

Año 6 Volumen 2 Número 8
Diciembre 2016



2016

REVISTA DE LA FACULTAD
DE CIENCIAS DE LA
SALUD



Universidad Nacional de Salta





Año 6 Volumen 2 Número 8
Diciembre 2016

INDICE

GASTRITIS CRÓNICA POR *HELICOBACTER PYLORI*: ESTUDIO
DESCRIPTIVO SOBRE RESPUESTA AL TRATAMIENTO DE PRIMERA LINEA

Méd. SANGUINETTI, José María; Méd. LOTERO POLESEL, Julio César

PÁG:

04

NARCISISMO ALIMENTARIO

NAVARRO, Silvia Alejandra; HAUSBERGER, Margarita Liliana; BASSANI, Alicia del Rosario;
SANCHEZ, Silvia Alejandra; FORSYTH, María Silvia; PERALTA, Mirella Beatriz;
CZAMECKI, Paula Costas, APARICIO, Sonia Noemi

13

LA IMPORTANCIA DEL INSTRUMENTADOR QUIRÚRGICO EN LA,
PREVENCIÓN DE OBLITOS

NAVARRO, Silvia Alejandra; MANSILLA, Graciela Milagro.

19

LA QUINOA (*Chenopodium quinoa Wild*) Y SU ROL EN
LA PREVENCIÓN DE ECNT

CURTI, Carolina; RIVAS, Marisa; VILLALVA, Fernando J; GONCALVEZ DE OLIVEIRA, Enzo;
PAZ, Noelia F.; ROMERO, Fernanda; RAMON, Adriana N.

30

INSTITUCIONALIZACIÓN DEL SERVICIO Y PROGRAMA DE
EDUCACIÓN Y ALIMENTACIÓN SALUDABLE DENOMINADO
"KIOSCOS SALUDABLES"

MARTINEZ BUSTOS, Marcela.

35

INICIOS DE LA CARRERA DE MEDICINA EN LA UNIVERSIDAD
NACIONAL DE SALTA

FORSYTH, María Silvia; PASSAMAI, María.

37

REGLAMENTO DE PUBLICACIÓN

39





REVISTA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Año 6 Volumen 2 Número 8
Diciembre 2016

Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad Nacional de Salta

AUTORIDADES

RECTOR DE LA UNIVERSIDAD
C.P.N Antonio FERNANDEZ FERNANDEZ

VICE- RECTOR
ING. Edgardo LING SHAM

DECANA DE LA FACULTAD
LIC. María Silvia FORSYTH

VICE-DECANA DE LA FACULTAD
LIC. Dora del Carmen BERTA

COMISION EDITORIAL

IRRAZABAL, Fernanda
MARTINEZ BUSTOS, Marcela
PARADA, Luis Antonio
PERALTA, Mirella
RAMÓN, Adriana Noemí
RIVERO, María Julia
SANGUEDOLCE, Ernesto
VILLAGRÁN, Maria Eugenia

COMITÉ DE REFERATO

ADAMO, José
FADEL, Miryam
FALÚ, Alejandra
JIMENEZ, Patricia Liliana
LEON DE LA FUENTE, Edgardo
LOPEZ, Marta Susana
LOPEZ, Patricia Estela
MARGALEF, Maria Isabel
NUÑEZ, Marta
PEREYRA, Adriana
SACCHI, Mónica
ROMERO, Néstor Hugo
VARGAS FERRA, Elena
VILLAGRÁN, Eugenia María

EDICION Y REVISIÓN DE
TEXTO EN INGLÉS
IRRAZABAL, Fernanda.

EDITOR Y COMPILADOR
RESPONSABLE
GUTIÉRREZ, María Victoria

CORRESPONDENCIA:
Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud
Facultad de Ciencias de la Salud - UNSa
AV. Bolivia 5150 - CP: 4400 SALTA

EMAIL:
revistafsalud@gmail.com

GASTRITIS CRÓNICA POR *Helicobacter Pylori*:

ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE RESPUESTA AL TRATAMIENTO DE PRIMERA LÍNEA

SANGUINETTI, José María ^{1 2},

Médico, Especialista en Clínica Médica, Especialista en Gastroenterología. Profesor Adjunto Universidad Nacional de Salta.

LOTERO POLESEL, Julio César ^{1 3}

Médico, Especialista en Clínica Médica, Especialista en Gastroenterología.

¹ Instituto de Gastroenterología y Endoscopia Salta.

² Universidad Nacional de Salta.

³ Hospital Militar Salta.

CONTACTO: José María Sanguinetti, sanguinetti.josema@gmail.com,

Av. Bolivia 5150 CP 4400 Salta. TEL: 387 4229619.

