen diferencias entre los modelos de salud que fundamentan la promoción de la salud. La mayoría de los países se refieren al enfoque de los determinantes sociales de la salud, mientras que un número reducido se centra todavía en la enfermedad o en el enfoque del riesgo.

En la mayoría de los países se emplea un enfoque intersectorial en la promoción y prevención de la salud, que incluye la participación de ministerios diferentes al de salud. Algunos países hacen referencia explícita al enfoque de Salud en Todas las Políticas, si bien informan que aún es necesario adoptar enfoques más estructurados y mejorar la coordinación con la que desarrollar y mantener las alianzas.

Existen algunos ejemplos de sistemas de evaluación y seguimiento de la implementación de este tipo de políticas y programas. No obstante, con frecuencia se menciona la necesidad de definir criterios comunes y coordinar mejor los enfoques para llevar a cabo este seguimiento.

La mayoría de los países destaca que la financiación que se destina a la promoción y la prevención de la salud representa una ínfima proporción de los presupuestos globales de salud y resulta insuficiente.

En todos los casos las actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades se financian por medio de los sistemas de impuestos nacionales. No existen apenas sistemas de financiación procedentes del sector privado y, por contra, sí hay muchas referencias a fuentes de financiación de la Unión Europea.

La mayoría de los países hacen referencia a la necesidad de mantener y aumentar la capacidad del personal que trabaja en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, tanto en número como en nivel de competencia.

Un pequeño número de países (entre los que se encuentra España) dispone de una base de datos de ejemplos de buenas prácticas y desarrollan un sistema marco para identificar y seleccionar tales ejemplos.

Artículos como el presente ofrecen una base necesaria de conocimiento para contextualizar, orientar y mejorar la promoción y prevención de la salud, tanto en un país en concreto, como a nivel europeo. Resulta clave continuar compartiendo información que refuerce las prácticas y los esfuerzos de cada uno de los países en este ámbito, y para que esta disciplina despliegue el potencial que tiene de contribuir a la reducción de la carga de las enfermedades y a la mejora de la calidad de vida de toda la ciudadanía.

Se pueden lograr grandes avances si los diferentes países de la Unión Europea trabajan conjuntamente en este tema, como por ejemplo para definir y desarrollar criterios comunes y estructurados de evaluación, seguimiento e investigación; fortalecer la intersectorialidad y el enfoque de Salud en Todas las Políticas; o fomentar un liderazgo y una visión estratégica más orientados a la prevención primaria y la promoción de la salud.

Discussion/Conclusions

There are several systems, structures and levels of development in relation to the policies, programs and practices of health promotion and primary prevention, among the European countries considered in this description.

All the countries referred have national health plans, responsibility of the Ministry or Department of health at the national level. The implementation of such policies is often done at the regional or local level.

Some differences are found regarding the health models that support health promotion policies and actions. Most countries refer to the social determinants of health approach, but some others are still focusing more on the disease-risk approach.

Most countries indicate that an intersectoral approach is used and includes the participation of other ministries or departments (apart from Health). Some countries explicitly refer to the Health in All Policies approach.

Some examples of systems for evaluating and monitoring the implementation of this type of policies and programs are cited. However, the need to define common criteria and approaches to carry out this monitoring is often mentioned.

Most countries refer to the need to increase the capacity (both in number and level of competence) of personnel working in the field of health promotion.

A small number of countries (including Spain) have developed and maintain a system to identify examples of good practices in health promotion.

Most countries emphasize that the funding allocated to the promotion and prevention of health signifies a very small proportion of the global health budget and is insufficient.

In all cases, health promotion and disease prevention activities are financed through national tax systems. There are many references to funding coming from the European Union and hardly any from the private sector.

This general description is thought to provide a basic but useful foundation to contextualize, assess and guide the field of the health promotion and primary prevention in a given country. It is also an excellent base to diagnose the situation of this field in Europe, and recognize its potential to contribute to reducing the burden of diseases and improving the quality of life of citizens.

It is essential to continue sharing information that reinforces the practices and efforts in this area of each of the countries. Great progress can be made if different countries of the European Union work together, particularly in areas such as: defining and developing common criteria for evaluation, monitoring and research; strengthening intersectorality and the Health in All Policies approach, or building a more robust leadership and a strategic vision towards prioritizing primary prevention and health promotion.

