



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD

aecosan
Agencia española
de consumo,
seguridad alimentaria y nutrición

estrategia
naos
¡come sano y muévete!

Abordaje del sedentarismo y obesidad infantil desde la perspectiva familiar y comunitaria en atención primaria



**Grupo de Trabajo
de Promoción
de Actividad Física y Salud.
FAECAP**

faecap Federación de Asociaciones
de Enfermería Comunitaria
y Atención Primaria

www.faecap.com



SEAPREMUR
Sociedad de Atención Primaria de
la Región de Murcia (1989)



SEAPA
Sociedad de Enfermería
de Atención Primaria
de Asturias
Sociedad de Enfermería de A.P.
de Asturias (1996)



semap
Sociedad de Enfermería
Madrileña de Atención Primaria
Sociedad Madrileña de Atención
Primaria (1997)



AFICC
ASOCIACIÓ D'INFERMERIA
FAMILIAR I COMUNITARIA
DE CATALUNYA
Associació d'Infermeria Familiar i
Comunitària de Catalunya (1996)



asanec
Asociación Andaluza de
Enfermería Comunitaria (1997)



ABIC
Associació Balear
d'Infermeria Comunitària
Associació Balear d'Infermeria
Comunitaria (1994)



SCECC
Sociedad Científica de Enfermería
Comunitaria Cantabria (2003)



ASOCM
Asociación Castellano Manchega
de Enfermería Comunitaria (1994)



EFEKEZE
Sociedad de Enfermería Familiar y
Comunitaria de Euskadi



AECA
Asociación de Enfermería
Comunitaria Aragonesa (2004)



AGEFEC
Asociación Galega de Enfermería
Familiar e Comunitaria



SEFYCE
Sociedad de Enfermería Familiar y
Comunitaria de Extremadura (2003)



**Sociedad de
Enfermería
Valenciana en
Atención
Primaria**

DIEGO JOSÉ VILLALVILLA SORIA (SEMAP – COORDINADOR GDT ACTIVIDAD FÍSICA Y SALUD FAECAP).

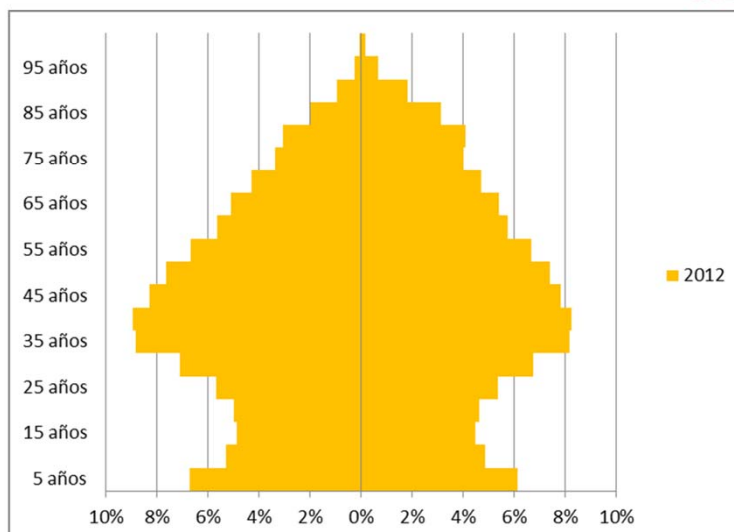
MARIA JESÚS RODRÍGUEZ (SEAPA), ANDREA OTERO BUDIÑO (AGEFEC) GUILLEM ARTIGUES VIVES (ABIC) ALBERT GUERRERO PALMERO (AFICC) CÉSAR FERNÁNDEZ CARRETERO (ACAMEC) BEATRIZ VALDIVIELSO FDEZ DE VALDERRAMA (SEMAP), CRISTINA ALONSO BLANCO (SEMAP), SUSANA AZNAR LAÍN (GRUPO DE INVESTIGACIÓN ACTIVIDAD FÍSICA Y SALUD PAFS) & HELP PROYECT TEAM. GRUPO DE TRABAJO CASTILLALAMANCHAMASACTIVA, GRUPO DE TRABAJO VALLECAS ACTIVA Y GRUPO DE TRABAJO FAMILIAS ACTIVAS (SEMAP). PRESIDENCIA Y JUNTA DIRECTIVA FAECAP.

Envejecimiento poblacional y cambio demográfico



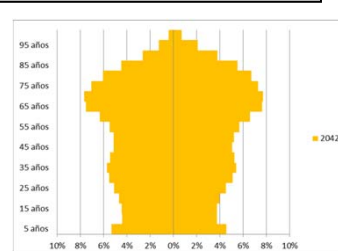
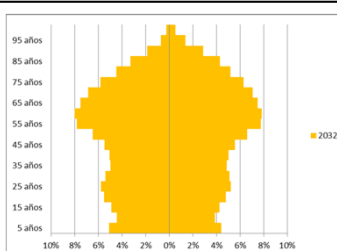
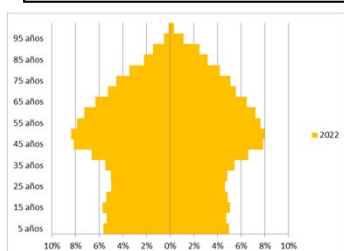
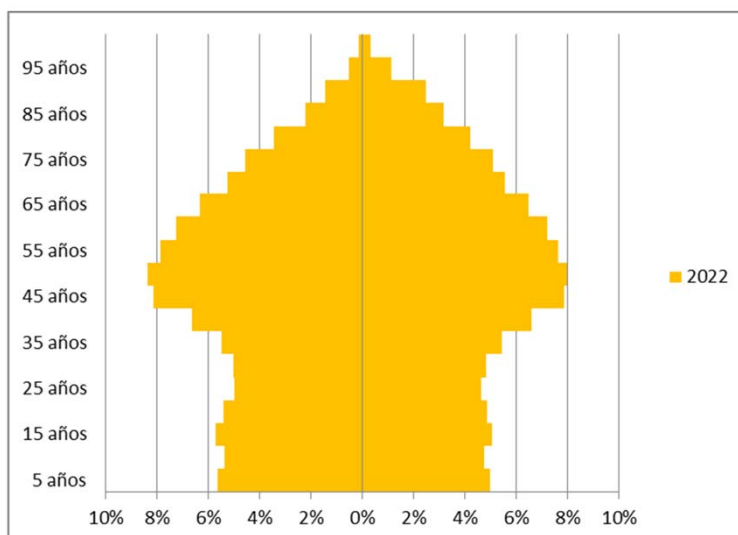
PERSPECTIVA DE SALUD PÚBLICA Y SOSTENIBILIDAD EN RELACIÓN A ESTILOS DE VIDA Y ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL

ENVEJECIMIENTO SEDENTARIO + ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL + OBESIDAD INFANTIL



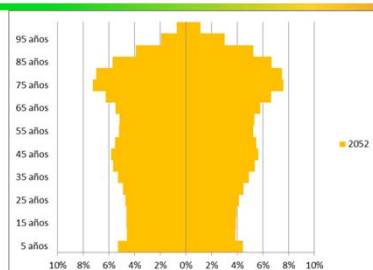
Buenos días, saludar a autoridades, asistentes, muchos conocidos, compañeros y amigos, de esta familia, de esta comunidad, cada vez más amplia de personas y entidades comprometidos con la Estrategia NAOS. Agradecer a Doña Angela Lopez de Sa y al equipo NAOS la invitación a esta esta convención. Por nuestra parte. En nombre de nuestro presidente Javier Carrasco, ofrecer la capacidad de Liderazgo FAECAP para hacer que todas nuestras sociedades científicas autonómicas federadas impulsen la Estrategias NAOS con la aportación de las más de 20.000 profesionales de enfermería familiar y comunitaria que día a día trabajamos en la red de atención primaria del Sistema Nacional de Salud. Es una muy mala noticia que el exceso de peso afecté al 43 por ciento de los escolares de entre siete y ocho años según se ha informado D. Napoleón Pérez en el Estudio Aladino 2013 . Al igual que los datos derivados de la iniciativa COSI (WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative) que compara los datos Europeos de obesidad infantil y que sitúan a España entre los primeros puestos en prevalencia en el contexto europeo según explicó D. João Breda. Director del Programa de Nutrición, Actividad Física y Obesidad OMS-Europa quien también cito "The Global Burden of Disease: Spain" (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2012), que establece a la alimentación y la obesidad como los máximos responsables de carga de enfermedad en España junto a la inactividad física (sexta causa de carga de enfermedad en España). Por ese motivo justificó la necesidad de un plan específico de promoción de actividad física y salud para Europa. Aunque explicó, y queremos completar y explicar, que con iniciativas diferentes podrán encontrarse resultados diferentes, y que hay que trabajar con urgencia en nuevas iniciativas para poder conseguir un futuro mejor

PERSPECTIVA DE SALUD PÚBLICA EN RELACIÓN AL ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN



Dicho esto, Una proyección (Proyecciones de población a largo plazo 2012-2052. INE 2012), para conocer como podría ser a nivel social e individual nuestra vida teniendo en cuenta el impacto del envejecimiento poblacional, envejecimiento sedentario y obesidad infantil de confirmarse la actuales tendencias veríamos que seríamos más pobres (especialmente las clase medias al adquirir la condición de invalidez o jubilación). En 2052, el 38,7% de la población será mayor de 64 años (frente al 18,2% actual) y, si se mantienen las tasas actuales, la tasa de dependencia estará en torno al 100% (es decir, por cada persona en edad de trabajar habrá otra potencialmente dependiente por ser menor de 16 años o mayor de 64) y una carga de enfermedad muy elevada en mayores derivadas del envejecimiento sedentario y en generaciones sucesivas derivadas de la obesidad y sedentarismo en la infancia. El exceso de peso afecta al 43 por ciento de los escolares de entre siete y ocho años (Aladino 2013), cuando hace dos años el porcentaje ascendía al 45,3 por ciento (Aladino 2011). Muchos de ellos de no implementar estrategias enérgicas y eficaces serán obesos en la edad adulta y ello implicará un aumento de la carga de enfermedad.

Envejecimiento poblacional + envejecimiento individual sedentario

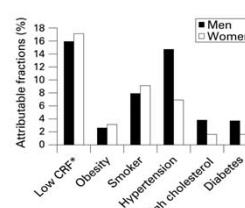


Estimación de carga de enfermedad atribuible a inactividad física de diferentes enfermedades crónicas para España.

Enfermedad Crónica	Fracción atribuible (en AVADs)
Enfermedad cardiovascular	19%
Diabetes tipo 2	31%
Cáncer de mama	33%
Cáncer de colon	31%

Fuente: Hesse, et al., Gakman AD, et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet 2012; 380:2224-60. (acceso on line 01/09/2014: <http://viz.healthmetricsandevaluation.org/gbd-compare/>)

FACTOR DE RIESGO	Mortalidad atribuible al factor de riesgo (OMS, 2004)	
	A nivel mundial	En Países desarrollados
Presión Arterial elevada	12.8%	16.8%
Consumo de tabaco	8.7%	17.9%
Hiper glucemia	5.8%	7%
Sobrepeso y obesidad	4.8%	8.4%
Inactividad Física	5.5%	7.7%



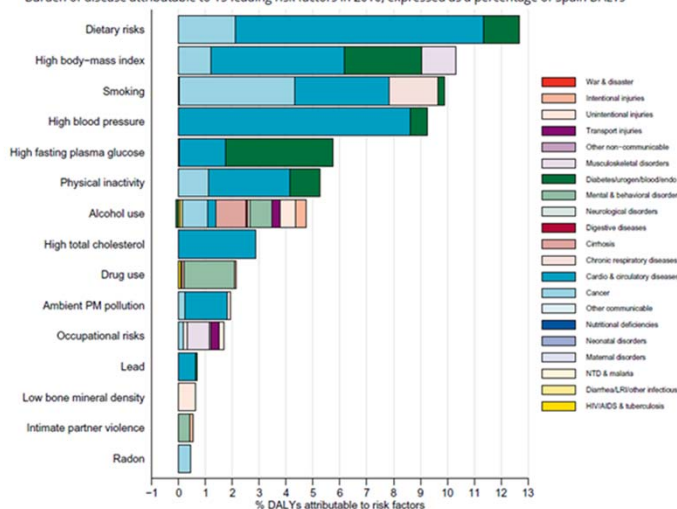
Physical inactivity: the biggest public health problem of the 21st century.
Steven N. Blair

Attributable fractions (%) for all-cause deaths in 40 842 (3333 deaths) men and 12 943 (491 deaths) women in the Aerobics Center Longitudinal Study. The attributable fractions are adjusted for age and each other item in the figure. *Cardiorespiratory fitness determined by a maximal exercise test on a treadmill

Tengan que en cuenta que actualmente se estima una carga de enfermedad atribuible a la inactividad física en nuestro país del oscila entre el 20 y el 30% para la enfermedad cardiovascular, diabetes tipo II, el cáncer de mama, y para el cáncer de colon. Una mortalidad del 7.7 % de según OMS en 2004 y quizá esa cifra se duplique según los datos de S.Blair en 2009.

Estamos hablando de la inactividad física como responsable de decenas de miles de muerte anualmente en nuestro país. Por eso no se entiende la falta de recursos para la reorientación a la promoción de la salud de nuestro sistema de salud y el escaso rigor con el que se aborda la promoción de actividad física y salud en el sistema sanitario.

Burden of disease attributable to 15 leading risk factors in 2010, expressed as a percentage of Spain DALYs



Los riesgos para la salud de la obesidad infantil son peor de lo que pensábamos





Los niños obesos podrían tener un riesgo entre un 30 y un 40 por ciento mayor de accidente cerebrovascular y enfermedad cardíaca que los normopeso.

[Home](#)
[Research](#)
[Education](#)
[News](#)
[Comment](#)
[Multimedia](#)
[Careers](#)

From 1840 Jan To 2013 Nov

OPEN ACCESS: All research articles are freely available online, with no word limit. [Find out more](#) about the

Future health risks for obese children may be greater than previously thought

Tuesday, September 25, 2012 - 07:52

Being obese as a child or adolescent may have a larger effect on future health than previously thought, suggests a study published on bmj.com today.

It comes as New York City passes a ban on large-size sugary drinks to help tackle obesity and related health problems in the US. MPs are now calling on the government to introduce similar legislation in the UK.

Researchers at the University of Oxford show that obese children and adolescents have several risk factors for heart disease including raised blood pressure, cholesterol and blood sugar levels, and a thickening of the heart muscle, compared with normal weight children.

They warn that, if these risk factors are allowed to progress into adulthood, obese children could already be at a 30-40% higher risk of future stroke and heart disease than their normal weight counterparts.

Being overweight in adulthood is well known to increase the risk of cardiovascular disease. The effect of obesity on children is less well understood, but a growing body of evidence suggests a similar association.

Igualmente el impacto en la salud derivado de la obesidad en la infancia es peor de lo esperado. Los niños que adquieren la condición de obesos en la infancia podrían tener un riesgo entre un 30 y un 40 por ciento mayor de accidente cerebrovascular y enfermedad cardíaca que los normopeso.

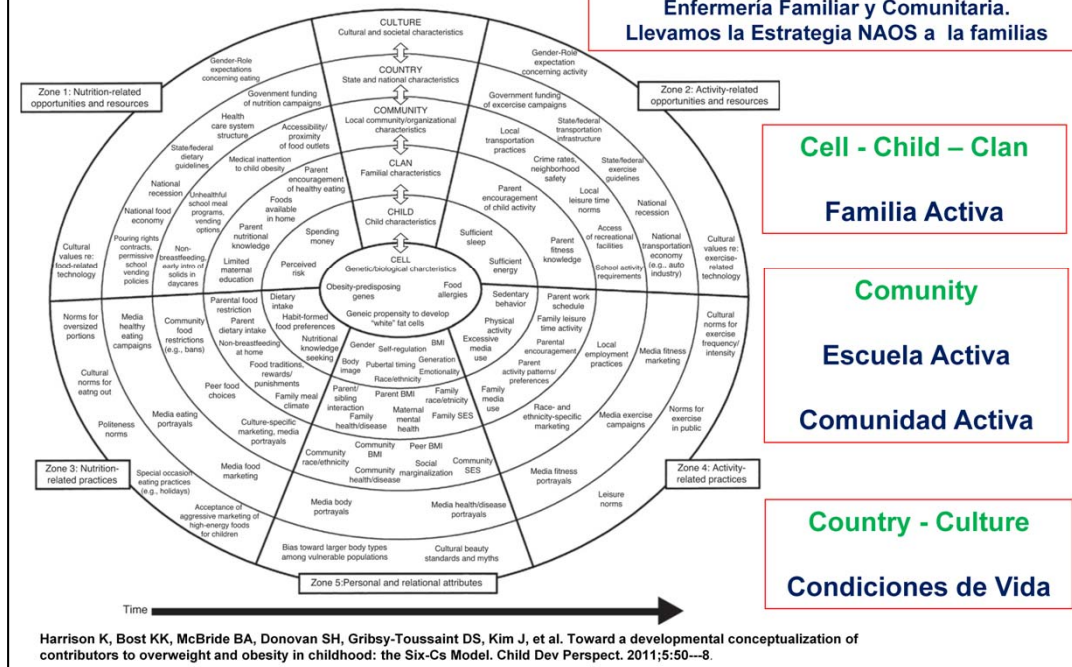
Numerosas son igualmente las **comorbilidades principales** que se han demostrado asociadas a la obesidad infantojuvenil (Ebbeling y cols., 2002, Feliu Rovira A. y cols., 2012).

Neurológicas	Pseudotumor cerebral
Respiratorias	Apneas del sueño Síndrome de hipoventilación Infecciones respiratorias
Metabólicas	Resistencia a la insulina Diabetes tipo 2 Dislipemia Síndrome metabólico
Digestivas	Litiasis biliar Pancreatitis Esteatosis hepática no alcohólica
Endocrinológicas	Adrenarquia precoz Pubertad adelantada Síndrome de ovario poliquístico Maduración ósea acelerada
Esqueléticas	Genu valgo Tibia vara Enfermedad de Perthes Epifisiólisis de la cabeza femoral
Psicosociales	Baja autoestima Depresión Trastornos de la conducta alimentaria
Cardiovasculares	Hipertensión Hipertrofia cardíaca Inflamación crónica Disfunción endotelial

Modelo 6 C (Harrison, 2011) : Determinantes de la obesidad infantil. Cell – Child – Clan – Community – Country - Culture



**Enfermería Familiar y Comunitaria.
Llevamos la Estrategia NAOS a la familias**



La obesidad infantil se ha convertido en un problema de importante magnitud y que atrae la atención del mundo científico y protagoniza grandes esfuerzos en salud pública y educación. Las causas de dicho problema son multifactoriales y extremadamente complejas, y se han abordado muchos focos de intervención para intentar invertir la tendencia. Los principales contribuyentes se siguen considerando la falta de actividad física de la población y las estrategias de alimentación equivocadas. ¿En qué nos estamos equivocando? La mayoría de las líneas de investigación, más allá de las 2 más comunes estudiadas, podemos comprobar que el sobrepeso y la obesidad son un problema complejo en que hay cientos de factores que contribuyen, pero probablemente nos estemos equivocando al centrar la mayoría de los esfuerzos en estudiar los efectos de determinadas prácticas de nutrición y el incremento de la actividad física de forma genérica.

(Borràs PA, Ugarriza L. Obesidad infantil: ¿nos estamos equivocando? Principales causas del problema y tendencias de investigación. *Apunts Med Esport.* 2013. <http://dx.doi.org/10.1016/j.apunts.2012.09.004>).

El abordaje de la obesidad infantil requiere un abordaje con un modelo ecológico de los contribuyentes al sobrepeso y la obesidad en la infancia, el de las seis "C" (de su nombre en inglés de la diferentes esferas que se desarrollan alrededor del niño: cell, child, clan, community, country, culture (células, niño, familia, comunidad, país, cultura) (Harrison, 2011). De esta manera es fácil entender que son cada vez más necesarios equipos multidisciplinares con el objeto de investigar sobre obesidad infantil y responder adecuadamente diseñando las intervenciones y políticas efectivas para poder invertir la tendencia del sobrepeso y obesidad infantil. En Enfermería Familiar y Comunitaria partimos del modelo 6 C (Harrison), para explicar un problema tan complejo. Trabajamos con familias en los ámbitos (CELL (células - predisposición genética), CHILD (infancia) y CLAN (familia)). Trabajamos con las comunidades mediante el impulso del modelo ESCUELA ACTIVA Y COMUNIDAD ACTIVA y demandamos acciones políticas y culturales para mejorar las condiciones de vida de la población que determinan el sedentarismo y obesidad infantil.



Para llevar la Estrategia NAOS a las familias y en especial a las familias vulnerables (con riesgo y problemas de sobrepeso y obesidad infantil) impulsamos la intervención FAMILIAS ACTIVAS que tiene como objetivo el tratamiento del sobrepeso y la obesidad infantil mediante programas educativos estructurados que abordan todos los determinantes (socioculturales, emocionales, ejercicio físico, nutrición ...) , complementando las actuaciones de prevención primaria en el programa del niño sano que contribuyen a facilitar la detección precoz “lo antes posible”, y las actuaciones en el ámbito escolar. Este tipo de programas, que progresivamente se implantan en atención primaria como modelo de atención a la obesidad infantil , precisan de elementos facilitadores: incluir en cartera de servicios la “Atención a la obesidad infantil”, “Atención al sedentarismo” y completarlo con programas de sensibilización, formación, investigación y evaluación.

Componentes del programa educativo







¿Cómo podemos tratar la obesidad infantil ?

Educational interventions in childhood obesity: A systematic review with meta-analysis of randomized clinical trials (Graciele Sbruzzi et al.)

- Educational interventions are effective in treatment, but not prevention, of childhood obesity and its consequences

Revisiones Cochrane (2009) “Interventions for treating obesity in children”

- Programas basados en el estilo de vida, el comportamiento e intervención familiar implementados por profesionales formados reducen el sobrepeso.

PERIODO 2013-Septiembre **Resultados de Cartera de Servicios Comunidad de Madrid**

COMUNIDAD CAM - Madrid **CENTRO** “ATENCIÓN A NIÑOS CON OBESIDAD INFANTIL”

SERVICIO: 106

Atención a niños con obesidad	CIERRE			PACTO META	ALCAN. ZADO	ESTANDARES			
	NUM.	DEN.	%			MIN	ACE	OPT	RESULTADO
Indicador Cobertura	5.396	134.244	4,02			31	40	50	< Mínimo
Anamnesis / valoración funcional	4.798	5.396	88,92			60	75	90	Aceptable
Controles	2.316	5.396	42,92			60	75	87	< Mínimo

Prevalencia diagnóstica de obesidad infantil diagnóstica: 1,61 % en las consultas de Atención Primaria. Tesis Dr. Raul Pesquera. (2000). Univ. Cantabria.



La “Atención obesidad infantil” es incluida en la cartera de servicios de forma pionera la Comunidad de Madrid basándose en la evidencias científicas que avalan su tratamiento sin embargo comprobamos que es muy escaso el porcentaje de niños obesos (respecto al detectado en Aladino) que es conocido y seguido en las consultas es muy escaso (un 4%).

En 2013 de una población diana estimada de 134 mil niños obesos en la Comunidad de Madrid solo 5.396 eran beneficiarios del servicio de atención a la Obesidad infantil.

El fenómeno del infradiagnóstico ya fue advertido por el Dr. Raul Pesquera : en su estudio solamente el 1,61 % de niños obesos eran conocidos en las consultas de Atención Primaria.

