

**LIBRO ELECTRÓNICO
PROVISIONAL
I TOMO DE LECCIONES EN SALUD
SOCIAL Y AMBIENTAL: PROBLEMAS
SOCIALES Y DE ACTUALIDAD.
SEPTIEMBRE-OCTUBRE 2017**

**Sociedad Científica Española de
Formación Sanitaria**



**Asociación Sanitaria de
Formación de la Región de Murcia**

ISBN: Pendiente.

Fecha de Publicación: OCTUBRE 2017

INDICE DE CAPITULOS

- **TEMA 1. INFORMACION SOBRE LA PRESENCIA EN LOS ALIMENTOS DE SUSTANCIAS SUCEPTIBLES DE CAUSAR ALERGIAS E INTOLERANCIAS.**
MARIA JOSE LIEBANA LIEBANA. MARIA JOSE RUBIO LIEBANA. PEDRO LUIS RUBIO JIMENEZ.
- **TEMA 2. ERGONOMÍA Y LA ILUMINACIÓN EN EL ÁMBITO SANITARIO.**
EDUARDO MARTÍNEZ LUJÁN. INMACULA PÉREZ FERNANDEZ. ANA ESTHER CAMACHO GARCÍA. MERCEDES YUSTE FLORES.
- **TEMA 3. DISPLASIA DESARROLLO DE LA CADERA "DDC".**
LUZMILA MARÍA SALCAN LONDO.
- **TEMA 4. ESTUDIO TRANVERSAL SOBRE LA OBESIDAD INFANTIL.**
MARINA PENA LÓPEZ. PAULA MARIA MORENO SALMERÓN. SELENIA COSTELA ALCÁZAR. SOFIA MARTINEZ VILLA.
- **TEMA 5. OBESIDAD. EPIDEMIA MUNDIAL, PROBLEMA SOCIAL, ¿SOLUCIÓN SOCIAL?**
PILAR VILLAESCUSA SÁNCHEZ. ROSARIO TORAL SIMÓN. JESÚS CARPENA VELANDRINO. JUANA GARCÍA NAVARRO.
- **TEMA 6. GUÍA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE QUIRÚRGICO. CONSENTIMIENTO INFORMADO.**
ROSARIO TORAL SIMÓN. ISABEL CUTILLAS ABELLÁN. JESÚS CARPENA VELANDRINO. PILAR VILLAESCUSA SÁNCHEZ.
- **TEMA 7. TRATAMIENTO CONDUCTUAL EN PACIENTES CON AGORAFOBIA**
JESICA PERONA MARTINEZ. MARIA JOSE SASTRE MARTINEZ. GINA RAMOS SIMONELLI. MARIA DEL MAR RAMOS SIMONELLI.
- **TEMA 8. LA NECESIDAD DE LA ENFERMERÍA ESCOLAR EN ESPAÑA**
ISABEL GÓMEZ ORTUÑO. LARA MARÍN ORTIZ. MARÍA EUGENIA CARPENA ORTEGA. ISABEL CUTILLAS ABELLÁN.
- **TEMA 9. ESTUDIO DE LA REPERCUSIÓN DEL TABACO EN EL APARATO RESPIRATORIO.**
LUCÍA MARTIÑO CANGA. CRISTINA SÁNCHEZ MÉRIDA. LORENA GARCÍA ARIAS. LETICIA RODRÍGUEZ RIVERA.
- **TEMA 10. CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES DE LAS DROGAS VASOACTIVAS MÁS FRECUENTES EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PARA EL MANEJO DEL PERSONAL DE ENFERMERIA.**
PABLO RUIZ GARCÍA.

INDICE DE CAPITULOS

- TEMA 11. LA ALIMENTACIÓN EN LOS CENTROS EDUCATIVOS.
MARIA JOSE LIEBANA LIEBANA. MARIA JOSE RUBIO LIEBANA. PEDRO LUIS RUBIO JIMENEZ.
- TEMA 12. COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL.
SANDRA LEÓN GARCÍA. LAURA GARCÍA GARCÍA. NATALIA SÁNCHEZ RODRÍGUEZ. MARTA VERA CAMPOS.
- TEMA 13. EXPERIENCIAS DE TRES ENFERMERAS EN COOPERACIÓN AL DESARROLLO EN LA REGIÓN DE MURCIA.
MARÍA MARTÍNEZ MEDRANO. M^a EMILIA GARCÍA DÍAZ.

TEMA 1. INFORMACION SOBRE LA PRESENCIA EN LOS ALIMENTOS DE SUSTANCIAS SUCEPTIBLES DE CAUSAR ALERGIAS E INTOLERANCIAS

**MARIA JOSE LIEBANA LIEBANA
MARIA JOSE RUBIO LIEBANA
PEDRO LUIS RUBIO JIMENEZ**

1- INTRODUCCION

2-¿QUE SON LAS ALERGIAS E INTOLERANCIAS ALIMENTARIAS?

3-INFORMACION SOBRE SUSTANCIAS QUE PROVOCAN ALERGIAS E INTOLERANCIAS

4-SUSTANCIAS O PRODUCTOS QUE CAUSAN ALERGIAS E INTOLERANCIAS.

5- BIBLIOGRAFIA

1- INTRODUCCION

Las exigencias sobre la declaración de sustancias susceptibles de causar alergias e intolerancias están actualmente recogidas en el Reglamento (UE) nº 1169/2011, sobre la información alimentaria facilitada al consumidor.

Todos los alimentos envasados deben incluir la lista de ingredientes.

Se debe revisar cuidadosamente esta lista para comprobar si contiene el ingrediente que debemos evitar.

En el caso de que el producto contenga alguna de las sustancias incluidas en el Anexo II del citado Reglamento, esta deberá destacarse en la lista de ingredientes mediante una composición tipográfica distinta.

En el caso de alimentos que no requieren lista de ingredientes, esta información ira precedida de la palabra “contiene”.

Algunas personas pueden ser sensibles a otros alimentos no incluidos en la lista anterior, por lo que siempre debe leerse cuidadosamente la lista de ingredientes.

A partir del 13 de diciembre de 2014 deberá informarse en relación con la presencia de las sustancias enumeradas en el Anexo II, también en los alimentos que se presenten sin envasar, o se envasan en el punto de venta para su venta inmediata o a petición del comprador.

2-¿QUE SON LAS ALERGIAS E INTOLERANCIAS ?

La mayoría de las personas pueden comer una gran variedad de alimentos sin problemas. No obstante, para un pequeño porcentaje de la población hay determinados alimentos o componentes de los mismos que pueden provocar reacciones adversas.

Las reacciones adversas a los alimentos pueden deberse a una alergia alimentaria o a una intolerancia alimentaria.

En personas con alergias alimentarias el sistema inmune reacciona contra ciertas sustancias presentes en los alimentos y que reciben el nombre de alérgenos.

Las personas con alergias graves deben ser extremadamente cuidadosas con los alimentos que consumen.

Una alergia alimentaria ocurre cuando el sistema inmunitario del organismo interpreta que un determinado alimento es un invasor. Esto provoca una respuesta desproporcionada por parte del sistema inmunitario en la que el organismo libera una serie de sustancias químicas como la histamina. Esta reacción puede ocasionar síntomas como problemas para respirar, opresión de la garganta, tos ronquera, vómitos, dolor de estómago, urticaria, inflamación o disminución de la tensión arterial.

La intolerancia alimentaria se da cuando el cuerpo no puede digerir correctamente un alimento o uno de sus componentes. Aunque puede tener síntomas similares a los de una alergia, el sistema inmunológico no interviene en las reacciones que se producen de la misma manera.

Entre los síntomas de una intolerancia alimentaria se encuentran: náuseas, gases, retortijones abdominales, diarrea, irritabilidad, nerviosismo y/o dolor de cabeza.

3- INFORMACION SOBRE SUSTANCIAS QUE PROVOCAN ALERGIAS E INTOLERANCIAS.

Aunque se pueden dar reacciones alérgicas a cualquier alimento o componente del mismo, la mayoría de las alergias alimentarias están asociadas al consumo de un grupo reducido de alimentos.

Los alérgenos alimenticios más comunes son la leche de vaca, los huevos, la soja, el trigo, los crustáceos, las frutas, los cacahuetes y los frutos secos, como las nueces.

Para ellos se han establecido normas que obligan a informar de su presencia cuando se incorporan de forma voluntaria a los alimentos como ingredientes.

Las alergias e intolerancias alimentarias son un tema importante en la seguridad alimentaria y la industria alimentaria debe procurar ayudar a aquellos que sufren alergias a seleccionar una dieta adecuada y fiable.

Los operadores económicos responsables de la información alimentaria, deben informar sobre la presencia en los alimentos de ingredientes que causan alergias e intolerancias y evitar su contaminación accidental con alérgenos que estén presentes en otros productos.

Si todos los ingredientes de un alimento son sustancias que causan alergias o intolerancias, todos ellos deben indicarse en la lista de ingredientes y destacarse respecto a otros elementos de información obligatoria.

En el caso de los envases o recipientes cuya superficie mayor es inferior a 10cm², puede omitirse la lista de ingredientes. Sin embargo, si no hay lista de ingredientes, es obligatorio indicar la presencia de sustancias o productos que causan alergias o intolerancias en el alimento en cuestión, mediante la inclusión de la palabra “contiene” seguida del nombre de la sustancia o producto que causa alergias o intolerancias.

Se aplica también en este caso la regla general según la cual, no es necesario indicar la presencia de sustancias o productos que causan alergias o intolerancias cuando la denominación del alimento haga referencia claramente a la sustancia o producto de que se trate.

4-SUSTANCIAS O PRODUCTOS QUE CAUSAN ALERGIAS E INTOLERANCIAS Y SOBRE CUYA PRESENCIA EN LOS ALIMENTOS DEBERA INFORMARSE (Anexo II Reglamento 1169/2011)

- ❖ Cereales que contengan gluten (trigo, centeno, cebada, avena, espelta, kamut o sus variedades híbridas). Se pueden encontrar en alimentos elaborados con harina, masas, panes, tartas, levadura para hornear, cuscús, pasta, pastelería, salsas, sopas, productos cárnicos, etc.
- ❖ Crustáceos y productos a base de crustáceos. Cangrejos, langostas, gambas, cigalas, langostinos, etc
- ❖ Huevos y productos a base de huevos. Además de en el huevo y derivados, se puede encontrar en tarta, productos cárnicos, mayonesa, mouse salsas aliños, etc.
- ❖ Pescado y productos a base de pescado.
- ❖ Cacahuetes y productos a base de cacahuetes. Además de en las semillas, pasta y aceites, se puee encontrar en galletas, chocolate, postres, etc.

- ❖ Soja y productos a base de soja. Además de en las semillas, pasta y aceites, se puede encontrar en galletas, postres salsas, etc.
- ❖ Leche y sus derivados incluida la lactosa. Además de en la leche y sus derivados com queso, mantequilla, nata, yogures, etc, se puede encontrar en croquetas, sopas, cremas, fiambres, helados etc.
- ❖ Frutos con cáscara: Almendras, avellanas, nueces, anacardos, pacanas, nueces del Brasil, pistachos o alfóncigos, macadamias o nueces de Australia, se pueden encontrar en panes, galletas, postres, helados, etc.
- ❖ Apio y productos derivados, incluye los tallos, hojas, semillas y raíces. Además se puede encontrar en ensaladas, sopas, cremas, etc.

- ❖ Mostaza y productos derivados. Además de en las semillas, en polvo o en forma líquida, se puede encontrar en algunos panes, currys, marinados, etc.
- ❖ Sésamo y productos a base de grano de sésamo. Además de en las semillas, pastas, aceites y harinas se puede encontrar en colines, grisines, humus, etc.
- ❖ Dióxido de azufre y sulfitos. Se pueden utilizar como conservantes en crustáceos, frutas desecadas, productos cárnicos, refrescos, etc.
- ❖ Moluscos y productos a base de moluscos
- ❖ Altramuces y productos a base de altramuces

5- BIBLIOGRAFIA

- Reglamento (UE) 1169/2011 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 25 de octubre de 2011, sobre la Información alimentaria facilitada al consumidor.
- Comité de Reacciones Adversas a Alimentos, Academia Americana de Alergias e Inmunología.

TEMA 2. ERGONOMÍA Y LA ILUMINACIÓN EN EL ÁMBITO SANITARIO.

**EDUARDO MARTÍNEZ LUJÁN
INMACULA PÉREZ FERNANDEZ
ANA ESTHER CAMACHO GARCÍA
MERCEDES YUSTE FLORES**

ÍNDICE

- 1-. CONCEPTO DE ERGONOMÍA
 - 1.1 OBJETIVOS
 - 1.2 CLASIFICACIÓN
- 2-. ERGONOMÍA AMBIENTAL
- 3-.ERGONOMÍA AMBIENTAL : LA ILUMINACIÓN APLICADA AL ÁMBITO SANITARIO
 -
 - 3.1 REQUISITOS ILUMINACIÓN
 - 3.2 MEDIDAS A CORREGIR
- 4-.BIBLIOGRAFÍA

1-. CONCEPTO DE ERGONOMÍA

ERGONOMÍA : Según la Asociación Internacional de Ergonomía (AIE) es una disciplina científica de carácter multidisciplinar, que estudia las relaciones entre el hombre, la actividad que realiza y los elementos del sistema en que se halla inmerso, con la finalidad de disminuir las cargas físicas, mentales y psíquicas del individuo y de adecuar los productos, sistemas, puestos de trabajo y entornos a las características, limitaciones y necesidades de sus usuarios; buscando optimizar su eficacia, seguridad, confort y el rendimiento global del sistema.

1.1 OBJETIVOS

Entre los principales objetivos que presenta la ergonomía tenemos :

- Elegir la tecnología para las herramientas y equipos de trabajo mas óptimos para el personal que se encuentra disponible.
- Dominar el entorno del puesto de trabajo.
- Detectar los posibles riesgos de fatiga física y mental.
- Evaluar los puestos de trabajo para definir los objetivos de la formación.
- Optimizar la interrelación de las personas y tecnología disponible.
- Favorecer la inquietud de los trabajadores por la tarea y por el ambiente de trabajo.

1.2 CLASIFICACIÓN

Aunque existen diferentes clasificaciones , en general podemos aglutinarlas en las diversas ramas de la ergonomía

- **Antropometría** : Trata con las medidas del cuerpo humano que se refieren al tamaño del cuerpo , formas , fuerza y capacidad de trabajo.
- **Biomecánica y fisiológica** : Estudia el cuerpo humano desde el punto de vista de la mecánica clásica.
- **Ambiental** : Se interesa en el estudio de las condiciones físicas que rodean al ser humano y que influyen en su desempeño al realizar múltiples actividades , como el ambiente térmico , nivel de ruido , nivel de iluminación y vibraciones.

1.2 CLASIFICACIÓN

- **Cognitivo**: Tratan con temas tales como el proceso de recepción de señales e información, la habilidad para procesarla y actuar con base en la información obtenida, conocimientos y experiencia previa.
- **De diseño y evaluación** : Actúan durante el diseño y la evaluación de los equipos , sistemas y espacios de trabajo
- **De necesidades específicas** :Prioriza el diseño y desarrollo de equipo para personas que presentan alguna discapacidad física , para la población infantil y escolar y el diseño de microambientes autónomos
- **Preventiva** : Encargada de la seguridad e higiene en las áreas de trabajo.

2-.ERGONOMÍA AMBIENTAL

Es la rama de la ergonomía , especializada en el estudio de los factores ambientales, generalmente físicos, que constituyen el entorno del sistema formado por la persona y el equipo de trabajo y su influencia en los aspectos relacionados con la seguridad, la eficiencia y la confortabilidad.

Incluye el estudio de los ambientes térmico, visual, acústico, mecánico, electromagnético y de distribución del puesto de trabajo.

Las condiciones ambientales del entorno de trabajo están estrechamente relacionados con la sensación de confort y discomfort de los trabajadores.