Resumen

Objetivo: Describir la respuesta a antibióticos en Gastritis Crónica por *Helicobacter Pylori* (Hp)

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo. Pacientes entre enero de 2014 y diciembre de 2015 con tratamiento de 1ra línea y control de erradicación. **Resultados:** Muestra 54 pacientes. Clínica: Dispepsia, 53,7% (n=29), combinación de Dispepsia y Reflujo 25,9% (n=14); 7 Reflujo Gastroesofágico (13%). Endoscopia: 4 normales (7,4%). Reflujo con Gastritis no Erosiva 40,7% (n=22). El 38,9% Gastritis no Erosiva (n=21). Histología: inflamación moderada (70,3%; n= 38); leve 16,6% (n=9) y severa en 12,9% (n=7). Tratamiento: El 79,6% (n= 43) Amoxicilina, Claritromicina y Omeprazol 20 mg cada 12 horas; la mayoría (n= 35) durante 7 días, los restantes por 14 días. El 18,5% (n=10) recibió Lansoprazol; 9 durante siete días, un paciente fue tratado con Esomeprazol. Todos fueron sometidos a VEDA y biopsia para controlar erradicación. 25 (46,2%) tuvieron biopsias negativas. **Conclusiones:** Los tratamientos convencionales en nuestra población son inadecuados. El no disponer de métodos que permitan evaluar la virulencia del Hp y la resistencia antibiótica dificulta la toma de decisiones respecto al tratamiento. Debe tomarse como primera línea de tratamiento otro esquema antibiótico.

Key words: Erradicación, *Helicobacter Pylori*, Gastritis.

Abstract

Aim: To describe the antibiotic response in Helicobacter Pylori (Hp) gastritis. **Methods:** Observational study between January 2014 and December 2015. Patients with first line treatment and eradication control. **Results:** 54 patients. Symptoms: Dyspepsia 53,7% (n=29), Dyspepsia and Reflux 25,9% (n=14); Reflux 7 patients. Endoscopy: 4 normal (7,4%); Reflux and non erosive Gastritis 40,7% (n=22); 38,8% (n=21) non erosive Gastritis alone. **Histology:** Moderate inflammation (70,3%, n=38), mild 16,6% (n=9) and severe 12,9% (n=7). **Treatment:** 79,6% (n=43) received Amoxicillin, Clarithromycin and Omeprazole, 64,8 % for 7 days; 15,2% 14 days. 13 patients (18,5%) received the same antibiotics with Lansoprazole, 11 for 7 days. 46,2% (n=25) had negative biopsies. **Conclusions:** Conventional treatments are unappropriated in our population. The lack of studies to determine Hp virulence and antibiotic resistance makes difficult the decision making process. It should be use another first line treatment more effective.

Key words: Eradication, Helicobacter Pylori, Gastritis.

Introducción

La infección por Helicobacter Pylori afecta al 50 por ciento de la población mundial con variaciones dependientes de la geografía, etnia y factores socioeconómicos entre otras variables.ⁱ En los países en desarrollo en particular, como lo reflejan las Guías de la Organización Mundial de Gastroenterología, la infección por Hp es un problema de salud pública ya que su prevalencia es mayor y el acceso al diagnóstico y tratamiento más dificultoso.

En nuestro país Olmos y colaboradores observaron una prevalencia de infección por Hp de un 35,7%, otros autores hallaron seroprevalencia de infección en adultos cercana al 60 por ciento con una mayor prevalencia en la quinta década.^{ii iii}

Estos estudios mostraron relación entre el riesgo de adquirir la infección en nuestro país está directamente relacionada con la edad, lugar de residencia, estado socioeconómico, instalaciones sanitarias y el nivel educativo alcanzado.

En nuestra provincia Raspi y Romero observaron que el 49,1% de las biopsias en pacientes con Gastritis Crónica presentaban infección por Helicobacter Pylori.^{iv}

La relación entre la infección por Helicobacter Pylori y el adenocarcinoma gástrico es conocida desde hace tiempo.ⁱ La mortalidad por Cáncer de Estómago en la provincia de Salta es superior a la media del país tanto en varones como mujeres. En varones representa el 9,3% de las muertes por Cáncer y a nivel nacional el 5,9%, ocupando el tercer lugar por encima del Cáncer de Colon. Datos similares se observan en las mujeres donde el Cáncer de Estómago es responsable del 4,9% de las muertes por Cáncer cuando a nivel nacional representa el 3,9%.^{vi}

La relación entre el Hp y el Cáncer Gástrico está determinada por la virulencia de la cepa de Hp, los anticuerpos Anti- CagA tienen un impacto clínico importante. En nuestro país se

observó una prevalencia de anticuerpos del 52,2% siendo ésta más elevada en los pacientes sintomáticos (45,4%) y teniendo relación con la edad, el lugar de residencia, el hacinamiento y el nivel educativo.^{vii} En San Luis se observó una prevalencia de este anticuerpo de un 40,8% y se relacionó con mayor presencia de úlcera y resistencia a la Claritromicina.^{viii}

Objetivo

Describir la respuesta a antibióticos en pacientes adultos con Gastritis Crónica por *Helicobacter Pylori*.

Materiales y Métodos

Estudio retrospectivo y descriptivo. Análisis Historias Clínicas de pacientes atendidos con Gastritis Crónica por *Helicobacter Pylori* diagnosticados entre enero de 2014 y diciembre de 2015 en el Instituto de Gastroenterología y Endoscopia Salta.