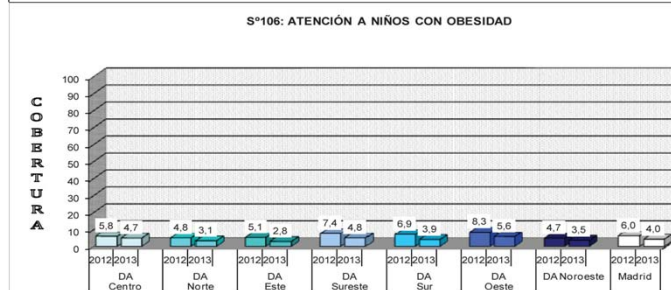
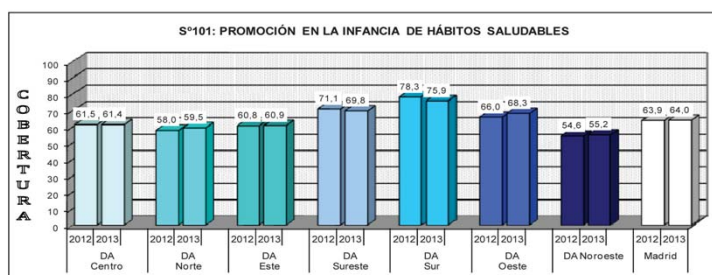
La cobertura del servicio 106 de Atención a niños con obesidad

Desciende y sigue siendo muy baja en todos los centros de salud. El motivo puede estar relacionado con el incompleto funcionamiento del protocolo de inclusión en la Hª Clínica electrónica y con el desconocimiento del correcto registro.

El CBA 2 controles descende por incluir la temporalidad en el último año, ya que se estaba evaluando en cualquier momento. INFORME DE EVALUACIÓN DE CARTERA DE SERVICIOS ESTANDARIZADOS. AÑO 2013.COMUNIDAD DE MADRID.

Pero fundamentalmente por la necesidad de impulsar aspectos como la sensibilización, formación y la investigación y evaluación tal y como se explica en la dinámica Familias Activas.

Salud Infantil en cartera de servicios. Comunidad de Madrid.



Aunque son casi 800.000 niñas y niños los que son atendidos en los servicios de atención a la infancia según los datos de cartera de servicios de la Comunidad de Madrid (2013), las familias que se benefician del servicio de atención a la obesidad infantil son proporcionalmente muy escasas. Es preciso una revisión crítica de esta realidad.

Servicio 106: ATENCIÓN A NIÑOS CON OBESIDAD

INDICADOR de COBERTURA

Nº de niños de 2 a 14 años que cumplen el criterio de inclusión
15 % de niños de 2 a 14 años

Criterio de Inclusión

Se contarán los niños entre 2 y 14 años con Índice de Masa Corporal (IMC=peso/talla²) superior al percentil 95 (p 95)

CRITERIOS DE BUENA ATENCIÓN

En los niños incluidos en servicio constará:

CBA 1

Una anamnesis o valoración funcional sobre los siguientes aspectos:

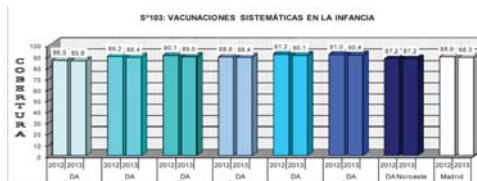
- Antecedentes familiares de obesidad hasta 2º grado de consanguinidad.
- Estado nutricional metabólico que incluya, al menos, nº comidas/día y consumo diario de líquidos, frutas, verduras, lácteos, grasas y azúcares.
- Rol/relaciones que incluya, al menos, actividades extraescolares.
- Actividad/ejercicio que incluya, al menos, tipo e intensidad de ejercicio y tiempo de actividades sedentarias (televisión, videojuegos o similares).
- Autoconcepto que incluya, al menos, existencia o no de problemas conducta y problemas de imagen corporal.

CBA 2

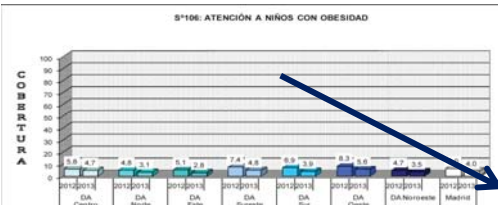
Al menos, 2 controles al año que incluyan:

- Medición de peso, talla, e índice de masa corporal (IMC) con percentiles.
- Consejo/información/refuerzo sobre alimentación.
- Consejo/información/refuerzo sobre actividad/ejercicio físico.
- Consejo/información/refuerzo sobre actividades de ocio.
- Un plan de cuidados en relación con los problemas y/o situaciones identificados revisado con periodicidad bianual.

NUESTRO COMPROMISO: DETECTAR "LO ANTES POSIBLE" A LAS FAMILIAS/NIÑ@S VULNERABLES Y OFRECER UNA ATENCIÓN BASADA EN LA MEJOR EVIDENCIA DISPONIBLE



SOLO UN 4% DE LOS NIÑOS OBESOS DETECTADOS Y TRATADOS SEGÚN CARTERA DE SERVICIOS COMUNIDAD DE MADRID.



En 2013 de una población diana estimada de 134 mil niños obesos en la Comunidad de Madrid solo 5.396 eran beneficiarios del servicio de atención a la Obesidad infantil



Es necesario un abordaje multidisciplinar para abordar los distintos aspectos que un problema tan complejo. En nuestro proyecto piloto se han favorecido un abordaje multidisciplinar mediante programas de formación compartidos, especialmente entre atención primaria y atención especializada entre los centros de atención primaria y el Hospital Infanta Leonor de Vallecas. Así como con una presencia frecuente del abordaje de la obesidad infantil en las Jornadas de Coordinación de Pediatría entre la Unidad de Pediatría del Hospital y Atención Primaria. Una implicación significativa de pediatría infantil y enfermería y pediatría de atención primaria, pero con la aportación de un número amplio de especialidades, licenciados en ciencias de la actividad física y del deporte, educadores y trabajadores sociales y movimientos asociativos representativos de la promoción de salud en la infancia (Club Deportivo el Árbol y Coordinadora infanto-Juvenil de ocio y tiempo libre de Vallecas).

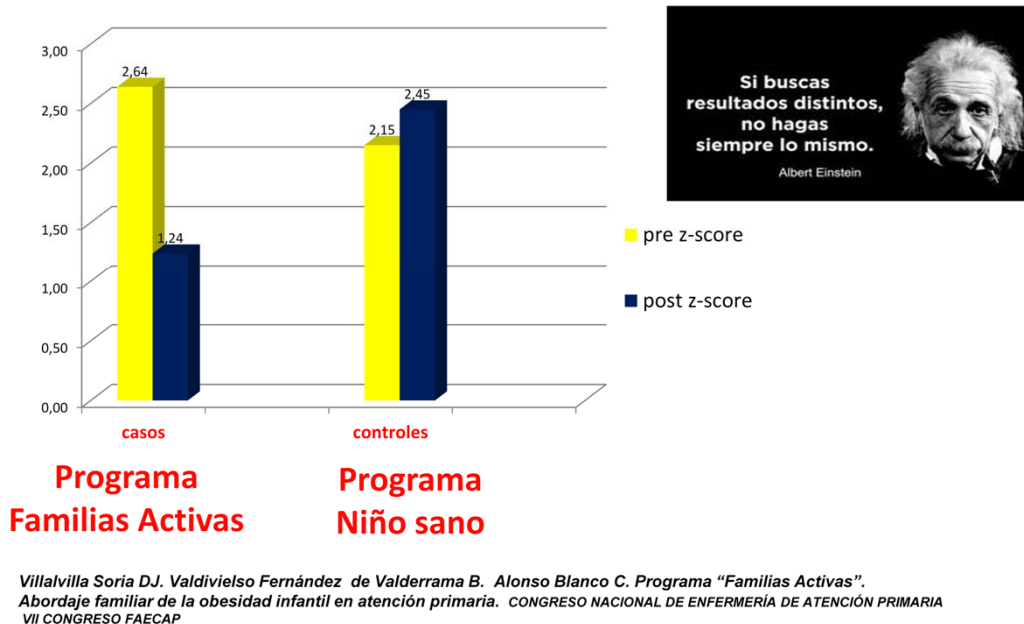


Esta justificado tratar la obesidad infantil desde una perspectiva familiar y comunitaria.

Results: Of **22.852 articles retrieved, 26 trials (23.617 participants) were included.** There were no differences in outcomes assessed in prevention studies. However, in treatment studies, educational interventions were associated with a significant reduction in waist circumference [– 3.21 cm (95%CI – 6.34, – 0.07)], BMI [– 0.86 kg/m² (95%CI – 1.59, – 0.14)] and diastolic blood pressure [– 3.68 mmHg (95%CI – 5.48, – 1.88)].

Conclusions **Educational interventions are effective in treatment, but not prevention, of childhood obesity and its consequences**

Resultado de Monitorización Z-Score Estudio Piloto “Familias Activas” 2009-2011



Presentamos los resultados de una evaluación piloto previas a un ensayo clínico multicéntrico que estamos impulsando. Hemos tomado como medida de efectividad principal la diferencia de medias de las puntuaciones Z Score de IMC.

Objetivo: Evaluar la eficacia de un programa de tratamiento integral para la OI que implique cambios nutricionales, emocionales y de estilos de vida tanto en el niño como en su entorno familiar, desde la consulta de enfermería de AP.

Metodología: En este ensayo clínico piloto, fueron asignados en dos grupos: grupo-experimental (programa de tratamiento en consulta programada: aprendizaje significativo, monitorización de hábitos saludables y técnicas cognitivo-conductuales-afectivas, a través de la intervención familiar), y grupo-control (seguimiento habitual de la consulta de atención al niño sano). Variables: edad, sexo, peso, talla e IMC. como medida de efectividad principal la diferencia de medias de las puntuaciones Z Score de IMC. **Análisis:** Programa informático SPSS v.17

Resultados : *En familias Activas el Z score disminuye y aumenta en el programa del niño sano (detalles en gráfico)* Durante el ensayo, los dos grupos aumentaron la talla proporcionalmente ($F=0,176; P=0,68$), mientras que el peso se mantuvo en el grupo-experimental y aumentó en el grupo-control ($F=16,137; P=0,001$). El grupo-experimental mostró una mejoría significativa del indicador del IMC ($P = 0,008$) en comparación con el grupo-control ($P = 0,102$).

Discusión : Comprobamos que a los dos años los niños obesos seguido en el programa del niños sano empeoraban, (sin dejar de valorar su utilidad en la detección precoz) sin embargo los niños y niñas obesos que son seguidos en consulta con un programa de tratamiento de la obesidad infantil estructurado y lo completan corrigen de forma significativa el grado de obesidad. Con los datos obtenidos no podemos afirmar que el programa Familias Activas es eficaz como tratamiento de la OI ya que sería necesario en estudio más amplio. Pero es muy probable que los cuidados enfermeros en atención primaria orientados al abordaje integral de la obesidad infantil, a través de la intervención familiar, puede conseguir la mejora y normalización del IMC. en un gran número de niños y niñas cuando los profesionales cuentan con la capacitación adecuada.

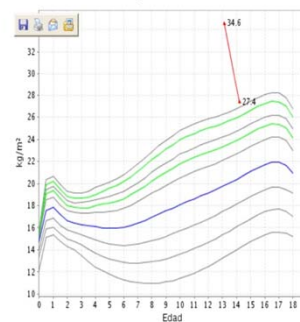
Resultados distintos son posibles con la intervención de la enfermería familiar y comunitaria: YES WE CAN, LET'S MOVE



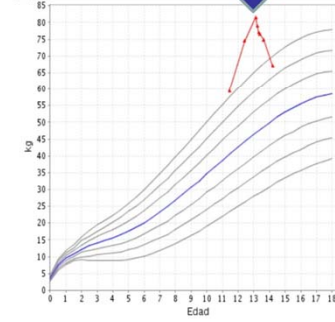
Cuento contigo



Índice de Masa Corporal



Peso

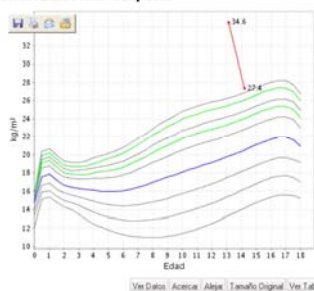


"En el caso de las intervenciones destinadas a reducir la prevalencia de la obesidad infantil, solo existe evidencia de la efectividad a largo plazo en los estudios en los que hay una participación comunitaria y una intervención específica sobre los padres"

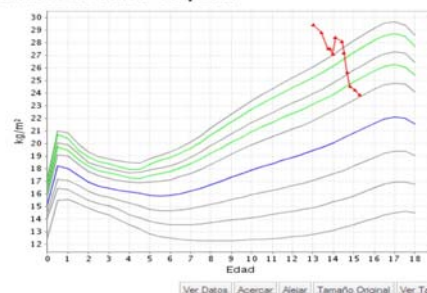
Branscum P, Sharma M. A systematic analysis of childhood obesity prevention interventions targeting Hispanic children: lessons learned from the previous decade. *Obes Rev.* 2011;12:e151--8.

Para mejorar la cobertura del servicio de atención a la obesidad infantil y otros servicios es un portante la visibilidad de la labor de enfermería que todos los ciudadanos sepan que cuentan una enfermera de referencia que les puede ayudar a tener éxito en el cuidado de su salud como vemos en ejemplo caso de una niña obesa. Es importante que tanto por parte de la familia como por parte de los profesionales se tome conciencia de que podemos ayudar a los niños y niñas a corregir su problema de obesidad (YES WE CAN) y en ese sentido tenemos que movernos (LET'S MOVE), e insistir y dar las oportunidades más apropiadas para tratar de conseguir resultados positivos estableciendo una relación de ayuda entre familia y profesional de enfermería.

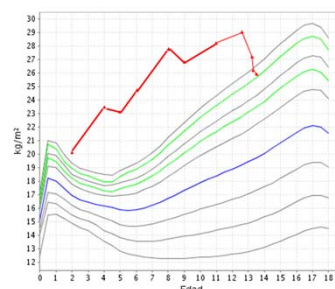
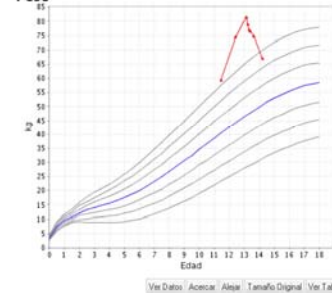
Índice de Masa Corporal



Índice de Masa Corporal



Peso





En estudio sucesivos hemos comparado la efectividad del seguimiento en consultas programadas ofertada a familias frente a la intervención grupal dirigidas a padres de niños/y niños con obesidad infantil. En ambas intervenciones los resultados globales han sido satisfactorios.

LAS FAMILIAS ACTIVAS

Practican la Pirámide del ejercicio

Limitar las actividades sedentarias

- Ver la TV.
- Jugar a la videoconsola.
- Navegar por Internet.

Estas partidas de actividad de 2 o 3 veces al día.

Actividades de resistencia y fuerza muscular

- Subir una cuesta.
- Escalada.
- Juegos de fuerza-resistencia (de arena, empujar, tirar, etc.)

*2 - 3 días a la semana.
Usar las escaleras más de lo normal.
Evitar coches al día.*

Actividades aeróbicas, juegos, deportes y recreación

- Juegos y deportes de movimiento (correr, saltar, atrapar, etc.).
- Montar en bici.
- Nadar, patinar, saltar a la cuerda.

*3 - 5 días a la semana.
Hacer que la actividad sea más divertida de lo normal.
Acumular 60 minutos o más al día.*

Estilo de vida activo

- Mejor andar que ir en coche.
- Utilizar las escaleras.
- Jugar en la calle a juegos o deportes de movimiento.
- Ayudar en las tareas de casa (lavar el perro, recoger la habitación, etc.).

*7 - Todas las días de la semana.
Mantener (dentro de lo posible) que la actividad sea divertida.
Acumular 60 minutos o más.*

F = Frecuencia I = Intensidad D = Duración

Acumula un mínimo de 60 minutos de ejercicio físico y varias horas de actividad de la pirámide cada día.

LAS FAMILIAS ACTIVAS. Programa de atención compartida a la obesidad infantil.

"Si lo que haces no funciona, haz cosas diferentes"

Infórmate en tu centro de Salud.

Come sano y muévete:
12 decisiones saludables

 observatorio
de naos
para vivir mejor



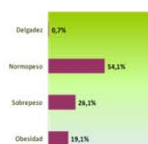
Evaluación de la efectividad de un programa de intervención familiar en obesidad infantil (Familias Activas). Diseño de un proyecto de investigación.

OBJETIVO

Objetivo.

Evaluar la efectividad de un programa de intervención familiar/grupal para reducir el peso en niños de 7 a 12 años con obesidad infantil frente a la práctica habitual a los 6 y 12 Y 24 meses.

JUSTIFICACIÓN



Estudio "ALADINO" Introducción de la Atención a la Obesidad Infantil en Cartera de Servicios de Atención Primaria Madrid.

Recomendaciones de intervención familiar e investigación Cochrane

VARIABLES

Variable de resultado principal:

IMC Puntuación Z score a los 6 y 12 meses del inicio de la intervención

Variables de resultado secundarias:

- Perímetro de cintura medida,
- Test Calidad dieta mediterránea,
- Ansiedad en el niño/a (CMAS-R),
- Cuestionario de actividad física en la infancia APALQ,
- Cuestionario internacional de actividad física (IPAQ) para el cuidador,
- cuestionario Apgar-familiar,,
- Determinantes socioculturales.
- Nivel de estudios, sexo y edad, IMC de ambos progenitores, Antecedentes de obesidad.

Análisis estadístico: Análisis de efectividad principal:

cálculo de la diferencia de medias de la Puntuación Z score entre grupos, junto con su Intervalo de confianza al 95%.

RESULTADO PRINCIPAL PROYECTO PILOTO

FASE I. INTERVENCIÓN FAMILIAR VS PROGRAMANIÑO SANO. 24 MESES. N= 22

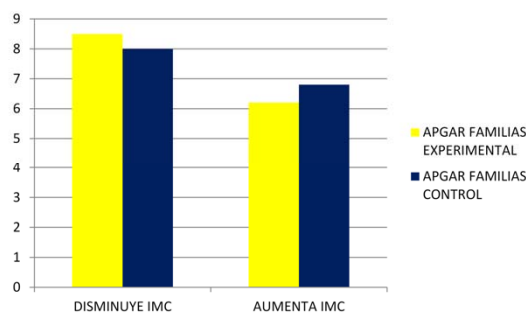
IMC Puntuación Z De 0 a 24 meses



FUNCIÓN /DISFUNCIÓN FAMILIAR DETERMINANTE DE LA EVOLUCIÓN DE LA OBESIDAD INFANTIL

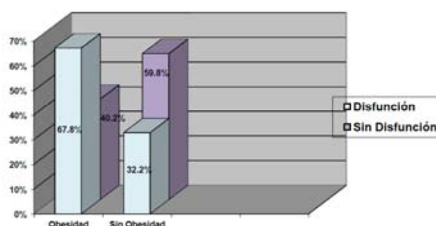


	Casi nunca	A veces	Casi siempre
1. ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?	0	1	2
2. ¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?	0	1	2
3. ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?	0	1	2
4. ¿Está satisfecho con el tiempo que usted y su familia pasan juntos?	0	1	2
5. ¿Siente que su familia le quiere?	0	1	2
PUNTUACIÓN TOTAL			



Villalvilla Soria D.J. García Onieva M. Et. Al. Evaluation of the effectiveness of a family based intervention program in infantile obesity. (Active Families). European Confederation of Primary Care Paediatricians (ECPCP). European Congress in Primary Care Paediatrics. Tel Aviv. Israel. 2013

A pesar de estos resultados experimentales hay un gran número de niños que no mejoran. Según nuestras observaciones el principal determinante para predecir la evolución de la obesidad infantil ha sido la valoración de la funcionalidad familiar. Las familias que presentaban un APGAR familiar menor de 7 (disfuncionales), eran las que pero respuesta tenían a la intervención. Las estructuras familiares que no satisfacen las necesidades de sus miembros por falta de implicación, falta de tiempo difícilmente corrigen la obesidad infantil sin un abordaje de la disfunción familiar. La actual generación de niños es la que menos tiempo ha compartido con sus padres en la historia de la humanidad. Niños y niñas toman decisiones que no les corresponden (en el caso de los niños que deciden estar un número de horas excesivas dedicadas al ocio sedentario o a comer productos inapropiados), en otros casos no se respeta la opinión de los niños ni sus intereses respecto a como ocupar el ocio activo. La familia es funcional cuando se promueve un desarrollo favorable a la salud de sus miembros, jerarquías, y límites y roles son claros y bien definidos. Se definirá la funcionalidad como la capacidad del sistema familiar para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. En otro estudio (Karen C. Ortiz), la disfuncionalidad familiar estaba presente en el 67.8% de los niños obesos y en menor medida (un 32,2%) en los niños sin obesidad, aunque será necesario seguir profundizando en el estudio de la relación de la funcionalidad familiar y la obesidad infantil.



Fuente: APGAR aplicado a familiar de niños escolares

Función y conciliación familiar.



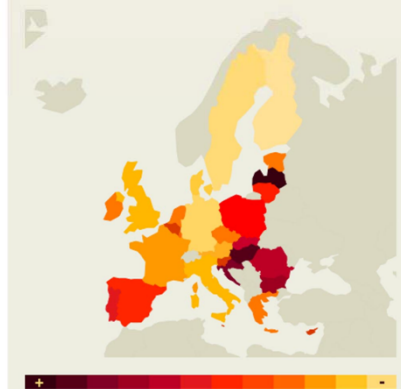
- España, uno de los países de la Unión Europea donde más difícil es esta conciliación y donde más elevada es la obesidad infantil

- Destina 309 euros por prestaciones familiares persona/año, mientras que la media de la Unión Europea es de 560,

- Es uno de los países que menos porcentaje del Producto Interior Bruto (PIB) destina a la familia, con solo el 1,4% –frente al 2,2% de media en la UE

(Informe de Evolución de la Familia Europea en 2014 del Instituto de Política Familia). Eurostat.
Europapress.es

RANKING DE PAÍSES DONDE CONCILIAR ES MÁS DIFÍCIL



Uno de los aspectos que más influye en la disfuncionalidad de las familias es la conciliación de la vida laboral y familiar. Algunos datos el Informe de Evolución de la Familia Europea en 2014 del Instituto de Política Familia:

- España, uno de los países de la Unión Europea donde más difícil es esta conciliación.

- En España el 88,2% de las empresas definen totalmente el horario de sus trabajadores, cifra que asciende hasta el 95,3% en Letonia –el país con menor flexibilidad– y que baja hasta el 44,8% en el caso de Finlandia, donde la flexibilidad horaria es mayor.

- España es uno de los países que menos porcentaje del Producto Interior Bruto (PIB) destina a la familia, con solo el 1,4% –frente al 2,2% de media en la UE y al 4,1% de Dinamarca, por ejemplo–.

- España es, junto a Portugal, el país de la UE15 que menos dinero destina a la familia. Otro dato: en lo que se refiere a las prestaciones familiares por persona y año, España destina 309 euros, mientras que la media de la Unión Europea es de 560, cifra también lejana del máximo europeo: Luxemburgo dedica 2.935 euros a este efecto.

- En permisos de maternidad España también está muy por debajo de la media de la Unión Europea, pues en nuestro país se dan 16 semanas, mientras que la media de la UE se sitúa en 27,7. Suecia, por su parte, es el que más permiso da: más de 77 semanas de permiso por maternidad.