3. ERGONOMÍA AMBIENTAL : LA ILUMINACIÓN APLICADA AL ÁMBITO SANITARIO

En el ámbito hospitalario como en atención primaria , el factor iluminación en el lugar de trabajo es primordial para el buen funcionamiento de la jornada laboral. Este criterio de la ergonomía ambiental está de rabiosa actualidad al identificar el binomio indivisible luz-bienestar en todos los ámbitos de trabajo. En el mundo sanitario afecta a todos los profesionales de la salud desde facultativos hasta celadores. La falta de luz produce cansancio , apatía y falta de concentración .

Tanto en los diversos hospitales (tipo I, II, III) , como en los distintos centros de salud (rurales y urbanos) los mayores problemas que podemos encontrar en ambas estructuras son el **déficit de iluminación y los deslumbramientos**

3.1 REQUISITOS ILUMINACIÓN

Según el RD 486/1997 de 14 de Abril , la iluminación de los lugares de trabajo deberá permitir que los trabajadores dispongan de condiciones de visibilidad adecuadas para poder circular por los mismos y desarrollar en ellos sus actividades sin riesgo para su seguridad y salud.

Y deberían cumplir los siguientes requisitos :

- 1. La iluminación de cada zona o parte de un lugar de trabajo deberá adaptarse a las características de la actividad que se efectúe en ella, teniendo en cuenta:
 - a. Los riesgos para la seguridad y salud de los trabajadores dependientes de las condiciones de visibilidad.
 - b. Las exigencias visuales de las tareas desarrolladas.

3.1 REQUISITOS ILUMINACIÓN

- 2. Siempre que sea posible, los lugares de trabajo tendrán una iluminación natural, que deberá complementarse con una iluminación artificial cuando la primera, por sí sola, no garantice las condiciones de visibilidad adecuadas. En tales casos se utilizará preferentemente la iluminación artificial general, complementada a su vez con una localizada cuando en zonas concretas se requieran niveles de iluminación elevados.

3.1 REQUISITOS ILUMINACIÓN

- 3. Los niveles mínimos de iluminación de los lugares de trabajo serán los establecidos en la siguiente tabla exponiendo en ellos ejemplos que cumpliría dicho criterio :

-

ZONAS DONDE SE HACEN TAREAS / N° MIN.LUZ (LUX)

BAJAS EXIGENCIAS VISUALES	100
EXIGENCIAS VISUALES MODERADAS	200
EXIGENCIAS VISUALES ELEVADAS	500
EXIGENCIAS VISUALES MUY ELEVADAS	1000

3.1 REQUISITOS ILUMINACIÓN

- 4. Estos niveles mínimos deberán duplicarse cuando concurren las siguientes circunstancias:
 - a) En las áreas o locales de uso general y en las vías de circulación, cuando por sus características, estado u ocupación, existan riesgos apreciables de caídas, choques u otros accidentes.
 - b)En las zonas donde se efectúen tareas, cuando un error de apreciación visual durante la realización de las mismas pueda suponer un peligro para el trabajador que las ejecuta o para terceros o cuando el contraste de luminancias o de color entre el objeto a visualizar y el fondo sobre el que se encuentra sea muy débil.

No obstante lo señalado en los párrafos anteriores, estos límites no serán aplicables en aquellas actividades cuya naturaleza lo impida.

3.1 REQUISITOS ILUMINACIÓN

- 5. La iluminación de los lugares de trabajo deberá cumplir, además, en cuanto a su distribución y otras características, las siguientes condiciones:
 - a) La distribución de los niveles de iluminación será lo más uniforme posible.
 - b) Se procurará mantener unos niveles y contrastes de luminancia adecuados a las exigencias visuales de la tarea, evitando variaciones bruscas de luminancia dentro de la zona de operación y entre ésta y sus alrededores.
 - c) Se evitarán los deslumbramientos directos producidos por la luz solar o por fuentes de luz artificial de alta luminancia. En ningún caso éstas se colocarán sin protección en el campo visual del trabajador.

3.1 REQUISITOS ILUMINACIÓN

d) Se evitarán, asimismo, los deslumbramientos indirectos producidos por superficies reflectantes situadas en la zona de operación o sus proximidades.

e) No se utilizarán sistemas o fuentes de luz que perjudiquen la percepción de los contrastes, de la profundidad o de la distancia entre objetos en la zona de trabajo, que produzcan una impresión visual de intermitencia o que puedan dar lugar a efectos estroboscópicos.

3.1 REQUISITOS ILUMINACIÓN

- 6. Los lugares de trabajo, o parte de los mismos, en los que un fallo del alumbrado normal suponga un riesgo para la seguridad de los trabajadores dispondrán de un alumbrado de emergencia de evacuación y de seguridad.
- 7. Los sistemas de iluminación utilizados no deben originar riesgos eléctricos, de incendio o de explosión, cumpliendo, a tal efecto, lo dispuesto en la normativa específica vigente.

3.2 MEDIDAS A CORREGIR

Para poder llevar a cabo medidas de corrección, es muy importante primero saber sobre que zona queremos actuar ya que está íntimamente relacionado con el nivel de luz . Con el Real decreto podríamos clasificar las siguientes áreas de trabajo :

- + Bajas exigencias visuales : Vestíbulos , pasillos , almacenes , escaleras , servicios , cafeterías , zonas de espera y paso.
- + Exigencias visuales moderadas : Unidades de Hospitalización , oficinas , despachos, consultas de facultativos y enfermería.
- + Exigencias visuales altas : Laboratorios , Salas de extracciones de sangre y de rehabilitación
- + Exigencias visuales muy altas : UCI , quirófanos y sala de medicina nuclear

3.2 MEDIDAS A CORREGIR

Entre las soluciones a los problemas más frecuentes, déficit de iluminación y deslumbramientos podríamos encontrar :

- 1-. Adecuar los lúmenes de las bombillas a la intensidad que correspondiera según la estancia.
- 2-. Óptimo programa de limpieza y mantenimiento de puntos de luz.
- 3-. Reorganizar el mobiliario para evitar los deslumbramientos (evitar tareas frente o contra las ventanas, proyección de luz lateral ...)
- 4-. Colocar en lámparas difusores para evitar deslumbramientos

BIBLIOGRAFÍA

Real Decreto 486/1997. Disposiciones mínimas de seguridad y salud de los lugaresde trabajo

McCormick, E, *Ergonomía*. España: Editorial Gustavo – Gili, 1980

SCHNEIDER, B. *La aportación de la Ergonomía a la configuración humana del trabajo*. Simposio- Seminario de la APA 'La Ergonomía en Europa". Madrid, 1988.

ANERO, J Y ZELNIK, M. *Las dimensiones humanas en los espacios interiores*. Barcelona: Gustavo-Gili, 1983.

Taboada, J. *Manual de Luminotécnica*. España: Editorial Dossat.1979

TEMA 3.
DISPLASIA.
DESARROLLO DE LA CADERA
“DDC”

LUZMILA MARÍA SALCAN LONDO

ÍNDICE

- **1.Definición**
- **2.Incidencias**
- **3.Fisiopatología**
- **4.Presentación clínica**
- **5.Complicaciones**
- **6.Factores Predisponentes**
- **7.Diagnósticos: Pruebas Complementarias.**
- **8.Tratamientos.**
- **9.Bibliografía.**

1.DEFINICIÓN

- **Es la dislocación, subluxación o luxación de la cadera presente al nacer o en los primeros meses de vida, que se produce como consecuencia de una deformidad de todas las estructuras anatómicas de la cadera en crecimiento. Tiene una severidad y progresividad que puede comprometer la calidad de vida, tanto del niño como la del adulto.**

1.DEFINICIÓN

- **Luxada:** La cabeza femoral está completamente fuera del acetábulo y cabalgada del neonato.
- **Luxable:** La cabeza femoral está en el acetábulo pero puede ser lateralizada fácilmente (Signo de Barlow).
- **Subluxable:** caracterizada por hiperlaxitud de ligamentos y es posible luxar la cadera parcialmente.

2.INCIDENCIA

- **Cadera luxadas/luxables:1:1.000.**
- **Cadera subluxable:1:1.00**
- **Incidencia menor en niños de raza negra, chinos y coreanos.**
- **Se observa con mayor frecuencia en cadera izquierda (mucho más frecuente), niñas (cuatro veces más frecuente), primer parto, presentaciones de nalgas.**

3.FISIOPATOLOGÍA

Displasia acetabular.

- **Laxitud ligamentaria.**
- **Copa acetabular poco profunda.**
- **Movimientos excesivos de la cabeza femoral.**
- **Estiramiento de ligamentos capsulares.**
- **Retraso en el desarrollo de la cabeza femoral osificada.**

4.PRESENTACIÓN CLÍNICA

- **Pliegues cutáneos asimétricos.**
- **Acortamiento de la extremidad.**
- **Limitación de la abducción (menos de 70 grados).**
- **Inestabilidad de la cadera.**
- **Maniobras de Barlow y Ortolani positivas.**

5.COMPLICACIONES

- **NECROSIS AVASCULAR DE LA CABEZA FEMORAL:** impide que la sangre llegue libremente a un hueso, las células del hueso comienzan a morir. A medida que el hueso se atrofia, el cartílago circundante comienza a deteriorarse, lo que provoca dolor y otros síntomas. Esta dolencia, denominada necrosis avascular u osteonecrosis, afecta sobre todo a la parte superior del fémur.

6.FACTORES PREDISPONENTES

- **Primer embarazo (útero menos distensible).**
- **Presentación de nalgas.**
- **Presentación "sentado": la parte angosta del útero presiona las caderas del bebé y esto puede deformarlas y desencajarlas.**
- **Embarazos gemelares.**
- **Bebé de gran tamaño.**
- **Muy poco líquido amniótico en el útero al final de la gestación.**

6.FACTORES PREDISPONENTES

- **Útero bicorne.**
- **Bebé de sexo femenino.**
- **Predisposición familiar. La elasticidad de los ligamentos es hereditaria.**
- **Alteraciones en extremidades inferiores (p.e pie talo).**
- **Anomalías musculoesqueléticas congénitas.**

7.DIAGNÓSTICOS

- **Exploración física:**
- **Maniobra de Ortolani:** Se abduce (se separa de la línea media) la cadera elevándola con suavidad. Puede sentirse la recolocación de la cabeza femoral luxada (lo que se ha dado en llamar un "clic" o chasquido, que en realidad no se oye):Maniobra Ortolani positiva.

7.DIAGNÓSTICOS

- **Maniobra de Barlow: Se flexiona la cadera 90 grados y se aduce (se aproxima a la línea media) mientras se ejerce una fuerza suave hacia fuera con el pulgar. Durante la aducción puede sentirse la luxación de la cadera (signo de Barlow positivo).**

1. Pruebas complementarias:

- **ECO dinámica: se realiza maniobra de Barlow modificada que aumenta la precisión diagnóstica en los niños con inestabilidad de la cadera.**
- **RX: a partir de 4 meses. Hay que buscar el desplazamiento de la parte superior del hueso femoral hacia arriba y afuera, con respecto a la posición normal.**

8. TRATAMIENTO

- **Actitud expectante.**
- **Arnés de Pavlik.**
- **Reducción quirúrgica (cerrada o abierta) bajo anestesia, seguida de inmovilización con un yeso en espiga. → Diagnóstico 6-18 meses**
- **Deja cadera luxada y espera a que haya dolor para corregir la alteración y hacer reemplazo de cadera → Diagnóstico >10 años.**

9.BIBLIOGRAFÍA

- <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000971.htm>
- <http://www.zimmer.es/patients-caregivers/article/hip/avascular-necrosis-hip.html>
- <http://www.traumatologiainfantil.com/es/cadera/displasia-de-cadera>
- <http://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=displasiadeldesarrollodelacaderaddc-90-P05866>

TEMA 4. ESTUDIO TRANVERSAL SOBRE LA OBESIDAD INFANTIL

MARINA PENA LÓPEZ

PAULA MARIA MORENO SALMERÓN

SELENIA COSTELA ALCÁZAR

SOFIA MARTINEZ VILLA

ÍNDICE

Capítulo 1. INTRODUCCIÓN

Capítulo 2. OBJETIVOS

Capítulo 3. MARCO TEÓRICO

3.1 Definición de obesidad infantil

3.2 Métodos de evaluación

3.3 Medidas de prevención

3.4 Factores de riesgo

Capítulo 4. METODOLOGÍA

4.1 Muestra poblacional

4.2 Procedimiento

Capítulo 5. RESULTADOS

Capítulo 6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Capítulo 7. BIBLIOGRAFÍA

1. INTRODUCCIÓN

La obesidad es la epidemia del siglo XXI y ha de tratarse toda la vida. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), cerca de dos tercios de las patologías que sufrimos y que causan mortalidad son enfermedades no transmisibles. Estas enfermedades acostumbran a estar directa o indirectamente relacionadas con nuestros estilos de vida, y entre ellas ocupa un lugar destacado la obesidad. Muchos países están experimentando un rápido aumento de la obesidad entre los lactantes y los niños menores de cinco años. Una de las mejores estrategias para abordar la obesidad del adulto es la prevención a edades tempranas de la vida. Diferentes evidencias demuestran que la lactancia materna exclusiva desde el nacimiento hasta los 6 meses de edad es un medio importante para ayudar a impedir la obesidad en adultos.

2. OBJETIVOS

Objetivo principal:

- Conocer las pautas de alimentación de la población infantil de entre 6-13 años.

Objetivos secundarios:

- Determinar patrones de malos hábitos dietéticos y las principales causas que los determinan.
- Determinar si los niños adquieren las pautas de hábitos dietéticos necesarios para obtener una buena alimentación.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 Definición de obesidad infantil

Al igual que en el adulto, la obesidad infantil también se define por un exceso de grasa en nuestro cuerpo. La obesidad durante la infancia y la adolescencia es el resultado de la intervención de factores genéticos, ambientales, psicológicos y socioeconómicos. Ello comienza con la mujer embarazada. No más de 12 kilos. Ese es el límite de peso que una mujer debería ganar durante su gestación. Aunque, a la hora de planificar un embarazo sano, también hay que tener en cuenta el peso con el que se parte al inicio.

-Se debe identificar a aquellas mujeres con riesgo de obesidad prestando especial atención a su peso, prácticas dietéticas y al uso de hábitos no saludables (como el consumo de alcohol y otras drogas).

-El peso antes del embarazo y la ganancia de peso de la madre durante el embarazo influyen en el peso del bebé al nacer.

-Según el Consenso SEEDO 2007 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica se proponen 4 sugerencias para la prevención de la obesidad en la mujer embarazada:

1. Intentar normalizar el IMC antes de quedarse embarazada.
2. No fumar.
3. Ejercicio moderado.

3.2 Métodos de evaluación

1. *Las curvas de peso para la talla:* su principal limitación es que solo pueden usarse con fiabilidad durante el período en el cual la distribución del peso para la talla es independiente de la edad (normalmente desde los dos años hasta el inicio de la pubertad).
2. *El peso relativo:* se habla de exceso de peso cuando es superior en un 10-20% al peso ideal para la talla, y de obesidad cuando es superior al 20%.
3. *Índice nutricional:* relaciona el cociente del peso y la talla del paciente con el cociente del peso y talla media para su edad.

4. *Índice de Quetelet ó IMC*: se usan los percentiles para cada edad y sexo. Se acepta como límite para el sobrepeso el P85 y el P95 para la obesidad. El seguimiento longitudinal de este índice permite precisar la edad en que tiene lugar el rebote adiposo, que es un indicador pronóstico del desarrollo posterior de la adiposidad.

5. *Pliegues cutáneos*:

5.1: *Pliegue del tríceps*: es el más útil para valorar el porcentaje de grasa y la obesidad periférica.

5.2: *Pliegue subescapular*: valora preferentemente la grasa del tronco.