Se seleccionaron los casos con tratamiento de primera línea completo y control de erradicación. Las variables que se estudiaron fueron: edad, sexo, diagnóstico clínico, hallazgos endoscópicos, hallazgos en la histopatología, tipo de esquema terapéutico indicado (antibióticos y tiempo), resultados del control histopatológico

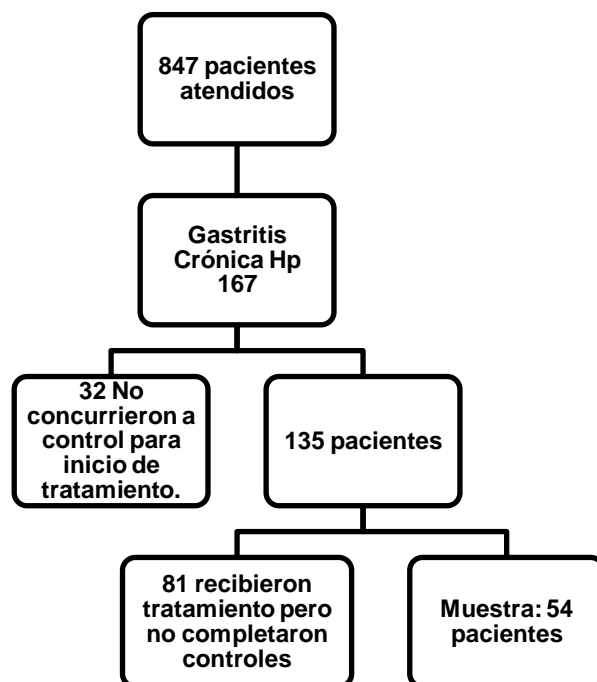
La información se analizó en Excel y se obtuvieron medidas de resumen.

Resultados

Ochocientos cuarenta y siete pacientes concurren a consulta en el período observado. Del total el 19,7% (n= 167) tuvieron diagnóstico de Gastritis Crónica por *Helicobacter Pylori*. El diagnóstico se obtuvo a través de Videoendoscopia digestiva alta (VEDA) y biopsia gástrica.

Del total de pacientes diagnosticados cincuenta y cuatro (32%) completaron los controles de erradicación correspondientes (VEDA y biopsia gástrica). El 67,6% de los casos con infección por *Helicobacter Pylori* no completaron los controles correspondientes; 32 (19,1%) no recibieron tratamiento debido a falta de concurrencia a control y 48,5% (n=81) recibieron antibióticos pero no se realizaron un adecuado control de erradicación. La muestra fue de 54 pacientes.

Gráfico 1. Selección de la muestra



Síntomas de presentación

La mayoría de los pacientes (79,6%) presentaba Dispepsia sola o en combinación con Reflujo Gastroesofágico (RGE); el RGE fue la segunda forma de manifestación clínica observada tanto en su forma clásica como en la extraesofágica (16,7%).

Tabla 1.- Síntomas de presentación

Cuadro clínico	n	%
<i>Dispepsia</i>	29	53,7
<i>Dispepsia y Reflujo Gastroesofágico</i>	14	25,9
<i>Reflujo Gastroesofágico</i>	7	13
<i>Reflujo Extraesofágico</i>	2	3,7
<i>Otros</i>	2	3,7
TOTAL	54	100

Hallazgos endoscópicos

Cuatro estudios fueron normales. El hallazgo más frecuente la Gastritis no Erosiva en combinación con Reflujo (Hernia Hiatal y/o Esofagitis) en un 40,7% y sola en el 38,8% de los

casos. Otros hallazgos fueron reflujo gastroesofágico (Hernia Hiatal y/o Esofagitis) y gastritis erosiva.

Como hallazgos asociados se observaron dos casos con Esófago de Barrett, cinco con pólipos gástricos, una ectasia vascular y dos úlceras (una gástrica y una duodenal).

Tabla 2.- Hallazgos endoscópicos

Hallazgos	n	%
<i>RGE y Gastritis no Erosiva</i>	22	40,7
<i>Gastritis no Erosiva</i>	21	38,9
<i>Reflujo Gastroesofágico</i>	5	9,2
<i>Otros</i>	2	3,7
<i>Normal</i>	4	7,4
TOTAL	54	100

Resultados histológicos

La severidad de la gastritis observada en el estudio histológico mostró un predominio de inflamación moderada (70,3%; n= 38); leve 16,6% (n=9) y severa en un 12,9% (n=7).

Tratamiento indicado

El esquema antibiótico más utilizado fue la combinación de Amoxicilina 1 gr cada 12 horas, Claritromicina 500 mg cada 12 horas y Omeprazol 20 mg cada 12 horas; la mayoría (n= 35) durante 7 días, los restantes ocho por 14 días.

Diez pacientes recibieron los mismos antibióticos asociados a Lansoprazol en su mayoría (9 casos) durante siete días, los restantes durante 14 días.

Sólo un paciente recibió la combinación de antibióticos asociados a Esomeprazol.

Tabla 3.- Tratamiento antibiótico

Esquema antibiótico	n	%
<i>Amoxicilina – Claritromicina- Omeprazol</i>	43	79,6
<i>Amoxicilina – Claritromicina- Lansoprazol</i>	10	18,5
<i>Amoxicilina – Claritromicina- Esomeprazol</i>	1	0,18

Control de erradicación

Todos los pacientes fueron sometidos a Videoendoscopia Digestiva Alta de control con toma de biopsias para control de la respuesta al tratamiento antibiótico.

Veinticinco pacientes (46,2%) tuvieron biopsias negativas para *Helicobacter Pylori*, los restantes 29 (53,8%) fueron positivas para *Helicobacter Pylori*.