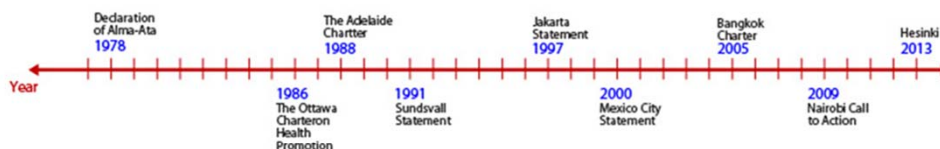


8th Global Conference
on Health Promotion
HELSINKI 2013

Estilos de Vida Condiciones de Vida



En junio de 2013 tuvo lugar la Conferencia Mundial de Promoción de la Salud de la OMS, que dio lugar a la Declaración de Helsinki con el lema “La salud en todas las políticas” [HiAP (Health in All Policies)],



Revisemos todas la políticas:

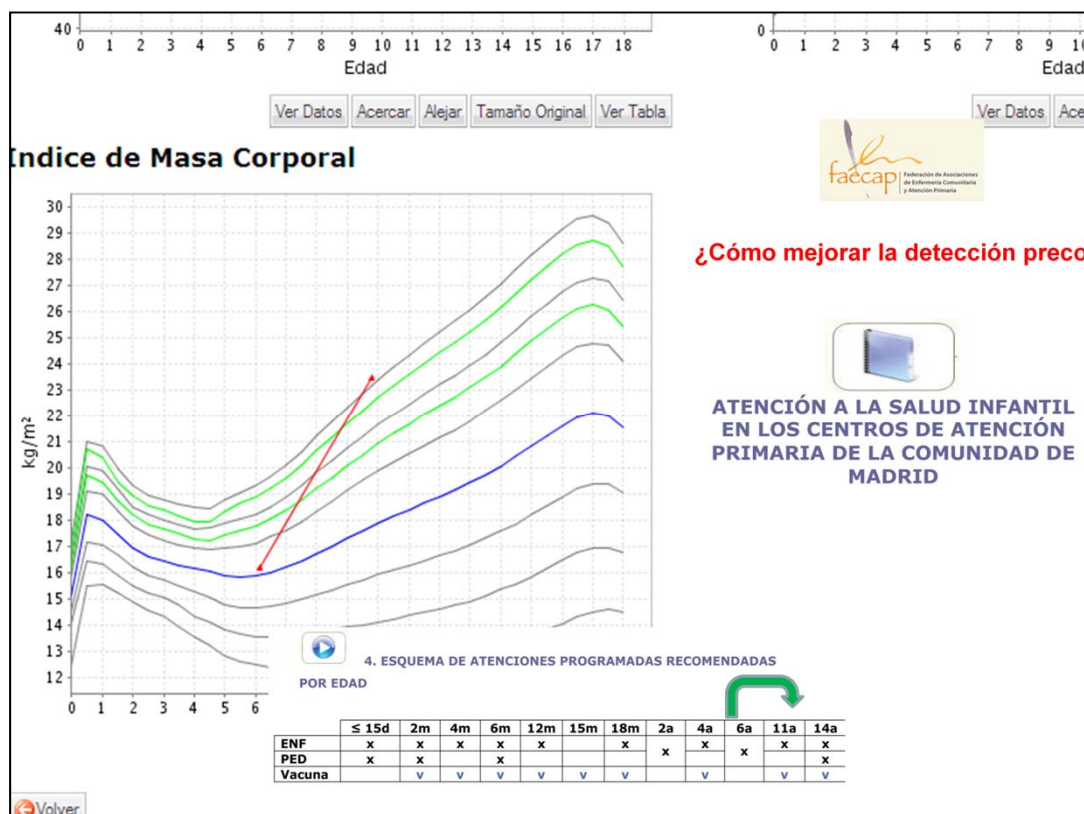
- ¿Son suficientes las políticas de protección a la familia?
- ¿La LOMCE promueve la salud?
- ¿Los presupuesto sanitarios priorizan la promoción de las salud?
- ¿Los intereses empresariales de grandes poderes económicos?
- ¿Los recortes en investigación?
- ¿Las políticas de conciliación?
- ¿Las políticas de movilidad?
- ¿Hay políticas de racionalización de los horarios?

.....

Sin embargo hay que explicar que la disfuncionalidad familiar viene determinada por las condiciones de vida de una sociedad que favorece su disfuncionalidad. Por eso no viene siendo más adecuado hablar de condiciones de vida en lugar de estilos de vida ya que el centrarnos en el estilo de vida nos lleva a exagerar la responsabilidad y la culpa de los ciudadanos en sus problemas de salud eximiendo de culpa a quien realmente establecen nuestras condiciones de vida. Seamos críticos al valorar si las actuales políticas en desigualdades sociales, sanidad, educación, investigación, sanidad o movilidad contemplan de forma razonable el derecho a la salud. La acción intersectorial es aborda en el conjunto de las conferencias.

En el discurso de apertura de la 8ª Conferencia, la directora general de la OMS, Margaret Chan, señaló que el sector sanitario por sí solo no puede hacer frente a las amenazas a la salud que tienen su origen en áreas de actividad fuera de ese ámbito. “*Son necesarias acciones de gobierno coordinadas que tengan en cuenta las consecuencias que las políticas dirigidas a otros sectores tienen para la salud*”, La globalización de estilos de vida no saludables” no es un problema técnico de la salud pública sino un problema político. “*En otra tendencia alarmante, la desigualdad, entre y dentro de los países, en el nivel de ingresos, oportunidades, y consecuencias en la salud, es mayor ahora que en cualquier otro momento de estas últimas décadas. Cada vez más vivimos en un mundo de países ricos llenos de gente pobre y enferma. El aumento de las enfermedades no transmisibles amenaza con ampliar estas brechas aun más*”- dijo.

Así mismo, destacó que uno de los mayores problemas a los que se enfrenta la PS en la actualidad son los intereses empresariales de los agentes económicos poderosos: “*Ya no son solamente los grandes del tabaco. La salud pública debe enfrentarse también a los grandes de los alimentos, a los grandes de las bebidas gaseosas, y a los grandes del alcohol*”. Para finalizar señalo que “*la formulación de políticas de la salud debe ser protegida de la distorsión por parte de intereses creados o comerciales.*”



¿Qué más podemos hacer por mejorar el abordaje y detección precoz? Aunque nuestro colectivo ha contribuido a convertir a nuestro país en uno de los líderes mundiales en cobertura vacunal o programa del niño sano. También los recortes han repercutido en estos ámbitos. Vemos como en los centros de atención primaria de la Comunidad de Madrid no existe ningún control de salud entre los 6 y 11 (12 actualmente) años.

El ejemplo típico es este caso real de un niño visto en consulta a los 6 años, presenta normopeso y tras 5 años sin ningún control de salud acude ya como obeso. ... se eliminó por ejemplo la revisión de 8 años y en muchos casos la detección de la obesidad por los centros de salud es tardía y con un grado avanzado de la misma.

Es fundamental abordar los diferentes factores de riesgo para la detección precoz del sobrepeso y la obesidad; acercarse a los criterios, pautas e intervenciones para la prevención de ambas patologías; identificar las actuaciones encaminadas a la detección precoz, diagnóstico, cuantificación y tipificación de la obesidad; así como determinar la valoración bio-psicosocial en el sobrepeso y la Obesidad, identificando la disposición y motivación al cambio de conducta, entre otros aspectos. La formación en estos aspectos es clave para identificar lo más precozmente a las familias vulnerables.



OMS IMC z score

Aportaciones para la detección precoz

ratio cintura/altura
Score POIM
Batería Alpha Fitness



Medición de perímetro de cintura

DIAGNÓSTICO DE OBESIDAD Y OBESIDAD ABDOMINAL:
La medida de la circunferencia de la cintura y la altura, lo que se denomina ratio cintura/altura, un indicador totalmente independiente de la edad y el sexo, y que estima que existe obesidad abdominal cuando el resultado es igual o superior a 0,5.

- En España un 21,3 % de niños de 6 a 11 años y un 14,3 % de adolescentes de 12 a 17 años tienen obesidad abdominal.
- Del total de niños españoles con peso considerado normal o con sobrepeso, un 7,5 % de los de peso normal presentan obesidad abdominal y del grupo de niños con sobrepeso la presentan un 49,2 %. con los adolescentes, un 1,8 % tienen peso normal y un 44,1% tienen sobrepeso y tampoco habrían sido detectados. Todos ellos no habrían sido identificados con los métodos tradicionales de cribado.

Screening for Abdominal Obesity in Spanish Youth.
 Schröder SH, Ribas L, Koebrick C, Funtikova A, Gomez SF, et al. (2014) Prevalence of Abdominal Obesity in Spanish Children and Adolescents. Do We Need Waist Circumference Measurements in Pediatric Practice? PLoS ONE 9(1): e87549. doi:10.1371/journal.pone.0087549

Score de prevención de la obesidad infantil (POIM)
 Se trata de una herramienta NUEVA para aplicar a los neonatos de la población general, que nos va a permitir identificar al grupo de niños con alto riesgo para desarrollar obesidad durante los primeros años de vida.
http://www.aeped.es/sites/default/files/poim_-aep_-mv_marcos.pdf

MONITORIZACIÓN DE CONDICIÓN FÍSICA Y ESTADO DE SALUD.

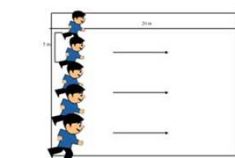
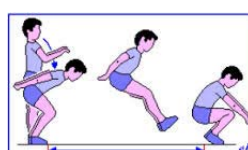
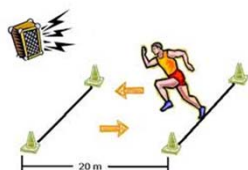


Fig. 1. Test de Course Navette de Lager y Lambert



La batería ALPHA-Fitness fue desarrollada para proporcionar un conjunto de test de campo válidos, fiables, seguros y viables, para evaluar la condición física relacionada con la salud en niños y adolescentes, con el fin de ser usada de manera consensuada en el sistema de Salud Pública de los diferentes estados miembros de la Unión Europea. Utilizada por profesores de educación física aporta datos útiles a los profesionales sanitarios y detecta de forma precoz alteraciones de la composición corporal. En un futuro debería monitorizarse en todos los niños/as el nivel de condición física igualmente que actualmente se monitoriza el nivel de matemáticas o lengua.

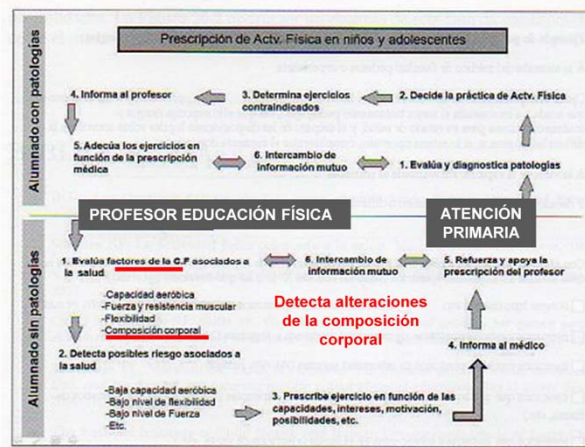
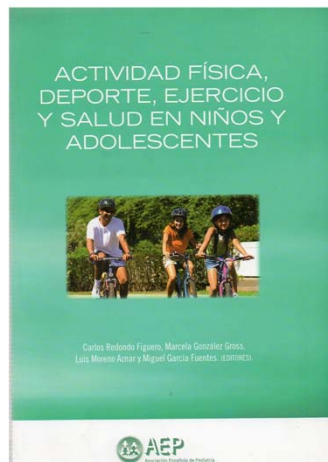


DETECCIÓN Y ABORDAJE COORDINADO EDUCACIÓN – SANIDAD

Coordinación Ciencias de la Salud y Ciencias de la AF y Deporte



PROPUESTA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA

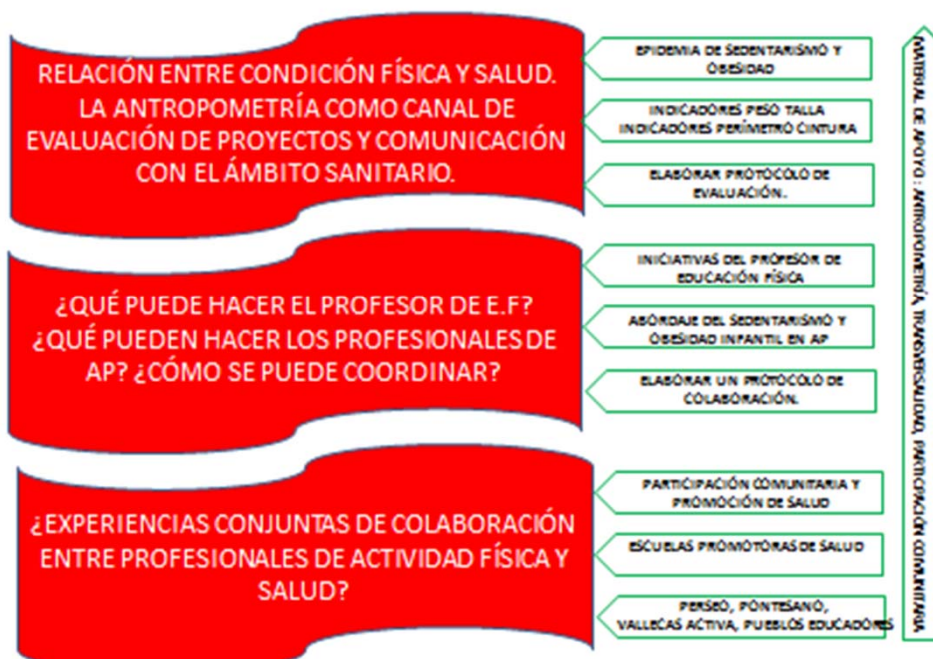


Acción Comunitaria orientada a la promoción de un estilo de vida activo y saludable que fomenta la coordinación entre el ámbito sanitario y el educativo en relación a los problemas de salud de niños y adolescentes.

En el modelo Escuela Activa hemos considerado el la propuesta del grupo de la Doctora Marcela Glez Gross y los Doctores Carlos Redondo Figuero, Luis Moreno Aznar y Miguel García Fuentes y la red Exernet avalada por Asociación Española de pediatría, propone la coordinación entre el ámbito sanitario y educativo como método de atención y detección precoz del alumnado con patologías.



PROPUESTAS





Algunas consideraciones orientadas a las familias.

El 82% de los españoles improvisa el menú

Se recomienda la intervención familiar y que los padres sean un ejemplo en la práctica de ejercicio. No se puede dejar que decisiones tan importantes como la ingesta de alimentos o las horas que pasan antes pantallas sean decisiones exclusivas, esas decisiones deben ser establecidas por los padres. Es importante planificar con antelación ejercicio físico y menú semanal.

La enfermería familiar y comunitaria es la especialidad profesional del sistema sanitario con mejor disponibilidad e implantación para trabajar con familias (todos los miembros que comparten un hogar).

Según el investigador Helmut Schörder del Grupo de Riesgo Cardiovascular y Nutrición del Instituto Hospital del Mar de Investigaciones Médicas, en él han participado 1.000 mujeres de entre 20 y 65 años :

- El 82 por ciento de los hogares españoles improvisa el menú semanal o lo planifica con muy poca antelación.
- A pesar de que los expertos recomiendan que toda la familia comporta el mismo menú, el estudio ha mostrado que el 25 por ciento de las familias con niños elabora una comida diferente para ellos.
- El 64 por ciento de las comidas semanales se realizan en familia, principalmente las cenas, y el 72 por ciento de los niños comen en casa durante la semana, aunque el 9 por ciento de lo hacen sin supervisión de un adulto.
- El 33 por ciento nunca realiza actividad física con los hijos, ni siquiera en fin de semana.
- El 79 por ciento no toma el mínimo de fruta y verdura recomendada y, además, el 10 por ciento no ingiere nunca estos alimentos a lo largo del día.
- El 41 por ciento de los menores no se hidrata de forma adecuada, un hecho está "íntimamente" relacionado con el rendimiento escolar.

(Observatorio Nestlé de Hábitos Nutricionales y Estilo de Vida de las Familias)

ESCUELA ACTIVA

GOBIERNO DE ESPAÑA
MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD

aecosan

actividad naus
para niños y adolescentes

faecap
Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria

CASTILLA-LA MANCHA
+ACTIVA

Castilla-La Mancha

La Estrategia NAOS En la Escuela

ESCUELA
+ACTIVA

PAFS
Promoción de la Actividad Física para la Salud
Physical Activity Promotion for Health

CASTILLA-LA MANCHA
+ACTIVA
Por un estilo de vida más activo y saludable

Actividad física
Alimentación saludable
Bastante tiempo escolar

www.castillalamancha.es/activa

ESCUELA
+ACTIVA

Papel del profesional sanitario en el fomento de la actividad física



1. Reforzar la importancia de la actividad física regular.
2. Detectar patologías que impliquen una adecuación de las tareas a realizar en las clases de EF y su comunicación con el profesorado.
3. Detectar factores de riesgo o patologías susceptibles de mejorar mediante la práctica de actividad física.
4. Realizar un trabajo conjunto de prescripción de ejercicio físico.
5. Realizar un seguimiento de factores de riesgo y patologías a lo largo de la vida escolar.
6. Establecer unos objetivos de actividad física razonables y asequibles a corto plazo.



Un modelo útil para trasladar la Estrategia NAOS al ámbito educativo es la iniciativa Escuela Activa. Escuela Activa es una acción del gobierno de Castilla La Mancha en la que colaboramos y que se engloba en una acción de Gobierno, CASTILLALAMANCHA+ACTIVA, con la implicación de todas las Consejerías. Hemos trabajado para lograr crear una red de centros escolares promotores de estilos de vida activos y saludables. Distinción de los centros a través convocatoria de subvenciones para el desarrollo de proyectos en los que se valora: diagnóstico inicial (niveles de sedentarismo y obesidad del alumnado), programación de actividades, implicación comunitaria y evaluación. (En la imagen coordinadores recibiendo el distintivo que reconocerá su centro educativo como Escuela + Activa.

Principales características Escuela +ACTIVA

Red de centros escolares promotores de estilos de vida activos y saludables

Distinción de los centros a través convocatoria de subvenciones para el desarrollo de proyectos en los que se valora:

- Diagnóstico inicial:
 - Niveles de sedentarismo y obesidad del alumnado.
- Programación de actividades.
- Implicación comunitaria.
- Evaluación.

"Niños más sanos y mejor preparados para el futuro."

Ejemplo de oferta de un Proyecto +ACTIVA para la Comunidad Educativa
Escuela +ACTIVA

PAFS **faecap**

CASTILLA-LA MANCHA
+ACTIVA

ESCUELA + ACTIVA CURSO 2014 / 2015

CEIP EL SANTO - La Solana correo electrónico

Actividades en horario escolar

Programación regular	Destinatarios
RECREOS ACTIVOS: CAMPEONATOS MULTIDEPORTE DE RECREO	Infantil y Primaria
DEPARTAMENTO SALUDABLE Y PLAN DE CONSUMO DE FRUTA	Infantil y Primaria
HUERTO ESCOLAR ECOLÓGICO	Infantil y Primaria
PERIÓDICO ESCOLAR DIGITAL "AZÚVER"	Primaria

Eventos	Destinatarios
JORNADAS DE DIFUSIÓN ENTRE LA COMUNIDAD ESCOLAR	Infantil y Primaria
SEMANA ACTIVA: OLIMPIADAS DE CASTILLA-LA MANCHA	Infantil y Primaria
JORNADAS DEPORTIVAS DE NUESTRO PATRÓN: SAN SEBASTIÁN	Infantil y Primaria
SEMANA DE LA MOVILIDAD	Primaria
JORNADAS DEPORTIVAS INTERCENTROS: JUGANDO AL ATLETISMO	3º a 6º Primaria
ACTIVIDAD FÍSICA EN MEDIO ACUÁTICO: PISCINA CLIMATIZADA	3º a 6º Primaria
EXCURSIÓN DE TRES DÍAS AL ENTORNO NATURAL	6º Primaria

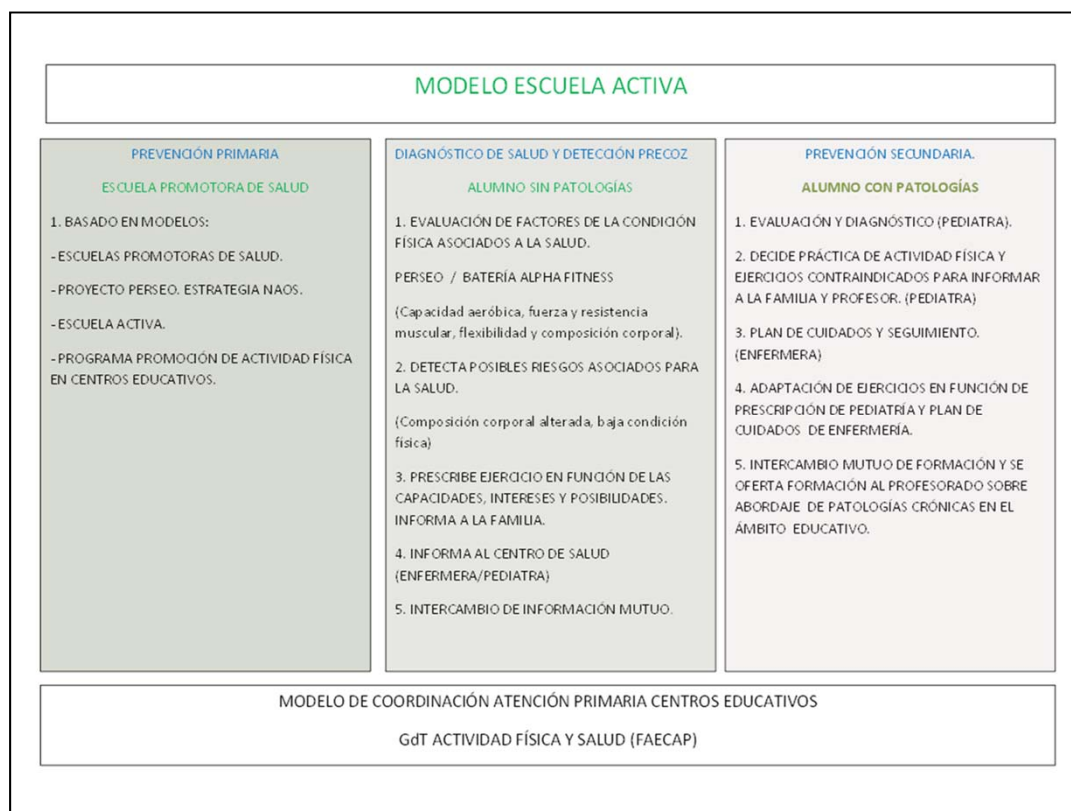
Actividades en horario extraescolar

Programación regular	Destinatarios
TALLERES DE REFUERZO Y AMPLIACIÓN EN LENGUA INGLESA	Primaria
VEN AL COLEGIO EN BICICLETA	Primaria
INICIACIÓN A LOS DEPORTES DE RAQUETA: BÓDMINTON, PALAS Y PINI	Primaria
FICCIONOTICIDAD Y MULTIDORTE I	Infantil - 1º y 2º Primaria
MULTIDORTE II	1º a 2º Primaria
MULTIDORTE III	4º a 6º Primaria
DEPORTES ALTERNATIVOS: HOCKEY, BEISBOL, DISCOS VOLADORES...	Primaria
BAILE Y COREOGRAFÍAS	Primaria
SESIONES DE AERÓBIC, ZUMBA Y KIZOMBA PARA FAMILIAS	Familias

Eventos	Destinatarios
FESTIVAL DE EXPRESIÓN Y RITMO	Primaria
NAVIAGAS ACTIVAS: OTAKANA ACTIVA + AQUIAGY	Primaria
JORNADAS DEPORTIVAS INTERCENTROS: JUGANDO AL BALONCESTO	3º a 6º Primaria
CHARLAS INFORMATIVAS: VIDA ACTIVA Y SALUD	Familias
RUTAS DE SENDERISMO	Familias
CHARLAS: ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y HÁBITOS HIGIÉNICOS	Familias

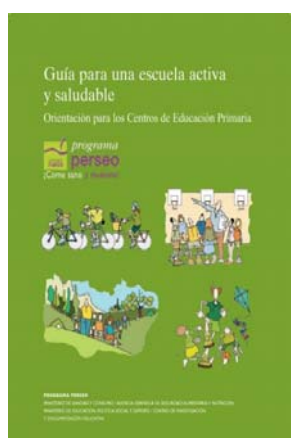
Integrando tanto intervenciones escolares, extraescolares y acción comunitaria en colaboración con la comunidad y Atención Primaria. Actualmente hay 140 escuelas trabajando con esta metodología en Castilla La Mancha.