3.3 Medidas de prevención

- Es en el período infanto-juvenil cuando se establecen los hábitos de vida en cuanto a la alimentación y el ejercicio físico, que pueden influir en la adquisición y mantenimiento de esta enfermedad.
- Un método para establecer el punto de corte para el IMC que define la obesidad infantil y juvenil se basa en la comparación del valor del IMC con los de las curvas de percentiles definidas para poblaciones infantiles. Existe un consenso razonable en definir la obesidad con el P95 y el sobrepeso con el P85 para estudios epidemiológicos y de cribado clínico.

- Niños preescolares:
 - Alimentación planificada y equilibrada. Enseñar buenos hábitos alimentarios.
 - Seguir un horario adecuado a la comida familiar.
 - Evitar la oferta de alimentos como premio.
 - Utilizar el agua como bebida, en lugar de bebidas gaseosas y refrescos, así como evitar las golosinas y los dulces.
 - Promocionar el ejercicio físico regular.
 - Restringir el tiempo de visión de la televisión, ordenador y videojuegos.

3.4 Factores de riesgo

A) Genéticos

- La existencia de familias de obesos, en las que varios miembros padecen este problema, sugiere que, existen condicionantes de tipo genético que pueden favorecer el desarrollo de la obesidad. “Dos terceras partes de los niños obesos tienen un progenitor obeso y si ambos padres son obesos, el descendiente tiene hasta un 90% de posibilidades de llegar a serlo”.
- “La variación genética influye en nuestro apetito, metabolismo y tolerancia de la actividad física. Esto crea un fuerte componente genético a la variación en el IMC en el entorno actual”.

B) Ambientales

- Son muchos los autores que relacionan el aumento de la obesidad en niños con diferentes factores ambientales, como el aumento de tiempo que dedican a ver la televisión y la merma de éste para el ejercicio físico. Además la publicidad modifica sus hábitos de alimentación de forma negativa. La escasa actividad física y el sedentarismo, el cual se estima por el número de horas consumidas en actividades lúdicas sedentarias (como televisión, ordenador o videojuegos), están significativamente asociadas a la obesidad.
- Es necesario promover la implicación del ámbito familiar en la adquisición y desarrollo de estilos de vida saludables relacionados con la actividad física y la alimentación,

C) Factores psicológicos o relacionados con la conducta

- Se ha observado que entre niños aparentemente desatendidos existe mayor probabilidad de obesidad que entre los que disfrutaban de la atención familiar. Ello sugiere que los factores ambientales que generan carencias afectivas pueden contribuir significativamente al desarrollo de la obesidad infantil. Los niños y adolescentes obesos tienen menos autoestima y mayor tendencia a la depresión. La presencia de depresión en la adolescencia influye para que tengan mayor índice de masa corporal al ser adultos.
- En un estudio realizado sobre el sedentarismo, la obesidad y la salud mental en la población Española de 4-15 años publicado en Agosto de 2011 en la Revista Española de Salud Pública, se concluyó que en el caso de obesidad se puede decir que un peso saludable se asocia con el bienestar psicológico en la población a estudio.

METODOLOGÍA

Muestra poblacional:

Se trata de un estudio transversal descriptivo en el que participaron 86 niños, distinguiendo entre sexos, de los cuales 43 son varones (es decir, un 50% de la muestra objeto de estudio) y 43 mujeres (es decir, un 50% de la muestra objeto de estudio).

Los criterios de inclusión fueron:

- No haber faltado a clase en los últimos 7 días por haber presentado alguna enfermedad infecciosa (gastroenteritis, cólicos, diarrea,...)
- No padecer de diabetes, ni de ninguna otra enfermedad crónica que pudiera alterar las respuestas de la encuesta según sus hábitos de alimentación.

Como criterios de exclusión se consideraron:

- Haber faltado a clase ese día o no encontrarse en el aula en el momento de la encuesta.
- Ser extranjero, por tener otras costumbres/ hábitos de alimentación.
- Padecer de diabetes, o de alguna otra enfermedad crónica que pudiera alterar las respuestas de la encuesta según sus hábitos de alimentación.

Procedimiento:

-Los datos recogidos tienen carácter anónimo, así como previo paso de consentimiento informado (CI) a los padres/tutores responsables. Para llevarlo a cabo se recogieron los datos en base a una encuesta de la AEPAP (Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria), que recoge los hábitos de alimentación de los niños y niñas.

-Se trata de una encuesta cuantitativa y cualitativa a la vez, en donde se recogen tanto datos de respuesta única (Si/No/ A veces) como datos que nos permiten conocer lo que desayunan, comen, meriendan y cenan los niños. La recogida de datos tuvo lugar en tres clases de diferentes edades en un colegio de Cartagena. Una entre los 6-7 años, otra entre los 9-10 años y una tercera entre los 12-13 años.

RESULTADOS

La distribución dietética del niño en edad preescolar y escolar a lo largo del día debe dividirse en 5 comidas, con un 25% al desayuno (se incluye la comida de media mañana), un 30% a la comida, un 15-20% a la merienda y un 25-30% a la cena, evitando las ingestas entre horas.

Los resultados obtenidos en este estudio muestran que los niños y niñas encuestados entre los 6 y los 13 años de edad, poseen unos hábitos de alimentación que sería recomendable modificar. A raíz de los resultados obtenidos se observa que la mayoría de ellos realiza 5 comidas al día.

- En nuestra muestra se evidencia una predilección por la toma de hidratos de carbono y frutos secos dejando en un segundo plano el consumo de legumbres, frutas y verduras.
- Estos resultados concuerdan con los publicados en diferentes estudios epidemiológicos donde sugieren que existe una relación directa entre la implementación de dietas con alto contenido de frutas y verduras y la disminución de la aparición de enfermedades crónicas y una relación inversamente proporcional entre el consumo de alimentos con alta densidad energética y la obesidad.

Un ejemplo de desayuno completo incluye, al menos:

1. Lácteo: leche, yogur, queso, cuajada.
2. Cereal: pan, cereales, galletas.
3. Fruta: entera o en zumo.
4. Aceite o mantequilla.

-Por lo tanto pese a que la mayoría de los niños encuestados realizan un desayuno en casa antes de ir al colegio, se puede deducir que no realizan un desayuno completo, puesto que sólo refieren desayunar un vaso de leche, o bien con cereales, o bien con galletas. Sólo una minoría de ellos también reflejó que tomaba un zumo además de la leche con galletas.

- Al preguntar a los encuestados por sus alimentos favoritos, se muestra una clara preferencia por la pizza o la pasta.
- Entre los alimentos más rechazados destacan las legumbres y el pescado. La mayoría de ellos aluden a que está malo o a que les sientan mal. El modo de alimentarse, las preferencias y el rechazo hacia algunos alimentos se condicionan fuertemente en la etapa infantil por el contexto familiar. Es en este periodo cuando se adoptan la mayoría de los hábitos y prácticas alimentarias.
- En cuanto al picoteo llama la atención como un importante porcentaje de alumnos no toman nada entre las comidas principales y cuando lo hacen es principalmente como frutos secos.

- El consumo de frutas o lácteos es muy escaso en las tomas de almuerzo y merienda, perdiéndose una gran ocasión de complementar las piezas de frutas o lácteos recomendados para estas edades de la vida ya que son elementos fundamentales para un adecuado crecimiento físico e intelectual.
- En cuanto al tipo de ejercicio o deporte practicado que realizan unos y otros no se han reportado diferencias significativas entre sexos.

DISCUSION Y CONCLUSIONES

- El objetivo principal del estudio se ha cumplido, que es conocer las pautas de alimentación de la población infantil entre los 6-13 años.
- Se han encontrado ciertas limitaciones del estudio ya que al tratarse de un estudio transversal, no podemos saber al 100% lo que comen los encuestados. Para ello necesitaríamos conocer muchos más factores, tanto a nivel del colegio como a nivel familiar de cada uno de los alumnos.
- Se deja una vía abierta para seguir investigando y profundizando en la evaluación y adquisición de buenos patrones y hábitos dietéticos.

BIBLIOGRAFÍA

- OMS. Comisión para acabar con la obesidad infantil. 15 de Mayo de 2014. Disponible en: <http://www.who.int/end-childhood-obesity/es/>
- Beatriz G. Portalatín. El sobrepeso, enemigo del embarazo. El Mundo, Salud Mujer. Miércoles 15/08/2012. Actualizado Viernes 21/09/2012. Disponible en: <http://www.elmundo.es/elmundosalud/2012/08/14/mujer/1344962138.htm>
- OMS. Estrategia Mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Disponible en: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/es/>

- Manuel Hernández Rodríguez. Consideraciones sociosanitarias de la obesidad infantil. Lluís Serra Majem, Javier Aranceta Bartrina. Estudio enKid: obesidad infantil y juvenil. Vol 2. Editorial Masson. 2001. Página 3.
- Julián Lirio Casero. Obesidad infantil: todas las claves para prevenir y corregir el sobrepeso. Editorial Espasa. Año 2006. Página: 177.
- Dra. Julia Colomer Revuelta y cols. Prevención de la obesidad infantil. Rev Pediatr Aten Primaria. Abril/Junio 2005. Vol VII. Número 26. Disponible en: <http://www.pap.es/files/1116-434-pdf/447.pdf>
- La huella digital. Obesidad infantil. 06/11/2013. Disponible en: <http://www.univision.com/la-huella-digital/openpage/2013-11-06/unapesada-realidad>

- María Elizabeth Tejero. Genética de la obesidad. Bol Med Hosp Infant Mex. Fecha de recepción: 08-09-2008. Fecha de aprobación: 09-10-2008. Noviembre-Diciembre 2008. Vol. 65. Disponible en:
<http://www.scielo.org.mx/pdf/bmim/v65n6/v65n6a5.pdf>
- Lluís Serra Majem, Susana Manno, Lourdes Ribas Barba, Blanca Gonzalo Heras, Carmen Pérez Rodrigo y Javier Aranceta Bartrina. Desayuno y obesidad. Lluís Serra Majem, Javier Aranceta Bartrina. Desayuno y equilibrio alimentario. Estudio enKid. Vol 1. Editorial Masson. 2000. Página 33.
- Dr. Paulino Castells. Guía Práctica de la salud y Psicología del niño. Ed. Planeta. Año: 1999. Página 273.

- Luis Peña quintana, Luis Ros Mar, Daniel González Santana, Ramiro Rial González. Alimentación del preescolar y escolar. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica SEGHP-AEP. 2010. Disponible en:
https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/alimentacion_escolar.pdf
- Estrategia NAOS. Programa Perseo. Come sano y muévete. La importancia de un buen desayuno. Disponible:
http://www.perseo.aesan.msssi.gob.es/docs/docs/programa_perseo/material_divulgativo/Desayuno_FINAL.pdf

- M. Nebot, E. Comín, J. R. Villalbí, C. Murillo. La actividad física de los escolares: un estudio transversal. Rev San Hig Púb 1991; 65: X5-33. N°4. Julio-Agosto. Barcelona. Disponible en:
http://www.msssi.gob.es/va/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL65/65_4_325.pdf
- Amantea, Romina Verónica y Quatrini, María Eugenia. Aportes de la psicología a la elaboración de estrategias de enseñanza para promover la alimentación saludable en el ámbito escolar. V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2013. Disponible en:
<http://www.aacademica.com/000-054/545>

**TEMA 5. OBESIDAD.
EPIDEMIA MUNDIAL,
PROBLEMA SOCIAL,
¿SOLUCIÓN SOCIAL?**

**PILAR VILLAESCUSA SÁNCHEZ.
ROSARIO TORAL SIMÓN.
JESÚS CARPENA VELANDRINO.
JUANA GARCÍA NAVARRO.**

SUMARIO

- OBESIDAD EPIDEMIA MUNDIAL. PROBLEMA SOCIAL ¿SOLUCIÓN SOCIAL?
- DEFINICIÓN OMS.
- OBESIDAD.
- INTRODUCCIÓN.
- EVIDENCIAS.
- OMS LÍNEAS DE ACTUACIÓN.
- ALIMENTACIÓN SALUDABLE.
- CONCLUSIONES.
- VIAS DE ACTUACIÓN.
 - EMPRENDEDOR SOCIAL
 - HEALT COACHING
- BIBLIOGRAFÍA

DEFINICIÓN OMS

- El sobrepeso y la obesidad se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud.
- En el caso de los adultos, la OMS define el sobrepeso y la obesidad basándose en IMC:
 - Sobrepeso: IMC igual o superior a 25.
 - Obesidad: IMC igual o superior a 30.

OBESIDAD

Es consecuencia de un desequilibrio mantenido en el tiempo, entre el aporte y el gasto calórico.

INTRODUCCIÓN

- La obesidad casi se duplicó en las tres últimas décadas.
- Después del tabaco es una de las mayores causas de muertes prevenibles por su asociación a enfermedades crónicas, como la hipertensión, los accidentes vasculares cerebrales, las coronariopatías o la diabetes tipo II.

INTRODUCCIÓN

Cuanto más temprana es la edad a la que una persona adquiere sobrepeso o se convierte en obesa, mayor es el riesgo que tiene de seguir con sobrepeso u obesidad al avanzar la edad.

INTRODUCCIÓN

- Para el año 2050 se pronostica que pueden ser, sobrepeso y obesidad, la regla para los países desarrollados.
- El CDC (Washington) la considera una pandemia, una bomba que aún no ha explotado.
- La obesidad constituye un serio problema de salud, debido a las enfermedades degenerativas que la acompañan.

INTRODUCCIÓN

Boletín de la Organización Mundial de la Salud Ginebra, 1 de julio de 2015.

Obesidad, problema de salud mundial, está aumentando en muchos países en sintonía con el crecimiento del suministro de energía alimentaria.

INTRODUCCIÓN

Los expertos de OMS la explican como resultado de los grandes cambios sociales, económicos y culturales ocurridos en los últimos decenios, que han ocasionado una alteración del equilibrio energético, por la reducción de la actividad física unido a la grandísima disponibilidad de alimentos de alto contenido en grasas y azúcares, hipercalóricos y altamente procesados.

INTRODUCCIÓN

En los países desarrollados la obesidad tiende a concentrarse en los pobres, mientras que en los países de ingresos bajos y medianos la obesidad es más prevalente en la población adinerada.

INTRODUCCIÓN

El precio, la mercadotecnia, la disponibilidad y la asequibilidad determinan las preferencias alimentarias de la persona, sus decisiones al comprar y los comportamientos alimentarios.

INTRODUCCIÓN

Dos hechos epidemiológicos llaman la atención en la actualidad:

- *Por primera vez afecta a la población infantil de muchos países (preescolares, escolares y adolescentes).
- *Mayor incidencia en niveles socioeconómicos bajos (en países desarrollados).

INTRODUCCIÓN

Los 194 estados miembro de la OMS acordaron el Plan de Acción Mundial para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles en la Asamblea Mundial de la Salud de mayo de 2013.

INTRODUCCIÓN

Parece que factores ambientales adversos como la desnutrición durante las primeras etapas de la vida (fetal y post natal) pueden tener consecuencias a lo largo de la vida, sin que se produzcan cambios estructurales del ADN, sino por mecanismos epigenéticos que inducirían una mayor expresión de genes ahorradores.

INTRODUCCIÓN

Algunas publicaciones relevantes sobre este tema, en particular de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización para la Alimentación y la Agricultura (FAO) y el World Cancer Research Fund concuerdan en que los factores más importantes que promueven el aumento de peso y la obesidad, así como las enfermedades no transmisibles (ENT) son:

- a) el consumo elevado de productos de bajo valor nutricional y contenido alto de azúcar, grasa y sal (alto contenido calórico),
- b) la ingesta habitual de bebidas azucaradas, y
- c) la actividad física insuficiente.

Todos ellos son parte de un ambiente obesogénico.

EVIDENCIAS

Si se erradica la obesidad, se reduciría la enfermedad coronaria un 20%, los accidentes vasculares un 30% y diabetes un 60%.

EVIDENCIAS

La práctica de actividad física moderada en toda la población reduciría en un 30% las muertes por enfermedades coronarias, un 25% por diabetes y cáncer de colon, 12% cáncer de mama, 15% los accidentes vasculares cerebrales y 10% por fractura de cadera.