Tabla 4.- Erradicación según esquema antibiótico y días de tratamiento

Esquema antibiótico y tiempo	Pacientes	Erradicación	%
<i>Amoxicilina – Claritromicina- Omeprazol x 7 días</i>	35	15	42,8
<i>Amoxicilina – Claritromicina- Omeprazol x 14 días</i>	8	5	62,5
<i>Amoxicilina – Claritromicina- Lansoprazol x 7 días</i>	9	4	44,4
<i>Amoxicilina – Claritromicina- Lansoprazol x 14 días</i>	1	1	100
<i>Amoxicilina – Claritromicina- Esomeprazol x 14 días</i>	1	0	0

Discusión

Los hallazgos observados deben ser analizados desde diferentes perspectivas. En primer lugar es notoria la falta de control evolutivo de la mayoría de los pacientes que no completaron los controles correspondientes a determinar la erradicación del *Hp* o, en algunos casos, que no recibieron el tratamiento adecuado.

La elección del tratamiento de erradicación debe tener en cuenta la prevalencia de la infección y del Cáncer gástrico, la resistencia antibiótica, la disponibilidad de estudios diagnósticos y de recursos para el tratamiento, así como los factores socioeconómicos.

La primera línea de tratamiento recomendada es el triple esquema combinando dos antibióticos (Amoxicilina y Claritromicina o Metronidazol) más un Inhibidor de la bomba de protones (IBP) durante 7 días. Con este esquema se logran tasas de erradicación entre el 70 y 85%.^{ix} La metodología empleada en el diagnóstico, así como los esquemas terapéuticos indicados y el uso de endoscopia y biopsia para el control se ajustaron a las recomendaciones internacionales.

La resistencia a antibióticos es un fenómeno creciente y complejo en el tratamiento de la infección por *Hp*, se han observado cifras del 36,7% de resistencia a la Claritromicina, 35,5% al metronidazol, 29,5% a la Levofloxacina y un 19,3% de resistencia múltiple.^x

En este pequeño grupo se observa que los tratamientos convencionales en nuestra población son inadecuados debido a la baja tasa de erradicación observada (46,2%).

Existe evidencia de que regímenes de 14 días permiten alcanzar mayores porcentajes de erradicación, aunque se cuestiona la adherencia al tratamiento (por la aparición de efectos adversos) y el incremento de los costos.

Diferentes esquemas alternativos se están planteando para mejorar la tasa de erradicación en la primera línea de tratamiento con resultados dispares como el tratamiento híbrido reverso ⁱⁱ, tratamiento secuencial con levofloxacina ^{xii xiii xiv} y la suplementación con probióticos ^{xv}.

Existen reportes de que las recomendaciones clásicas de tratamiento son inaceptables en algunos lugares del mundo debido a la baja tasa de erradicación. ^{xvi} En otros casos se recomiendan esquemas basados en los hallazgos de resistencia antibiótica local y regional. ^{xvii}

Un metaanálisis evidenció que las opciones más eficaces de tratamiento son 10 o 14 días de tratamiento triple suplementado con probióticos, 10 o 14 días de tratamiento triple con levofloxacina, tratamiento híbrido de 14 días y tratamiento secuencial de 10 o 14 días. Los que mejor tolerancia demostraron fueron esquemas de siete días triples suplementados con probióticos o con levofloxacina. ^{xviii}

Por otro lado se demostró que la elección del tratamiento guiado por un análisis genético múltiple basado en la susceptibilidad antibiótica permite mejorar los porcentajes de erradicación aunque este tipo de análisis no están disponibles ampliamente para su uso. ^{xix}

Conclusiones:

La infección por *Helicobacter Pylori* es frecuente en nuestro país, la creciente resistencia antibiótica explica la disminución en las tasas de erradicación observadas y podría explicar los hallazgos en nuestra provincia.

Los datos correspondientes a la mortalidad por Cáncer Gástrico en Salta indican que sería necesario determinar las variables relacionadas con esta observación y la infección por *Helicobacter* es una de éstas variables.

El no disponer de métodos que permitan evaluar la virulencia del Hp y la resistencia antibiótica dificulta la toma de decisiones respecto al tratamiento.


Sería conveniente desarrollar investigaciones que permitan conocer la prevalencia de la infección así como las tasas reales de erradicación y la virulencia de las cepas intervinientes.

Bibliografía:

ⁱ Organización Mundial de Gastroenterología. *Helicobacter Pylori* en los países en desarrollo. 2010.

ⁱⁱ Olmos JA, Ríos H, Higa R. Prevalence of *Helicobacter pylori* infection in Argentina: results of a nationwide epidemiologic study. Argentinean Hp Epidemiologic Study Group. *J Clin Gastroenterol*. 2000. 31(1):33-7.