Red de Escuelas +ACT



Alonso Blanco C. Villalvilla Soria D. J. "El reto de la educación para la salud en la comunidad escolar" Revista Multiárea. Universidad de Castilla la Mancha. 2007

<http://www.uclm.es/cr/educacion/pdf/revista/2.pdf>



COMUNIDAD ACTIVA.

PASOS PARA IMPULSAR UNA COMUNIDAD ACTIVA

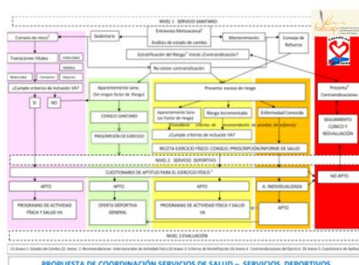
VALLECAS ACTIVA



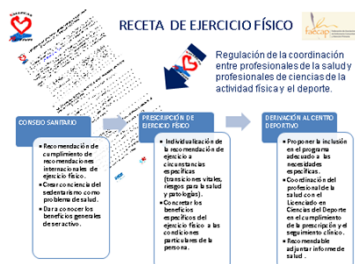
COMUNIDAD ACTIVA



Véase los datos de: Metodología de formación de actividad física en atención primaria. Documento NAOS. AECOS. 2008.



Programas de educación para la salud grupal + Programas de ejercicio físico supervisado



1.FORMACIÓN.
2.DEFINICIÓN DE COMPETENCIAS Y FUNCIONES

3.MESA DE COORDINACIÓN INTERSECTORIAL
4.COMPARTIR METODOLOGÍA DE INTERVENCIÓN, TRABAJO Y PARTICIPACIÓN COMUNITARIA.

5. CONSENSUAR MODELO DE PROMOCIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA Y SALUD.
6. ASIGNAR INTERVENCIONES DE PROMOCIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICAS Y SALUD SEGÚN NECESIDADES DE LOS CIUDADANOS.

7. ESTABLECER MODELO DE COORDINACIÓN:
- ESTRATIFICACIÓN DE PACIENTES
- ASIGNACIÓN DE RECURSOS SEGÚN CRITERIO DE INCLUSIÓN
- MEDIDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

8. DEFINIR PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN:
- CRITERIOS DE INCLUSIÓN.
-HORARIOS
-¿TASAS?

9. COMUNICACIÓN:
-CREAR CIRCUITOS Y HERRAMIENTAS DE COMUNICACIÓN.
-PRESENTAR PROGRAMAS A PROFESIONALES Y CIUDADANOS.
10. EVALUACIÓN



El proyecto Vallecás Activa, tiene por objetivo facilitar la adhesión a un estilo de vida activo y saludable de la población de Vallecás (estrategia poblacional), pero priorizando mediante discriminación positiva a población con un exceso de riesgo derivado de su estado de salud o condición social (Estrategia de riesgo) o derivado de la etapa vital en la que se encuentra. Tiene sus orígenes en la Estrategia de Promoción de Salud del Área 1 (Actual Dirección Asistencial Sureste DASE), de la Comunidad de Madrid y el programa de promoción de actividad física y salud del Consejo de Salud Palomeras – San Diego – Madrid Sur que propiciaron la acción intersectorial en el ámbito de la promoción de la Actividad Física y Salud y la formación metodológica en promoción de salud y actividad física de los profesionales sanitarios así como la puesta en marcha de un gran número de intervenciones comunitarias y proyectos de educación para la salud. Metodológicamente se basa en las recomendaciones de intervención comunitaria del Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria (PACAP), de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFyC) y el modelo de promoción de actividad física y salud de la Sociedad de Enfermería Madrileña en Atención Primaria (SEMAP) y la Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria en Atención Primaria (FAECAP). El proyecto integra distintos programas de procedentes de distintos ámbitos institucionales:

- “Planes de Barrio” del Ayuntamiento de Madrid.
- Programa ALAS (Alimentación Actividad Física y Salud) y recursos de la Estrategia Gente+Saludable de Madrid. Salud (Ayuntamiento de Madrid).
- Programa Familias Activas (Atención al sedentarismo y obesidad infantil), de la Sociedad de Enfermería Madrileña en Atención Primaria (SEMAP).
- Programa “Caminar por Madrid” de la Dirección General de Deportes del Ayuntamiento de Madrid.
- El proyecto “Escuela Activa” impulsado por la Junta de Comunidades de Castilla La Mancha.
- Programas de Reinserción de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Madrid.
- Iniciativas procedentes del tejido asociativo y clubs deportivos de Vallecás.



El modelo de promoción de actividad física y salud Bici-NAOS, asigna intervenciones de promoción de actividad física y salud en función de la etapa de cambio de la persona (ANEXO):

Intervención en pacientes sedentarios en fases contemplativa y precontemplativa:

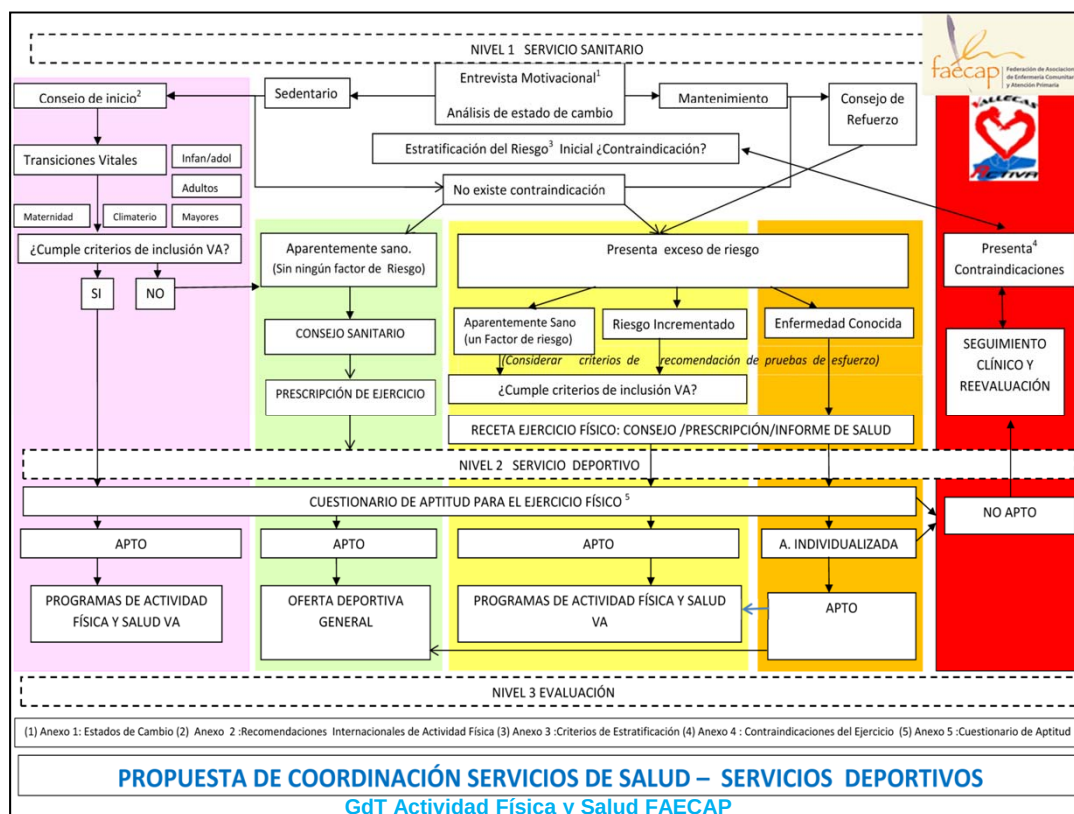
Sensibilización, consejo sanitario y entrevista motivacional. Regla de las 5R: relevancia, riesgos, repetición, recompensas, resistencias.

Intervención en personas sedentarias en fases de preparación:

reconocimiento médico deportivo,
prescripción de ejercicio
y planes de cuidados.

Intervención en personas en la fase de acción y mantenimiento:

actividades comunitarias,
intervención grupal
y refuerzo social.



NIVEL I : INTERVENCIÓN EN EL CENTRO SANITARIO.

1. DIAGNÓSTICO DE SEDENTARISMO Y ETAPA DE CAMBIO. (ANEXO 2)
2. CONSEJO SANITARIO SEGÚN TRANSICIÓN VITAL. DAR A CONOCER LAS RECOMENDACIONES INTERNACIONALES DE EJERCICIO FÍSICO PARA SU EDAD Y MONITORIZACIÓN DEL SEGUIMIENTO DE RECOMENDACIONES (ANEXO 5,7)
3. ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO: APARENTEMENTE SANO (COLUMNA VERDE), EXCESO DE RIESGO, ENFERMEDAD CONOCIDA CONTRAINDICACIÓN (ANEXO 9)
4. CONSIDERAR RECOMENDACIONES INTERNACIONALES DE RECONOCIMIENTO MÉDICO Y PRUEBA DE ESFUERZO Y CUESTIONARIO DE APTITUD PARA EL EJERCICIO (ANEXO 9)
5. VALORAR CRITERIO DE INCLUSIÓN SEGÚN TRANSICIÓN VITAL A UN PROGRAMA DE EJERCICIO FÍSICO SUPERVISADO (MATERNIDAD, CLIMATERIO, MAYORES) O EXCESO DE RIESGO (DIABETES, OBESIDAD INFANTIL Y ADULTO, CARDIOVASCULAR ETC.) Y/O ENFERMEDAD CONOCIDA.
6. ASIGNAR AL PROGRAMA SEGÚN CRITERIO DE INCLUSIÓN.

NIVEL 2: INTERVENCIÓN EN CENTRO DEPORTIVO.

7. CREAR GRUPO HOMOGÉNEOS SEGÚN NIVEL DE RIESGO, TRANSICIÓN VITAL Y/O PATOLOGÍA CONOCIDA.
8. LOS PACIENTES RECIBIRÁN UN MÍNIMO DE 2 SESIONES SEMANALES DE UN PROGRAMA DE EJERCICIO FÍSICO SUPERVISADO DURANTE UN MÍNIMO DE 6 MESES
9. EVALUAR LA CONDICIÓN FÍSICA Y SALUD DEL PACIENTE.
10. PROPONER LA INTEGRACIÓN DE LA OFERTA DEPORTIVA GENERAL ADECUADO PARA SU CONDICIÓN FÍSICA, EDAD Y SALUD.

Programas de educación para la salud grupal

+

Programas de ejercicio físico supervisado






GIMNASIA MADRE-HIJO

Destinatarios: Mamás y bebés menores de 10 meses para recuperarse después del parto y trabajar el vínculo afectivo entre madre e hijo.

Inscripciones: Para inscribirse en el programa el usuario deberá cumplir los siguientes requisitos:
☐ Prescripción médica por los servicios públicos de salud
☐ Inscribirse en el CDM Entrevías

Fecha de inicio y fin: Desde 7 enero hasta 30 junio 2014

Horarios, precios y grupos: Grupos de dos días a la semana.
 * Cuota inscripción anual 12,80 €
 * Mensualidad 2 sesiones/semana 10,25 € / mes.
 1 sesión/semana 5,80 € / mes.

CDM ENTREVÍAS			
HORARIO	M	X	F
11:00-12:00	GRUPO 1	GRUPO 2	GRUPO 3



FAMILIAS + ACTIVAS

Destinatarios: Familias con niños que presenta sobrepeso y Obesidad infantil/ juvenil con edades de 6 a 14 años que cumplan los criterios de exclusión: Obesidad Infantil/ juvenil (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2008) en la que se define sobrepeso: IMC > P90 y obesidad: IMC > P97 utilizando la curva de Hernández y cols (1988).

Inscripciones: Para inscribirse en el programa el usuario deberá cumplir los siguientes requisitos:
☐ Seguir los control es establecidos para su problema de salud en su centro de atención primaria y haber sido diagnosticado según los criterios de inclusión.
☐ Prescripción de ejercicio por escrito por los servicios públicos de salud y hoja de derivación para inscribirse en el centro deportivo.
☐ Presentar la hoja de derivación e inscribirse en el CDM Entrevías

Horarios, precios y grupos: 120-3 grupos de dos días a la semana agrupados por edades: grupo 1 (de 6 a 8 años), grupo 2 (de 9 a 11 años), grupo 3 (de 12 a 14 años)

ACTIVIDADES DEPORTIVAS CDM ENTREVÍAS			
HORARIO	M	X	F
17:00-18:00	GRUPO 1	GRUPO 2	GRUPO 3
18:00-19:00	GRUPO 1	GRUPO 2	GRUPO 3



HÁBITOS SALUDABLES PARA PERSONAS CON ALTO RIESGO DE DIABETES Y OBESIDAD.

Destinatarios: El objetivo del programa es generar hábitos deportivos y de alimentación saludables en la población con alto riesgo de diabetes y obesidad diagnosticada en los servicios de salud. Dirigido a los mismos en el uso de los espacios y recursos deportivos municipales en el Distrito Puente de Vallecas.

Inscripciones: Para inscribirse en el programa el usuario deberá cumplir los siguientes requisitos:
☐ Prescripción médica por los servicios públicos de salud
☐ Inscribirse en el CDM Entrevías

Fecha de inicio y fin: 94 sesiones

De acuerdo al estudio realizado del University College de Londres sólo necesitan 66 días para crear un hábito y mantenerlo a lo largo del tiempo.

Horarios, precios y grupos: Grupos de dos días a la semana

ACTIVIDADES DEPORTIVAS CDM ENTREVÍAS			
HORARIO	M	X	F
17:00-17:45	GRUPO 1	GRUPO 2	GRUPO 3
17:45-18:30	GRUPO 1	GRUPO 2	GRUPO 3
18:30-19:15	GRUPO 1	GRUPO 2	GRUPO 3



PASEOS SALUDABLES PARQUE ENTREVÍAS

Destinatarios: Organización de paseos dirigidos por personal sanitario del Centro Deportivo del CDM Entrevías por el parque de Entrevías y seguimiento de evolución física.

Inscripciones: Podrá inscribirse cualquier persona interesada mayor de 18 años. Las inscripciones se realizan directamente en el Centro Deportivo Municipal Entrevías.

Fecha de inicio y fin: Desde Lunes 18 de Noviembre hasta 27 junio

Horarios, precios y grupos: Grupos de dos días a la semana

PARQUE DE ENTREVÍAS			
HORARIO	M	X	F
10:00-11:00	GRUPO 1	GRUPO 2	GRUPO 3




Esto ha permitido completar las intervenciones de educación para la salud que se venían desarrollando con un programa de actividad física (ofertado por el Centro Deportivo Municipal de Entrevías), adaptado a los problemas de salud de la población diana de cada uno de los programas de educación para salud priorizados y a las necesidades detectadas por servicios sociales. Los programas ofertados han sido:

“Hábitos Saludables” que tienen por objetivo Modificar hábitos de actividad física y de alimentación en paciente con riesgo de diabetes, riesgo cardiovascular y obesidad en adultos.

“Familias + Activas” que tiene por objetivo el tratamiento de niñas y niños con diagnóstico de sobrepeso y obesidad infantil desde una perspectiva de intervención familiar combinando educación para salud a padres y un programa de actividad físico a niños de estratificados por tres grupos de edad.

“Ejercicio, mamás y bebés” que tiene por objetivo ofertar un programa combinado de educación para la salud de apoyo a la crianza y promoción de lactancia materna, con un programa de actividad física que incluye: ejercicios de recuperación postparto, gimnasia hipopresiva, rehabilitación de suelo pélvico y estimulación temprana en el niño.

- “Paseos Saludables” como programa de abordaje del sedentarismo mediante la programación de paseos saludable con el fin incluir el compromiso y el refuerzo social como herramienta de mejora de la adhesión al ejercicio.

“Programa Social” que tiene por objetivo que los trabajadores sociales pueden derivar dentro de su intervención social a los programas de actividad física dirigida de la oferta general del centro deportivo.





PROGRAMA ATENCIÓN AL SEDENTARISMO Y OBESIDAD EN LA INFANCIA: FAMILIAS + ACTIVAS

Le invitamos a participar en un programa desarrollado gracias a la colaboración de los Centros de Salud y el Centro Deportivo Municipal de Entrevías ubicado en C/ Ronda del Sur 4, Tel. 91 785 42 14, imdentrevias@madrid.es, con el objetivo de adquirir un estilo de vida más saludable.

Si desea inscribirse podrá hacerlo en la Taquilla del Centro Deportivo Municipal de Entrevías presentando el boletín de inscripción expedido y sellado por su centro de salud. Se beneficiará de un programa de actividad física subvencionado y un programa educativo.

Podrás disfrutar del programa mientras cumplas los criterios médicos de inclusión y acudas a todas las clases, con un máximo de dos faltas sin justificar. Estos son los horarios y precios:

ACTIVIDAD	DÍAS	HORARIO	IMPORTE
FAMILIAS + ACTIVAS	L-X	17:00 / 19:00	10,25 €
	V	17:00	5,80 €

Cuota de Inscripción: 12,80 €

BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN EN EL PROGRAMA ATENCIÓN AL SEDENTARISMO Y OBESIDAD EN LA INFANCIA: FAMILIAS + ACTIVAS
(EJEMPLAR PARA EL CENTRO DEPORTIVO MUNICIPAL DE ENTREVÍAS)

NOMBRE: _____ APELLIDOS: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ CENTRO DE SALUD: _____

TFONOS CONTACTO: _____

MÉDICO: _____ ENFERMERA/O: _____

GRUPO: _____ HORARIO DE ACTIVIDAD: _____

Firma y Sello del Profesional /Centro de Salud

BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN EN EL PROGRAMA ATENCIÓN AL SEDENTARISMO Y OBESIDAD EN LA INFANCIA: FAMILIAS + ACTIVAS
(EJEMPLAR PARA EL CENTRO DEPORTIVO MUNICIPAL DE ENTREVÍAS)

NOMBRE: _____ APELLIDOS: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ CENTRO DE SALUD: _____

TFONOS CONTACTO: _____

MÉDICO: _____ ENFERMERA/O: _____

GRUPO: _____ HORARIO DE ACTIVIDAD: _____

Firma y Sello del Profesional /Centro de Salud





1. A lo largo del proceso el paciente recibe un folleto con las recomendaciones internacionales de actividad física y/o
2. una prescripción de ejercicio adecuada a su estado de salud.
3. Un documento de derivación al centro deportivo que incluye:

A Información del centro deportivo, horarios de la y coste mensual de la actividad.

B Boletín de inscripción al programa de ejercicio físico supervisado que es entregado en la taquilla del centro deportivo.

C Boletín de inscripción al programa de educación para la salud a entregar en la unidad administrativa del Centro de salud. Inscripción EpSALUD.



PROGRAMA FAMILIAS + ACTIVAS

PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD DIRIGIDO A MADRES Y PADRES DE NIÑ@S CON OBESIDAD INFANTIL



PROGRAMA DE EJERCICIO FÍSICO SUPERVISADO PARA NIÑ@S

- **FAMILIAS + ACTIVAS**
- **Destinatarios:** Familias con niños que presenta sobrepeso y Obesidad Infantojuvenil con edades de 6 a 14 años que cumplan los criterios de inclusión: *Obesidad Infantojuvenil* (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009) en la que se define sobrepeso: $IMC \geq P90$ y obesidad: $IMC \geq P97$ utilizando las curvas de Hernández y cols. (1988).
- **Inscripciones:** Para inscribirse en el programa el usuario deberá cumplir los siguientes requisitos:
 - ☐ Seguir los control es establecidos para su problema de salud en su centro de atención primaria y haber sido diagnosticado según los criterios de inclusión.
 - ☐ Prescripción de ejercicio por escrito por los servicios públicos de salud y hoja de derivación para inscribirse en el centro deportivo.
 - ☐ Presentar la hoja de derivación e inscribirse en el CDM Entrevias
- **Fecha de Inicio y Fin:** Desde 7 de enero a junio de 2014
- **Horarios , precios y grupos:** 12€ 3 grupos de dos días a la semana agrupados por edades: grupo 1 (de 6 a 8 años), grupo 2 (de 9 a 11 años), grupo 3 (de 12 a 14 años)

ACTIVIDAD DIRIGIDA COM ENTREVIAS					
	L	M	X	J	V
17:00-18:00	Grupo 1		Grupo 1		Grupo 2
17:00-18:00					
19:00-20:00	Grupo 3		Grupo 3		

RESULTADOS DE CAPTACIÓN



MESES				INSCRIPCIONES CENTROS DE SALUD								TOTALES
PROGRAMA	CODIGO	DÍAS	HORARIO	VICENTE SOLDEVILLA	CMS P. VALLECAS	JOSE M. LLANOS	CS ENTREVÍAS	ALCALÁ GUADAIRA	ANGELA URIARTE	BUENOS AIRES	INFANTA LEONOR	TOTAL
HABITOS SALUDABLES	1510	LX	16:00		4	2	9					15
	1511		17:00		4	19	8			1		32
	1512		18:00	1	4	11	12					28
	1513	MJ	16:00		2	8	9	1		1		21
	1514		17:00		4	11	12		2			29
PASEOS SALUDABLES	1515	LX	10:00		2	5	4					11
	1516	MJ	9:00		1	1	1					3
	1517	MJ	10:00		4	3	2					9
NIÑOS SALUDABLES 6-8 AÑOS	1501	LX	17:00	1	1	1	3	2			1	9
NIÑOS SALUDABLES 9-11 AÑOS	1502	V	17:00		3	2	5	2			1	13
NIÑOS SALUDABLES 12-14 AÑOS	1503	LX	19:00	1		1	5	1	1			9
MAMAS Y BEBES	1505	MJ	11:00	2		2	4		2	6		16
	1506	LX	16:00			1	6	2	1	3		13
	1507	V	16:00			1	1					2
TOTAL				5	29	68	81	8	6	11	2	210

El proyecto piloto de estos programas se desarrolla desde el inicio en febrero del 2013 y hasta fin de la temporada deportiva en junio del 2013. Se han inscrito 229 personas derivadas de 8 centros sanitarios (CS José María Llanos, CS. Entrevías, CS. Vicente Soldevilla, C.S. Ángela Uriarte, C.S. Buenos Aires, CMS Puente de Vallecas, CS. Alcalá de Guadaira y Hospital Infanta Leonor) en los programas de actividad física de salud a población de riesgo y 17 personas en los programas de inserción social. La adhesión media (seguimiento de las sesiones semanales de actividad física) en los programa de salud ha sido del 78%. Los resultado de la evaluación de condición física y salud han resultado positivos así como las encuestas de satisfacción. De la anterior encuesta se desprende que el programa ha captado usuarios “nuevos” para el centro deportivo. El 86% de los encuestados no conocían el Centro Deportivo de Entrevías y el 63% nunca antes habían utilizado los polideportivos municipales de la Ciudad de Madrid.

Este programa de intervención comunitaria ha sido desarrollado de forma horizontal y coordinado por un equipo intersectorial formado por profesionales del Centro Deportivo de Entrevías, profesionales del Centro de Salud Municipal de Madrid. Salud, de los responsables de educación para la salud Centros de Salud Atención Primaria de Vallecas, profesionales de servicios sociales de Vallecas y representantes del grupo de investigación ImFINE de la Facultad de Ciencias de la Actividad Física y del Deporte-INEF de la Universidad Politécnica de Madrid y del grupo PAFS de la Facultad de Ciencias de la Actividad Física y del Deporte-INEF de la Universidad de Castilla La Mancha y ha contado con la colaboración de asociaciones deportivas del barrio. El objetivo es ampliar la red de colaboración incorporando al proyecto al sector educativo, junto con otros movimientos asociativos, instituciones y agentes sociales.