EVIDENCIAS

La mayoría de los obesos que comienzan un tratamiento dietético lo abandonan; de los que continúan, la mayoría no pierden peso; y de los que pierden peso, la mayoría vuelven a recuperarlo.

Tanto los tratamientos farmacológicos como quirúrgicos presentan cifras de recuperación de peso muy altas.

OMS. LINEAS DE ACTUACIÓN

Los países tienen que prestar atención a cómo guían el sistema alimenticio. Esto significa trabajar con varios sectores, incluyendo la agricultura, la producción de alimentos, las industrias de distribución y minoristas, la salud, la asistencia social y la educación.

ALIMENTACIÓN SALUDABLE

Una alimentación saludable debe basarse en el consumo diario de frutas y verduras, cereales integrales, legumbres, leche, proteínas magras como el pescado y aceite vegetal, con poco consumo de carnes rojas y procesadas .

La disponibilidad, asequibilidad y acceso a alimentos saludables requiere que los sistemas agropecuarios y alimentarios sean sólidos y faciliten estas opciones .

CONCLUSIONES

Es fundamental determinar los factores que impulsan la epidemia de la obesidad para sustentar y elaborar políticas, acciones , legislación y reglamentación sólidas relativas a la salud.

CONCLUSIONES

El ambiente obesogénico actual afecta a todos los estratos socioeconómicos.

CONCLUSIONES

La lactancia materna puede reducir la prevalencia del sobrepeso y la obesidad en cerca de 10%

CONCLUSIONES

Hacen falta líneas de acción estratégica para poner en marcha intervenciones integrales de salud pública que detengan el avance de la epidemia de obesidad desde la niñez.

CONCLUSIONES

- Enfoque multisectorial que abarque la totalidad de la vida, basado en el modelo socioecológico y centrado en transformar los ambientes obesogénicos actuales.
- Promoción de la lactancia materna y la alimentación saludable.
- Líneas de política nacionales y legislación en consonancia, políticas fiscales (gravar impositivamente los alimentos no saludables) .

CONCLUSIONES

- Reglamentación en la publicidad, promoción, comercialización y etiquetado de alimentos.
- Aumento de la actividad física
- Promoción educativa desde la escuela de hábitos alimenticios y de vida saludables.

CONCLUSIONES

Y todo lo anterior con la adecuada vigilancia, investigación y evaluación, fortaleciendo los sistemas de rendición de cuentas para crear entornos alimentarios saludables y reducir la obesidad mundial.

CONCLUSIONES

Abordar el tema de la obesidad sin tener en cuenta la multiplicidad de factores psicológicos y emocionales que la sustentan, es un grave error que termina provocando el fracaso de tantos tratamientos y dietas como pueda emprender el paciente.

El tratamiento de la obesidad no puede reducirse a una dieta determinada, al consumo de alimentos light o a contar las calorías ingeridas.

VIAS DE ACTUACIÓN

FIGURA DEL ENFERMERO-A COMO EMPRENDEDOR SOCIAL

Los profesionales de Enfermería, al ser los sanitarios más próximos a los pacientes pueden poner en práctica ideas cuyo fin es resolver problemas presentes en la sociedad.

EMPRENDEDOR SOCIAL

El emprendimiento social ha surgido como un nuevo campo para abordar los desafíos sociales y de salud pública, y aprovecha las prácticas comerciales tradicionales y las fuerzas del mercado para abordar los desafíos sociales.

VIAS DE ACTUACIÓN

FIGURA DEL ENFERMERO-A COMO HEALTH COACHING

El Health Coaching aborda la salud desde un enfoque integral : La salud física, emocional, mental, espiritual, empleando técnicas que potencializan a las personas para que desarrollen un estilo de vida saludable, formando hábitos que transformen positivamente su vida. Igualmente el profesional de Enfermería, tanto por conocimientos como por proximidad al paciente, es el más idóneo para abordar esta problemática.

HEALTH COACHING

La tarea se centra principalmente en el estudio de todos los factores psicológicos y emocionales que afectan al paciente y que están determinando su obesidad o impidiendo que siga una dieta determinada. Es fundamental conocer en profundidad todos los aspectos personales del paciente que puedan estar condicionando su estado, como pueden ser creencias, hábitos y conductas adquiridos, patrones de comportamiento heredados, adicciones o fobias de tipo alimentario, etc.

HEALTH COACHING

El coach debe ofrecer un plan ilusionante de cambio y transformación.

HEALT COACHING

- Proporcionar una visión ideal al paciente en un año.
- Enfocar el trabajo hacia esta visión ideal.
- Entrevistas y contactos telefónicos.
- Revisar las metas a corto plazo y evaluar el progreso y retos.
- Establecer nuevos objetivos a corto plazo.

HEALT COACHING

Incorporación de entrevistas motivacionales, investigación apreciativa, autoeficacia y técnicas de resolución de problemas para promover la activación.

Fijar nuevos objetivos cada 3 meses se basados en el progreso y la experiencia del paciente .

Reflexión en el ajuste de las metas y estrategias iniciales para alcanzar el éxito.

BIBLIOGRAFÍA

Popkin BM, Adair LS, Ng SW. Global nutrition transition and the pandemic of obesity in developing countries. *Nutr Rev.* 2012 Jan;70(1):3–21.

Gortmaker SL, Swinburn BA, Levy D, Carter R, Mabry PL, Finegood DT, et al. Changing the future of obesity: science, policy, and action. *Lancet.* 2011 Aug 27;378(9793):838–47.

Global action plan for the prevention and control of non communicable diseases 2013-2020. Geneva: World Health Organization; 2013.

Centers for Disease Control and Prevention. Adult obesity facts. <http://www.cdc.gov/obesity/data/adult.html>. Accessed May 24, 2013.

Garrow JS. Obesity and related diseases. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1988.

BIBLIOGRAFÍA

Consenso FESNAD-SEEDO. Recomendaciones nutricionales basadas en la evidencia para la prevención y el tratamiento del sobrepeso y la obesidad en adultos. Octubre 2011. Revista Española de Obesidad • Vol. 9 • Suplemento 1

Merrill RM, Aldana SG, Bowden DE. Employee weight management through health coaching. *Eat Weight Disord.* 2010;15(1-2):e52-9.

Brinsden H, Lobstein T, Landon J, Kraak V, Sacks G, Kumanyika S, Swinburn B, Barquera S, Friel S, Hawkes C, Kelly B, L'Abbé M, Lee A, Ma J, Macmullen J, Mohan S, Monteiro C, Neal B, Rayner M, Sanders D, Snowdon W, Vandevijvere S, Walker C, INFORMAS. Monitoring policy and actions on food environments: rationale and outline of the INFORMAS policy engagement and communication strategies (13–23)

Version of Record online: 17 SEP 2013 | DOI: 10.1111/obr.12072

BIBLIOGRAFÍA

Swinburn B, Kraak V, Rutter H, Vandevijvere S, Lobstein T, Sacks G, Gomes F, Marsh T, Magnusson R. Strengthening of accountability systems to create healthy food environments and reduce global obesity . Lancet 2015; 385: 2534–45

Smith TW, Calancie L, Ammerman A. Social Entrepreneurship for Obesity Prevention: What Are the Opportunities?. Current obesity reports, 2015. 4(3), 311-318.

Martin R L, Osberg S. Social entrepreneurship: The case for definition. Stanford Social Innovation Review, 2007. Spring, 28–39.

Drayton W, Brown C, Hillhouse K. Integrating social entrepreneurs into the "health for all" formula. Bull World Health Organ. 2006 Aug; 84(8): 591.

BIBLIOGRAFÍA

Armstrong C, Wolever RQ, Manning L, Elam R, Moore M, Frates E, Duskey H, Anderson CH, Curtis RL, Masemer S, Lawson K. Group Health Coaching: Strengths, Challenges, and Next Steps. *Glob Adv Health Med*. 2013 May; 2(3): 95–102.

Wolever RQ, Simmons LA, Sforzo GA, Dill D, Kaye M, Bechard EM, Southard ME, Kennedy M, Vosloo J, Yang N. A Systematic Review of the Literature on Health and Wellness Coaching: Defining a Key Behavioral intervention in Healthcare. *Glob Adv Health Med*. 2013 Jul; 2(4): 38–57.

Rutten G, Meis JM, Hendriks M, Hamers F, Veenhof C, Kremers S. The contribution of lifestyle coaching of overweight patients in primary care to more autonomous motivation for physical activity and healthy dietary behaviour: results of a longitudinal study.

Int J Behav Nutr Phys Act. 2014; 11: 86.

**TEMA 6. GUÍA DE INFORMACIÓN AL
PACIENTE QUIRÚRGICO.
CONSENTIMIENTO INFORMADO.**

**ROSARIO TORAL SIMÓN
ISABEL CUTILLAS ABELLÁN
JESÚS CARPENA VELANDRINO
PILAR VILLAESCUSA SÁNCHEZ**

ÍNDICE

•CONCEPTO.....	3
•QUIÉN ES EL ENCARGADO DE INFORMAR?.....	4
•SOBRE QUE HAY QUE INFORMAR Y COMO SE DEBE INFORMAR ?.....	5
•A QUIEN HAY QUE DAR LA INFORMACIÓN Y EXCEPCIONES PARA LA OBTENCIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	6
•BIBLIOGRAFÍA.....	7

CONCEPTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Antes de someterse a una intervención , el paciente debe dar su consentimiento por escrito. Esto protege al paciente de cualquier procedimiento que no se conozca o no se desee. Además, también protege al hospital y al personal sanitario ante cualquier reclamación por parte del propio paciente o familiar. De esta manera, el consentimiento se convierte así en una parte del historial del paciente y va con él hasta el quirófano.

Es un acuerdo con el paciente, donde este acepta un tratamiento o procedimiento , prescrito por el médico, después de que se le haya informado totalmente de este, incluyendo sus riesgos y complicaciones. La aceptación del mismo es un intercambio entre el paciente y el médico.

QUIÉN ES EL ENCARGADO DE INFORMAR?

Conseguir tal aceptación del consentimiento informado es responsabilidad del médico. La enfermera/o debe atestiguar el consentimiento del paciente, es decir:

- Verificar firma del paciente.

- Corroborar que el paciente realmente ha comprendido lo que se le ha explicado, es decir, que está totalmente informado.

- Atestiguar el intercambio entre el paciente y el médico.

Si la enfermera/o cree que el paciente no comprende las explicaciones del médico, es importante que éste sea informado de este hecho, ya que el consentimiento debe ser dado por un individuo con capacidad de comprender sus implicaciones y el firmante debe poseer la suficiente información como para que tome él mismo la decisión en último término.

SOBRE QUÉ HAY QUE INFORMAR Y COMO SE DEBE DAR LA INFORMACIÓN?

La información necesita incluir las posibilidades de tratamiento, diagnóstico y pronóstico. Se deberá informar acerca del nombre del procedimiento, objetivos y la forma de realizarlo. Además, habrá que informar acerca de consecuencias seguras de la intervención, los beneficios en el tiempo y los riesgos posibles. También se informará sobre procedimientos alternativos con sus riesgos, efectos secundarios, molestias etc.

La información se debe dar de forma oral y escrita. Las palabras técnicas y/o barreras del lenguaje pueden dificultar la comprensión. Si un paciente no sabe leer, se le debe leer el consentimiento antes de que lo firme; si el paciente no puede hablar el mismo idioma que el profesional que le informa, se tiene que requerir la presencia de un intérprete.

A QUIEN INFORMAR Y EXCEPCIONES

La información se debe dar al paciente. Si éste da su autorización, también tienen derecho a recibirla familiares o allegados. Si el paciente tiene menos de 12 años y, a juicio del médico, reúne las condiciones de madurez suficientes para recibir la información y otorgar su consentimiento, el consentimiento informado lo firmarán él y sus padres. En incapacidad relativa, si el médico valora que el paciente no tiene capacidad para decidir, aun siendo mayor de edad, es necesario el consentimiento de los allegados, a quienes corresponderá la representación. Las excepciones para la obtención del consentimiento informado son cuando la no realización de un procedimiento suponga riesgo para la comunidad, cuando la patología sea muy urgente y no permita demoras, cuando exista una orden judicial. y cuando la persona no tenga capacidad mental o física, ya que el derecho recae sobre la familia.

BIBLIOGRAFÍA

- Organización Colegial de Enfermería en España. Código Deontológico de la Profesión de Enfermería en España. Consejo General de Enfermería en España.1989.
- Pastor García y León Correa. Manual de ética y legislación de Enfermería.Mosby.1997.
- Consentimiento Informado. EMCA. [en línea].[Consulta:2 de Septiembre de 2017].
<<https://sms.carm.es/somosmas/web/programaemca/consentimiento-informado>>

**TEMA 7. TRATAMIENTO
CONDUCTUAL EN
PACIENTES CON AGORAFOBIA**

**JESICA PERONA MARTINEZ
MARIA JOSE SASTRE MARTINEZ
GINA RAMOS SIMONELLI
MARIA DEL MAR RAMOS SIMONELLI**

ÍNDICE

- **INTRODUCCION**
- **EVALUACION Y SINTOMAS**
- **OBJETIVOS**
- **INTERVENCION**
- **BIBLIOGRAFIA**

INTRODUCCION

Una crisis de angustia es una sensación de miedo intenso acompañado de un malestar corporal, que puede aparecer de forma repentina y no tener motivo aparente, con una gran variedad de síntomas.

Debido al miedo intenso que experimentan las personas a sufrir una nueva crisis (miedo al miedo) evitan aquellas situaciones donde les resultan difícil conseguir ayuda o escapar, con tendencia a evitar los lugares públicos. Es cuando hablamos de agorafobia.

El trastorno de pánico con agorafobia es uno de los trastornos de ansiedad que suele producir mas discapacidad.

EVALUACION Y SINTOMAS

La evaluación de los casos que se presentan se realizaron mediante entrevista conductual con los pacientes, con los padres, auto-registros y autoinformes.

SINTOMAS:

. RESPUESTAS COGNITIVAS

Voy a gritar / Me voy a marear.

. RESPUESTAS FISIOLOGICAS

Sensación de ahogo / Taquicardia.

. SITUACIONES TEMIDAS

Ascensores / Subir a medios de transportes (metro, autobús...).

OBJETIVOS

INMEDIATOS:

Reducción de atención a sensaciones corporales de ansiedad.

Aprender a identificar y modificar las creencias catastrofistas.

Disminución o eliminación de conductas inadecuadas.

PROPIOS DE LA INTERVENCION:

Control de la crisis de angustia.

Reducción de la ansiedad y eliminación de las conductas de evitación.

Habilidades de afrontamiento.

Incremento de conductas gratificantes.

Mejora de la autoestima.

INTERVENCION

Antes de comenzar la intervención se trabaja con la implicación y motivación porque aunque los pacientes deseaban mejorar y normalizar su vida, sentían cierta desconfianza al tratamiento debido a sus experiencias anteriores.

El inicio de las intervenciones comienzan en los domicilios de los pacientes por su imposibilidad d acudir a consultas.

La intervención terapéutica se divide en dos fases:

1º centrada en los problemas asociados a la ansiedad, los ataques de pánico y conductas de evitación.

2º fase centrada en mejorar el estado de animo y recuperar un stilo de vida adecuado.

BIBLIOGRAFÍA

- **Libros:** American psychiatric Association (1994) **Diagnostical and statistical manual of mental disorders (4° ed).**Washington.
Bados, A. (1995) **La agorafobia I. Naturaleza ,etiología y evaluación.** Ediciones Paidós. Barcelona.
Bados, A (1995). **La agorafobia II Tratamiento.** Ediciones Paidós. Barcelona.
- **Articulo de revistas:** Pastor , C. Y Sevilla.(1995) **Tratatamiento psicologico del panico – agorafobia.** Publicaciones del centro de terapia de conducta. Valencia.