Declaración de transparencia

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

Fuentes de Financiación

Este artículo surge del trabajo realizado por la Acción Conjunta CHRODIS, cofinanciada por la Consejería de Salud, Junta de Andalucía, y la Unión Europea en el marco del Programa de Salud (2008-2013).

Conflicto de Intereses

El autor declara que no existen conflictos de intereses.

Publicación

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

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization (WHO) 1986: *First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986*. Disponible en <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index.html>.
2. World Health Organization (WHO) 1986: *First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986*. Disponible en <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index.html>.
3. European Commission (EC) 2017: *State of Health in the EU. Companion Report 2017*. Disponible en https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2017_companion_en.pdf.
4. Ruiz, F. 2016: *La Acción Conjunta Europea de Promoción de la Salud y Prevención de Enfermedades Crónicas*. Memorandum CHRODIS en Andalucía. Disponible en http://www.repositoriosalud.es/bitstream/10668/2553/1/Ruiz_MemorandumChrodis_2016.pdf
5. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, 2014: *Memoria del procedimiento de detección de buenas prácticas en el marco de la estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS*. Disponible en <https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/MemoriaBuenasPracticasEstrategia.pdf>.

Recuperación de la actividad sexual tras el parto

Manuela Velázquez Barrios

Enfermera Especialista en Obstetricia y Ginecología.

Hospital Virgen del Rocío.

C/. Manuel Siurot, s/n, 41013 Sevilla.

Desireé Díaz Jiménez

Enfermera Especialista en Obstetricia y Ginecología.

Área de partos. Hospital Virgen de la Victoria. Campus de Teatinos, S/N, 29010 Málaga.


Antonio José Reina Caro

Enfermero Especialista en Obstetricia y Ginecología.

Área de Partitorio. Hospital Privado Nisa Sevilla-Aljarafe. Avda. Plácido Fernández Viagas, s/n, 41950 Castilleja de la Cuesta, Sevilla.

Correspondencia

Manuela Velázquez Barrios

 manoli_1986@hotmail.com.

Resumen

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud), **salud sexual** es la integración de los elementos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual por medios que sean positivamente enriquecedoras y que potencien la personalidad, la comunicación y el amor.

El objetivo de este artículo es el estudio de la sexualidad tras el parto, de qué manera se ve afectada y los diferentes factores que influyen. Así como también conocer cuál es el tiempo medio para la recuperación de una actividad sexual placentera y no traumática o dolorosa y los motivos que pueden hacer que este tiempo se alargue. De igual modo, tener conocimiento de en qué momentos la situación puede volverse patológica y necesitar, por tanto, la ayuda de un profesional.

Palabras clave:

Relaciones sexuales.

Sexualidad.

Puerperio.

Placer.

Dispareunia.

Recovery of sexual activity after childbirth

Abstract

According to the OMS, sexual health is the integration of the somatic, emotional, intellectual and social elements of the sexual being by means that are positively enriching and that enhance personality, communication and love.

The objective of this article is the study of sexuality after childbirth, how it is affected and the different factors that influence it. As well as knowing what is the average time for the recovery of a pleasant sexual activity and not traumatic or painful and the reasons that can make this time is extended. Similarly, to have knowledge of when the situation may become pathological and therefore need the help of a professional.

Keywords:

*Sexual relations.
Sexuality.
Puerperium.
Pleasure.
Dyspareunia.*



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

¡Pon a prueba tu preparación!

SMS

SCS

SALUD

OSAKIDETZA

SESCAM

IB SALUT

SERIS

SES

SERGAS

SERMAS

SAS

SESPA

SACYL



Rodio
#Oposiciones

Introducción

Según la OMS, **salud sexual** es la integración de los elementos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual por medios que sean positivamente enriquecedoras y que potencien la personalidad, la comunicación y el amor¹.

Esta noción de salud sexual supone la adopción de un criterio positivo respecto a la sexualidad humana, no solo con fines procreativos sino adoptando un enfoque integral, que incluya favorecer la comunicación, las relaciones personales afectivas y proporcionar placer⁷.

Entendemos que para una valoración holística de la sexualidad no debemos reducirla al coito exclusivamente y debemos considerar también otras manifestaciones, dentro de la sexualidad.

Son muchos los factores en el puerperio que afectan a la sexualidad⁷ entre ellos, factores sociales, factores psicológicos y factores físicos.