- ⁱⁱⁱ Pest PS, Corti R, Pedrana R, Varela A y col. Seroprevalence of helicobacter pylori infection in the republic of Argentina: influence of age, sex, socioeconomic level, geographical area, and health infrastructure. Multicenter study by the Club Argentino del Estomago y Duodeno. *Acta Gastroenterol Latinoam*. 1999. 29(5):297-305.
- ^{iv} <http://argentinainvestiga.edu.ar/noticia.php?id=653#.Vz82ubjhDIU> (consultado el 20/05/16)
- ^v Backert S, Neddermann M, Maubach G y col. Pathogenesis of Helicobacter pylori infection. *Helicobacter*. 2016 Sep;21 Suppl 1:19-25.
- ^{vi} Ministerio de Salud Pública de la Nación. Atlas de mortalidad por Cáncer en Argentina 2007-2011. <http://www.msal.gob.ar/inc/images/stories/downloads/publicaciones/29-Atlas-de-mortalidadopt.pdf> (consultado el 20/05/2016)
- ^{vii} Jiménez F, Demaría JL, Ahumada C, Nagel A, Baroni MR, Giugni MC, Méndez E. Seroprevalence of Helicobacter pylori anti-CagA antibodies and its relationship with epidemiologic factors in Santa Fe. *Acta Gastroenterol Latinoam*. 2004. 34(1):16-20.
- ^{viii} Vega AE, Cortiñas TI, Puig ON y col. Molecular characterization and susceptibility testing of Helicobacter pylori strains isolated in western Argentina. *Intl J of Inf Dis Vol 14, Suppl 3*, 2010. Pages e85–e92
- ^{ix} Organización Mundial de Gastroenterología. Helicobacter Pylori en los países en desarrollo. 2010.
- ^x Caliskan R, Tokman HB, Erzin Y y col. Antimicrobial resistance of Helicobacter pylori strains to five antibiotics, including levofloxacin, in Northwestern Turkey. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2015. 48(3):278-84.
- ^{xi} Hsu PI, Kao SS, Wu DC y col. A Randomized Controlled Study Comparing Reverse Hybrid Therapy and Standard Triple Therapy for Helicobacter pylori Infection. *Medicine (Baltimore)*. 2015. 94(48):e2104.
- ^{xii} Kale-Pradhan PB, Mihaescu A, Wilhelm SM. Fluoroquinolone Sequential Therapy for Helicobacter pylori: A Meta-analysis. *Pharmacotherapy*. 2015. 35(8):719-30.
- ^{xiii} Silva FM, Queiroz EC, Navarro-Rodriguez T y col. Efficacy of levofloxacin, amoxicillin and a proton pump inhibitor in the eradication of Helicobacter pylori in Brazilian patients with peptic ulcers. *Clinics (Sao Paulo)*. 2015. 70(5):318-21.
- ^{xiv} Kim JS, Park SM, Kim BW. Sequential or concomitant therapy for eradication of Helicobacter pylori infection: A systematic review and meta-analysis. *J Gastroenterol Hepatol*. 2015. 30(9):1338-45.
- ^{xv} Hauser G, Salkic N, Vukelic K y col. Probiotics for standard triple Helicobacter pylori eradication: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Medicine (Baltimore)*. 2015. 94(17):e685.
- ^{xvi} Almeida N, Donato MM, Romãozinho JM y col. Beyond Maastricht IV: are standard empiric triple therapies for Helicobacter pylori still useful in a South-European country? *BMC Gastroenterol*. 2015. 15;15:23.
- ^{xvii} Miftahussurur M, Yamaoka Y. Appropriate first-line regimens to combat Helicobacter pylori antibiotic resistance: an Asian perspective. *Molecules*. 2015. 20(4):6068-92.



^{xviii} Li BZ, Threapleton DE, Wang JY y col. Comparative effectiveness and tolerance of treatments for *Helicobacter pylori*: systematic review and network meta-analysis. *BMJ*. 2015. 19; 351:h4052.

^{xix} Dong F, Ji D, Huang R, Zhang F y col. Multiple Genetic Analysis System-Based Antibiotic Susceptibility Testing in *Helicobacter pylori* and High Eradication Rate With Phenotypic Resistance-Guided Quadruple Therapy. *Medicine (Baltimore)*. 2015. 94(47):e2056.

NARCISISMO ALIMENTARIO

FOOD NARCISSISM

NAVARRO, Silvia Alejandra ¹; HAUSBERGER, Margarita Liliana ²; BASSANI, Alicia Del Rosario ³; SANCHEZ, Silvia Alejandra ⁴; FORSYTH, Maria Silvia ⁵; PERALTA, Mirella Beatriz ⁶; CZARNECKI, Paula Costas ⁷; APARICIO, Sonia Noem ⁸

¹ *Licenciada en Nutrición, Especialista en Planificación y Gestión de Políticas Sociales*

² *Licenciada en Nutrición, Especialista en salud Pública.*

³ *Profesora en Ciencias de la Educación, Doctora en Investigación e Innovaciones educativas.*

⁴ *Licenciada en Nutrición, Magister en Nutrición Humana.*

⁵ *Licenciada en Nutrición, Magister en Nutrición Humana.*

⁶ *Licenciada en Nutrición, Especialista en metodología de la Investigación.*

⁷ *Licenciada en Nutrición.*

⁸ *Licenciada en Nutrición, Magister en Salud Pública.*

CONTACTO: s_a_navarro@yahoo.com; navarroa@unsa.edu.ar (Navarro, Silvia Alejandra)

CP: 4.400 -Teléfono de línea: 387-4255537; Teléfono celular: 387-155480346

Resumen

Objetivo: Develar los motivos que orientan y sustentan los comportamientos alimentarios frente a los nuevos alimentos industrializados. **Material y Método:** Investigación microsocial cualitativa desde la perspectiva sociológica del riesgo (Beck, U) y reflexividad (Guiddens, A) con aplicación de técnica del Grupo Focal.