TEMA 8. LA NECESIDAD DE LA ENFERMERÍA ESCOLAR EN ESPAÑA

ISABEL GÓMEZ ORTUÑO

LARA MARÍN ORTIZ

MARÍA EUGENIA CARPENA ORTEGA

ISABEL CUTILLAS ABELLÁN

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.
2. ACTIVIDADES DE LA ENFERMERA ESCOLAR.
3. FUNCIONES DE LA ENFERMERA ESCOLAR.
4. CONCLUSIÓN.
5. BIBLIOGRAFÍA.

INTRODUCCION

La enfermera escolar no resulta una figura novedosa y actual. Es un concepto con más de 100 años de historia en Occidente, existiendo desde el siglo XIX en países europeos tales como Reino Unido, Escocia, Suecia y desde principios del siglo XX en Estados Unidos.

Actualmente en España la Enfermera Escolar no está instaurada dentro de los departamentos de los centros escolares. Hay un debate establecido en torno a este tema, ya que hay distintos factores(sociales, políticos,..)que difieren entre la enfermera comunitaria y la escolar.

La Ausencia de la enfermera escolar está cubierta por la enfermera de Atención Primaria o Enfermera Comunitaria, que dedica parte de su tiempo a realizar algunas intervenciones con los escolares, básicamente las relacionadas con la prevención(vacunación, revisiones, charlas,...)No solo se centran en lo físico, sino que estas intervenciones son escasas y tienen poca continuidad.

ACTIVIDADES DE LA ENFERMERA ESCOLAR

- ✓ Realizar un diagnóstico de salud para conocer los problemas y las necesidades de la población escolar de cada centro.
- ✓ Adaptar el Programa de Educación para la Salud a las necesidades detectadas.
- ✓ Impartir las sesiones que conforman el Programa de Educación para la Salud en la escuela.
- ✓ Crear un espacio de consulta al que puedan acudir padres, profesores y alumnos, para resolver sus dudas.
- ✓ Actuación asistencial ante los accidentes que puedan ocurrir o cualquier circunstancia que se presente.
- ✓ Colaboración con el Centro de Atención Primaria de salud en las diferentes campañas de prevención y promoción de la Salud.
- ✓ Realizar intervenciones con los padres, para fomentar y asegurar la continuidad en la promoción de hábitos saludables.

FUNCIONES DE LA ENFERMERA ESCOLAR

- 1.- Asistencial: Engloba las acciones más directamente relacionadas con la atención, tratamiento y rehabilitación de la salud del alumno.
- 2.- Docente: Instrumento prioritario en la promoción de la salud y la adquisición de habilidades y hábitos saludables.
- 3.- Administrativa y de gestión: Sobre todos los aspectos de gestión del proceso de atención, recopilación y almacenamiento de la información referente a los alumnos y dotación al Servicio de Enfermería de los recursos materiales necesarios y su reposición.
- 4.- Investigadora: Es indispensable para el desarrollo profesional de la Enfermería y para una calidad en la atención que proporcionamos a la sociedad.

CONCLUSIÓN

Tanto la OMS como el Consejo de Europa, han definido en diferentes documentos, la necesidad de fomentar en el ámbito escolar la adquisición de conocimientos que potencien en los jóvenes unos estilos de vida sanos, siendo la enfermera escolar la figura necesaria para asesorar en la comunidad educativa. De esta forma se atendería de forma continua, programada y guiada a este tipo de población. Así, no solo se resolverían problemas asistenciales que surgieran, sino que también se incrementarían los conocimientos en salud y hábitos saludables. En España nos encontramos sumergidos en un debate entre si es necesario o no crear una figura nueva que cubra las necesidades escolares. Está demostrada la mejora comunitaria en otros países que cuentan con este tipo de enfermera, y tanto docentes como progenitores apoyan esta propuesta, asegurando una mayor seguridad y calidad en la enseñanza y la educación sanitaria.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguilera-Pérez, M.C., Castillo Rodríguez, I.N., y Fernández Alanzor, I. (2011). La enfermería y la salud escolar. Trabajo publicado en el II Congreso Internacional Virtual de Enfermería, Mayo, Granada.
- González Jiménez E. La enfermera en el ámbito escolar: importancia en la prevención y promoción de la salud. Enfermería Comunitaria (rev. digital) 2012, 8
- CONSEJO DE ENFERMERÍA DE LA COMUNIDAD VALENCIANA.2011.Propuesta de implantación del servicio de enfermería escolar.[Sitio Web]. Disponible en: <http://adacjuvenil.files.wordpress.com/2011/06/propuesta-definitiva-2011-12.pdf>
- ASOCIACION MADRILEÑA DE ENFERMERÍA EN CENTROS EDUCATIVOS.[Sitio Web].Madrid.Disponible en: http://www.amece.es/index.php?option=com_content&view=fontpage&Itemid=1

TEMA 9. ESTUDIO DE LA REPERCUSIÓN DEL TABACO EN EL APARATO RESPIRATORIO

**LUCÍA MARTIÑO CANGA
CRISTINA SÁNCHEZ MÉRIDA
LORENA GARCÍA ARIAS
LETICIA RODRÍGUEZ RIVERA**

ÍNDICE

- RESUMEN
- INTRODUCCIÓN
- MATERIAL Y MÉTODOS
 - MATERIAL
 - MÉTODOS Y PACIENTES
- RESULTADOS
- DISCUSIÓN E HIPÓTESIS

RESUMEN

Desde una perspectiva fisiosantiraria, el tabaco es uno de los principales factores de riesgo en el mundo occidental, siendo la segunda causa de mortalidad tras la patología cardiovascular; según los últimos estudios publicados por la OMS.

El objetivo del estudio es identificar las diferencias entre el ser hombre o ser mujer que presenten el hábito de fumar; y sus repercusiones en las cifras de CVF obtenidas por los mismos en una espirometría.

Para el estudio se han seleccionado 10 sujetos sanos y 10 enfermos, 5 de cada sexo, con edades comprendidas entre los 25 y los 30 años, agrupando a los sujetos según la existencia del hábito o no, su sexo y los valores espirométricos obtenidos.

Educar a la población en la necesidad de mantener un estilo de vida saludable exento de tabaco, permite obtener grandes beneficios tanto para el paciente a nivel fisiológico; como para los diferentes organismos a nivel administrativo y económicos.

INTRODUCCIÓN

El tabaquismo o hábito de fumar es actualmente la segunda causa de muerte en el mundo según la OMS. Éste es un problema muy serio en España, ya que a pesar de haber disminuido en la última década sigue siendo una causa omnipresente de consultas médicas tanto en atención primaria, como en ambiente hospitalario.

El consumo de tabaco, incluso en cantidades mínimas, conlleva graves riesgos a diferentes niveles orgánicos, destacando los daños en el sistema respiratorio y cardiovascular entre los que se encuentran tumores, malformaciones fetales en mujeres embarazadas, aterosclerosis, etc.

El efecto nefasto que el tabaco provoca sobre el cuerpo humano es fuente de múltiples estudios y ensayos, que tienen objetivos que abarcan tanto la prevención, como el posterior tratamiento de las diversas patologías incidentes, con un rango de patrones variables entre ellos. El uso de la espirometría (serie de pruebas respiratorias sencillas, bajo circunstancias controladas, que miden la magnitud absoluta de las capacidades pulmonares y los volúmenes pulmonares y la rapidez con que éstos pueden ser movilizados), una de las pruebas más eficaces en el estudio del estado pulmonar, nos permite comprobar con bastante aproximación la relación entre el tabaquismo y el deterioro de los parámetros respiratorios estudiados, en nuestro caso Capacidad Vital Forzada(CVF), siendo ésta similar a la capacidad vital (VC), pero la maniobra es forzada y con la máxima rapidez que el paciente pueda producir.

Este modelo de estudio nos permitirá analizar no sólo el efecto del tabaco atendiendo al deterioro pneumónico per se, sino también a posibles variabilidades existentes entre sexos. La existencia de diferenciaciones reseñables entre hombre y mujeres sería un indicador de alteraciones que afectarían de forma diferente a cada grupo poblacional, con un abordaje sanitario distinto, que de hecho se manifiestan en otras patologías asociadas.

Es por eso que, tras tomar como base experimental la espirometría de cada individuo, se ha tomado como objetivo descifrar la existencia de un patrón relevante de afectación pulmonar diferenciada según el sexo en aquellas personas con el hábito de fumar; o la existencia de un problema de base en el paciente sano.

MATERIAL Y MÉTODOS

MATERIAL

El material empleado para el desarrollo de los procesos pertinentes responde a:

- a) Vitalógrafo: Vitalograph Alpha 3 con pantalla e impresora marca Vitalograph: ARRET-1032
- b) Espirómetro: Espirómetro digital con pantalla LCD 550-SP100
- c) Tabla de conversión.
- d) Material de escritorio.
- e) Fuentes de información: Pubmed, MedLine, OMIM, Orphanet.
- f) Báscula: Fisaude. AG/DPS-300
- g) Metro: Tallímetro Fisaude: Medidor en Altura de Pared Profesional (Ref. knf-39083)

MÉTODOS Y PACIENTES

Para lograr los resultados obtenidos se han llevado a cabo una serie de procesos, entre los que figuran:

a) **Espirometría:** para llevar a cabo esta técnica se ha de tener en cuenta que, en primer lugar, los sujetos sometidos a examen no deben ingerir muchos alimentos, para que de esta forma no sea posible la reducción de la capacidad pulmonar provocada por la distensión gástrica.

En caso de ser fumador, evitar fumar entre 4-6 horas antes de la prueba.

Método a seguir para la espirometría:

1. Se conecta una boquilla y se coloca el papel milimetrado al aparato. Es importante fijar la velocidad del papel en 2,5 mm.

2. Antes de iniciar el registro, asegurar que el sujeto es conocedor de las normas necesarias para realizar la prueba de forma que se obtengan los mejores resultados. Indicar al sujeto la necesidad de realizar una serie de respiraciones previas para adaptarse al aparato. Al iniciar el registro el sujeto debe taparse la nariz con una pinza.
3. Para la realización de la espirometría estática el sujeto no debe retirarse de la boquilla, salvo malestar. Procedimiento:
 - Respiración normal no forzada durante un minuto.
 - Tras el minuto, se comunica al sujeto que, sin retirarse, realice una inspiración y una espiración forzadas consecutivas.
 - A continuación, el sujeto recupera la respiración normal durante 15 segundos. Inicio de la espirometría dinámica.

4. Protocolo de la Espirometría dinámica:

- Sin retirarse de la boquilla, se pide al sujeto que inspire rápida y forzadamente, a continuación que retenga el aire durante 2 segundos y lo expulse lo más rápidamente posible.
- Finalmente, y tras recuperar la respiración normal durante 15 segundos, el sujeto debe realizar inspiraciones y espiraciones forzadas durante 10 segundos, finalizando así la prueba.

- b) Pesaje: se pesa cada sujeto. Deben llevar puesto únicamente ropa interior.
- c) Tallaje: se mide cada sujeto. El tallaje debe llevarse a cabo sin zapatos con un tallímetro industrial.



Los sujetos escogidos para llevar a cabo este estudio pertenecen a ambos sexos, y son tanto fumadores como no fumadores. Los no fumadores, denominados en este estudio como “sanos” van a hacer las veces de control. La edad de estas personas está comprendida entre los 25 (la de menor edad) y 38 (la de mayor edad). Los datos recogidos acerca de los pacientes se recogen en las siguientes tablas:

A.

SANOS	SEXO	EDAD	ALTURA(cm)	VCF	VEMS
1	♀	30	168	3.5	3.1
2	♀	32	164	3.4	2.9
3	♀	35	155	3.1	2.5
4	♀	38	162	3.3	2.7
5	♀	30	165	3.6	3.1
6	♂	35	175	5.1	4.3
7	♂	35	180	5.3	4.5
8	♂	32	179	5.5	4.6
9	♂	33	175	5.2	4.2
10	♂	34	186	5.8	4.7



B.

FUMADORES ASINTOMÁTICOS	SEXO	EDAD	ALTURA(cm)	VCF	VEMS
1	♀	29	178	3.7	3.3
2	♀	32	165	3.2	2.5
3	♀	36	155	2.7	2.2
4	♀	25	162	3.3	3.0
5	♀	30	165	3.4	2.8
6	♂	34	180	5.2	4.3
7	♂	34	182	5.3	4.3
8	♂	32	179	5.1	4.0
9	♂	33	175	4.9	3.8
10	♂	34	186	5.3	4.2

C.

FUMADORES SINTOMÁTICOS	SEXO	EDAD	ALTURA(cm)	VCF	VEMS
1	♀	31	167	3.6	2.4
2	♀	32	155	2.8	2.0
3	♀	34	165	3.0	2.3
4	♀	38	162	3.1	2.2
5	♀	35	165	3.4	2.6
6	♂	31	180	5.3	3.8
7	♂	32	182	5.2	3.8
8	♂	32	180	5.2	4.0
9	♂	35	176	5.0	3.3
10	♂	35	188	5.7	1.3

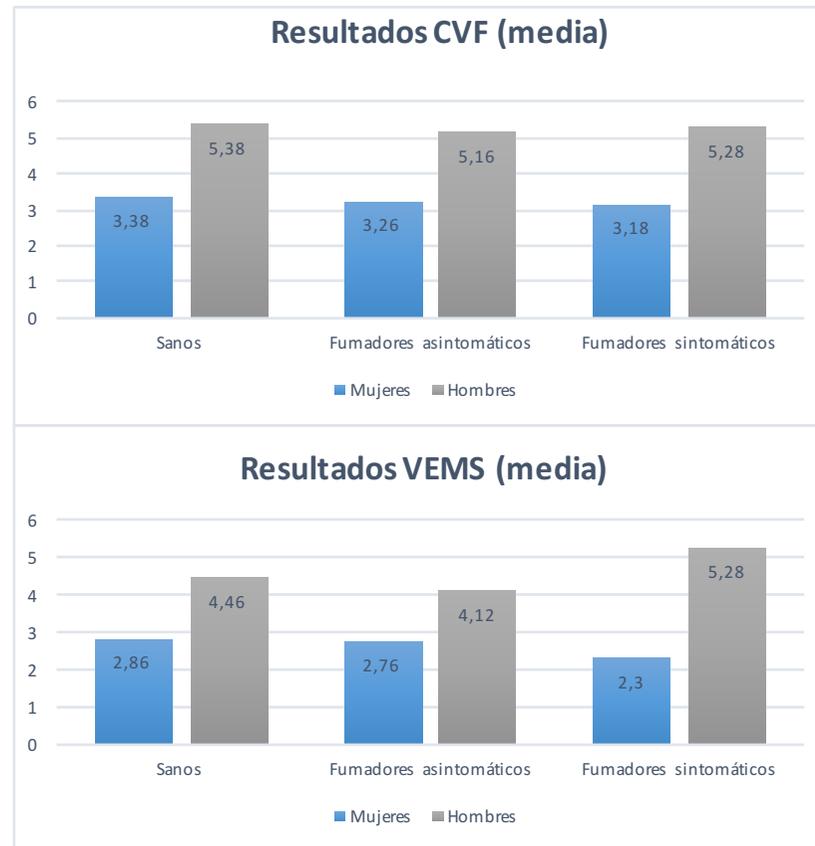
RESULTADOS

VEMS: El volumen espiratorio máximo por segundo o VEMS corresponde al volumen de aire espirado durante el primer segundo durante una espiración forzada. Permite detectar obstrucciones en las vías respiratorias.

CVF: La capacidad vital forzada es la capacidad máxima de captar y expulsar aire en respiraciones forzadas, por lo que en condiciones normales será mayor que el volumen corriente. En enfermedades obstructivas esto se invierte.

Índice de Tiffeneau: Se calcula dividiendo el VEMS entre CVF. Se considera la máxima capacidad de aire movilizable. La normalidad está en índices entorno al 75%. Sirve para detectar patrones anómalos; por un lado permite identificar las enfermedades restrictivas porque CVF está disminuido están disminuido, por lo que el índice de Tiffeneau está aumentado.