RESULTADOS DE ADHESIÓN

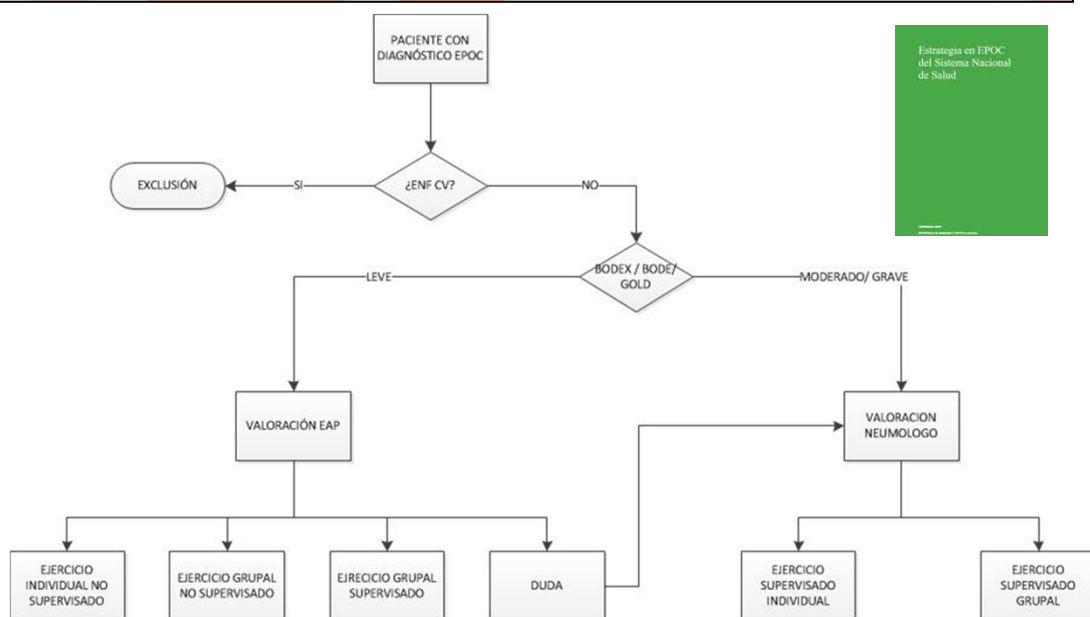


MESES			PERMANENCIA	
PROGRAMA	CODIGO	DÍAS	HORARIO	
HABITOS SALUDABLES	1510		16:00	80%
	1511	LX	17:00	81%
	1512		18:00	96%
	1513	MJ	16:00	76%
	1514		17:00	93%
PASEOS SALUDABLES	1515	LX	10:00	55%
	1516	MJ	9:00	100%
	1517	MJ	10:00	22%
NIÑOS SALUDABLES 6-8 AÑOS	1501	LX	17:00	78%
NIÑOS SALUDABLES 9-11 AÑOS	1502	V	17:00	77%
NIÑOS SALUDABLES 12-14 AÑOS	1503	LX	19:00	100%
MAMAS Y BEBES	1505	MJ	11:00	94%
	1506	LX	16:00	85%
	1507	V	16:00	50%
TOTAL				81,90%

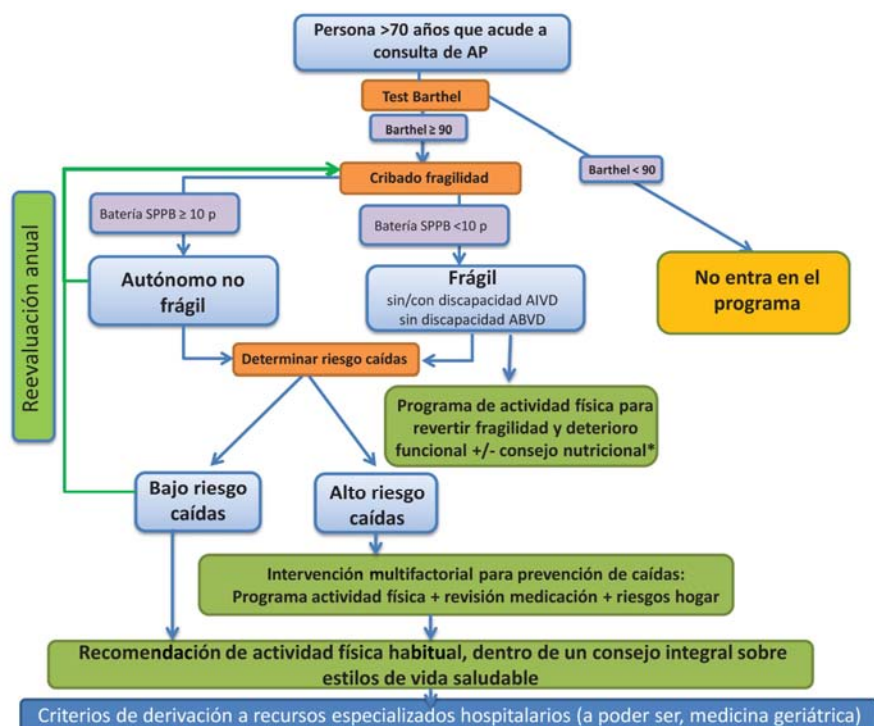
Otro aspecto destacado ha sido la multidisciplinariedad del proyecto, ya que se ha contado con un amplio abanico de disciplinas profesionales, constituyéndose en un modelo de buenas prácticas que demuestra los beneficios y viabilidad del desarrollo de programas multidisciplinarios con la participación conjunta de todas las categorías profesionales del ámbito de sanitario de atención primaria en colaboración con los profesionales titulados en ciencias del deporte y servicios sociales. Si identificamos el ejercicio como un fármaco, también es necesario regular la provisión (red de farmacia vs centro deportivo y farmacéutico vs licenciados ciencias del deporte). Esta coordinación de distintas instituciones públicas y sectores profesionales permiten ofrecer una mejora en la calidad de los servicios públicos pensando en la respuesta más adecuada que requieren las necesidades de los ciudadanos. El proyecto ha sido considerado como un ejemplo de buena práctica en el ámbito del Sistema Nacional de Salud y por parte de la Alcaldía del Ayuntamiento de Madrid se ha tomado como modelo de referencia para toda la ciudad de Madrid. La existencia de un Consejo de Salud de Zona ha hecho posible la coordinación de los profesionales, normalizando la relación entre profesionales de ciencias de deporte y ciencias de la salud.



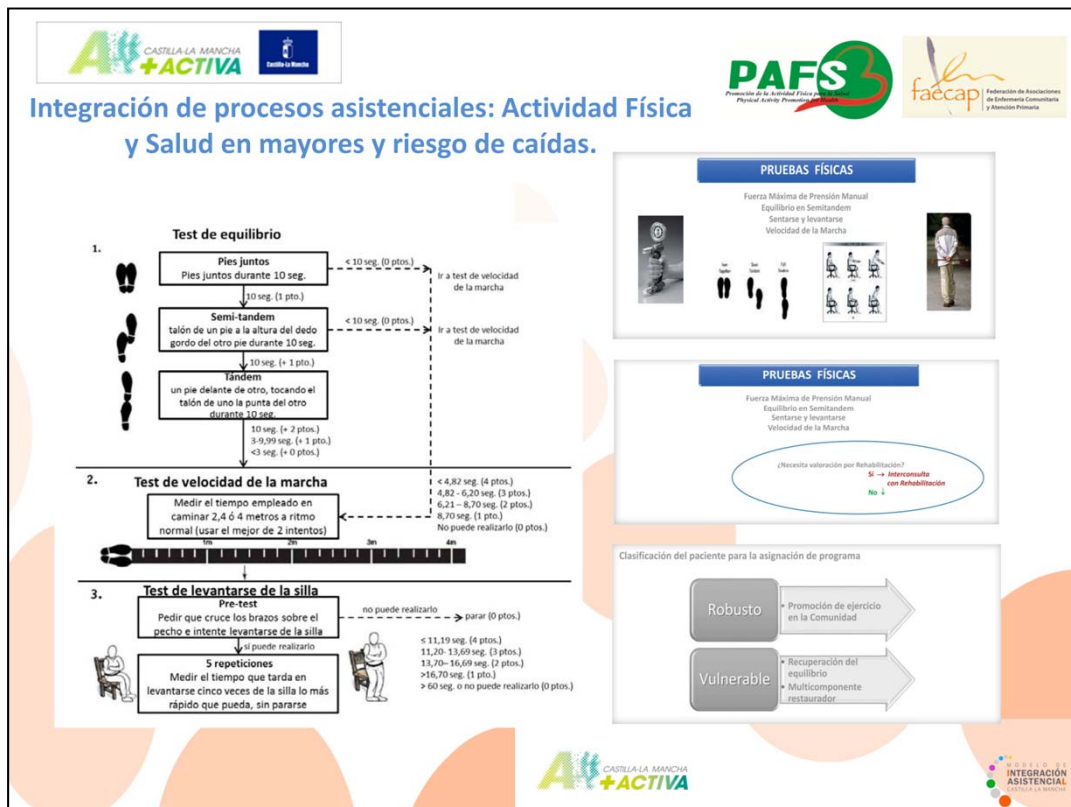
La Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad ha elegido Vallecás Activa como ejemplo de buenas prácticas de implementación a nivel Local.



Quando existen patologías crónicas conocidas en las que el sedentarismo contribuye a un peor pronóstico de la misma es fundamental favorecer impulsar programas de ejercicio físico. Una modalidad son los programas de ejercicio físico supervisado. En los casos severos y en o tras complicaciones el ejercicio se realiza en el ámbito hospitalario supervisado por profesionales sanitarios. En los casos leves y moderados y tras superadas las crisis favorece la adherencia que el ejercicio físico supervisado lo pueda desarrollar en la propia comunidad. Es en ese momento cuando parece adecuado la coordinación . Mediante la continuidad asistencial se favorece la adhesión al ejercicio y ello es posible gracias a la integración de procesos asistenciales.



Con la batería SPPB, tras valorar fuerza, equilibrio y velocidad de la marcha detecta la autonomía/fragilidad del paciente y se le asigna al programa de ejercicio. En estos programas, especialmente en personas autónomas no frágiles es fundamental la coordinación entre profesionales de ciencias de la salud y ciencias del deporte.



En el proceso de cuidado de un paciente, después de la estratificación por condición física y estado de salud, puede existir un beneficio en un programa físico supervisado en el ámbito hospitalario de atención primaria o en la comunidad. los “cuidados” (según recoge la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias) son únicamente responsabilidad de las enfermeras y fisioterapeutas. La Ley dice que corresponde a los enfermeros y fisioterapeutas la dirección, evaluación y prestación los cuidados propios de sus respectivas disciplinas, de los médicos no se dice nada de que prestarán cuidados a sus pacientes. Y todos coincidimos que uno de los autocuidados más relevante para la salud es la práctica de ejercicio.

Por otra parte el Real Decreto 1231/2001, de 8 de noviembre de la ordenación de la actividad profesional de enfermería (art. 54: cuidados de enfermería), expone que “Las funciones del enfermero/a derivan directamente de la misión de la enfermería en la sociedad.... De acuerdo a criterios de calidad y excelencia profesional.... Se mantienen constantes independientemente del lugar y el momento...” Por lo tanto la autonomía en la práctica profesional de enfermería, (sin menoscabo de aquellas que se desarrollan de forma colaborativa con el médico), existe, y por tanto deber ser considerada por otros estamentos con el mismo respeto que es valorada la autonomía profesional de otras disciplinas (como no puede ser de otra forma). Esta actitud será la que nos lleve a mejorar el trabajo en equipo de forma multidisciplinar en lo profesional y de forma intersectorial en lo institucional, poniendo al ciudadano como principal protagonista y beneficiario de un nuevo hacer que nos permita aumentar la práctica de actividad física de la población de la forma más segura posible. Ello implica coordinarnos con los Licenciados en ciencias de la actividad física y del deporte y la existencia de una regulación en este ámbito favorecería la seguridad del paciente y las mejoras en la adhesión al ejercicio de los mismo.

Programa de formación para la implantación en Atención Primaria



Bibliografía y manuales de referencia.



- *Actividad física y Salud en la Infancia y Adolescencia. Guía para todas las personas que participan en su educación.* S. Aznar, A.L. Webster. 2007.
- *Guía de Promoción de Salud para Trabajar con Agentes de Salud Comunitarios.* Ruiz-Giménez J.L. et al. Instituto Madrileño de la Salud. 2000.
- *Promoción de actividad física y salud para una práctica enfermera basada en la evidencia* Autores: Diego José Villalvilla Soria (coord.), Cristina Alonso Blanco, Susana Aznar Lah, Lourdes Martínez Moreno Primera edición: año 2013. ISBN: 978-84-92615-53-1. Depósito legal: M-14248-2013. Difusión de Avances de Enfermería (DAE). 2013.
- Alonso Blanco C. Villalvilla Soria D. J. "El reto de la educación para la salud en la comunidad escolar. Escuelas Promotoras de Salud" *Revista Multárea. Universidad de Castilla la Mancha.* 2007



PAFS
Grupo de Investigación para la Promoción de la Actividad Física y la Salud

Teléfono: (+34) 925 268 800 Ext. 5537
Fax: (+34) 925 268 846

LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

- QUANTIFICACIÓN DE LOS NIVELES DE ACTIVIDAD FÍSICA EN LA POBLACIÓN SANA Y CON PATOLOGÍA CONTROLADA**
Cuantificación de los niveles de actividad física en la población sana y con patología controlada. [Leer más](#)
- DETERMINANTES DE LA PRÁCTICA DE ACTIVIDAD FÍSICA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES**

OFERTA TECNOLÓGICA

- MEDICIÓN DE LOS NIVELES DE ACTIVIDAD FÍSICA PARA CONOCER SI SE CUMPLEN LAS RECOMENDACIONES DE ACTIVIDAD FÍSICA PARA LA SALUD**
Medición de los niveles de actividad física para conocer si se cumplen las recomendaciones de actividad física saludable. [Leer más](#)



http://www.help-project.com/



Los médicos, las enfermeras y los trabajadores de salud pública en Europa tienen un rol muy importante en la mejora de la salud pública, por ejemplo, en el control de los factores de riesgo como la obesidad y la inactividad física. Hasta la fecha no hay ningún curso europeo de formación continua dirigido a profesionales sanitarios (médicos, enfermeros y trabajadores en salud pública) en esta área de la salud pública. El objetivo de este proyecto ha sido subsanar esta deficiencia.



[ENGLISH](#)
[ČESKY](#)
[DEUTSCH](#)
[ESPAÑOL](#)
[PORTUGUÊS](#)
[ROMÂN](#)

[HOME](#)
[MÓDULOS](#)
[QUÉ ES HELP](#)
[INFORMACIÓN PARA ENTRENADORES](#)

Actividad Física



La inactividad es uno de los principales factores de riesgo de mortalidad en el mundo. Este módulo explora la relación entre actividad física e inactividad, con la enfermedad cardiovascular y proporciona a los profesionales del cuidado de la salud con la justificación para la promoción de la actividad física para la mejora de la salud, y sugerencias para animar a los

Pase al módulo

Materiales de pacientes

Nutrición Saludable



Una dieta saludable puede reducir el riesgo de muchos problemas de salud y prevenir el desarrollo de enfermedades crónicas incluyendo la enfermedad cardiovascular, diabetes, obesidad, arteriosclerosis, osteoporosis y algunos cánceres. Este módulo explora la relación entre una nutrición saludable, la buena salud, y la prevención de la enfermedad, y

Pase al módulo

Materiales de pacientes

Cambio de comportamiento



El ritmo cardiaco o frecuencia cardiaca, está incluida en numerosas recomendaciones nacionales e internacionales. Este módulo ofrece un resumen de la evidencia científica actual relacionada con la frecuencia cardiaca y proporciona una actualización de la información acerca de la relevancia, medida y control de este importante

Pase al módulo

Materiales de pacientes

Ritmo cardiaco



El ritmo cardiaco o frecuencia cardiaca, está incluida en numerosas recomendaciones nacionales e internacionales. Este módulo ofrece un resumen de la evidencia científica actual relacionada con la frecuencia cardiaca y proporciona una actualización de la información acerca de la relevancia, medida y control de este importante

Pase al módulo

Materiales de pacientes

HELP es un proyecto europeo que ha diseñado y producido cuatro recursos de formación (módulos) para proporcionar una formación continua para el personal sanitario en Europa. Los módulos, disponibles de forma gratuita, y traducidos en seis idiomas, están diseñados para profesionales sanitarios que tienen un interés en la promoción de buenas prácticas para la prevención y el control de enfermedades cardiovasculares. Dichos módulos proporcionan un fácil y gratuito acceso a la información, recomendaciones nacionales y europeas, así como estrategias útiles para profesionales sanitarios para promover dichos temas en atención primaria con sus pacientes.

Conclusiones : 10 Propuestas FAECAP



- 1. Favorecer la difusión de los **beneficios de un estilo de vida activo** y saludable y aumentar la **conciencia del sedentarismo y obesidad** (infantil y adulto) **como problemas de salud**.
- 2. Generalizar la **inclusión de los servicios de "Atención a la Obesidad Infantil"**, "Atención al Sedentarismo" y "Actividad Comunitaria" en todos los Servicios Autonómicos de Salud dotándolos de los recursos necesarios para ser eficaces e incluir los indicadores de los mismo en el Observatorio para la Nutrición y la obesidad de la Estrategia NAOS.
- 3. Facilitar la **formación** continuadas con nuestros programas de "Promoción de Actividad Física y Salud basa en la evidencia" y la "Guía de atención al sedentarismo y obesidad infantil en atención primaria" así como el impulso del proyecto HELP.
- 4. Fomentar la **investigación** y la evaluación continua para la mejora de las iniciativas propuestas y fundamentar su implementación en la mejor evidencia científica disponible.
- 5. Impulsar el perfil de Enfermera familiar y comunitaria **"Entrenadora en autocuidados"**.
- 6. Adherirnos a la propuestas de un **"Pacto de Estado por la Protección de la Infancia"** (UNICEF), en el que se afronten las desigualdades sociales que determinan las condiciones de vida que favorecen los trastornos nutricionales en la infancia y adolescencia (desnutrición y obesidad infantil).
- 7. Propiciar la defensa de la **protección de la salud en todas las políticas públicas**. (OMS, Helsinki 2013).
- 8. Favorecer el trabajo con familias y las intervenciones comunitarias, intersectoriales y multidisciplinares. Especialmente regulando la coordinación entre los profesionales de ciencias de la salud y las ciencias de la actividad física y el deporte y favoreciendo **el consenso interdisciplinar** en la promoción de actividad física y salud.
- 9. Promover el modelo **Escuela Activa** como ejemplo de referencia de escuela promotora de salud y potenciar la presencia de enfermería en el ámbito educativo.
- 10. **Potenciar a la Atención Primaria y su reorientación a la promoción de las salud** dotándolo de los recursos necesarios para ser eficaz.



SEAPREMUR

Sociedad de Atención Primaria de la Región de Murcia (1989)



SEAPA

Sociedad de Enfermería de Atención Primaria de Asturias

Sociedad de Enfermería de A.P. de Asturias (1996)



semap

Sociedad de Enfermería Madrileña de Atención Primaria

Sociedad Madrileña de Atención Primaria (1997)



AIFICC

ASSOCIACIÓ D'INFERMERIA FAMILIAR I COMUNITARIA DE CATALUNYA

Associació d'Infermeria Familiar i Comunitària de Catalunya (1996)



asanec

Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria (1997)



Asociació Balear d'Infermeria Comunitaria
Associació Balear d'Infermeria Comunitaria (1994)



Sociedad Científica de Enfermería Comunitaria Cantabra (2003)



Asociación Castellano Manchega de Enfermería Comunitaria (1994)



Sociedad de Enfermería Familiar y Comunitaria de Euskadi



Asociación de Enfermería Comunitaria Aragonesa (2004)



Asociación Galega de Enfermaría Familiar e Comunitaria



Sociedad de Enfermería Familiar y Comunitaria de Extremadura (2003)



Sociedad de Enfermería Valenciana en Atención Primaria



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD

aecosan
agencia española
de consumo,
seguridad alimentaria y nutrición

estrategia
naos
¡come sano y muévete!

ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA COMPROMETIDA CON LA ESTRATEGIA NAOS

ALGUNOS EJEMPLOS DE INICIATIVAS REGIONALES CON PARTICIPACIÓN DE ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA.



Federación de Asociaciones
de Enfermería Comunitaria
y Atención Primaria

*Grupo de Trabajo
de Promoción
de Actividad Física y Salud.
FAECAP*

www.faecap.com



SEAPREMUR

Sociedad de Atención Primaria de
la Región de Murcia (1989)



SEAPA

Sociedad de Enfermería
de Atención Primaria
de Asturias

Sociedad de Enfermería de A.P.
de Asturias (1996)



semap

Sociedad de Enfermería
Madrileña de Atención Primaria

Sociedad Madrileña de Atención
Primaria (1997)



AIFICC

ASSOCIACIÓ D'INFERMERIA
FAMILIAR I COMUNITARIA
DE CATALUNYA

Associació d'Infermeria Familiar i
Comunitària de Catalunya (1996)



asanec

Asociación Andaluza de
Enfermería Comunitaria (1997)



ABC
Associació Balear
d'Infermeria Comunitària
Associació Balear d'Infermeria
Comunitaria (1994)



Sociedad Científica de Enfermería
Comunitaria Cantabra (2003)



Asociación Castellano Manchega
de Enfermería Comunitaria (1994)



Sociedad de Enfermería Familiar y
Comunitaria de Euskadi



Asociación de Enfermería
Comunitaria Aragonesa (2004)



ACEFEC
Asociación Galega de Enfermería
Familiar e Comunitaria



Sociedad de Enfermería Familiar y
Comunitaria de Extremadura (2003)



Sociedad de
Enfermería
Valenciana en
Atención
Primaria



Peca. Apúntate a la vida sana.



PLAN DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LA ESCUELA

PROGRAMA MUNICIPAL PARA LA PROMOCIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA SALUDABLE EN POBLACIÓN de 5 a 16 AÑOS DE MOLINA DE SEGURA

PLAN DE CONSUMO DE FRUTA Y VERDURA EN LA ESCUELA

PROGRAMA ACTIVA: PRESCRIPCIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA TERAPEÚTICA



Enfermería Familia y Comunitaria.



Comprometidos con la promoción de estilos de vida activos y saludables.

Programa de "Alimentación Saludable y de Producción Ecológica en los Comedores Escolares de Asturias"





- Plan de Promoción de Salud y Prevención de la Enfermedad. Salud.Madrid
- Programa Desayunos Saludables. Salud.Madrid
- Programa de alimentación y actividad física. Programa Alas. Madrid.Salud.
- Programa de envejecimiento activo y saludables. Salud.Mad
- Programa de atención al sobrepeso y la obesidad infantil: Familias Activas. Semap
- Promoción de actividad física y salud de Vallecas. Vallecas Activa. Comunitario.



Componentes del programa educativo



- Programa de envejecimiento activo y saludables. Salud.Madrid
- Programa de atención al sobrepeso y la obesidad infantil: Familias Activas. Semap
- Promoción de actividad física y salud de Vallecas. Vallecas Activa. Comunitario.



- **Proyecto Escuela Activa.**

- **Programa de integración de procesos asistenciales y ejercicio físico supervisado.**

Integración de procesos asistenciales:

- **Mayores y prevención de caídas.**

- **EPOC.**

- **Rehabilitación domiciliaria**

- **Infancia.**



- **Programa Movi. Ejercicio no competitivo y prevención de obesidad infantil. Escuela Universitaria de Enfermería (Cuenca) Universidad de Castilla La Mancha.**



- **Programa "Deporte para todos" Club Atletismo Cuenca.**

- **Fernán-jueves con salud. Promoción de actividad física y salud. Fernán Caballero (Ciudad Real)**

- **Programa Pueblos Educadores. Promoción de actividad física y salud en el medio rural (Jábaga- Cuenca)**





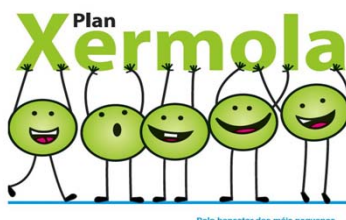
Enfermería Familia y Comunitaria.

Comprometidos con la promoción de estilos de vida activos y saludables.