Metodología

Se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica en las bases de datos científicas sanitarias como *Cochrane library*, Pub-Med, Cuidatge y de organismos como la OMS y la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). El objetivo inicial de búsqueda era todo artículo relevante incluido desde el año 2000, aunque hemos incluido alguno más antiguo por su relevancia con el estudio y por la escasez de estudios científicos sobre este tema. Los descriptores utilizados para nuestra búsqueda han sido: Relaciones sexuales, sexualidad, puerperio, recuperación postparto.

Resultados

Después del parto, la vida de la mujer cambia completamente, siendo una de las áreas que se ve afectada, y que tratamos en este estudio, la actividad sexual. Dependiendo de cada mujer, de la circunstancias en el hogar y del tipo de parto, la afectación en las relaciones sexuales puede ser mayor o menor. Así como, el tiempo de recuperación para una vida sexual plena y satisfactoria.

Son muchos los factores en el puerperio que afectan a la sexualidad⁷, entre otros los sociales, los psicológicos y físicos.

Factores sociales

Destacamos factores perturbadores y también factores que han favorecido la sexualidad. Históricamente se ha percibido la sexualidad sólo con fines procreativos, más tarde, la sociedad más desligada de la concepción cristiana, ha reconocido el valor de la sexualidad en la mujer. Este legado histórico puede favorecer que algunas mujeres puedan hoy en día concebir todavía que las relaciones sexuales son únicamente las relaciones coitales⁷.

En los últimos años han tenido lugar cambios sociales que han afectado la vivencia de la maternidad: el estrés de la vida cotidiana, la incorporación de la mujer a la vida laboral, el denominado "culto al cuerpo"³.

Por otra parte la disminución del tamaño de la familia hace que en muchas ocasiones se desconozcan las necesidades físicas y afectivas del recién nacido, así como sus cuidados básicos generando gran inseguridad en los futuros padres³. Todos estos cambios sociales pueden influir de forma negativa en las relaciones íntimas de pareja, tanto antes como después de dar a luz.

La mujer está centrada en el bebé y hay desinterés por actividades que no sean estrictamente necesarias. Tanto el padre como la madre primerizos deben adaptarse al nuevo papel de padres, deben ser capaces de establecer roles flexibles para permitir asumir sus mayores responsabilidades, deben atender a grandes compromisos familiares y recibir tantas otras visitas de amigos... todo ello puede retrasar de algún modo el reinicio de sus relaciones sexuales.

Factores psicológicos

Cambios psicológicos propios del puerperio

El estado emocional durante el embarazo va a determinar en gran medida la adaptación psicológica de la puerpera.

La gestación es una época en la que aparecen con gran frecuencia vivencias de ansiedad y tristeza. Dicha ansiedad parece ser, por diferentes motivos, el sentimiento más frecuentemente experimentado, apareciendo un punto álgido en el puerperio inmediato. Los trastornos afectivos en el posparto se dividen típicamente en tres categorías:

- Tristeza puerperal o "*maternity blues*": es un síndrome leve transitorio que se presenta a los 2-4

días del parto, pudiendo afectar hasta al 50%-80% de las mujeres y que suele desaparecer de forma espontánea y sin secuelas en una o dos semanas. Es más frecuente en primíparas³. Uno de los factores responsables de esta tristeza es la disminución de estrógenos propia del puerperio.⁷

- Depresión mayor posparto. Se inicia de forma característica entre las 2-8 semanas tras el parto, y en ocasiones incluso tras varios meses, como una depresión melancólica con fuertes sentimientos de culpa, de incapacidad para hacerse cargo del hijo y ambivalencia afectiva hacia el mismo. Pude afectar hasta un 10-15% de las puérperas. Si es tratada de forma adecuada, suele ser relativamente corta y de buen pronóstico, aunque el riesgo de recurrencia en posteriores embarazos es uno de cada siete.
- Psicosis posparto. Cuadro grave que se presenta tras el parto en 1-2 por 1.000 mujeres, que en el 50%-60% son primíparas. Aparece de forma brusca entre los pocos días y las primeras 8 semanas, las recurrencias suelen ser frecuentes y, en ocasiones, hay que separar a la madre del hijo si se presentan ideas auto o heteroagresivas.