Por otro lado también permite identificar las enfermedades obstructivas: porque VEMS está más disminuido que CVF lo cual provoca que el índice de Tiffeneau esté disminuido.



Para calcular los resultados nos valemos de los gráficos con los resultados de CVF y VEMS del estudio, que habrá que compararlos con lo que serían los resultados normales mediante el normograma.

Para llevar a cabo las gráficas con los resultados se ha procedido al cálculo de las medias de CVF y VEMS respectivamente de los sanos, fumadores asintomáticos y sintomáticos.

Los resultados normales que tendrían que salir en función del normograma los hemos calculado haciendo la media de las alturas y años de las mujeres y hombres sometidos a estudio, en divididos a su vez en categoría de sanos, fumadores asintomáticos y sintomáticos. En base a esto:

- Media altura mujeres sanas= 162,8 cm// Media años=33años
- Media altura hombres sanos=179 cm// Media años=33,8años

- Media altura mujeres fumadoras asintomáticas=165cm//
Media años=30,4años
- Media altura hombres fumadores asintomáticos=
180,4cm//Media años=33,4años
- Media altura mujeres fumadoras
sintomáticas=162,8cm//Media años=34años
- Media altura hombres fumadores sintomáticos=
180,8cm//Media años=33años

RESULTADOS NORMOGRAMA

→ MUJERES

- CVF normal mujeres sanas= 3,49 litros.
- VEMS normal mujeres sanas=2,92 litros.
- CVF normal mujeres fumadoras asintomáticas= 3,65 litros.
- VEMS normal mujeres fumadoras asintomáticas= 3,8 litros.
- CVF normal mujeres fumadoras sintomáticas= 3,47 litros.
- VEMS normal mujeres fumadoras sintomática= 2,9 litros.

→ HOMBRES

- CVF normal hombres sanos= 5,4 litros.
- VEMS normal hombres sanos= 4,5 litros.
- CVF normal hombres fumadores asintomáticos= 5,5 litros.
- VEMS normal hombres fumadores asintomáticos= 4,6 litros.
- CVF normal hombres fumadores sintomáticos= 4,65 litros.
- VEMS normal hombres fumadores sintomáticos= 4,61 litros.

Se observa que, en el caso de hombres y mujeres sanos, el valor de VEMS y CVF es menor que el que ha salido en el normograma. Sin embargo, las diferencias no son muy acusadas, por lo que al calcular el índice de Tiffeneau los resultados entran dentro de la normalidad porque quedan dentro del intervalo de error, por lo tanto estas personas parecen no para ningún tipo de alteración respecto a la capacidad respiratoria.

En cuanto a los fumadores asintomáticos, al hacer la comparación entre los valores que salen y los que deberían salir se observa que la diferencia entre ellos es muy elevada, por lo que el índice de Tiffeneau también va a presentar una variación notable con el normal. Como en este caso tanto VEMS como CVF han disminuido mucho, sin embargo, se aprecia mayor disminución con respecto a los valores normales en CVF, por lo tanto, es posible que se pueda producir en el futuro una enfermedad de tipo restrictivo.

En el caso de fumadores hombres sintomáticos el CVF y VEMS son menores en el normograma, sin embargo, en las mujeres disminuyen los valores del estudio con respecto al normograma. En el estudio, respecto a las mujeres, el VEMS es mayor que el CVF, por lo que pueden padecer una enfermedad restrictiva. En el caso de los hombres, coinciden los valores de VEMS y CVF por lo tanto el índice de Tiffeneau es igual a 100.

DISCUSIÓN E HIPÓTESIS

Atendiendo al CVF (Capacidad Vital Forzada), las mujeres tienen una relación lógica en función al tipo de paciente que es, ya que las pacientes sanas tendrán el mayor CVF (3,38), seguidas por las fumadoras asintomáticas (3,26) y finalmente por las sintomáticas (3,18).

Lo mismo pasa con el VEMS (Volumen Espiratorio Máximo en el primer segundo) en las mujeres: las sanas tendrán el mayor valor de esta medida (2,86), siendo el segundo el de las fumadoras asintomáticas (2,76) y por último las asintomáticas (2,3).

Aunque es cierto que existen casos donde fumadores que llevan 40 años fumando no tienen ningún síntoma, otros que lleven fumando 10 los tienen. Normalmente el hecho de tratar con un fumador asintomático tiende a implicar que lleva menos tiempo fumando que uno que presente síntomas propios de dicho hábito (tos crónica, disnea, astenia, etc.) Con lo cual resulta lógico pensar que uno asintomático tendrá un VEMS y un CVF mayor al de uno sintomático.

Pero esto último no se va a cumplir en el caso de los pacientes masculinos del ensayo.

Dentro de los resultados del CVF, los pacientes sanos serán los que tengan el mayor valor (5,38) pero resulta que los sintomáticos son los siguientes en valor de CVF (5,28), para finalmente acabar con los asintomáticos (5,16) que es el valor más bajo.

Y lo mismo encontramos con el valor de VEMS: los fumadores sintomáticos tendrán el mayor valor de esta medida (5,28), seguidos por los sanos (4,46) y por último los asintomáticos (4,12).

Si analizamos los resultados del VEMS, la lógica nos tendería a hacer pensar que debería tener un mayor valor de este los asintomáticos que los sintomáticos, pero no es así. Y lo mismo nos pasa con el CVF.

Podemos intentar explicar dicha situación “atípica” si atendemos a las alturas y edades de los sujetos estudiados: los fumadores sintomáticos, son más altos y jóvenes que los asintomáticos y los sanos. A pesar de que la diferencia de alturas y edades son mínimas es la única razón de causalidad con la que relacionar tal fenómeno, ya que al ser más jóvenes y altos tendrán una mayor capacidad torácica y por ello mayor CVF y VEMS, con lo que podríamos explicar los resultados obtenidos.

BIBLIOGRAFÍA

- Kuri-Morales Pablo Antonio, González-Roldán Jesús Felipe, Hoy María Jesús, Cortés-Ramírez Mario. Epidemiology of tobacco use in Mexico. Salud pública Méx [revista en la Internet]. 2006 Ene [citado 2017 Feb 25] ; 48(Suppl 1): s91-s98. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342006000700011&lng=es.
- José R. Banegas, , Lucía Díez-Gañán, , Beatriz Bañuelos-Marco, , Jesús González-Enríquez, , Fernando Villar-Álvarez, , José M. Martín-Moreno, , Rodrigo Córdoba-García, , Alfonso Pérez-Trullén, , Carlos Jiménez-Ruiz. Mortalidad atribuible al consumo de tabaco en España en 2006 Original Research Article. Medicina Clínica, Volume 136, Issue 3, 12 February 2011, Pages 97-102

- J. González-Enríquez, T. Salvador-Llivina, A. López-Nicolás, E. Antón de las Heras, A. Musin, E. Fernández, M. García, A. Schiaffino, I. Pérez-Escolano Morbilidad, mortalidad y costes sanitarios evitables mediante una estrategia de tratamiento del tabaquismo en España. Gaceta Sanitaria, Volume 16, Issue 4, Pages 308-317.
- Samet Jonathan M.. Los riesgos del tabaquismo activo y pasivo. Salud pública Méx [Internet]. 2002 Jan [cited 2017 Feb 25]; 44(Suppl 1): s144-s160. Available from:
http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342002000700020&lng=en.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0036-36342002000700020>.

- Achiong Estupiñán Fernando, Morales Rigau José Manuel, Dueñas Herrera Alfredo, Acebo Figueroa Fernando, Bermúdez González Carmen L., Garrote Rodríguez Ismary. Prevalencia y riesgo atribuible al tabaquismo. Rev Cubana Hig Epidemiol [Internet]. 2006 Abr [citado 2017 Feb 26]; 44(1) . Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032006000100001&lng=es
- Sanchís Aldás, P. Casan Clarà, J. Castillo Gómez, N. González Mangado, L. Palenciano Ballesteros, J. Roca TorrentEspirometría forzadaJ.A. Caminero Luna, L. Fernández Fau (Eds.), Recomendaciones SEPAR, Doyma, Barcelona (1998), pp. 1-18.

- Aranda Beltrán Carolina. Diferencias por sexo, Síndrome de burnout y manifestaciones clínicas, en los médicos familiares de dos instituciones de salud, Guadalajara, México. Rev. costarric. salud pública [Internet]. 2006 Dec [cited 2017 Feb 26] ; 15(29): 1-7. Available from: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-14292006000200002&lng=en.
- Laso Guzmán, F.J; Introducción a la medicina clínica, fisiopatología y semiología; Masson 9ª Edición; 2015 España.

**TEMA 10. CARACTERÍSTICAS
PRINCIPALES DE LAS DROGAS
VASOACTIVAS MÁS FRECUENTES EN
LA UNIDAD DE CUIDADOS
INTENSIVOS PARA EL MANEJO DEL
PERSONAL DE ENFERMERIA.**

PABLO RUIZ GARCÍA

ÍNDICE

- **INTRODUCCIÓN**
- **ADRENALINA**
- **DOBUTAMINA**
- **DOPAMINA**
- **NORADRENALINA**
- **BIBLIOGRAFÍA**

INTRODUCCIÓN

Una de las actividades más importantes de la práctica de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) conlleva la administración de fármacos intravenosos (IV) a pacientes graves con cambios hemodinámicos importantes, especialmente de drogas vasoactivas (DVA).

El término **DVA** “se emplea para aquella sustancia con propiedades inotrópicas o vasomotoras, donde la mayoría tienen ambas propiedades, ya que no son selectivos de un único receptor. **El objetivo de estos fármacos** es restablecer la presión arterial (PA), el gasto cardiaco (GC), y en definitiva, la perfusión tisular y la oxigenación”. Por lo tanto, la respuesta dependerá de la dosis empleada y de la afinidad de cada fármaco con los receptores adrenérgicos α y β , y dopaminérgicos, distribuidos por los distintos órganos.

Su principal indicación es en situaciones con evidencia de disfunción orgánica por hipoperfusión, siendo el valor de la PA unos de los principales criterios para su uso.

Debido a su aparición más frecuente en la bibliografía consultada, las DVA que más se utilizan en la UCI son: **adrenalina, dobutamina, dopamina y noradrenalina.**

ADRENALINA

- **Indicaciones:**
 - Shock anafiláctico.
 - Parada cardiorrespiratoria (PCR).
 - Ataque agudo de asma.
 - EPOC reagudizado.
 - Shock séptico (2º línea).
 - Bloqueo auriculoventricular.
 - Como coadyuvante de la anestesia local.
- **Efectos adversos:** Temblores, hipertensión, taquicardia, cefalea, insomnio, mareos, debilidad, somnolencia, confusión, hemorragia intracraneal, ansiedad, náuseas, vómitos, vértigo, cefalea, disnea, palidez, frialdad de la piel.
- **Contraindicaciones:** Hipersensibilidad a aminas adrenérgicas, hipersensibilidad a los bisulfatos o fluorocarburos.

- **Vías de administración:**
 - Vía intramuscular (IM) en la anafilaxia y en el asma.
 - Vía subcutánea (SC) en la anafilaxia y en el asma.
 - Vía IV directa en la PCR.
 - Vía IV intermitente y en perfusión continua.
 - Vía endotraqueal.
 - Vía intracardiaca.
 - Vía intraósea.
- **Dosis:**
 - Vía IM: 0,3-05mg repetibles.
 - Vía SC: 0,3-0,5mg (3 dosis máximo).
 - Vía IV: 0,1-0,25mg cada 5-15 minutos (en la anafilaxia) o 1mg cada 3-5 minutos (en la PCR).
 - Vía IV intermitente y en perfusión continua: 0,01-1µg/kg/min.
 - Vía endotraqueal: 2-2,5mg.
 - Vía intracardiaca: 0,3-0,5mg.

- **Sueros compatibles:**
 - Suero fisiológico (SF).
 - Suero glucosado (SG).
- **Compatibilidades con otras DVA:**
 - Dobutamina.
 - Dopamina.
 - Noradrenalina.
- **Interacciones:** Anestésicos generales, linezolid, betabloqueantes, antidepresivos tricíclicos, digoxina e insulina.
- **Incompatibilidad en Y:** Aciclovir, fenitoína, ganciclovir, insulina, bicarbonato sódico, trimetropin-sulfametoxazol, propofol, tiopental.
- **Estabilidad de la disolución:** 24 horas.
- **Fotosensible:** No.

DOBUTAMINA

- **Indicaciones:**
 - Patrón hemodinámico de disfunción miocárdica: insuficiencia cardiaca (IC) aguda, cirugía cardiaca abierta y shock cardiogénico o séptico.
 - Situaciones de bajo GC con volumen y PA media óptimas.
- **Efectos adversos:** Taquicardia, hiper/hipotensión, fiebre, cefalea, parestesias, arritmias, disminución del potasio sérico, flebitis, necrosis cutánea.
- **Contraindicaciones:** Hipersensibilidad a los bisulfatos, estenosis subaórtica hipertrófica e idiopática.
- **Vías de administración:**
 - Vía IV en perfusión continua.
 - Vía intraósea.

- **Dosis:**
 - 1-20µg/kg/min.
- **Sueros compatibles:**
 - SF.
 - SG.
- **Compatibilidades con otras DVA:**
 - Adrenalina.
 - Dopamina.
 - Noradrenalina.
- **Interacciones:** Betabloqueantes, antidepresivos tricíclicos.
- **Incompatibilidad en Y:** Aciclovir, amiodarona, ceftazidima, fenitoína, furosemida, ganciclovir, heparina sódica, insulina, midazolam, nitroprusiato, piperacilina/tazobactam, bicarbonato sódico, trimetropin-sulfametoxazol, alteplase, ciclosporina, propofol, tiopental.
- **Estabilidad de la disolución:** 24 horas.
- **Fotosensible:** Si.

DOPAMINA

- **Indicaciones:**
 - Corrección de los desequilibrios hemodinámicos presentes en el estado de shock debido a traumatismos.
 - IC congestiva descompensada.
 - Infartos agudos de miocardio.
 - Septicemias endotóxicas.
 - Insuficiencia renal.
 - Cirugía cardiaca mayor.
 - Como segunda línea de la noradrenalina.
- **Efectos adversos:**
 - Dosis bajas: Hipertensión, taquicardia, disnea, náuseas, vómitos y cefalea.
 - Dosis altas: Hipotensión, arritmias ventriculares, gangrena.
 - Extravasación: Necrosis tisular.

- **Contraindicaciones:** Taquiarritmias, hipersensibilidad a los bisulfatos, feocromocitoma.
- **Vías de administración:**
 - Vía IV en perfusión continua.
 - Vía intraósea.
- **Dosis:**
 - 0,5-2 μ g/kg/min (ya no se emplea esta dosis en el paciente crítico).
 - 5-10 μ g/kg/min (aumento el GC).
 - 10-20 μ g/kg/min (reducción del GC).
- **Sueros compatibles:**
 - SF.
 - SG.
- **Compatibilidades con otras DVA:**
 - Adrenalina.
 - Dobutamina.
 - Noradrenalina.

- **Interacciones:** Betabloqueantes, antidepresivos tricíclicos, derivados ergotamínicos.
- **Incompatibilidad en Y:** Aciclovir, fenitoína, furosemida, ganciclovir, insulina, bicarbonato sódico, trimetropin-sulfametoxazol, alteplase, ciclosporina, propofol, tiopental.
- **Estabilidad de la disolución:** 24 horas.
- **Fotosensible:** Si.

NORADRENALINA

- **Indicaciones:**
 - Situaciones de hipotensión grave y resistencias periféricas disminuidas: Shock hipovolémico, cardiogénico y séptico.
- **Efectos adversos:** Hiperglucemia, arritmias, isquemia miocárdica y periférica, ansiedad y cefalea, bradicardia refleja, hipertensión, disnea, necrosis tisular.
- **Contraindicaciones:** Hipersensibilidad a los bisulfatos, trombosis, hipoxia, hipercapnia, hipotensión secundaria a hipovolemia.
- **Vías de administración:**
 - Vía IV en perfusión continua.
 - Vía intraósea.