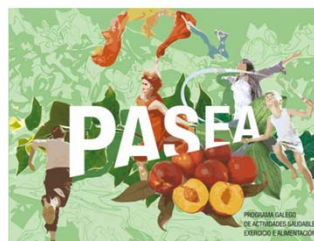
- Plan Gallego para el Fomento de la Actividad Física: Galicia Saudable. Xunta de Galicia.
- Plan de Prevención de Prevención de Obesidad Infantil: Plan Xermola. Xunta de Galicia.
- Programa de Actividades Saludables, Ejercicio y Alimentación: PASEA. Xunta de Galicia.
- Proyecto on-line para la difusión de hábitos de vida saludables: Xente con Vida. Xunta de Galicia.

Plan para a prevención da obesidade infantil en Galicia
Prioridade universal e solucións particulares



Polo benestar dos máis pequenos

XUNTA DE GALICIA



síguenos en f

XUNTA DE GALICIA
CONSELLERÍA DE SANIDADE

SERVIZO
GALEGO
de SAÚDE



Enfermería Familiar y Comunitaria.

Comprometidos con la promoción de estilos de vida activos y saludables.

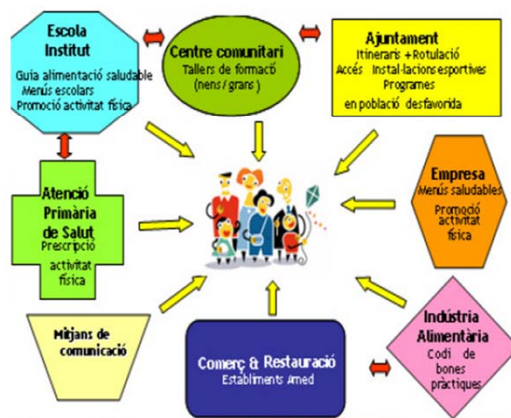


Actividad Física y Deporte, Salud y Superación



- Plan Integral para la promoción de la salud mediante la actividad física y la alimentación saludable (PAAS)

PAAS Pla integral per a la promoció de la salut mitjançant l'activitat física i l'alimentació saludable



- Talleres y actividades de promoción del consumo de frutas y verduras en las escuelas de Cataluña



- Programa Salud y Escuela



- Proyecto THAO



- Plan de Actividad Física, Deporte y Salud (PAFES)

Associació Balear d'Infermeria Comunitària

ESTRATEGIA DE ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y VIDA ACTIVA

CONSEJERIA DE SALUD DE LAS ILLES BALEARS

Govern de les Illes Balears
Conselleria de Salut, Família i Benestar Social
Direcció General de Salut Pública i Consum

faecap
Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria

ESTRATEGIA | ENTORNOS | GUÍA | MEDIA | NOTICIAS

Pujafes salut

ACTUACIONES RECIENTES

PESO SALUDABLE

Conseguir un peso saludable no sólo se trata de seguir una dieta o un programa, es parte de un estilo de vida que puedes adoptar ahora para alcanzar y disfrutar de un buen estado de salud.

EL SOBREPESO Y LA OBESIDAD

El sedentarismo y una dieta desequilibrada son factores determinantes que provocan obesidad y otras enfermedades crónicas: hipertensión, enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer, etc. Actualmente, el 47% de la

ALIMENTACIÓN

Una alimentación adecuada es fundamental para una buena salud. Pero conocer los alimentos que necesita para una dieta saludable puede ser un reto para usted. En esta página web puede encontrar los recursos que pueden ayudarle a empezar.

[más información](#)

ACTIVIDAD FÍSICA

La actividad física reduce el riesgo de muchas enfermedades, ayuda a controlar el peso y fortalece los músculos, huesos y

Twitter

semFYC @semfyc

Si hipoglucemia (sudor, palpitaciones, debilidad, irritabilidad): zumo, refresco, azúcar, galletas.
#DiaMundialDeLaDiabetes #MFdiabetes

Noticias

- Hoy se celebra el día mundial del corazón, ¿te apuntas?
- Bones Iniciatives: Premian al CEIP Sant Jordi por concienciar a sus alumnos sobre el consumo de ...
- Experts europeus del Projecte CIVITAS visiten la ruta saludable del Centre de Salut Valldargent

Estrategia

El grupo de la Estrategia de Alimentación Saludable y Vida Activa e-ALVAC promovida por Direcció General de Salut Pública i Consum de la Conselleria de Salut, Família i Benestar Social de les Illes Balears con una nueva visión de la

MATERIAL DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD





- Programa La Vida Saludable: 4 Cuestionarios de valoración de hábitos saludables: Merienda Saludable, Vida Activa, Condición Física y Dieta Mediterránea
- Programa para personas en Riesgo de Exclusión social
- Programa Las escaleras al corazón
- Programa la Rutas Saludables alrededor de los centros de salud
- Programa la Consulta Joven en los Centros de Salud

ESTRATEGIA DE ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y VIDA ACTIVA DE LA CONSEJERÍA DE SALUD DE LAS ILLES BALEARS



HERRAMIENTAS



Hospitales saludables



Soy activo?



Como mediterraneo?



Tengo un peso saludable?

- Programa que valora los Centros de Salud como entorno promotor de la alimentación saludable y la vida activa.
- Programa que valora los Hospitales como promotor de la alimentación saludable y la vida activa.
- Herramienta que valora la actividad física (Cuestionario IPAQ)
- Herramienta que valora la adhesión a la Dieta Mediterránea
- Herramienta que valora a partir del IMC, el sobrepeso u obesidad

ESTRATEGIA DE ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y VIDA ACTIVA DE LA CONSEJERÍA DE SALUD DE LAS ILLES BALEARS



Entorno escolar

El entorno escolar es el marco idóneo para que los niños aprendan a desenvolverse en un medio saludable. Actualmente, los recursos informáticos permiten al alumno valorar y evaluar de forma instantánea sus hábitos alimenticios y su vida activa para que posteriormente puedan ser reforzados o modificados por la comunidad educativa...

[ver la estrategia](#)

HERRAMIENTAS



Merienda saludable



Vida activa



Dieta mediterránea



Condición física



Centros educativos
saludables



Comunidad escolar
2.0

- Herramientas específicas para valorar los hábitos y el entorno desde el ámbito educativo
- La Comunidad Escolar 2.0 es una plataforma específica para el profesorado donde tiene recogidos todos los programas dedicados al Entorno Educativo y permite interactuar con la DG Salud Pública, el ámbito del restaurador y Atención Primaria

ESTRATEGIA DE ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y VIDA ACTIVA
DE LA CONSEJERIA DE SALUD DE LAS ILLES BALEARS

OTROS PROGRAMAS QUE COLABORAN CON LA CONSEJERIA DE SALUD



Programas de otras entidades que ofrecen programas de Alimentación Saludable y Vida Activa, normalmente teniendo a la comunidad educativa como principal objetivo

ESTRATEGIA DE ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y VIDA ACTIVA DE LA CONSEJERIA
DE SALUD DE LAS ILLES BALEARS

Enfermería Familia y Comunitaria.

Comprometidos con la promoción de estilos de vida activos y saludables.



Red de Consejo Dietético



PLAN PARA LA PROMOCIÓN DE LA ACTIVIDAD FÍSICA Y LA ALIMENTACIÓN EQUILIBRADA

REGISTRO DEL CONSEJO DIETÉTICO INTENSIVO EN ATENCIÓN PRIMARIA

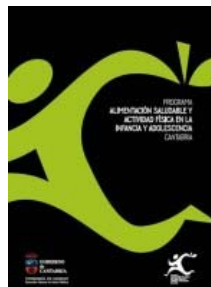
Carmen Lina Herrera
Médica de Familia
Servicio Andalus de Salud





Enfermería Familiar y Comunitaria.

Comprometidos con la promoción de estilos de vida activos y saludables.



Programa alimentación saludable y actividad física en la infancia y adolescencia Cantabria



Inicio Quiénes somos Objetivos Aspectos clínicos Atención integral ¿Qué ofrecemos?



TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD EN EL ADOLESCENTE

Perspectiva médica y comunitaria

La Obesidad fue declarada por la OMS en 1990 como la Epidemia del Siglo XXI

Este página web ha sido creada con el objetivo de colaborar en el tratamiento de la obesidad en el adolescente, ofreciendo a los agentes clínicos y comunitarios implicados en dicho tratamiento un espacio de información, formación, coordinación y debate



Artículos
Actividades Pontesano
Contacta
Comentarios pacientes



Enfermería Familiar y Comunitaria.

Comprometidos con la promoción de estilos de vida activos y saludables.



1. Promover de manera activa la autonomía de todo el alumnado, potenciar su desarrollo psicosocial y capacitar al alumnado para que puedan tomar sus propias decisiones.
2. Agrovechar toda ocasión de mejorar el entorno físico del centro educativo, mediante la elaboración de medidas de salud y seguridad, el seguimiento de su aplicación e implantación.
3. Fomentar lazos sólidos entre el centro, la familia y la comunidad.
4. Establecer relaciones de colaboración entre los centros de educación primaria y secundaria asociados para desarrollar programas coherentes de educación para la salud.
5. Conferir al profesorado un papel de referencia para las cuestiones relativas a la salud y potenciar su papel protagonista en educación para la salud, facilitándole la formación adecuada en promoción de salud.
6. Agrovechar el potencial educativo de los diferentes servicios de salud como apoyo al programa de educación para la salud, fomentando la responsabilidad compartida y la estrecha colaboración entre los servicios educativos y sanitarios.
7. El currículo en promoción de salud debe proporcionar oportunidades para aprender y comprender, así como para adquirir hábitos esenciales de vida, y debe adaptarse a las necesidades tanto actuales como futuras.

Mis información en

SABES - HUESCA
Avenida del Parque, 30
22071 Huesca
Teléfono: 974 293 054
Fax: 974 293 232
E-mail: eps@aragon.es

SABES - TERUEL
C/ José Torán, 2
44071 Teruel
Teléfono: 978 641 160
Fax: 978 641 181
E-mail: eps@aragon.es

SABES - ZARAGOZA
C/ Ramón y Cajal, 68
50071 Zaragoza
Teléfono: 974 715 247
Fax: 974 715 640
E-mail: eps@aragon.es

ENLACES DE INTERÉS

Salud Pública, Gobierno de Aragón:
www.saludpublica.aragon.es

Departamento de Educación, Cultura y Deporte:
www.educaragon.org

Red de Escuelas Promotoras de Salud en España
CIDE Ministerio de Educación, Política Social y Deporte:
www.mepsu.mec.es/cide/ep/salud/la_red_de_escuelas_promotoras_de_salud.htm

Red de Escuelas para la Salud en Europa:
www.echoodforhealth.eu

Red Latinoamericana de Escuelas Promotoras de Salud:
<http://www.cepis.ops-oms.org/ids/eps/side/by-escuelas.shtml>

Red Aragonesa de Escuelas Promotoras de Salud





Enfermería Familiar y Comunitaria.

Comprometidos con la promoción de estilos de vida activos y saludables.



... tras comenzar dibujando un futuro oscuro e incierto.... Decir que

**Otra sanidad, Otra sociedad,
Y un futuro mejor es posible hoy.
“Mañana siempre es tarde”**

“La construcción del futuro es un proyecto que debe comenzar hoy. Una labor común que no admite demoras porque, para las cuestiones esenciales, mañana es siempre tarde. Convencido de que la esperanza implica no esperar”

Federico Mayor Zaragoza



Introducción y panorámica

Informe sobre la salud en el mundo 2009



La atención
primaria de salud

**Más
necesaria
que
nunca**





SEAPREMUR
Sociedad de Atención Primaria de
la Región de Murcia (1989)

SEAPA
Sociedad de Enfermería
de Atención Primaria
de Asturias
Sociedad de Enfermería de A.P.
de Asturias (1996)

semap
Sociedad de Enfermería
Madrileña de Atención Primaria
Sociedad Madrileña de Atención
Primaria (1997)

AIFICC
ASSOCIACIÓ D'INFERMERIA
FAMILIAR I COMUNITARIA
DE CATALUNYA
Associació d'Infermeria Familiar i
Comunitària de Catalunya (1996)

asanec
Asociación Andaluza de
Enfermería Comunitaria (1997)

Asociación Balear d'Infermeria Comunitaria
Associació Balear d'Infermeria
Comunitaria (1994)

SCECC
Sociedad Científica de Enfermería
Comunitaria Cantabra (2003)

acamec
Asociación Castellano Manchega
de Enfermería Comunitaria (1994)

EFEKEZE
Sociedad de Enfermería Familiar y
Comunitaria de Euskadi

AECA
Asociación de Enfermería
Comunitaria Aragonesa (2004)

AGEFEC
Asociación Galega de Enfermería
Familiar e Comunitaria

SEFYCEX
Sociedad de Enfermería Familiar y
Comunitaria de Extremadura (2003)

Sociedad de Enfermería Valenciana en Atención Primaria



GOBIERNO DE ESPAÑA

MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD



aecosan

agencia española de consumo, seguridad alimentaria y nutrición



estrategia naos

¡come sano y muévete!



ESTRATEGIA MUNDIAL SOBRE RÉGIMEN ALIMENTARIO, ACTIVIDAD FÍSICA Y SALUD

En septiembre de 2015, la OMS y la FAO adoptaron la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud. La Estrategia es el primer documento de este tipo en el mundo que establece un marco común de acción y un plan de trabajo para abordar los problemas de salud pública relacionados con la alimentación, la actividad física y la salud.

Esta es la primera vez que se adopta una estrategia de este tipo en el mundo.

ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA COMPROMETIDA CON LA ESTRATEGIA NAOS Y LA ESTRATEGIA MUNDIAL SOBRE RÉGIMEN ALIMENTARIO ACTIVIDAD FÍSICA Y SALUD (OMS). (ANEXOS)



**Grupo de Trabajo
de Promoción
de Actividad Física y Salud.
FAECAP**



faecap

Federación de Asociaciones
de Enfermería Comunitaria
y Atención Primaria

www.faecap.com




Abordaje del sedentarismo y obesidad infantil desde la perspectiva familiar y comunitaria en atención primaria

GdT Actividad Física Salud FAECAP

ANEXOS A LA PONENCIA:

1. Conoce la Estrategia NAOS en la consulta de Atención Primaria.
2. Diagnóstico de Sedentarismo y etapas de cambio.
3. Intervenciones según etapas de cambio: BICI-NAOS.
4. Decálogo Para Padres.
5. Recomendaciones internacionales de actividad física. Organización mundial de la Salud.
6. Beneficios de la actividad física.
7. Seguimiento del cumplimiento de recomendaciones internacionales. El reto FAECAP.
8. Actividad física, salud y valores.
9. Seguridad del paciente:
 - 9.1 La seguridad empieza por elegir profesionales de ciencias de la salud y ciencias del deporte cualificados.
 - 9.2. Estratificación de los riesgos.
 - 9.3. Valorar contraindicaciones y prevención de lesiones.
4. Cuestionario para la práctica de actividad física: PAR-Q
5. Identificar inactividad física en Atención Primaria: el mayor riesgo es el sedentarismo.

10. Diploma FAECAP

Cara anterior: Diploma

Cara posterior: Consejo sanitario por la salud y movilidad sostenible. Campaña Elige tus motivos por el fomento del uso de la bicicleta para la mejora de la salud, el medio ambiente y la movilidad urbana.



1. CONOCE LA ESTRATEGIA NAOS CON TU ENFERMER@ FAMILIAR Y COMUNITARIA DE TU CENTRO DE SALUD. QUEREMOS ESTAR A TU LADO SI NECESITAS AYUDA PARA CUIDARTE Y SEGUIR UN ESTILO DE VIDA MÁS ACTIVO Y SALUDABLE.

La Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición (AECOSAN), nace de la fusión entre la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición y el Instituto Nacional de Consumo. La Estrategia NAOS, impulsada por AECOSAN, tiene el objetivo de sensibilizar a la población del problema que la obesidad representa para la salud, y de impulsar todas las iniciativas que contribuyan a lograr que los ciudadanos, y especialmente los niños y los jóvenes, adopten hábitos de vida saludables, principalmente a través de una alimentación saludable y de la práctica regular de actividad física.

Desde la consulta de Enfermería Familiar y Comunitaria de tu centro de salud te invitamos a conocer la Estrategia NAOS y algunas de las iniciativas que pueden ayudar a toda la familia a adoptar un estilo de vida saludable. Cuenta con los profesionales de enfermería de tu centro de salud para cuidarte más.

PLAN CUÍDATE +

Con el **PLAN CUÍDATE +** te invitamos a descubrir todas las fórmulas que realmente funcionan para que ganes en **salud y bienestar**. No hay ningún secreto: **alimentación y estilo de vida son los factores clave**. Ahora te toca elegir a ti. Verás qué poco te cuesta y qué bien te sienta cuidarte un poco más.

<http://www.plancuidatemas.aesan.msssi.gob.es/>

Sanas, ricas y sencillas recetas para ayudar a llevar una vida más saludable.

El Plan Cuídate+ cuenta con la participación de la Escuela Superior de Hostelería y Turismo de Madrid, para ofrecer, un conjunto de sanas, ricas y sencillas recetas para ayudar a llevar una vida más saludable. Un total de cuatro series de recetas, cada una con una temática, que ayudan a comprender que no es necesario abusar de la sal y la grasa para poder disfrutar del placer de comer. Estés donde estés y sea cual sea tu gusto, hay una receta para ti.

¡Descárgatelas y buen provecho!

¡Responde al test, come sano y muévete!

En esta sección podrás encontrar unos sencillos tests que, con solo dedicarle unos minutos, te permitirán evaluar algunos aspectos de tus hábitos alimentarios y de actividad física, y además, te proporcionarán mensajes informativos sobre ello.

<http://www.naos.aesan.msc.es/csym/test/home.html>



La Pirámide NAOS, es un material didáctico elaborado por la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición, en la que gráficamente y a través de sencillos consejos se dan pautas sobre la frecuencia de consumo de los distintos tipos de alimentos que deben formar parte de una alimentación saludable y la práctica de actividad física, combinándolas por vez primera en un mismo gráfico. La información contenida en la Pirámide NAOS persigue difundir la adquisición de hábitos alimentarios saludables e impulsar la práctica regular de actividad física entre la población. Desde la consulta de enfermería familiar y comunitaria de tu centro de salud te ayudamos a toda la familia a seguir las recomendaciones de la pirámide.

El juego de la Pirámide

En el que podréis demostrar que sabéis como llevar una vida más sana con alimentación y actividad física. ¿Qué alimentos debo tomar todos los días? ¿Qué cosas debía de tomar sólo de vez en cuando? ¿Con qué frecuencia debo hacer deporte?

<http://www.naos.aesan.msc.es/csym/juegos/juegoPiramide.html>

¿Qué es Activilandia?

Activilandia es una iniciativa divulgativa de la Estrategia NAOS de la AESAN (Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición) organismo autónomo adscrito al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Activilandia es el Parque Temático Virtual dedicado específicamente a promover la Alimentación Saludable, la Actividad Física variada, el Ocio Activo y otros Hábitos Saludables.

Una plataforma virtual que combina contenidos lúdicos y educativos en formatos audiovisuales: Juegos digitales, vídeos, música, descargas, animaciones 2D y 3D, concursos... Se presenta en soporte digital multiplataforma accesible a través de internet, pero está totalmente enfocado a informar, y motivar cambios en la alimentación y en la práctica de ejercicio o actividad física para adquirir nuevos comportamientos, más saludables, en la vida diaria de los usuarios: información y consejos para realizar una alimentación variada y equilibrada, juegos y actividades en familia, en la escuela, en el parque con amigos, deportes, baile, etc.

Activilandia NO ES un contenedor de videojuegos, ni un pasatiempo digital convencional. Es una herramienta divulgativa que aprovecha todo el potencial de los nuevos medios para ofrecer contenidos dirigidos a promover una alimentación saludable, formas de ocio activas (físicas) y además otros hábitos saludables (higiene, dormir...)

<http://www.activilandia.es/>



2. DIAGNÓSTICO DE SEDENTARISMO Y ETAPAS DE CAMBIO. TOMANDO CONCIENCIA DEL SEDENTARISMO COMO PROBLEMA DE SALUD.

El realizar actividad física no sucede en un paso, la gente progresa a través de cinco **etapas** (Prochaska y DiClemente) **o pasos (precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento)**, hasta el éxito.

- El paso a través de las etapas ocurre cuando la gente utiliza los **procesos del cambio**.
- El progreso en las etapas tempranas depende del **balance de decisión** que tome la persona (balance entre pros y contras de realizar actividad física).

Factores que caracterizan a las personas en cada etapa del cambio (para aumentar la actividad física y disminuir el sedentarismo):

- **Los procesos del cambio:** lo que la gente piensa y hace para cambiar su conducta.
- **El balance de decisión:** la evaluación entre los pros y los contras del cambio.
- **La autoeficacia:** La confianza y la capacidad para conseguir el cambio.

Tras consultar al paciente sobre sus hábitos de actividad física se valorará el estado de motivación en el que se encuentra, ya que el mensaje y los objetivos a plantearnos serán diferentes, orientando las expectativas del paciente hacia unas metas más realistas, con lo que aumenta la eficacia del consejo y se evita caer en frustraciones. Para medir las etapas del cambio se utiliza un algoritmo que valora las intenciones y las conductas específicas para cada etapa. Los ítems son los siguientes:

- Pregunta: ¿realiza usted algún tipo de actividad física en su tiempo libre o durante la actividad laboral?

- Respuesta: Sí

- Pregunta: ¿Qué actividad realiza y con qué frecuencia?

- Respuesta: No

- ¿Se ha planteado comenzar a realizar algún tipo de actividad física?

Seguidamente, las siguientes oraciones ayudarán a entender su nivel de actividad física. (Cardinal, Engels y Zhu, 1998).



1 = precontemplación 2 = contemplación 3 = preparación 4 = activación 5 = mantenimiento

1. Actualmente no soy físicamente activo o activa, y no estoy pensando en cambiar.
2. Estoy pensando en comenzar a realizar ejercicio físico en los próximos en los próximos días.
3. Soy activo, pero no regularmente, me gustaría organizarme para ser más regular.
4. Actualmente soy activo, pero inicie la actividad física hace menos de seis meses.
5. Actualmente soy activo o activa y llevo seis meses de practicando ejercicio con regularidad.

Según la respuesta obtenida, se podrá clasificar al paciente en una de las etapas de cambio (precontemplación, contemplación, preparación, acción, mantenimiento). Teniendo en cuenta este modelo sería considerada:

PERSONA ACTIVA aquella persona que ha cumplido durante un mínimo de 6 meses las recomendaciones internacionales de actividad física correspondientes a su etapa vital (infancia, adultos, mayores).

PERSONA SEDENTARIA

Concepto diagnóstico: Informes sobre hábitos de vida que se caracterizan por un bajo nivel de actividad física (NANDA).

Lo más correcto sería establecer el diagnóstico de sedentarismo cuando la actividad física de la persona es insuficiente y no alcanza las recomendaciones de actividad física adecuadas para su edad y no ha sido capaz de seguirlas durante seis meses. Se recomienda el uso de cuestionarios validados. (fase de mantenimiento del modelo de *Prochaska y Di Clemente*).

Recomendaciones de utilización

Se aconseja utilizar en todas aquellas situaciones en las que la escasa actividad constituya un riesgo para el bienestar de la persona y para el mantenimiento de un nivel óptimo de salud. Se desaconseja su uso cuando haya indicadores de la existencia de un problema de salud relacionado con la baja actividad física, en cuyo caso el sedentarismo dejaría de ser el diagnóstico para convertirse en una de las causas o manifestaciones del mismo.

Se diferencia de intolerancia a la actividad ya que en este caso hay una insuficiente energía fisiológica o psicológica para tolerar o completar las actividades diarias requeridas o deseadas.



3. INTERVENCIONES SEGÚN LAS ETAPA DE CAMBIO: BICI NAOS.

Intervención en pacientes sedentarios en fases contemplativa y precontemplativa **Sensibilización, consejo sanitario y Regla de las 5R:**

Relevancia: Explicar la importancia de ser un individuo activo, se tendrá más impacto si la información está más individualizada y pueden modificar factores de riesgo previos, o si se tiene en cuenta la situación socio-familiar, sus preocupaciones en salud, edad, sexo. Serviría repasar las motivaciones al uso para hacer deporte y repasarlas.