Sexualidad previa y durante el embarazo

Si la mujer previamente al embarazo veía su sexualidad enfocada a satisfacer a su pareja más que como necesidad propia, seguramente tendrá más dificultades en el reinicio de su vida sexual.

Adaptación de la pareja a la nueva situación sociofamiliar

La buena calidad en la relación de pareja⁷ no sólo durante la gestación sino también en el puerperio es fundamental. Es necesaria para la estabilización emocional de la mujer. Compartir tareas, que la pareja no se sienta desplazada, facilita disponer de tiempo común para el acercamiento y el resurgimiento de los deseos de intimidad, de la ternura y las relaciones sexuales.

Adaptación de la pareja a la nueva imagen corporal de la mujer

La mujer suele verse menos atractiva porque no ha recuperado su peso y/o figura previa: el abdomen puede estar flácido, puede permanecer con estrías, los pechos están hinchados, debe llevar ropa interior poco llamativa... Si aceptan ambos que estos cam-

bios son transitorios y fisiológicos podrán acortar el periodo de adaptación necesario para recuperar su sexualidad.



Prejuicios o miedos de la pareja respecto a la sexualidad durante el puerperio²

La mayoría de las mujeres presentan como principal problema el miedo a la penetración y al dolor, sobre todo en aquellas que han tenido un parto vaginal con episiotomía.⁷ Les preocupa que tras su parto sus genitales no hayan quedado bien. Si su primer coito es doloroso puede ser debido a este miedo y puede agravar este círculo.

Otras parejas pueden retrasar su sexualidad por temor a un nuevo embarazo^{6,7} sobre todo si no están bien informadas de qué opciones anticonceptivas disponen en función del tipo de lactancia que dan a sus recién nacidos.

Algunas mujeres temen que por mantener relaciones sexuales puede infectarse la episiotomía o las posibles heridas que pueden quedar en el canal del parto. Este temor infundado podría resolverse mediante la consulta individual a la matrona en el puerperio o asistiendo a clases de educación maternal.

Si la pareja tiene miedo a ser interrumpidos por el bebé, deben aceptar esta posibilidad positivamente e intentar adaptarse a los momentos de descanso de su hijo.

Las mujeres que dan el pecho pueden experimentar excitación sexual con la salida de la leche lo que puede hacerles pensar que van a dificultar la alimentación de su hijo (bien porque no les quede suficiente alimento, piensen que altera su sabor...)

Recuperación de la actividad sexual tras el parto

Además, pueden no entender que sus pechos no solo alimentan a su bebé sino que también pueden seguir siendo un elemento erótico. Algunas mujeres pueden sentirse mal por experimentar, mientras lactan, el mismo placer sexual⁷.



Factores físicos

A nivel hormonal hay grandes cambios, tal y como comenta Fernández Amores² en su artículo, que se normalizan a los tres meses del parto y que se mantienen en las mujeres que lactan. Existe una disminución de estrógenos, dehidroepiandrosterona y testosterona y un aumento de la prolactina y de la oxitocina. El aumento de prolactina es responsable de la disminución de la testosterona, hormona que participa, junto a muchos otros factores, en el deseo sexual⁷.

Estos reajustes hormonales van a condicionar la respuesta sexual:

- Las respuestas ante la estimulación sexual son más lentas y menos intensas. El deseo sexual disminuye respecto al periodo pregestacional.⁷
- Existe un adelgazamiento de la pared vaginal, sequedad y falta de lubricación.
- A nivel de las mamas pueden existir molestias que pueden durar un periodo variable hasta que la lactancia lleve tiempo instaurada. La secreción láctea durante la excitación sexual y el orgasmo, es debida a la liberación de oxitocina que estimula la eyección de la leche.

Si la mujer abandona la lactancia materna, pasados unos meses del parto, hasta que se inhiba la secreción láctea va a tener molestias en las mamas que pueden interferir en el comportamiento sexual de la pareja.

Estos cambios fisiológicos antes mencionados, pueden originar un tipo de dispareunia, llamada "dispareunia de la lactancia"², (ya que se presenta sobre todo en las mujeres que lactan) e incluso coitorragia.