- **Dosis:**
 - 2-30µg/kg/min.
- **Sueros compatibles:**
 - SF.
 - SG (se recomienda utilizar SG, ya que lo protege de la oxidación).
- **Compatibilidades con otras DVA:**
 - Adrenalina.
 - Dobutamina.
 - Dopamina.
- **Interacciones:** Alfa y betabloqueantes, digoxina, anestésicos halogenados, antidepresivos tricíclicos.
- **Incompatibilidad en Y:** Amiodarona, fenitoína, furosemida, ganciclovir, insulina, bicarbonato sódico, trimetropin-sulfametoxazol, tiopental.
- **Estabilidad de la disolución:** 24 horas.
- **Fotosensible:** No.

BIBLIOGRAFÍA

- Mesquita Melo E, Medeiros Monte de Oliveira T, Mota Marques A, Magalhaes Ferreira A, FM MS, Frota Lima V. **Caracterização dos pacientes em uso de drogas vasoativas internados em unidade de terapia intensiva.** Rev online Pesqui Cuid é Fundam. 2016;8(3):4898–904.
- Bañeras Rius J. **Actualización en el manejo de fármacos vasoactivos en insuficiencia cardiaca aguda y shock cardiogénico y mixto.** Rev Española Cardiol. 2015;15(D):8–14.
- Zabalegui Yárnoz A, Lombraña Mencia M. **Administración de medicamentos y cálculo de dosis.** 2nd ed. Barcelona: Elsevier; 2014.

- Proy Vega B, Domingo Chiva E, García Gómez C, Hernández Sansalvador M, García Martínez EM. **Volumen de dilución de fármacos intravenosos en pacientes con restricción de fluidos.** Farm Hosp. 2012;36(6):531–41.
- Madrigal-cadavid J, Amariles P. **Incompatibilidad de medicamentos intravenosos : revisión estructurada.** Rev CES Med. 2017;31(1):58–69.
- Juan EP, Arévalo Rubert MJ, Amorós Cerdá SM, Palau MM, Nicolau BR. **Fármacos en perfusión continua en la unidad de cuidados intensivos: estudio de compatibilidad.** Nurs (Ed española) [Internet]. 2011;29(1):62–6. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212538211701753>

- Manaker S. **Use of vasopressors and inotropes.** UpToDate [Internet]. 2017; Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/use-of-vasopressors-and-inotropes>.
- Morales-Rull JL, Trullàs JC, Formiga F. **Alternativas al tratamiento diurético convencional en insuficiencia cardíaca.** Med Clin (Barc) [Internet]. 2014;142(SUPPL. 1):42–8. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0025-7753\(14\)70082-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0025-7753(14)70082-X).
- López C, Soy D, Guerrero L, Molas G, Anglada H, Ribas J. **Compatibilitat fisicoquímica de fàrmacs administrats en perfusió contínua en les unitat de cures intensives.** Circ Farm. 2011;69(4):177–96.

- Hospital de Niños Ricardo Gutierrez. Revista pediátrica HNRG [Internet]. 2015. Disponible en: <http://revistapediatria.com.ar/compatibilidad-fisico-quimica-de-medicamentos-administrados-en-y/>.
- Gaspar Carreño M, Torrico Martín F, Novajarque Sala L, Batista Cruz M, Ribeiro Goncalves P, Porta Oltra B, et al. **Medicamentos de administración parenteral: Recomendaciones de preparación, administración y estabilidad.** Farm Hosp [Internet]. 2014;38(6):461–7.
- Vallerand AH, Sanoski CA, Deglin JH. **Davis's Drug Guide for nurses.** 15th ed. Philadelphia: F.A. Davis Company; 2016.

TEMA 11. LA ALIMENTACIÓN EN LOS CENTROS EDUCATIVOS

MARIA JOSE LIEBANA LIEBANA

MARIA JOSE RUBIO LIEBANA

PEDRO LUIS RUBIO JIMENEZ

- 1-INTRODUCCION
- 2-OBJETIVOS DEL COMEDOR ESCOLAR
- 3-ORGANIZACIÓN DEL SERVICIO DE LOS COMEDORES DE CENTROS EDUCATIVOS
- 4-INFORMACION A LAS FAMILIAS
- 5-INSPECCIÓN Y SEGUIMIENTO
- 6-CRITERIOS PARA LA OFERTA ALIMENTARIA PRESENTE EN MAQUINAS EXPENDEDORAS, CANTINAS Y QUIOSCOS EN LOS CENTROS EDUCATIVOS
- 7-CRITERIOS NUTRICIONALES POR PORCION ENVASADA O COMERCIALIZADA
- 8-ALIMENTOS PERMITIDOS PARA VENDERSE EN MAQUINAS EXPENDEDORAS, CANTINAS Y QUIOSCOS DE CENTROS EDUCATIVOS
- 9- BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCIÓN

La salud y el bienestar, presentes y futuros, de la población en edad escolar están profundamente condicionados por el tipo de alimentación recibida y el mantenimiento de un peso saludable. Como apunta la Organización Mundial de la Salud en su iniciativa global de salud en la escuela, el centro educativo es un espacio significativo para la adquisición de conocimientos teóricos y prácticos sobre salud y nutrición por la cantidad de tiempo que permanecen los niños y niñas en él y puede convertirse en uno de los pilares básicos en la prevención de la obesidad, incidiendo sobre la modificación de los hábitos alimentarios inadecuados que están instalándose en la sociedad actual.

El comedor escolar, además de servir a la administración educativa como un factor importante de escolarización, desempeña una destacada función social y formativa, estando integrado en la vida y organización de los centros, de tal manera que su programación, desarrollo y evaluación forma parte de la programación general anual.

OBJETIVOS DEL COMEDOR ESCOLAR

El comedor escolar como servicio educativo complementario a la enseñanza, deberá atender a los siguientes objetivos:

1- Educación para la salud, higiene y alimentación: encaminados a desarrollar y reforzar la adquisición de hábitos alimentarios saludables, normas de comportamiento y correcto uso y conservación de los útiles del comedor .

2-Educación para la responsabilidad: haciendo participe al alumnado, en función de su edad y nivel educativo, en las tareas, intervenciones y proyectos que se desarrollen en los comedores

3-Educación para el ocio: planificando actividades de ocio y tiempo libre que contribuyan al desarrollo de la personalidad y al fomento de hábitos sociales y culturales.

4-Educación para la convivencia: fomentando el compañerismo y las actitudes de respeto, educación y tolerancia entre los miembros de la comunidad escolar, en un ambiente emocional y social adecuado.

ORGANIZACIÓN DEL SERVICIO DE LOS COMEDORES DE CENTROS EDUCATIVOS

1- Proporciones de espacio por escolar/comensal: La proporción de espacio por escolar en las instalaciones destinadas al comedor se establecerá en la licencia de apertura, teniendo en cuenta la superficie útil y las dimensiones de las salidas de evacuación, todo ello bajo la inspección y control municipal como unidad administrativa responsable de otorgar esta licencia.

2-Duración de las comidas: El tiempo dedicado al desarrollo de la comida en cada turno, no deben ser inferior a 30 minutos, ampliando esta duración en lo que se estime necesario en los grupos de menor edad y en aquellos con necesidades especiales.

3-Supervisión de los menús escolares: Todos los menús servidos en los comedores escolares serán siempre supervisados por profesionales sanitarios(1) con formación acreditada y específica en nutrición humana y dietética, de manera que se garantice que son variados, equilibrados y adaptados a las necesidades nutricionales de cada grupo de edad.

4-Formación y cualificación del personal encargado de la atención y cuidado de alumnado en el comedor escolar: Se contará con personal de atención y cuidado del alumnado necesario para un correcto funcionamiento del servicio, teniendo en cuenta el número de comensales y la etapa educativa. El personal encargado de la atención del alumnado estará preparado para el desempeño de esta tarea teniendo conocimiento sobre educación infantil, promoción de hábitos saludables y velar para que la comida se desarrolle en un ambiente emocional y social adecuados.

Para atender al alumnado con intolerancias, alergias alimentarias y/o al latex en condiciones de seguridad, se fomentará la formación específica del personal docente, o de personal específico contratado, que participe en las tareas de atención y supervisión del alumnado en el servicio del comedor.

INFORMACION A LAS FAMILIAS

Los centros proporcionaran alas familias tutores o responsables de todos los comensales, incluidos aquellos con necesidades especiales, la programación mensual de los menús, dela forma mas clara y detallada posible y orientarán con menús adecuados para que la cena sea complementaria con el menú de mediodía

INSPECCIÓN Y SEGUIMIENTO

En cada comunidad autónoma, las autoridades sanitarias velaran para que se cumpla los criterios nutricionales y frecuencia de consumo de alimentos en los menús escolares y sobre la oferta alimentaria disponible en máquinas expendedoras, cantinas y quioscos presentes en los centros educativos.

CRITERIOS PARA LA OFERTA ALIMENTARIA PRESENTE EN MAQUINAS EXPENDEDORAS, CANTINAS Y QUIOSCOS PRESENTES EN CENTROS EDUCATIVOS

La oferta alimentaria existente en las maquinas expendedoras y en las cantinas, quioscos o locales similares situados en el interior de los centros educativos ha de ser coherente con las recomendaciones nutricionales para la población en edad escolar, facilitando la adopción de hábitos alimentarios adecuados entre el alumnado y favoreciendo, de esta manera, que exista un entorno alimentario en los centros saludable. Sin embargo, los productos ofertados en estos puntos de venta frecuentemente contienen excesivas grasas, azúcares o sal, dificultando que los niños y niñas puedan tener una alimentación equilibrada y, por ello saludable.

La garantía de una oferta sana en las máquinas expendedoras de los centros educativos es una de las reclamaciones que hace la Resolución del Parlamento Europeo de 25 de septiembre de 2008, sobre el Libro Blanco “Estrategia Europea sobre problemas de salud relacionados con la alimentación, el sobrepeso y la obesidad”. En concreto pide a los estados miembros que “dejen de vender, en los centros educativos, alimentos y bebidas con alto contenido en grasas, sal o azúcar u con pobre valor nutricional”. En la misma línea se manifestó el Senado, en el Informe de la ponencia para el estudio de la obesidad infantil y juvenil en España, donde se recomienda promover la venta, en estas máquinas de productos saludables y evitar la publicidad de los menos adecuados(2)

Entre las sociedades científicas del ámbito de la nutrición y alimentación también existe consenso a la hora de limitar a un consumo ocasional determinados alimentos y bebidas que, cuando se ingieren en exceso, son considerados poco saludables por su elevada densidad energética, gran cantidad de sal y, al mismo tiempo bajo aporte de fibra, proteínas, vitaminas o minerales (3). Se ha comprobado que los refrescos ricos en azúcares simples además de ser una fuente de calorías no tienen efecto saciante, por lo que consumidos de forma prolongada determinan un aumento del peso corporal(4). La OMS reconoce la relación entre obesidad y consumo elevado de alimentos altamente energéticos y pobres en nutrientes (5). Sin embargo, el consumo de estos alimentos es elevado en los niños y niñas, representando una parte importante de la energía diaria consumida.(6)

Para lograr que la población escolar tenga un equilibrio energético adecuado que ayude a prevenir el sobrepeso y la obesidad parece necesario ofrecer opciones saludables , lo que justifica la exclusión de alimentos y bebidas con escaso valor nutricional de los centros educativos. Los refrescos, caramelos, golosinas, polos, sorbetes, chocolates y aperitivos salados están incluidos en esta categoría.

Siguiendo el criterio de limitar el contenido de grasas, azúcares y sal, los restantes alimentos y bebidas distribuidos en los centros educativos deberán cumplir los siguientes criterios nutricionales por porción envasada o comercializada:

CRITERIOS NUTRICIONALES PORPORCION ENVASADA O COMERCIALIZADA

- ❖ Un valor energético máximo de 200Kilocalorias
- ❖ El 35%, como máximo de las Kilocalorías procederán de la grasa. Para una porción con menos de 200Kcal, esto equivale a un contenido máximo de 7,8 gramos de grasas.
- ❖ El 10%, como máximo, de las Kcal procederán de las grasas saturadas. Para una porción de 200Kcal, esto equivale a un contenido máximo de 2,2 gramos de grasas saturadas
- ❖ Ausencia de ácidos grasos trans, excepto los presentes de forma natural en productos lácteos y cárnicos.

- ❖ El 30%, como máximo, de las Kcal procederán de los azúcares totales. Para una porción de 200Kcal esto equivale a un contenido máximo de 15g de azúcares.
- ❖ Un máximo de 0,5g de sal (0,2g de sodio)
- ❖ No contendrán edulcorantes artificiales
- ❖ No contendrán cafeína u otras sustancias estimulantes, excepto las presentes de forma natural en el cacao.

Estos criterios persiguen un doble objetivo:

1-Promover el consumo de alimentos y bebidas considerados saludables entre los estudiantes.

2-Limitar el consumo abusivo de determinados nutrientes para evitar que se superen las ingestas diarias recomendadas.

Estos criterios han sido revisados por las sociedades españolas de nutrición, alimentación y dietética reunidas en la federación Española de Sociedades de Nutrición, Alimentación y Dietética (FESNAD) y se basan en los establecidos por el Instituto de Medicina de La Academia Nacional de Ciencias de Estados Unidos.

La persona o empresa responsable del abastecimiento y servicio de las maquinas expendedoras, cantinas y quioscos deberá comprobar que los productos disponibles en ellos cumplen con estos criterios a través del etiquetado nutricional, en aquellos productos que lo contengan, o solicitando esta información a las empresas fabricantes o distribuidoras.

Para facilitar esta comprobación se ha elaborado la siguiente tabla, en la que los valores anteriormente referidos por envase o porción de consumo equivalen a las siguientes cifras por 100g o 100ml

ALIMENTOS PERMITIDOS PARA VENDERSE EN MAQUINAS EXPENDEDORAS, CANTINAS Y QUIOSCOS DE CENTROS EDUCATIVOS

Sin pretender ser una relación exhaustiva, los alimentos y bebidas que podrán venderse en las máquinas expendedoras, cantinas y quioscos de los centros educativos, de acuerdo a los criterios nutricionales establecidos, son los siguientes:

- ❖ **Aguas envasadas**, las variedades reconocidas por la legislación.
- ❖ **Leche** en cualquiera de sus presentaciones y formas de conservación.
- ❖ **Productos lácteos** elaborados a partir de leche entera desnatada o semidesnatada, que no contengan más de 12,3 g de azúcar/100ml (4,8 g de lactosa + 7,5 g de azúcares añadidos) o 24,6 g de azúcar por envase de 200 ml (9,6g de lactosa + 15 g de azúcares añadidos)
- ❖ Quesos con poco contenido en grasa y que no superen el límite establecido para la sal
- ❖ Frutas frescas, enteras o mínimamente procesadas que no contengan azúcares añadidos

- ❖ Zumos de fruta y zumos de fruta a base de concentrado que no contengan azúcares añadidos. No se incluyen los néctares de frutas ni las bebidas mixtas de fruta y leche por la incorporación de azúcares añadidos o edulcorantes artificiales a estos productos.
- ❖ Bebidas a base de hortalizas que contengan, al menos un 50% de hortalizas y sin azúcares añadidos o edulcorantes artificiales
- ❖ Cereales de desayuno y barritas de cereales siempre que cumplan los criterios establecidos para las grasas, azúcares y sal.
- ❖ Galletas y bollería, cuando cumplan los criterios establecidos para el contenido en grasas, especialmente saturadas y azúcares

- ❖ Frutos secos que no contengan ni grasas añadidas y cuyo contenido en sal no supere el límite establecido. Deberán presentarse en un tamaño de envase adecuado para no exceder el valor energético máximo
- ❖ Helados, preferentemente elaborados con leche, siempre que cumplan los criterios establecidos para grasas y azúcares.
- ❖ Sándwiches, siempre que cumplan los criterios establecidos para grasas, sal y azúcares.
- ❖ Bocadillos, preferiblemente elaborados con pan integral
- ❖ Productos de panadería siempre que cumplan con los criterios establecidos para grasas, azúcares y sal.