Riesgos: Advertir de los riesgos del sedentarismo, siempre individualizados a las patologías previas del paciente y proporcionar apoyo para adoptar las medidas de seguridad precisas para practicar ejercicio físico con seguridad.

Repetición: Estas intervenciones motivacionales debieran ser realizadas cada vez que el paciente acudiera a consulta, explicándole que haga pequeños intentos, que es cómo la mayoría de persona comienzan a ejercitar (Largo plazo): peor calidad de vida, mayor morbilidad y peor control de sus enfermedades crónicas, cáncer. Explicar que es uno de los mayores factores de riesgo de mortalidad y carga de enfermedad en la sociedad actual. Las personas sedentarias tendrán mayor riesgo de mortalidad y una mayor carga de enfermedad que condicionará una peor calidad de vida.

Recompensas: Se le explicarán los beneficios de la actividad física en salud, sobre todo centrada en sus patologías previas: desde mejor percepción de su salud, a menor probabilidad de sufrir cáncer o enfermedades cardiovasculares hasta disminución de la mortalidad total.

Resistencias: Identificar las barreras del paciente e impedimentos para poder solventarlas o remediarlas en la medida de lo posible.

Patologías potencialmente peligrosas para la actividad física y barreras en la consulta:

- Resistencias del paciente
 - Excusas habituales por parte del paciente
 - Mitos, errores, creencia, miedos, experiencias anteriores
- Por parte del profesional
 - Falta de formación
 - Falta de convicción de la importancia del ejercicio físico.
 - Centrados en terapias y últimas tecnologías.

Intervención en personas sedentarias en fases de preparación: reconocimiento médico deportivo, prescripción de ejercicio y planes de cuidados.

Intervención en personas en la fase de acción y mantenimiento: actividades comunitarias, intervención grupal y refuerzo social.



ELIGE TUS MOTIVOS PARA SER UNA PERSONA ACTIVA:

DESCUBRE LOS BENEFICIOS DEL EJERCICIO FÍSICO

- La **falta de actividad física**: uno de los principales problemas para la salud pública
 - sobrepeso, obesidad, enfermedades cardiovasculares y diabetes
 - También puede reducir la expectativa de vida e incidir en los presupuestos sanitarios
- Beneficios del ejercicio físico para las personas mayores, según el informe «Physical Activity Guidelines for Americans» (2008), son:

Fuerte evidencia

- ☐ Menor riesgo de muerte temprana
- ☐ Menor riesgo de enfermedad coronaria
- ☐ Menor riesgo de ictus
- ☐ Menor riesgo de hipertensión arterial
- ☐ Menor riesgo de dislipemias diversas
- ☐ Menor riesgo de diabetes tipo 2
- ☐ Menor riesgo de síndrome metabólico
- ☐ Menor riesgo de cáncer de colon
- ☐ Menor riesgo de cáncer de mama
- ☐ Prevención del aumento de peso
- ☐ Mejor condición muscular
- ☐ Prevención de caídas
- ☐ Mejor función cognitiva (ancianos)

Evidencia Moderada a fuerte

- ☐ Mejor salud funcional
- ☐ Menor obesidad abdominal

Evidencia Moderada

- ☐ Menor riesgo de fractura de cadera
- ☐ Menor riesgo de cáncer de pulmón
- ☐ Menor riesgo de cáncer endometrial
- ☐ Mantenimiento del peso después del adelgazamiento
- ☐ Mejor densidad ósea
- ☐ Mejor calidad del sueño



4. DECÁLOGO PARA PADRES SOBRE LAS RECOMENDACIONES DE ACTIVIDAD FÍSICA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES. ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA.

1. SE RECOMIENDA la realización de actividad física moderada o vigorosa durante un mínimo de **60 minutos** diarios, pudiendo repartirse en dos o más sesiones, en su mayor parte aeróbica e intercalando actividades vigorosas para el fortalecimiento muscular y óseo 3 veces por semana. La actividad física durante más de 60 minutos aporta beneficios adicionales para la salud.



3. DIVERSIÓN Y JUEGO.
Son preferibles las actividades en grupo, divertidas y al aire libre.

2. NO AL SEDENTARISMO.

Cualquier tipo de actividad cotidiana es mejor que la opción sedentaria. Camina, utiliza la bicicleta y sube por las escaleras. Asegura el tiempo de estudio y de aprendizaje. Limita el tiempo frente al televisor y otros aparatos electrónicos.

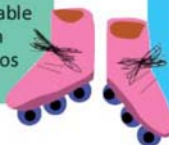


4. SEGURIDAD. El entorno físico debe ser adecuado y sin peligros. Haz caso de las normas de seguridad para la práctica de deporte.

5. EN CUALQUIER CONDICIÓN DE SALUD. La actividad física adaptada a cada situación mejora globalmente el estado de salud y la evolución de los niños con enfermedad crónica y discapacidad.



6. CUESTIÓN DE HÁBITOS. La práctica de ejercicio físico debe ser un hábito saludable desde la infancia. Los hábitos se mantienen fácilmente en el tiempo y se echan de menos cuando faltan.



7. ACTIVIDAD PRIORITARIA. Incorpora el ejercicio físico entre las actividades diarias de tu hijo. Aprovecha las actividades extraescolares e invierte en su salud.

8. DA EJEMPLO. Realiza ejercicio físico y planifica actividades en familia si quieres que tu hijo sea activo.

9. HIDRATACIÓN.
Asegura el aporte de líquidos, sobre todo cuando la actividad es intensa y el ambiente caluroso.



10. ALIMENTACIÓN VARIADA Y EQUILIBRADA.
Pilar fundamental para la salud junto con la actividad física.





5. DEJA EL SENDEJARISMO, CUMPLE DURANTE UN MÍNIMO DE 6 MESES LAS RECOMENDACIONES DE EJERCICIO Y ACTIVIDAD FÍSICA Y DISFRUTA DE LOS BENEFICIOS DE LAS PERSONAS Y FAMILIAS ACTIVAS

Recomendaciones de Actividad física en adultos

Para los adultos, la actividad física (AF) incluye tiempo libre, tiempo de transporte (ej.: andar o ir en bicicleta), ocupación (trabajo), tareas domésticas, juegos, deportes o clases de ejercicio programadas, en el contexto de las actividades diarias, familiares o de la comunidad.

Para los adultos se recomienda:

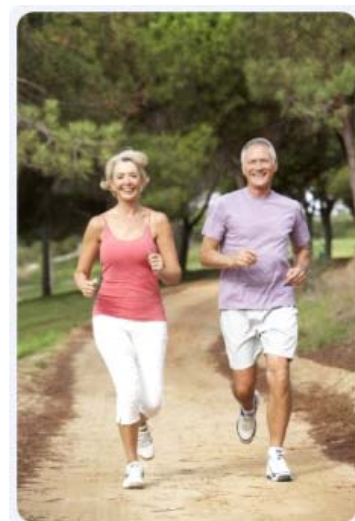
1. Adultos de 18-64 años deberían acumular por lo menos 150 minutos de AF a una intensidad moderada durante la semana, o una combinación equivalente de AF de intensidad moderada-vigorosa de 75 minutos durante toda la semana.
2. La actividad debe ser realizada en períodos de una duración de 10 minutos como mínimo.
3. Para beneficios adicionales, como pérdida de peso o forma física, se debería aumentar la AF hasta 300 minutos por semana o 150 minutos de AF vigorosa por semana.
4. Actividades para fortalecer la musculatura, como actividades para trabajar la fuerza, el yoga o pilates deberían hacerse 2 o más días por semana.



Recomendaciones de Actividad física en Mayores

Para los adultos de 65 años o más, la AF incluye tiempo libre, transporte (andar o ir en bicicleta), ocupación (si la persona todavía trabaja), tareas domésticas, juegos, deportes o clases de ejercicio programado, en el contexto diario de actividades familiares o con la comunidad. Para los más mayores se recomienda:

1. Los adultos de más de 65 años deberían hacer por lo menos 150 minutos de ejercicio aeróbico de intensidad moderada durante la semana, o por lo menos unos 75 minutos de ejercicio vigoroso por semana o una combinación de los dos.
2. La AF debe realizarse en periodos no inferiores a 10 minutos de duración.
3. Para obtener beneficios de salud adicionales, se debería aumentar el tiempo hasta 300 minutos de ejercicio aeróbico de intensidad moderada a la semana o 150 minutos de ejercicio de intensidad alta por semana, o bien una combinación equivalente de AF moderada y vigorosa.
4. Los adultos de este grupo con poca movilidad deberían realizar AF para mejorar su equilibrio y prevenir caídas por lo menos 3 veces por semana.
5. Actividades de fortalecimiento de musculatura, como por ejemplo el uso de bandas elásticas, máquinas de fuerza, mancuernas, ejercicios con su propio peso, etc. incluyendo los grupos musculares esenciales, por lo menos 2 veces por semana.
6. Cuando adultos de esta edad no pueden realizar la cantidad recomendada de ejercicio debido a problemas de salud, deberían mantenerse lo más físicamente activos posible según su condición.





DEJA EL SENDETARISMO, CUMPLE DURANTE UN MÍNIMO DE 6 MESES LAS RECOMENDACIONES DE EJERCICIO Y ACTIVIDAD FÍSICA Y DISFRUTA DE LOS BENEFICIOS DE LAS PERSONAS Y FAMILIAS ACTIVAS



Recomendaciones de Actividad Física para niños de la Organización Mundial de la Salud.

Para los niños y gente joven la AF incluye juegos, deportes transporte, recreo Educación Física o ejercicio programado, en el contexto de la familia, la escuela y las actividades de la comunidad. Para los niños, se recomienda lo siguiente:

1. Niños y jóvenes de 5-17 años deberían acumular por lo menos unos 60 minutos de AF de nivel moderado –alto al día.
2. Períodos de más de 60 minutos al día proporcionarán mayores beneficios.
3. La mayor parte de la AF debería ser aeróbica, pero actividades de intensidad alta deberían incorporarse también, incluyendo las que fortalecen la musculatura y los huesos, por lo menos 3 veces por semana.



**30 minutos de ejercicio
físico de intensidad
moderados en adultos y
60 minutos en niños
nos ayudan a construir
FAMILIAS ACTIVAS**



6. ¿QUÉ CONSIGUEN NIÑOS Y ADOLESCENTE CUMPLIENDO LAS RECOMENDACIONES DE ACTIVIDAD FÍSICA DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD?

BENEFICIOS DE LA ACTIVIDAD FÍSICA

La actividad física es esencial para el mantenimiento y mejora de la salud y la prevención de las enfermedades, para todas las personas y a cualquier edad. La actividad física contribuye a la prolongación de la vida y a mejorar su calidad, a través de beneficios fisiológicos, psicológicos y sociales, que han sido avalados por investigaciones científicas

BENEFICIOS FISIOLÓGICOS

- La actividad física reduce el riesgo de padecer: Enfermedades cardiovasculares, tensión arterial alta, cáncer de colon y diabetes.
- Ayuda a controlar el sobrepeso, la obesidad y el porcentaje de grasa corporal.
- Fortalece los huesos, aumentando la densidad ósea.
- Fortalece los músculos y mejora la capacidad para hacer esfuerzos sin fatiga (forma física).

BENEFICIOS PSICOLÓGICOS

- La actividad física mejora el estado de ánimo y disminuye el riesgo de padecer estrés, ansiedad y depresión; aumenta la autoestima y proporciona bienestar psicológico.

BENEFICIOS SOCIALES

- Fomenta la sociabilidad.
- Aumenta la autonomía y la integración social, estos beneficios son especialmente importantes en el caso de discapacidad física o psíquica.



BENEFICIOS ADICIONALES EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

Los beneficios comprobados en estas etapas son:

- La contribución al desarrollo integral de la persona.
- El control del sobrepeso y la obesidad. En esta etapa, el control de la obesidad es muy importante para prevenir la obesidad adulta.
- Mayor mineralización de los huesos y disminución del riesgo de padecer osteoporosis en la vida adulta.
- Mejor maduración del sistema nervioso motor y aumento de las destrezas motrices.
- Mejor rendimiento escolar y sociabilidad.

**¡LA ACTIVIDAD FÍSICA
ES UNA FORMA DE INVERTIR EN SALUD!
¡CUESTA POCO, ES FÁCIL Y BARATA!**

La salud NO es solo la ausencia de enfermedad, salud es encontrarse bien, lo mejor posible, y eso incluye aspectos físicos, psicológicos y sociales.



7. EL RETO FAECAP
MARCA LOS DÍAS QUE CONSIGUES CUMPLIR LAS RECOMENDACIONES
DE ACTIVIDAD FÍSICA DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIA DE LA SALUD
Y CONSIGUE TU DIPLOMA “SOY ACTIV@” TRAS UN MÍNIMO DE 6 MESES DE SEGUIMIENTO.

Sem.	Dom.	Lun.	Mar.	Mié.	Jue.	Vie.	Sáb.	Sem.	Dom.	Lun.	Mar.	Mié.	Jue.	Vie.	Sáb.
1								2							
3								4							
5								6							
7								8							
9								10							
11								12							
13								14							
15								16							
17								18							
19								20							
21								22							
23								24							
25								26							
27								28							
29								30							
31								32							
33								34							
35								36							
37								38							
39								40							
41								42							
43								44							
45								46							
47								48							
49								50							
51								52							

- M = Marcha rápida
- N = Natación
- J = Jogging
- F = Entrenamiento físico

- B = Bicicleta
- P = Deportes de pelota
(baloncesto, fútbol, etc.)
- G = Gimnasia
- K = Esquí de fondo
- O = Otros _____



8. PON EN PRÁCTICA LAS RECOMENDACIONES DE ACTIVIDAD FÍSICA Y CRECE EN SALUD Y VALORES.

Valores Corpóreos

- Cultivo de destrezas y capacidades físicas.
- Conocimiento y respeto del propio cuerpo.
- Salud física.

Valores Personales

- Autoestima.
- Autocontrol.
- Constancia.
- Creatividad.
- Diversión.
- Espíritu de sacrificio.
- Habilidad (física y mental).
- Honestidad.
- Humildad.
- Orden.
- Resistencia.
- Salud (física y mental).
- Valentía.

Valores intelectuales

- Capacidad de resolución de problemas.
- Creatividad.
- Inteligencia táctica y estratégica.

Valores Emocionales

- Alegría y satisfacción interior.
- Armonía y equilibrio psicofísico.
- Sentido moral y cívico.
- Habilidades interpersonales.
- Solidaridad.

Valores Sociales.

- Capacidad de relación y comunicación.
- Compañerismo y amistad.
- Convivencia y tolerancia.
- Cooperación y trabajo en equipo.
- Espíritu de servicio.
- Lealtad y generosidad.
- Obediencia a la autoridad legítima.
- Respeto y valoración de los otros.
- Sentido de pertenencia a un grupo y cohesión con él.
- Sentido de responsabilidad social, igualdad y justicia social.

Valores tendencias.

- Autodominio.
- Capacidad de sacrificio y renuncia.
- Perseverancia en el esfuerzo.



9. SEGURIDAD DEL PACIENTE: ESTRATIFICACIÓN DE LOS RIESGOS PARA LA PRÁCTICA DE EJERCICIO FÍSICO

En relación a la estratificación de los riesgos en la población general, existe una falta de uniformidad entre los manuales y los criterios de valoración previa al ejercicio de la población general y su participación en ellos ha propiciado el debate y la preocupación entre los profesionales sanitarios. Entre los temas que más preocupan se encuentra el de quién debe ser sometido a pruebas, cuál debe ser la intervención de los profesionales sanitarios en las mismas, la realización de pruebas máximas o submáximas y cómo clasificar a los individuos entre los grupos de riesgo antes y después de la prueba.

No importa cuán rígidos o conservadores sean los criterios y manuales; no hay forma de eliminar completamente el riesgo de un evento serio durante una prueba de esfuerzo o durante la participación en el ejercicio. El criterio clínico y legal, así como el sentido común, deben emplearse para tomar decisiones sobre todo en lo que concierne a la seguridad de los participantes. La prueba de esfuerzo sistemática con fines diagnósticos practicada en individuos aparentemente sanos tiene un valor limitado. La prueba de esfuerzo se emplea en muchas ocasiones con propósitos no diagnósticos, como en los programas de promoción de salud.

El *American College of Sports Medicine* (ACSM) cree que este tipo de prueba de esfuerzo es apropiada para la valoración del nivel de actividad física, junto con una prevención adecuada siempre que sea llevada a cabo por personal cualificado. Tales programas de pruebas pueden ser útiles para instruir a las personas que practican ejercicio físico, y para estimular a las personas sedentarias a que lo hagan. Igualmente útil es enseñar los límites máximos de frecuencia cardiaca de forma individualizada en función del nivel de riesgo establecido tras la exploración clínica. En este sentido, la extensión del uso del pulsímetro sería de gran utilidad como herramienta de seguridad durante la práctica de ejercicio.

Desde el punto de vista práctico una persona sana puede y debe de hacer ejercicio. Sin embargo, en algunos casos es difícil de determinar la salud de una persona. En este contexto es importante estratificar el riesgo de una persona ante la actividad física que está perfectamente desarrollado en el consenso de Fletcher y col. (2001). En él se catalogan que existen 4 niveles de estratificación del riesgo cardiovascular: A, B, C y D.

- Clase A: **aparentemente sano**, personas asintomáticas y aparentemente sanas con uno o ninguno de los factores de riesgo cardiovascular mayores (hipertensión arterial -HTA-, dislipemias, tabaco).
- Clase B, **con factores de riesgo**, personas con signos o síntomas sugerentes de posible enfermedad cardiopulmonar o metabólica y/o dos o más de los factores de riesgo cardiovascular mayores. Con bajo riesgo de complicaciones, con



ejercicio vigoroso, pero ligeramente mayor que las aparentemente sanas. La prescripción de ejercicio ha de ser individualizada y realizada por personal cualificado. Sería conveniente la supervisión durante el ejercicio, hasta que la seguridad esté establecida.

- Clase C: **con enfermedad conocida**, personas con enfermedad cardíaca, pulmonar o metabólica conocida (DM). Presencia de enfermedad cardiovascular conocida, con riesgo moderado a alto de complicaciones, con ejercicio y/o pacientes incapaces de autorregular la actividad física o de entender el nivel de actividad recomendado. La prescripción de ejercicio ha de ser individualizada y realizada por personal cualificado. Es recomendable la supervisión hasta que la seguridad durante el ejercicio esté establecida.
- Clase D: **Enfermedad inestable**, con restricción de actividad. En este grupo de pacientes, el ejercicio con propósitos de mejorar la condición física no es recomendable.

Basándose en los hallazgos obtenidos de la valoración clínica, se podrá clasificar en (Ver Tabla 1):

Tabla 1. Clasificación de los pacientes según hallazgos obtenidos en la valoración clínica (según el American College of Sports Medicine)

	Aparentemente sanos		Riesgo incrementado ¹		Enfermedad conocida ²
	Jóvenes ³	Mayores	Asintomáticos	Sintomáticos	
Ejercicio moderado⁴	No ⁵	No	No	Sí	Sí
Ejercicio vigoroso⁶	No	Sí	Sí	Sí	Sí
Supervisión médica recomendada durante la prueba de esfuerzo a:					
	Aparentemente sanos		Riesgo incrementado		Enfermedad conocida
	Jóvenes	Mayores	Asintomáticos	Sintomáticos	
Valoración submáxima	No	No	No	Sí	Sí
Valoración máxima	No	Sí	Sí	Sí	Sí



1. Pacientes con dos o más factores de riesgo (según tabla de riesgo) o uno o más síntomas
2. Personas con enfermedades cardíacas, pulmonares o metabólicas conocidas
3. Jóvenes implica < 40 años para los hombres y < 50 para las mujeres
4. Ejercicio moderado está definido por una intensidad del 40 al 60% del VO₂ máx.; si la intensidad es incierta, ejercicio moderado puede definirse alternativamente como una intensidad en la capacidad actual del individuo, que puede sostener confortablemente durante un periodo prolongado de tiempo, esto es, 60 minutos con un inicio gradual y progresivo, y que generalmente no es competitivo
5. Un “No” significa que el ítem se considera “no necesario”. El “No” no significa que el ítem no deba realizarse
6. Ejercicio vigoroso se define como una intensidad de ejercicio > 60% del VO₂ máximo; si la intensidad es incierta, ejercicio vigoroso puede definirse alternativamente como un ejercicio suficientemente intenso como para representar un objetivo cardiorrespiratorio sustancial o si aparece fatiga en 20 minutos
7. Un “Sí” significa que el ítem está recomendado. Para la supervisión médica, sugiere que un médico esté en la proximidad y realmente disponible por si es necesario en una emergencial.
Fuente: Manual ACSM para la valoración y prescripción del ejercicio (2007)



CONTRAINDICACIONES PARA LA PRÁCTICA DE EJERCICIO

Riesgos-contraindicaciones y precauciones del ejercicio

Contraindicaciones absolutas

Una correcta historia clínica no habrá permitido valorar la presencia de contraindicaciones. Se reconocen como contraindicaciones absolutas:

- Infarto de miocardio reciente (menos de seis semanas).
- Angina inestable o de reposo.
- Arritmia ventricular no controlada.
- Arritmia auricular no controlada que compromete la función cardíaca.
- Bloqueo A-V de 3er grado sin marcapasos.
- Insuficiencia cardíaca congestiva aguda.
- Estenosis aórtica severa y otras valvulopatías severas.
- Aneurisma disecante conocido o sospecha.
- Miocarditis o pericarditis activa.
- Tromboflebitis o trombos intracardiacos.
- Enfermedades broncopulmonares con insuficiencia respiratoria.
- Embolismo pulmonar o sistémico reciente.
- Signos recurrentes de intoxicación medicamentosa (digital, diuréticos, psicotropos).
- Dosis altas de fenotiacidas.
- Trastornos metabólicos no controlados. (glucemia > 300)
- HTA mal controlada e HTA severa inducida por el esfuerzo (TAS > 250, TAD > 120).
- Infecciones agudas o recientes.
- Distrés emocional significativo (psicosis).

Contraindicaciones relativas

Se reconocen como contraindicaciones relativas:

- TAD en reposos mayor de 110 mmHg y TAS en reposo mayor de 180 mmHg.



- Valvulopatía moderada.
- Alteraciones hidroelectrolíticas moderadas (hipopotasemia, hipomagnesemia).
- Marcapasos de frecuencia fija.
- Ectopia ventricular frecuente o compleja.
- Aneurisma ventricular.
- Enfermedad infecciosa crónica (hepatitis, SIDA).
- Afección neuromuscular, musculoesquelética o reumatoidea que se exacerba con el ejercicio.
- Gestación avanzada o complicada.

Condiciones que requieren un programa de ejercicio supervisado

- Infarto de miocardio.
- Persona portadora de marcapasos.
- Medicación cardíaca: cronotrópica o inotrópica.
- Arritmias controladas.
- Prolapso de válvula mitral.
- Angina estable y otras manifestaciones de insuficiencia coronaria.
- Trastornos electrolíticos.
- HTA severa.
- Enfermedades cardíacas cianóticas.
- Shunt derecha-izquierda.
- Anemia severa (hemoglobina inferior a 10 g).
- Insuficiencia renal, hepática o de tipo metabólico.
- Enfermedad pulmonar moderada o severa.
- Claudicación intermitente.
- Obesidad mórbida con factores de riesgo múltiples.

Prevención de lesiones deportivas



Las lesiones causadas por la actividad física se podrían clasificar, en función del modo de aparición, en dos tipos:

Lesiones agudas: Son aquellas lesiones que acontecen por un accidente deportivo, como por ejemplo un esguince de tobillo o una rotura de fibras musculares.