A otros niveles las púerperas van a presentar molestias que las impiden desarrollar su sexualidad. Muchas de estas alteraciones coinciden y pueden permanecer un tiempo considerable:

- Molestias en la zona genital bien por la existencia de episiotomía, alteraciones en el periné (aspecto que abordaremos bajo la denominación de trauma perineal), la incomodidad de los loquios, y menos frecuentemente la existencia de varices vulvares. Son destacables molestias como los hematomas, tumefacción crónica de la zona, cicatrización anómala de la episiotomía y/o desgarros vaginales.
- Molestias en la zona perianal por hemorroides o pueden referir dolor sacrolumbar⁷.
- Cansancio físico por anemias, alteraciones del patrón de descanso, cargas físicas por las tareas del hogar, alimentación del bebé sobre todo si da lactancia materna...

Así mismo la labilidad emocional que experimentan las mujeres en este periodo afecta a la sexualidad. Estos cambios unidos al trauma perineal dificultan aún más el restablecimiento y satisfacción de la vida sexual.

Consideramos "**trauma perineal**" a la agresión que se produce durante el parto en la musculatura del suelo pélvico, ya sea espontánea (laceraciones, hematomas, desgarros, etc.) o provocada por la intervención obstétrica (episiotomía). Algunos de los factores que intervienen en la magnitud del trauma perineal son la laxitud del periné, tamaño de la cabeza fetal, duración del expulsivo, tipo de parto, etc. Según algunos autores, ciertos músculos que se ven afectados, intervienen en la capacidad orgásmica (el pubocoxígeo) y el suelo pélvico tiene menor tono muscular.

Según Martín de María⁷ la episiotomía influye negativamente en el reinicio de las relaciones sexuales.

Hay que tener en cuenta que la reanudación de las relaciones sexuales en el puerperio deben reiniciarse pasada la cuarentena, una vez esté cicatrizado completamente el tejido de la episiotomía o desgarrro, pudiendo adelantarse a las tres o cuatro semanas en el caso de no haber episiorrafia o sutura de desgarrro. También hay que tener en cuenta que los loquios pueden perdurar hasta cinco semanas, por lo que muchas parejas prefieren esperar a que la se-

creción cese por la incomodidad que les producen, retrasando así el reinicio de sus relaciones sexuales.

En el caso de las cesáreas, la reanudación de la actividad sexual puede verse alargada, al menos hasta las seis semanas tras el parto, ya que la mujer se encuentra dolorida por la intervención quirúrgica y hay que asegurarse que la cicatriz del útero esté bien cicatrizada.

Como hemos visto anteriormente, el miedo al dolor, el estrés generado por la nueva situación, el cansancio acumulado por el cuidado del bebé y el cambio del patrón de sueño, los cambios hormonales a nivel psicológico y físicos... pueden hacer que se retrase la reanudación de las relaciones sexuales, o que una vez restaurada estas no sean placenteras. Hay que tener en cuenta que existen muchas formas de vivir la sexualidad en pareja, y que cuando se habla de sexo no sólo podemos pensar en el coito.

Esto es una situación transitoria, y poco a poco debe volver a la normalidad. Las molestias deben de haber desaparecido a los tres meses tras el parto, pudiendo permanecer, en ocasiones, hasta los seis meses. Si en este periodo siguen existiendo molestias se debe acudir a un profesional.

Discusión/Conclusiones

Es fundamental para el equilibrio emocional de la mujer y de la pareja el tener una vida sexual saludable. Considerando que la actividad sexual se ve alterada con frecuencia durante el puerperio y puede constituir el inicio de un problema que podría mantenerse silente⁵ durante una parte importante de la vida de la mujer.

La sexualidad durante la gestación y en especial en el puerperio⁸ es uno de los aspectos menos estudiados actualmente en el campo de la obstetricia. Los trabajos publicados y revisados en España respecto a sexualidad en el puerperio, son muy escasos, poco recientes y, la mayoría de las investigaciones encontradas, estudian sólo las relaciones coitales⁷ salvo el estudio de Fernández Amores², en el que aborda también relaciones no coitales.

Según la revisión elaborada por Martín de María⁷ sobre los estudios de sexualidad en el puerperio no existe un acuerdo sobre si las mujeres que dan lactancia materna reinician antes las relaciones sexuales que las que alimentan con biberones.

También aparece en el estudio de Martín de María⁷ que la episiotomía influye negativamente en el reinicio de las relaciones sexuales pero debido al tipo de estu-

dio que realiza (revisión sistemática de investigaciones existentes) esta afirmación puede ser cuestionable.