Muestra: 140 consumidores casuales de dietéticas y 158 consumidores casuales de supermercados. **Resultados:** Se detectaron 471 formas semánticas de expresión de las cuales emergieron categorías y subcategorías. **1)** Alimentos Aceptados: a) Nutritivo/saludable, b) Estética, c) Agradable, d) Publicidad, e) Inmunológico. **2)** Alimentos rechazados: a) Desconocimiento, b) Pernicioso, c) Aversión a lo artificial, d) Sabor diferente, e) Alto costo, f) Específico. **Conclusiones:** Los motivos que orientan y sustentan los comportamientos frente a los llamados nuevos alimentos industrializados se vinculan con la necesidad de estar en sintonía con el cuerpo socialmente aceptado, el aporte de nutrientes necesarios para el mantenimiento o recuperación de la salud, el disfrute de algo que invite a ser degustado, la protección contra enfermedades, y la confianza depositada en los medios publicitarios. Por otro

lado, el miedo a lo desconocido; lo pernicioso; la falta de información; el apego a lo conocido, natural y local; la cultura alimentaria; el factor económico y la especificidad orientan las conductas a lo tradicional como garantía de seguridad alimentaria..

Palabras Clave: Hipernmodernidad, Narcisismo, Alimentación

SUMMARY

Objective: to unveil the motives that guide and support the eating behavior of new processed foods. **Material and method:** Qualitative microsocal research from the sociological perspective of risk (Beck, U) and reflexivity (Guiddens, A) with application of the Focal Group technique.

Sample: 140 casual consumers of diet shops and 158 casual consumers of supermarkets.

Results: We detected 471 semantic forms of expression from which categories and subcategories emerged. 1) Accepted food: a) Nutritive / healthy, b) Aesthetic, c) Pleasant, d) Advertising, e) Immunological. 2) Rejected food: a) Unknown, b) Pernicious, c) Aversion to artificial, d) Different taste, e) High cost, f) Specific. **Conclusions:** The motives that guide and sustain the behavior towards the so-called new industrialized foods are linked to the need to be in tune with the socially accepted body shape, the contribution of nutrients necessary for the maintenance or recovery of health, the enjoyment of something attractive to be tasted, protection against diseases, and trust on advertising media. On the other hand, the fear of the unknown; the pernicious; lack of information; attachment to the known, natural and local; food culture; the economic factor and specificity lead to what is traditional as a guarantee of food security.

Keywords: Hypermodernity, Narcissism, Food

Introducción

La industria tradicional¹ de alimentos generó confianza² durante mucho tiempo en los consumidores; la Seguridad Alimentaria (SA) hacía referencia especialmente a la disponibilidad de alimentos, el acceso de las personas a ellos y el aprovechamiento biológico de los mismos³. En la actualidad la noción primaria de SA ha evolucionado, incluyendo exigencias de nuevos referentes en cuanto a la calidad, higiene e inocuidad de los alimentos y el respeto por la cultura. Paralelamente se fue generando en algunos sectores de la sociedad una sensación de inseguridad en relación al consumo de los alimentos denominados por la población como “nuevos alimentos”⁴.

¹ Industria que fabrica sus productos de forma originaria y artesanal y no cumple los estándares de las industrias modernas, no están actualizadas ni automatizadas con respecto a la tecnología actual, ni producen a gran escala.

² Confianza en el sentido de que conocer el origen de los alimentos, quién y donde los produce, los siembra, cultiva y transporta es una garantía de inocuidad de los mismos y de seguridad alimentaria.

³ Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. Seguridad Alimentaria. Informe de políticas, junio de 2006, número 2.

⁴ Se entenderá como nuevos alimentos a la representación que la población ha construido colectivamente y que se define como aquellos alimentos de los que se desconocen los procesos de producción y

Los riesgos de los nuevos alimentos para la salud pueden estar relacionados a corto y a largo plazo con las consecuencias del uso de “nuevas tecnologías”⁵ aplicadas en la producción alimentaria.

Tras haber entrado en una fase de hipercosumismo, asentada en una lógica emotiva y hedonista, el hombre consume más por el placer de verse bien y sentirse bien. En este sentido se rompe con el “Narcisismo de los años posmodernos”⁶, orientándose las conductas más al hipercuidado del cuerpo, socialmente valorado, a través de la actividad física y la selección de alimentos que se perciben como sanos.

El vertiginoso progreso de la ciencia, con la aplicación de nuevas tecnologías y la producción de alimentos a gran escala puso en circulación, a nivel global, una diversidad de productos alimenticios que serían beneficiosos para la salud del cuerpo y la mente. Pero, por diversos motivos, el Narciso actual, a la hora de seleccionar los alimentos transita por situaciones de incertidumbre y reflexividad, ambas estrechamente imbricadas para afrontar los riesgos de la hipermodernidad⁷ que incluye hipercomunicación, hiperproducción e hipertecnología alimentaria. Los motivos se inician con la aparición de una serie de estímulos externos e internos convergentes y desencadenantes de conductas de aceptación o rechazo frente a los nuevos alimentos. Por ello, conocer los motivos que dan emergencia a las situaciones de reflexividad y sensación de riesgo en el momento de adquirir o ingerir un alimento nuevo, constituye un importante aporte que permite el diseño de políticas alimentarias y nutricionales, de manera que el consumidor satisfaga sus necesidades alimenticias y preferencias con la plena seguridad de haber adquirido alimentos inocuos y seguros.

Diseño Metodológico

Objetivo: Develar los motivos que orientan y sustentan los comportamientos alimentarios frente a los nuevos alimentos industrializados.