Lesiones por sobrecarga. Son aquellas que aparecen a raíz de los múltiples estímulos, generalmente mecánicos, del entrenamiento. Estas lesiones pueden afectar a cualquiera de las estructuras del aparato locomotor. Por ejemplo, en el hueso las fracturas de estrés, en el tendón tendinitis y tendinosis, etc.

Las principales lesiones que afectan a las distintas estructuras del aparato locomotor como músculos, tendones, huesos, ligamentos y anexos, y en menor medida a estructuras nerviosas y vasculares. Es importante analizar los factores de riesgos, como los problemas biomecánicos, cargas de ejercicio, etc. que haya desencadenado la lesión con el fin de corregirlos.

Existen unas reglas de oro para prevenir las lesiones deportivas:

- Control médico para orientar a una práctica adecuada adaptada a las características morfológicas y al estado de salud.
- Progresión adecuada del programa de ejercicio físico.
- Calentar y estirar antes y después del ejercicio.
- Elegir adecuadamente la intensidad de ejercicio.
- No realizar ejercicio si uno se encuentra mal.
- Hidratación y nutrición adecuada. Hidratación adecuada sobre todo los días de riesgo térmico.
- Material adecuado. Protecciones en aquellas actividades que lo requieran (casco en bicicleta, muñequeras en el patinaje, etc.).
- Ropa adecuada. No llevar prendas para aumentar la sudoración.

Condiciones que requieren precaución

- Infecciones virales o resfriados, dolores torácicos, extrasístoles, asma inducida por el esfuerzo, actividad física prolongada a la que no se está acostumbrado.

Condiciones que requieren moderación de la actividad

- Humedad relativa y calor extremo, frío extremo, especialmente en presencia de vientos fuertes, después de comidas abundantes, exposición a grandes alturas y lesiones osteomusculares.



Cuestionario Para Práctica de Actividad Física: PAR-Q

La actividad física regular es divertida y saludable, y más personas cada día llegan a ser más activas. Ser más activo es seguro para la mayoría de las personas. Sin embargo, algunas personas deben consultar con los profesionales sanitarios antes de empezar un programa físico de la actividad.

Si usted planea tomar parte en más actividades físicas de lo que está ahora, conteste las siguientes preguntas notadas abajo. Si usted tiene entre 15 a 69 años de edad, con el PAR-Q cuestionario le dirá si necesita recibir consejo con su enfermera, fisioterapeuta y/o médico antes de empezar un programa físico. Si usted tiene más de 69 años de edad, y no está acostumbrado a estar activo, entonces averigüe con su médico.

El sentido común es la mejor guía para responder a estas preguntas. Por favor de leer las preguntas con cuidado y responder cada una honestamente: marque SI o NO.

Sí	No	PREGUNTAS
		1. ¿Alguna vez el médico le ha dicho si usted tiene un problema en el corazón, y solo debería hacer actividad física recomendado por un médico?
		2. ¿Usted siente dolor en el pecho cuando hace actividad física?
		3. ¿Le ha dolido el pecho en el último mes, cuando no esté haciendo ejercicio?
		4. Usted pierde el balance a causa que se marea, y alguna vez ha perdido el conocimiento?
		5. ¿Tiene algún problema en las articulaciones (por ejemplo, espalda, rodillas, o cadera) que pueda empeorar por las actividades físicas propuestas?
		6. ¿El medico actualmente le ha indicado tomar medicinas para la presión arterial o el corazón?
		7. ¿Sabe usted, de <u>cualquier otra razón</u> por la cual usted no debería hacer actividad física?



Si Usted Respondio:

SI CONTESTO SÍ, A UNA O MAS PREGUNTAS

Hable con sus profesionales sanitario de referencia por teléfono o en persona ANTES de que usted empiece a ser mucho más físicamente activo ó ANTES que usted tenga una evaluación de salud. Informe a su los profesionales sanitarios sobre el cuestionario PAR-Q y las preguntas que respondió con un SÍ.

- Usted podría hacer cualquier actividad que usted quiera – pero comenzando lentamente y aumentando gradualmente. O, tal vez necesitara restringir sus actividades a esas que son más seguras para usted. Hable con los profesionales sanitarios acerca de las actividades que a usted le gustaría participar y siga su consejo.
- Averigüe cuáles programas de la comunidad son seguras y útiles para usted.

Si Usted Respondio:

NO, A TODAS LAS PREGUNTAS,

SI USTED CONTESTA NO HONESTAMENTE A TODAS LAS PREGUNTAS, SEA RAZONABLE Y ESTÉ SEGURO DE QUE USTED PUEDE:

- **Comenzar a ser más activo:** Comience lentamente y aumente gradualmente. Esta es la forma más segura y fácil.
- **Realizar una prueba de ejercicio:** Esta es una forma excelente para determinar su condición física y poder planear el mejor plan para aumentar su actividad física. Es altamente recomendable que sea evaluada la presión de su sangre. Si su lectura es más de 144/94, hable con su médico antes de empezar a hacer más actividad física



Posponga el comenzar su actividad:

- Si no se siente bien debido a una enfermedad temporal tal como resfrío, gripe, o fiebre. Espere a sentirse mejor; o
- Si está o puede estar embarazada. Hable con los profesionales que le atienden antes de comenzar.

Nota: Si su salud cambia, y alguna de las preguntas se convierte en SÍ, debe informarle a los profesionales de ciencias del deporte o ciencias de la salud: Pregunte si debe cambiar su plan de actividad física.



Información del uso del PAR-Q: La Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria (FAECAP, no asumen responsabilidad sobre las personas que inicien una actividad física a pesar de tener dudas sobre las respuestas del cuestionario, consulte los profesionales sanitarios antes de empezar hacer actividad física.

Nota: Si el cuestionario PAR-Q se entrega a una persona antes de participar en un programa de actividad física o una evaluación de actividad física, esta sección podría usarse para fines legales o propósitos administrativos

Nota: Esta autorización para actividad física es válida por el máximo de 12 meses, empezando el día que se complete, y se convierte en inválido si su condición cambia a cualquiera de las siete preguntas que contesto Sí.

“Yo he leído, entendido y completado este cuestionario. Todas las preguntas han sido contestadas con mi completa satisfacción.”

NOMBRE: _____

FIRMA: _____ FECHA: _____

Adaptado por GdT FAECAP. “Actividad Física y Salud”. Origen: PAR-Q was developed by the British Columbia Ministry of Health/Canadian Society for Exercise Physiology, 202-185 Somerset St. West Ottawa, ON K2P 012 www.csep.ca

Adoptado por: Región LA County PH Nutrition Program/Network for a Healthy California.
www.lapublichealth.gov/nutrition



IDENTIFICAR INACTIVIDAD FÍSICA EN ATENCIÓN PRIMARIA

1.- Cuestionario de actividad física breve para las consultas de atención primaria

(A) ¿Cuántas veces por semana realiza usted 20 MINUTOS de actividad física INTENSA que le haga respirar rápido y con dificultad? (por ejemplo, footing, levantar pesos, excavar, aeróbic, bicicleta rápida, o caminar a un ritmo que le impida hablar con normalidad).

- 3 o más veces por semana
- 1-2 veces por semana
- nunca

Puntuación:

- 4
- 2
- 0

(B) ¿Cuántas veces por semana realiza usted 30 MINUTOS de actividad física MODERADA o pasea de forma que aumente su frecuencia cardiaca o respire con mayor intensidad de lo normal? (por ejemplo, tareas domésticas, cargar pesos ligeros, ir en bicicleta a una marcha regular, jugar con niños, a petanca o un partido de dobles de tenis).

- 5 o más veces por semana
- 3-4 veces por semana
- 1-2 veces por semana
- nunca

Puntuación:

- 4
- 2
- 1
- 0

Puntuación total A + B: _____

Puntuación ≥ 4 = «Suficientemente» activo (anime al paciente a CONTINUAR su actividad)

Puntuación 0–3 = «Insuficientemente» activo (anime al paciente a AUMENTAR su actividad)

Figura 1 Versión española del *Brief Physical Activity Assessment Tool* (BPAAT).

Cómo identificar la inactividad física en atención primaria: validación de las versiones catalana y española de 2 cuestionarios breves: Anna Puig Ribera, Òscar Peña Chimenis, Montserrat Romaguera Bosch, Eulàlia Duran Bellidob, Antonio Heras Tebar, Mercè Solà Gonfausb, Manuel Sarmiento Cruzb y Amanda Cid Cantarero. *Aten Primaria*. 2012;44(8):485–493 doi:10.1016/j.aprim.2012.01.005



***Ha cumplido durante
6 meses las recomendaciones
de actividad física para la salud.***

**¡ Sigue así ! Cuidando tu salud. Todos juntos por una sociedad más
sana y sostenible.**



**Enfermer@ familiar
y comunitaria**

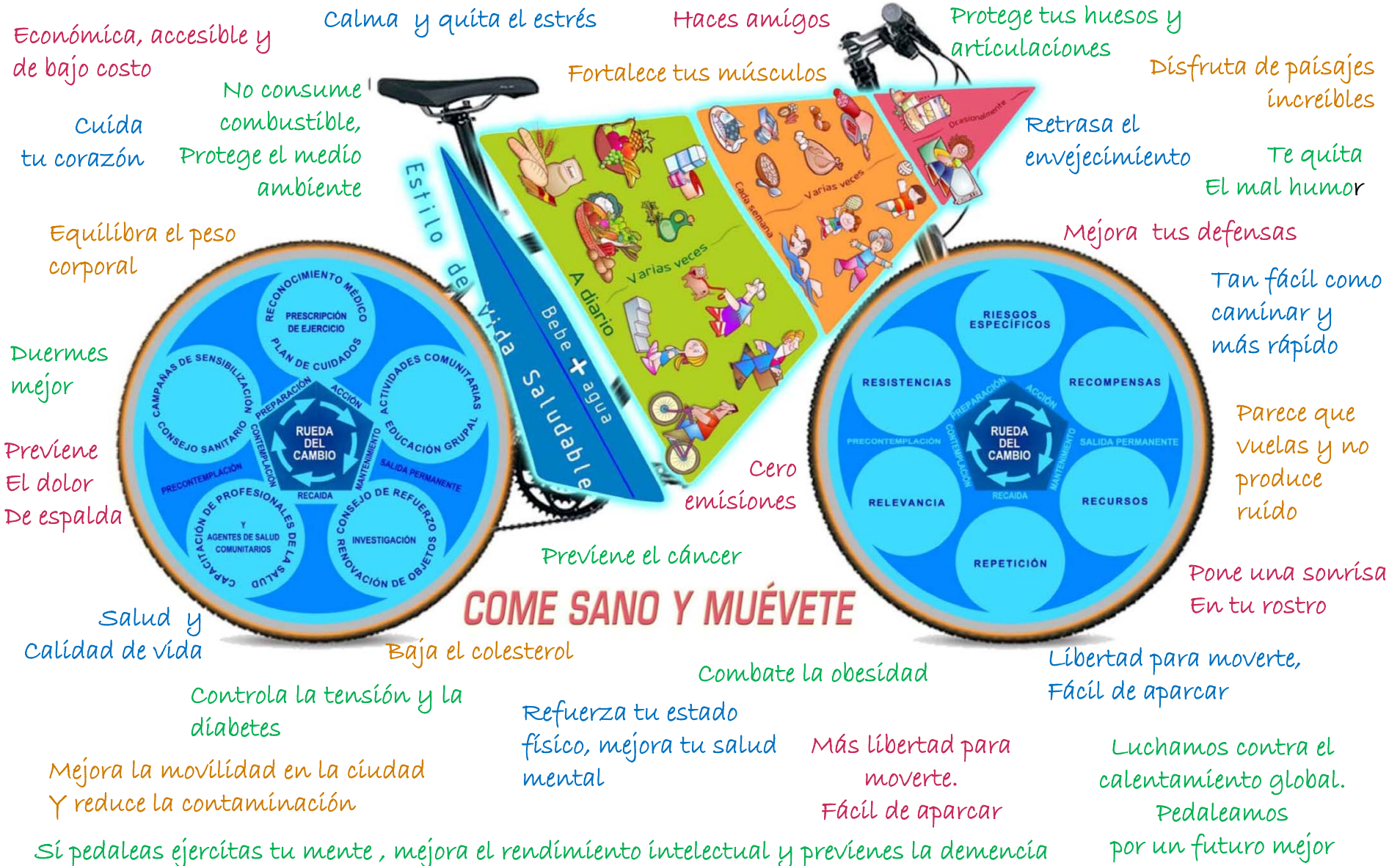


CONSEJO SANITARIO
POR LA SALUD Y
MOVILIDAD SOSTENIBLE
EN ATENCIÓN PRIMARIA.

ELIGE TUS MOTIVOS Y SAL CON TU BICI

Conoce los beneficios de la bicicleta.

SALUD, ECOLOGÍA, ECONOMÍA, TIEMPO, ESPACIO, SOSTENIBILIDAD





A Doña Angeles Lopez Sa y a todo el equipo Estrategia NAOS felicitarles por su labor y por su compromiso con la promoción de la salud y los profesionales de enfermería familiar y comunitaria.

Agradecer a la presidencia de FAECAP, a nuestra presidencia: Javier Carrasco y Francisco Cegri Lombardo, Juan Jose Jurado, a Santiago González Sánchez (webmáster FAECAP), a la junta directiva FAECAP, a Ángel Abad, Manuel Morales, Maribel Macián y Lucía Serrano por su apuesta por la promoción de actividad física y salud y a los compañeros de atención primaria y de los distintos grupos de trabajo nuestras sociedades científicas FAECAP (GdT Familias Activas, GdT Actividad Física y Salud FAECAP) implicados en esta labor y especialmente por su compromiso y apoyo a Lourdes Martínez Moreno, Beatriz Valdivielso, Cristina Alonso, Lara Edurne Castellanos, Rosa María Martínez, Silvia Domínguez, Beatriz Durante y a nuestras familias que sufren nuestro compromiso con la salud.

A Susana Aznar y grupo PAFS, Marcela Glez Gross, David Cañada, Jara Valtueña y grupo ImFINE, a Francisco García Fuentes (Fisioactividad), a Juan Carlos Martín, Alberto Dorado e Ignacio Salinero de la Dirección General de Deportes de Castilla la Mancha, Agustina Borrás Lopez (Dirección General de Atención Sanitaria y Calidad del Servicio de Salud de Castilla La Mancha), a Ignacio Ara y la red Exernet a y Julián Lirio (Servicio de Pediatría Social Hospital Niño Jesús de Madrid), a todos por su implicación y colaboración con FAECAP para impulsar la promoción de actividad física y la atención a la infancia en el Sistema Nacional de Salud.

HELP project team Diane Crone, Gideon Capie, David James, Richard Williams (England), Zdeněk Hamrick, Michal Kalman (Czech Republic), Cláudio Gonzaga, José Duarte, Alberto Alves (Portugal), Henry Schulz (Germany), Susana Aznar-Lain, Pilar Sainz de Baranda (Spain) and Liliana Rogozea and Angela Repanovici (Romania).

Al Equipo Vallecas Activa, a Juan Luis Ruíz-Giménez por apoyo metodológico en intervención comunitaria y compromiso ejemplar con la promoción de salud y defensa de la sanidad pública, al Consejo de Salud Palomeras-San Diego –Madrid Sur y movimientos asociativos de Vallecas, al Club Deportivo El Árbol, a María José García Berral, Cristina Abad, Sergio Belmonte, María García Onieva, Carmen Fernández, Pilar García Pineda, Marisa Gascón La Paz, Luis Carrascal y profesionales y dirección de la Dirección Asistencial Sureste de la Comunidad de Madrid, a Lucía Sentchordi (Servicio de Pediatría Hospital Infanta Leonor de Vallecas) a Lourdes Martínez Moreno (Hospital Virgen de la Torre de Vallecas), a Oscar Sánchez profesionales del CMD Entrevías y Dirección General de Deportes del Ayuntamiento de Madrid, a Dario Ochoa, Centro Municipal de Madrid. Salud en Puente de Vallecas y la Dirección General de Salud Pública –Madrid Salud- del Ayuntamiento de Madrid, a Servicios Sociales y Servicios Educativos de Puente de Vallecas por ofrecer un modelo ejemplar de trabajo comunitario y proporcionar una imagen ejemplar de Vallecas.

A la Dirección Técnica de Docencia e Investigación (Juan Carlos Abanades, Milagros Rico, Carlos Bermejo, Isabel del Cura y Teresa Sanz), a la Dirección Asistencial Sureste (Carmen Solano y María Jesús Calvo), a la Dirección Técnica de Procesos y Calidad (Marianela Bayón, Juana Mateos, Francisco Javier Pérez Rivas) y a la Dirección General de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid por su apoyo.



GdT ACTIVIDAD FÍSICA Y SALUD FAECAP

OTERO	BOUDIÑO	ANDREA	AGEFEC
RODRÍGUEZ		MARÍA JESÚS	SEAPA
GUERRERO	PALMERO	ALBERT	AIFICC
ARTIGUES	VIVES	GUILLEN	ABIC
FERNÁNDEZ	CARRETERO	CÉSAR	ACAMEC
VILLALVILLA	SORIA	DIEJO JOSÉ	SEMAP

GRUPO DE TRABAJO FAMILIAS ACTIVAS

ABAD	SANZ	CRISTINA	EAP JOSÉ MARÍA LLANOS
AGUILAR	MATEO	ANDREA	SERGAS
ALMAZAN		PATRICIA	EAP DR CASTROVIEJO
ALONSO	BLANCO	CRISTINA	UNIVERSIDAD REY JUAN CARLOS
ANCHIALARRUCEA		LEIRE	OSAKIDETZA
AYUSO	ALGORA	MARÍA LUISA	EAP ALPES
AZNAR	LAÍN	SUSANA	UNIVERSIDAD DE CASTILLA LA MANCHA
BARRIOS	GARCIA	LUZ DIVINA	EAP LAS OLIVAS. ARANJUEZ
BENITO	LOBATO	JOSE DIONISIO	EAP ABRANTES. MADRID
BELMONTE	SANCHEZ	SERGIO	EAP ENTREVÍAS
BERJA	NAVARRO	MILA	BARCELONA PSICOLOGÍA/ENFERMERÍA
BERMEJO	SANCHIS	MERCEDES	EAP RAFAEL ALBERTI
BLANCO	BOCCIO	LOLA	EAP NAVALCARNERO
CANTERA	BLASCO	ESTHER	EAP CAMPO DE LA PALOMA. VALLECAS
CAÑADA	LOPEZ	DAVID	IMFINE RESEARCH GROUP
CASADO	GARCIA	LUIS MARIANO	EAP LAS OLIVAS. ARANJUEZ
CASTRO	BENITO	MIRIAN	EAP ALPES
CHAVERNAS	MARTIN	SYLVIA	EAP SAN FERNANDO II
CERRATO	RODRIGUEZ	SUSANA	ATENCIÓN PRIMARIA. SALUD.MADRID
CORMENZANA	CARPIO	MARIA	EAP VALLE INCLÁN
CORDERO	PEREZ	MONICA	ATENCIÓN PRIMARIA. SALUD.MADRID
COTO	ORTEGA	MARÍA VICTORIA	DOCTOR TRUETA. ALCORCON
DELGADO	SILVAN	ELOINA	EAP PERALES DEL RIO. MADRID.
DEL PINO		RAQUEL	MADRID.SALUD
DIAZ	GOMEZ	GEMA	EAP MAQUEDA.MADRID.
DOMINGUEZ	FERNÁNDEZ	SILVIA	UNIVERSIDAD COMPLUTENSE
DUARTE	PADILLA	DOLORES	EAP GANDHI. MADRID.
DURANTE	FERNÁNDEZ	BEATRIZ	EAP FATIMA. MADRID
GALVEZ	FERNÁNDEZ	MARIA	EAP FEDERICA MONTSENY
GARCIA	BERRAL	MARÍA JOSÉ	EAP VICENTE SOLDEVILLA
GARCIA	CAÑAMARES	IGNACIO	INEF POLITÉCNICA DE MADRID
GARCIA	CARMONA	SUSANA	EAP GANDHI. MADRID.
GARCIA	ONIEVA	MARIA	EAP ENTREVÍAS



GRUPO DE TRABAJO FAMILIAS ACTIVAS

GARCIA	MARTIN	MARIA	EAP ALPES
GIL	GIL	AUXILIADORA	EAP BUENOS AIRES
GONZALEZ	GROSS	MARCELA	IMFINE RESEARCH GROUP
GONZALEZ	CASTELLANOS	LARA EDURNE	EAP CIUDAD DE SAN PABLO. COSLADA
HERRERO	PARRA	SUSANA	EAP ALICANTE. FUENLABRADA
IZQUIERDO	LEON	ROSARIO	EAP NUESTRA SEÑORA DEL PILAR
LARGO	ROJO	GONZALO	EAP ENSANCHE DE VALLECAS
LOPEZ	DE MURILLAS	ANDREA	EAP BUSTARVIEJO I Y II
MARTÍNEZ	DEBORA	M. JOSEFA	EAP ENSANCHE DE VALLECAS
MARTÍNEZ	LOPEZ	YOLANDA	EAP LAS OLIVAS. ARANJUEZ
MARTÍNEZ	ORTEGA	ROSA MARÍA	EAP LOS CÁRMENES ÁREA 7
MARTÍNEZ	RUIZ	CRISTINA	EAP BENITA DE AVILA. MADRID
MARTÍNEZ	MORENO	LOURDES	EAP ALCALÁ DE GUADAIRA. VALLECAS
MARTIN	SALINAS	CARMEN	UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
MATÍNEZ	MORA	PALOMA	ÁREA 7
MINGO	BLANCO	MANUELA	SESCAM
MORENO	MORENO	ANA BELEN	EAP BENITA DE AVILA. MADRID
NIEVA	TEJADO	PATRICIA	EAP BENITA DE AVILA.MADRID
PARRAGA	SAN SEGUNDO	CONCEPCIÓN	EAP ANGELA URIARTE
PASTOR	GOMEZ	ANA	EAP TRES CANTOS I
PEREZ	TABERNERO	MARÍA JESÚS	EAP TRES CANTOS I
PINO	GALVEZ	PILAR	EAP LA OLIVAS. ARANJUEZ.
PLANET	CONDE	ANTONIA GEMA	EAP NAVAS DEL REY
POTANES	PEÑAFIEL	LOURDES	EAP ALPES
POZO	RODRIGUEZ	ANDREA	EAP LUIS VIVES. ALCALÁ DE HENARES
RAZOLA	RINCON	RAQUEL	EAP POZUELO. ESTACIÓN.
RODRIGUEZ	FERNÁNDEZ	CARMEN	EAP MARTÍNEZ DE LA RIVA. VALLECAS
RUIPEREZ	RODRIGUEZ	ENCARNA	EAP VILLABLANCA
SAAVEDRA	GONZÁLEZ	JULIA	EAP ÁNGELA URIARTE
SANCHEZ	FUENTES	CARMEN	EAP PAVONES
SANCHEZ	MARTIN	MAGDALENA	EAP CUZCO
SASTRE	PAEZ	M. SONSOLES	EAP GANDHI. MADRID.
SEBASTIAN	RODRIGUEZ	MONTSERRAT	EAP LEGAZPI
TORNAY	MUÑOZ	ENCARNA	EAP JUNCAL. TORREJÓN DE ARDOZ
VALTUEÑA	SANTAMARÍA	JARA	IMFINE RESEARCH GROUP
VALDIVIELSO	FDEZ DE VALDERRAMA	BEATRIZ	EAP NUMANCIA. VALLECAS.
VELAZQUEZ	MARTIN	MARÍA DOLORES	EAP ALPES
VELICIA	PEÑAS	CARMEN	SERGAS
VILLALVILLA	SORIA	DIEGO JOSÉ	EAP ALCALÁ DE GUADAIRA. VALLECAS
REALES	CABRERA	CRISTINA	EAP LEGAZPI
SENTCHORDI	MONTANE	LUCIA	HOSPITAL INFANTA LEONOR
SANCHEZ	CRISTOBAL	MARIA	EAP VALLE INCLÁN
CARRETERO	ROMAN	JULIAN	H. INFANTA LEONOR