En este artículo se ha intentado abarcar la sexualidad de una manera holística estudiando todos los posibles factores que influyen en la sexualidad de la mujer durante el puerperio. La afectación del periné y sus consecuencias sobre el tiempo de reinicio de las relaciones coitales, practicas alternativas al coito, satisfacción sexual, dolor y miedo a la penetración, cambio de la imagen corporal, cambios psicológicos y del estado de ánimo, tipo de lactancia, son algunos de los factores que, según nuestra búsqueda bibliográfica, más influyen en las relaciones sexuales tras el parto.

Discussion/Conclusions

It is fundamental for the emotional balance of the woman and the couple to have a healthy sexual life. Considering that sexual activity is frequently altered during the puerperium and may constitute the beginning of a problem that could remain silent⁵ during an important part of a woman's life.

Sexuality during pregnancy and especially in the puerperium⁸ is one of the aspects less studied today in the field of obstetrics. The published and reviewed works in Spain regarding sexuality in the puerperium, are very scarce, not very recent and, most of the researches found, study only the coital relations⁷ except for the study of Fernández Amores², in which also addresses non-coital relationships.

According to the review prepared by Martín de María⁷ on studies of sexuality in the puerperium, there is no agreement on whether women who breastfeed begin sex earlier than those who feed with bottles.

It also appears in the study by Martín de María⁷ that episiotomy has a negative influence on the resumption of sexual relations, but due to the type of study performed (systematic review of existing research) this statement may be questionable.

In this article, we have tried to cover sexuality in a holistic way by studying all the possible factors that influence the sexuality of women during the puerperium. Impact of the perineum and its consequences on the time of resumption of coital relationships, alternative practices to intercourse, sexual satisfaction, pain and fear of penetration, change of body image, psychological and mood changes, type of breastfeeding, are some of the factors that, according to our literature search, most influence sexual relations after childbirth.

Declaración de transparencia

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

Fuentes de Financiación

Ninguna.

Conflicto de Intereses

No existe conflicto alguno de intereses entre los autores de este estudio.

El artículo enviado no se ha presentado como comunicación oral o póster en ningún congreso.

En junio 2019, Próxima
Revista Científica SANUM
¡Anímate a publicar!

BIBLIOGRAFÍA

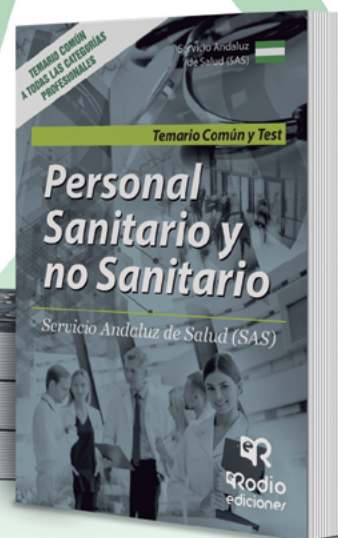
1. Fundación Sexpol. *Manual teórico del curso de monitores en educación sexual*. Madrid, 1998.
2. Fernández Amores, R. et al. *Las relaciones afectivas y sexuales durante el puerperio y la lactancia: el papel de la matrona*. Matronas Hoy. 1999; enero-marzo(12): 25-29
3. Pingarrón Montes, MT. *Educación maternal: expectativas, satisfacción y eficacia percibida*. Salud y Cuidados. 2002; (3)
4. Seyfried LS, Marcus SM. *Postpartum mood disorders*
5. Espinaco Garrido, M.J.; Román Oliver, J. *La sexualidad en la lactancia*. Hygia.1999; mayo-agosto, año 2012 (42): 12-16
6. Herrán Cardeñoso, S. *La sexualidad en el puerperio*. Rev. Oiñarri. (15): 8-10
7. Martín de María, S; *Sexualidad en el puerperio*. Matronas profesión. 9-14
8. Von Sydow, K. *Sexuality during pregnancy and after childbirth: a metacontent análisis of 59 studies*. J Psychosom Res 1999; Julio, 47(1): 27-49.

CONVOCATORIA 2019

Manual para la preparación de los nueve temas que componen el Temario Común a todas las categorías, Sanitarias y no Sanitarias, del Servicio Andaluz de Salud (SAS), conforme al último Programa Oficial publicado en el Boletín Oficial de la Junta de Andalucía.