Material y Método:

Investigación microsocia cualitativa desde la perspectiva sociológica del riesgo (Beck, U) y reflexividad (Guiddens, A) con aplicación de técnica del Grupo Focal.

obtenidos a partir de la aplicación de nuevas tecnologías o formas diferentes a las tradicionales o naturales, tales como **alimentos dietéticos, light, enriquecidos, fortificados, complementados, funcionales, transgénicos, clonados, etc.**

⁵ Nuevas tecnologías: **todo proceso aplicado a la conservación, modificación, fortalecimiento, enriquecimiento y complementación nutricional de alimentos tales como: nanotecnología, extrusión, pulsos eléctricos, altas presiones, irradiación de haz de electrones, calentamiento por infrarrojo, calentamiento óhmico, radiación ultravioleta, extracción de fluidos, ultrasonido, etc.**

⁶ Admiración excesiva y exagerada del hombre posmoderno por el lujo, el placer y las libertades.

⁷ Gilles Lipovetsky ensayista francés y autor de “Les temps hypermodernes”, afirma que no vivimos el fin de la modernidad, sino que por el contrario, estamos en la era de una modernidad elevada a su máxima potencia, en una era “híper”: hipercapitalista, de hiperpotencias, hiperterrorismo, 17 ago. 2008

La muestra estuvo constituida por 140 consumidores casuales que asistían a comercios de venta de productos dietéticos y 158 consumidores casuales de supermercados de diferentes firmas de Salta capital; de quienes se obtuvo el compromiso de participar en la investigación. Se constituyeron 30 grupos focales con un promedio de 10 (diez) personas con 2 (dos) instancias de encuentro cada uno. El registro de la información se realizó mediante la grabadora periodística y un cuaderno de notas.

Todos los grupos focales se iniciaron con la propuesta del mismo tema para su tratamiento: Conocimiento de los nuevos alimentos industrializados a partir de la aplicación de nuevas tecnologías.

Resultados:

Las personas que constituyeron la muestra pertenecían a diferentes niveles sociales y de procedencia cultural heterogénea, con edades desde los 18 a 50 años. La mayoría fueron mujeres (65%),

A partir de las conversaciones se pudo detectar una gran diversidad de formas semánticas de expresión (471) de los nuevos alimentos derivados de la industrialización. De ellas emergieron dos grandes categorías de alimentos: 1) Aceptados y 2) Rechazados. Dentro de estas se encuadraron diferentes subcategorías que develaron los motivos de aceptación o rechazo.

Se destaca entre los motivos que orientarían y sustentarían los comportamientos de aceptabilidad la predominancia de: a) La idea de ser alimentos Nutritivo/saludables, ya que aportarían sustancias que el organismo necesita para mantener el buen estado de salud y prolongar la existencia; b) La Estética entendida como el motivo, que relacionado con lo anterior, se refiere a la necesidad de alcanzar el cuerpo socialmente aceptado y reconocido como sinónimo de bienestar físico y psicológico; c) El Agrado, en virtud de sus características organolépticas seductoras que hacen emerger el deseo de consumirlos por su color, brillo, olor, tamaño y turgencia; d) La Publicidad, a través de los medios masivos de comunicación, con sus mensajes implícitos o explícitos, que convencen de los efectos mágicos sobre el cuerpo y la mente; e) La propiedad Inmunológica, ya que protegerían de muchas enfermedades (resfríos, gripes, cáncer y anginas) que actualmente estarían afectando demasiado a la población.

La estética y el agrado se destacan más en el grupo de 18 a 37 años, lo Nutritivo/saludable en el de 38 a 47 años, y en cambio la Inmunológica en los mayores de 48 años. La Publicidad fue reconocida por todos.

El Rechazo surgió reflexivamente por: a) El Desconocimiento de la cadena productiva de alimentos, ya que solo se conoce el producto final y no los procesos a los que se someten o transforman los alimentos; b) Lo Pernicioso, por consideran la posible afectación de la salud y el cuerpo ante el agregado o eliminación de sustancias químicas que nadie sabe con exactitud

que son; c) La aversión a lo artificial, en virtud del apego a lo conocido, a lo natural y lo local; d) El Sabor diferente, relacionado con el gusto espurio no anclado en la cultura alimentaria y que diluye y expelle el placer de su ingestión, e) El Alto Costo que impacta fuertemente en la economía familiar por su mayor valor agregado y f) Lo Especifico de su carácter, ya que estaría formulado para el tratamiento de personas enfermas.

En todos los grupos focales se pudo confirmar la búsqueda insistente y en detalle del origen y la composición de los alimentos ofertados por la industria alimentaria.

Conclusiones:

Vivir en una era de progreso científico y tecnológico conlleva el desarrollo de procesos de crisis-reflexividad previo a la decisión de la adquisición o no de los llamados nuevos alimentos. Los motivos que orientan y sustentan los comportamientos alimentarios se relacionan con diferentes representaciones sociales de los mismos.

Los motivos de aceptación se vinculan con la necesidad de estar en sintonía con el cuerpo socialmente aceptado, el aporte de nutrientes necesarios para el mantenimiento o recuperación de la salud, el disfrute de algo que invite a ser degustado, la protección contra enfermedades, y la confianza depositada en los medios publicitarios.