- En el caso de máquinas expendedoras, al tratarse de un sistema de autoservicio de consumo ilimitado y sin supervisión por un adulto, existe el riesgo de que los estudiantes de menor edad abusen del consumo de determinados productos en los intervalos entre comidas, reduciendo la ingesta de las comidas principales y desequilibrando su alimentación. Por esta razón, no se permitirá la instalación de máquinas expendedoras en aquellas zonas donde puedan tener acceso a ellas alumnado de Educación Infantil, Primaria y/o Educación Especial. Se eliminará la publicidad de las máquinas expendedoras situadas en las zonas de alumnado de educación Secundaria para evitar el efecto inductor que esta pueda tener sobre los escolares, condicionando la selección de determinados alimentos y bebidas.

BIBLIOGRAFIA

- 1- Food and nutrition policy for schools. A tool for development of school nutrition programmes in the European Region, Programme for Nutrition and Food Security WHO regional Office for Europe, Copenhagen 2006
- 2-Informe de la ponencia para el estudio de la obesidad infantil y juvenil en España. Comisión conjunta de la comisión de Educación y Ciencia y de la Comisión de Sanidad y Consumo. Aprobado por el Pleno del Senado en sesión del día 11 de diciembre de 2007 (BOCG, Senado, Serie I, números 824 y 831, de fechas 15 y 23 de noviembre de 2007, respectivamente)
- 3-Guías alimentarias para la población española. Recomendaciones para una dieta saludable. Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC). Madrid, 2001

- 4-Vartanian LR, Schwartz MB, Brownell KD. Effects of soft drink consumption on nutrition and health: A systematic review and meta-analysis. American Journal of Public Health. 2007;97:667-675.
- 5-World Health Organization. Joint WHO/FAO expert consultation on diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. WHO technical report series;916. Geneva:WHO;2002
- 6-Serra L, Aranceta J. Alimentación infantil y juvenil. Estudio enKid. Volumen 3. Ed. Masson (Barcelona), 2004

TEMA 12. COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL

**SANDRA LEÓN GARCÍA
LAURA GARCÍA GARCÍA
NATALIA SÁNCHEZ RODRÍGUEZ
MARTA VERA CAMPOS**

ÍNDICE

1 INTRODUCCIÓN

2 OBJETIVOS

3 METODOLOGÍA

4 RESULTADOS

5 CONCLUSIONES

6 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1 INTRODUCCIÓN

Con el paso del tiempo la Bioética ha adquirido un papel destacado, especialmente por las implicaciones que la misma puede tener en un campo tan particular como es el de la medicina.

La bioética ha tenido que recurrir en su desarrollo a la consideración de aspectos generalistas, llámense estos mínimos de la bioética, mínimos necesarios para responder de algún modo a casos específicos donde la vida se encuentra al borde de la encrucijada. Estos mínimos son considerados como principios, debido a su carácter, evidencia una convención social a propósito del tema, mediada por la racionalidad.

2 OBJETIVOS

Los objetivos de este estudio es informar de la existencia de los Comités de Ética, competencias de estos y de su importancia como mediador asesor ante un dilema ético como es una enfermedad infecto-contagiosa.

3 METODOLOGÍA

Se han empleado los siguientes criterios:

BASES DE DATOS: Pubmed, Lilacs, Scielo y Google Académico.

IDIOMA: Español e Inglés.

TIPOS DE ESTUDIOS Y DOCUMENTOS: artículos primarios, revisiones bibliográficas y protocolos.

OPERADORES BOOLEANOS: AND y OR.

PALABRAS CLAVE: COMMITTEES, ETHICS, COMITES DE ETICA.

TAMBIÉN BÚSQUEDA INVERSA.

4. RESULTADOS

Sería conveniente que los Comités de ética Asistencial, realicen propuestas de formación al colectivo profesional del Sistema Sanitario ya que en los artículos revisados destaca el escaso conocimiento de los profesionales sanitarios sobre la existencia de los mismos, de modo que tanto usuarios como personal sanitarios salgan beneficiados. Entre dichas proposiciones se encuentran:

- Dar información a los trabajadores de cuáles son sus derechos y deberes en materia de salud así como asesorar e informar a usuarios del sistema sanitario de sus derechos y deberes de salud y de cuales serian las limitaciones del personal sanitario si se diera un caso de enfermedad infectocontagiosa en el cual no exista material, método ni recursos para que el riesgo de adquirir la enfermedad sea inferior al de la asistencia sanitaria recibida.

- Proponer la realización de talleres de actuación ante tales enfermedades para el personal sanitario y usuarios del sistema.
- Divulgación acerca de que el personal sanitario realiza unos estudios en los que adquiere conocimientos sobre el cuidado de usuarios con carencia de salud pero no por ello están obligados a poner en riesgo sus propias vidas así como la salud de aquellos que les rodean en la privacidad de su día a día.
- Indicar que la vocación del cuidado desde un juicio ético debe sopesar si asistir o no a este tipo de usuarios sin que esto les perjudique porque están en su derecho de elegir si asistir o no a este tipo de pacientes.
- Señalar que nunca se le debe negar a los usuarios el auxilio puesto que se estaría infringiendo la ley, que es posible alertar del suceso pero sin implicarse en el de forma física.

5. CONCLUSIONES

- Garantizar la seguridad y el beneficio de la sociedad, para apoyar y alentar al personal sanitario tanto de una forma ética como moral de lo importante que es cuidar a aquel que por su estado de salud demanda cuidados.
- Podemos afirmar que la vocación no prevalece sobre la vida personal y su entorno ante este tipo enfermedades infectocontagiosas y sin las medidas de protección adecuadas.
- Los trabajadores sanitarios tienen derecho a negarse a prestar asistencia a enfermos infectocontagiosos sino existe un protocolo de actuación, medidas y equipos adecuados.

6 BIBLIOGRAFÍA

- Rafael Torreglosa Sánchez. Internet. Edición generalitat valenciana 2005. Conselleria de Sanitat. EVES 2005. 2005. {citado 27-11-2014} .
- 2. BOE num. 28"1- Viernes 24 noviembre 1995 33987, 25444 LEY ORGANICA 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. {citado 27-11-2014} .
- 3. «BOE» núm. 311, de 29/12/1978 Cortes Generales BOE-A-1978- 31229 {citado 27-11-2014}.

4. Memoria del Consejo Asesor Regional DE Ética Asistencial "Doctor Juan Gómez Rubí".(Libro consultado) Cañavate Gea J.II Memoria del Consejo Asesor Regional de ÉticaAsistencial "Dr. D. Juan Gómez Rubí" y Comités de Éticaasistencial de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. Murcia. Jun 2007-Jun 2009.309.

5. Pacheco Guevara R. Cartera de servicios de la Unidad de Medicina Judicial y Ética Médica del hospital Universitario Reina Sofía (Murcia); Revista de la Escuela de Medicina Legal; Junio de2008; 0-15 http://pendientedemigracion.ucm.es/info/medlegal/5%20Escuelas/escumedlegal/revista/articulos_pdf/1_8_2008.pdf

**TEMA 13. EXPERIENCIAS DE TRES
ENFERMERAS EN COOPERACIÓN AL
DESARROLLO EN LA REGIÓN DE
MURCIA**

**MARÍA MARTÍNEZ MEDRANO
M^a EMILIA GARCÍA DÍAZ**

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN
2. JUSTIFICACIÓN
3. MARCO TEÓRICO
4. OBJETIVOS E HIPÓTESIS
5. MATERIAL Y MÉTODO
6. DISCUSIÓN
7. RESULTADOS
8. CONCLUSIONES

1. INTRODUCCIÓN

Cooperante: “Persona que ayuda al desarrollo de un país necesitando de el social y económicamente”.

Cooperación al Desarrollo: “Conjunto de actuaciones de carácter internacional orientadas al intercambio de experiencias y recursos de países del norte y del sur para alcanzar metas comunes basadas en criterios de solidaridad, equidad, eficacia, interés mutuo, sostenibilidad y corresponsabilidad”.

- La Profesión enfermera esta vinculada a lo largo de la historia a una profesión vocacional y por tanto a una labor de voluntariado altruista entre los más probables.
- Tenemos asumido el tener que acudir en ayuda de los más necesitados proporcionándoles cuidados de salud.

Situación de la sanidad en el mundo: podemos asegurar que la salud en el mundo ha mejorado en las ultimas décadas. Sin embargo pese a los avances la situación no es homogénea en todo el mundo y es mejorable en algunos lugares.

La falta de acceso a los servicios de salud es una de las principales causas que explica las diferencias en cuanto a nivel de salud en el mundo.

2. JUSTIFICACIÓN

- El mundo se enfrenta a carencias de personal sanitario importantes tanto en los países desarrollados como los que están en vías de desarrollo, pero los problemas son mucho más graves en los países pobres.

Solo para alcanzar los ODM 4 y 5 en los países de ingresos bajos es necesario entre 2,6 y 3,2 millones más de personal sanitario.

3. MARCO TEÓRICO

Las aportaciones técnicas y profesionales de la enfermería son fundamentales para el mantenimiento de la salud y prevención de enfermedades.

La salud es un pilar básico de la cooperación por que permite aumentar los índices de desarrollo humano.

La OMS considera a las enfermeras como motores básicos para lograr la consecución de las estrategias “salud para todos” y la obtención en 2015 de los ODM.

- “Salud para todos” significa igualdad en la salud entre los diferentes países.
- La mejora en la educación de las niñas y la provisión de infraestructuras de salud pública rompen el círculo de la pobreza y enfermedad, disminuye la mortalidad infantil y hace disminuir la natalidad.



4. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

Objetivos:

1. Entender y describir experiencias en cooperación desde el punto de vista de cada participante.
2. Comparar experiencias de enfermeras en cooperación.

Hipótesis:

1. Existen pocos trabajos que describan las experiencias en cooperación en enfermería.
2. Es necesario compara experiencias en cooperación y adquirir conocimientos básicos en cooperación al desarrollo.

5. MATERIAL Y MÉTODO

- Estudio descriptivo observacional retrospectivo de investigación cualitativa, mediante entrevistas semiestructuradas.
- La muestra consta de 3 enfermeras cooperantes.
- Criterios de inclusión: Ser DUE haber realizado al menos una misión de cooperación y tener alguna relación con la Universidad de Murcia.
- Realización revisión bibliográfica en la que se encontraron 32 artículos de los cuales 10 fueron utilizados para su posterior comparación con las entrevistas realizadas.

6. DISCUSIÓN

- **De la entrevistas realizadas extraemos 7 ideas principales:** Importancia de estudiar en la carrera alguna asignatura relacionada con la cooperación, Motivaciones e intereses personales, tipo de trabajo que se realiza, expectativas, aprendizaje y cambios, volver a lo cotidiano y difícil de explicar.
- **La temática de los artículos la dividimos en cinco categorías:** AP, AE, Docencia, Ayuda Humanitaria y otros.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

1. Encontramos pocos estudios relacionados con el tema.
2. Encontré 4 enfermeras para realizar las entrevistas pero solo pude realizar 3 entrevistas.

7. RESULTADOS

	SEXO	AÑO FIN ESTUDIOS	Nº DE EXPERIENCIAS	LUGAR	DURACIÓN	AMBITO DE ACTUACIÓN	LUGAR TRABAJO HABITUAL
ENTREVISTA 1	MUJER	1994	2	ANGOLA	1ª 6 meses 2ª 13 años (continua)	AP AE Docencia	ANGOLA
ENTREVISTA 2	HOMBRE	2006	7	MOZAMBIQUE	Cada experiencia fue de un mes	AP	AEROPUERTO
ENTREVISTA 3	MUJER	2000	3	NICARAGUA LIBERIA BOLIVIA	Cada experiencia fue mas o menos de un mes	AP AE Docencia	H G U Reina Sofia

8. CONCLUSIONES

- Importancia de forma en cooperación como herramienta para mejorar la calidad asistencial y se recomienda a las universidades aumentar la formación en cooperación.
- Trabajar en un medio cultural distinto, nos obliga a tener una actitud abierta y flexible ante costumbres de personas de otro país.
- Antes de realizar una misión de cooperación es necesario realizar cursos de formación y de información.
- La importancia de los proyectos en cooperación radica en definir y asumir aquellas acciones que son realmente útiles para el mundo de la cooperación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Real Academia Española de la lengua consultado el día <http://www.rae.es/rae.html> 2012.
2. Hernández Faba E. ¿Qué significa ser cooperante? Enferm clín. 2010; 20(6):325-326.
3. Glosario de Términos sobre cooperación al desarrollo y acción humanitaria del instituto sindical de cooperación al desarrollo que podemos encontrar en: <http://www.educacionenvalores.org/spip.php?article149>
4 22/04/2012.

4. Jané Camacho, Elisabet; Figuerola Batista, Montserrat, Efectividad de la ayuda oficial al desarrollo y los nuevos principios e instrumentos para la cooperación al desarrollo en salud. Informe SESPAS 2008 GacSanit. 2008;22 (Supl 1):237-43.

5. Informe 2010. coordinadoraongd.org/index.php/coordinadora/vista?id=708&idcoordinadora=29

6. Boletín informativo del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca Marzo 2007 Consejería de Sanidad y Servicio Murciano. Disponible en: www.murciasalud.es/publ

7. Objetivo de Desarrollo del Milenio 8 La alianza mundial para el desarrollo: es hora de cumplir Naciones Unidas Nueva York, 2011 Informe de 2011 del Grupo de Tareas sobre el desfase en el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. http://www.undp.org/content/dam/undp/library/MDG/spanish/mdg_gap_report2011_sp.pdf.

8. OMS Informe sobre la salud en el mundo 2002.

9. Manjavacas García del pozo,JA. Documentos Enfermería. Presencia Enfermera en la Acción Humanitaria. 2011. N°41:19-10. Carmona Simarro JV. Enfermería y ONGs. En: Dirección y coordinación. Manual de Enfermería para Ayuda Humanitaria. 1ªed. Alicante: Consejo de enfermería de la comunidad valenciana (CECOVA); 2005. P.17-42..

10. La salud y la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria informe 2011 médicos del mundo, prosalus, midicosmundi.

11. Montes Castillos A. Universidad y la cooperación al desarrollo. Murcia: Servicio Publicaciones Universidad de Murcia: 2000

12. Pulido Fuentes M. ¿Una medicina efectiva entre culturas? La experiencia de un Programa de salud de atención primaria en comunidades indígenas de la selva amazónica ecuatoriana. Indexenferm. 2010 sep; 19(2-3): 208-212. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?cript=sci_arttext&pid=S1132-12962010000200030&lng=es.http://d.doi.org/10.4321/S113212962010000200030

13 Villa V. Documentos Enfermería. Juan Antonio Manjavacas, o la solidaridad en estado puro. 2005. N°23:11-13.

14. Villa V. Documentos Enfermería. Juan Antonio Manjavacas, o la solidaridad en estado puro. 2005. N°23:11-13.
15. Special Report: Disaster in Haiti, Earthquake spawns massive need. AJN 2010 abril vol 110N°4:21-24
16. Molina V Entrevista a Paloma Rocasolano (vacaciones Solidarias-FUNDEN) “De vacaciones donde más te necesitan”. Enferm global. 2008; 14:1-5.

14. Casabona Martínez I, Lillo Crespo M, Mora Antón M D, CortCasabona, S. Visión de la enfermería en Ruanda: relato de una experiencia de docente. Cultura de los cuidados. 2008; nº24:82-87. Disponible: <http://hdl.handle.net/10045/9874>
Consultado: 20-01-2012.

15. Olea Ulloa L, Sagüillo Antolín M, Amador Martínez A, Molina Alén E, Del Campo Antolín A. González Albornoz V. Enfermería quirúrgica urológica en los campamentos de refugiados saharauis. Enfuro. 2008. N°106:27-30. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2949266>
Consultado: 20-01-2012.