Servicio Andaluz de Salud (SAS)

**TEMARIO COMÚN A
TODAS LAS CATEGORÍAS
PROFESIONALES**



www.edicionesrodio.com



SANUM

Revista Científico-Sanitaria

NORMAS GENERALES PARA LA PUBLICACIÓN DE ARTÍCULOS

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

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

LA PUBLICACIÓN DE ARTÍCULOS ES TOTALMENTE GRATUITA

GENERALIDADES

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

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

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

Los artículos deben cumplir las siguientes normas de publicación:

FORMA DE ENVÍO DE ORIGINALES: EMAIL

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

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

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

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

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

ASPECTOS FORMALES DE LOS ORIGINALES

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

TIPOS DE ARTÍCULOS ADMITIDOS

Se pueden proponer los siguientes tipos de trabajos:

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

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

ESTRUCTURA QUE DEBEN PRESENTAR LOS ARTÍCULOS

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

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

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

International Committee of Medical Journal Editors.

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

PRIMERA PÁGINA

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

RECOMENDACIONES A TENER EN CUENTA CON EL TÍTULO DEL ARTÍCULO:

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

Las características que hacen a un título ser adecuado son:

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

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

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

RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

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

RESUMEN O ABSTRACT

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

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

Características que debe cumplir el apartado resumen:

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

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

Recomendaciones a seguir para elaborar este apartado del trabajo:

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

PALABRAS CLAVE

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

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

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

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

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

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

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

ESTRUCTURA ESTÁNDAR IMRAD

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

INTRODUCCIÓN

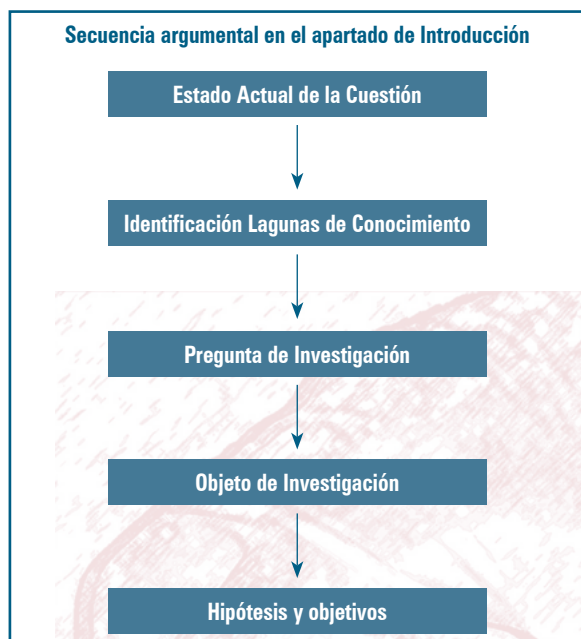
Se expondrá "porqué se ha hecho este trabajo", y una idea resumida del trabajo realizado. Esbozará el momento de la situación, debe describir el problema de estudio y sus antecedentes, y argumentarse con referencias bibliográficas actualizadas. Y se establecerá claramente los objetivos del trabajo.

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

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

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

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



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

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

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

HIPÓTESIS Y/U OBJETIVOS DEL TRABAJO

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

HIPÓTESIS

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

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

OBJETIVOS

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

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

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

MATERIAL Y MÉTODO (METODOLOGÍA)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Este apartado debe cumplir las siguientes condiciones:

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

RESULTADOS

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

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

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

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

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

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

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

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

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

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

AGRADECIMIENTOS

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

RESEÑAS BIBLIOGRÁFICAS/BIBLIOGRAFÍA

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

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

ELEMENTOS VISUALES: IMÁGENES, TABLAS, GRÁFICOS

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

Cada elemento visual debe tener indicada su **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..., gráfico 1..., etc.

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

ANEXOS

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

ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES

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

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

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

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

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

Comunicación con los autores

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

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

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

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

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

Contacto

Email: consejoderedaccion_revistasanum@yahoo.es

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

Información en la Web:

<http://www.fesp-ugtandalucia.org/index.php/salud-sociosanitarios-dependencia/126-revistas-sanitarias/sanum-revista-divulgacion-cientifico-sanitaria/1152-sanum-revista-cientifico-sanitaria-de-ugt>

¿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.edicionesrodio.com



**Garantía de
CALIDAD**

¡Ahora al mejor precio!

erodio

ediciones

Formación para el empleo

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

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

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

www.edicionesrodio.com