Los motivos que materializan la dinámica y la lógica del rechazo están mediados por un sistema de valores y creencias que determinan pautas de selección y consumo ante la emergencia de sentimientos de inseguridad y riesgo. El miedo a lo desconocido; a lo pernicioso; la falta de información; el apego a lo conocido, natural y local; la cultura alimentaria; el factor económico y la especificidad para una patológica orientan más las conductas a lo tradicional como garantía de seguridad alimentaria y fortalecimiento de la cultura alimentaria propia.

La presencia de comportamientos y decisiones tan individuales como la búsqueda obsesiva de la información nutricional a través de las etiquetas, el fortalecimiento de la cultura alimentaria propia y tradicional, y las elecciones sibaritas develan la emergencia de las paradojas de la hipermodernidad alimentaria. En términos de Lipovetsky coexisten dos tipos de narcisos en relación a la alimentación, el posmoderno y el hipermoderno, Este último se tiene a sí mismo como un ser maduro que hipercuida responsablemente su cuerpo, organiza sus tiempos para el cuidado eficaz del mismo, El cual avanza sobre el Narciso de la posmodernidad, amante de las libertades, la disipación y el desenfreno.

A modo de recomendación, es de vital importancia que se informe a los consumidores adecuadamente de las posibilidades que ofrecen dichos alimentos, permitiendo su pleno aprovechamiento y evitando especulaciones que puedan ocasionar la errónea magnificación de sus efectos.

Bibliografía:

1. Giddens, Anthony. (2010). Sociología. Alianza Editorial. Barcelona.
2. Lipovetsky, G.; Charles, S. (2006) Los tiempos Hipermodernos. Editorial Anagrama. SA. Barcelona.
3. Dame una de términos y un hipernarcisimo alimentario: La Modernidad alimentaria...o ¿posmodernidad–hipermodernidad alimentaria? Consultado el 13 de junio de 2016.
<http://econodos.net/wp-content/uploads/2012/06/hiper-narcisismo-alimentario.pdf>
4. FAO. Declaración de Roma sobre la Seguridad Alimentaria Mundial. Documentos técnicos de referencia 1-5. Volumen 1- En Cumbre Mundial sobre la Alimentación. 13 al 17 de Noviembre de 1996. Roma Italia. Consultado el 18 febrero de 2016. URL:
<http://www.fao.org/docrep/003/w3613s/w3613s00.HTM>
5. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. (2006) Seguridad Alimentaria. Informe de políticas, N° 2.
6. Ulrich Beck. (1986). La Sociedad del riesgo. Paidós – surcos 25. Barcelona.

LA IMPORTANCIA DEL INSTRUMENTADOR QUIRURGICO EN LA PREVENCIÓN DE OBLITOS

"The importance of surgical instrumentalist in preventing of Oblitos"

NAVARRO, Silvia Alejandra ¹

¹ *Licenciada en Nutrición, Especialista en Planificación y Gestión de Políticas Sociales*

MANSILLA, Graciela Milagro ²

² *Licenciada en Instrumentación Quirúrgica*

CONTACTO: *navarroa@unsa.edu.ar; s_a_navarro@yahoo.com (Silvia Alejandra Navarro)*

Celular: 387-155480346

Resumen

Objetivo: Conocer las causas de los accidentes por oblito. **Material y Método:** investigación cuantitativa, transversal, micro social con aplicación de la técnica de Estudio de Casos y Grupo Focal. Muestra: intencional constituida por un equipo de cirugía estable.

Variables: de estudio: capacitación permanente, antigüedad laboral, causas de oblito, medidas de seguridad, actividades de rutina y percepción del personal. **Resultados:** El personal de quirófano es mayoritariamente femenino, sus profesiones corresponden a médicos, enfermeros e instrumentista, en su mayoría entre 31 y 40 años. La función que el personal realiza en quirófano es inherente a su profesión, la mayoría con antigüedad mayor a 5 años y el 86% de ellos realiza el registro de rutina de quirófano. Se identificó como causas de oblito la falta de comunicación, distracción e incumplimiento de la aplicación de protocolos. Las percepciones particulares, la posición en la estructura jerárquica y la falta de aplicación de reglamentaciones determinan que las responsabilidades se impersonalicen y diluyan. **Conclusiones:** El oblito se podría evitar aumentando el control, formalizando la aplicación de un Check List, mejorando la comunicación y con personal comprometido con el paciente y la institución. Las percepciones fueron construidas a partir del fondo cultural institucional acumulado, el conjunto de las prácticas colectivas y la posición en la estructura jerárquica.

Palabras claves: instrumentador, cirugía, oblito.

Summary

Objective: To know the problems of accidents the oblito. **Material and Methods:** quantitative, transversal research, social micro. Sample: intentional constituted by surgical teams. **Variables: Study:** ongoing training, seniority, causes of oblito, safety, routine activities and staff perception. **Results:** The operating room staff is mostly female, their professions are doctors, nurses and instrumentalist, mostly between 31 and 40 years. The role that made in operating room personnel is inherent in their profession, most with more than 5 years old and 86% of them register performs routine surgery. It was identified as causes of miscommunication oblito, distraction and failure to application protocols. The particular perceptions, the position in the hierarchical structure and the lack of enforcement of regulations determine responsibilities are impersonal and diluted. **Conclusions:** oblito could avoid increasing control, formalizing the implementation of a Check List, improving communication and staff committed to the patient and the institution. Perceptions were built from accumulated institutional cultural background, the set of collective practices and position in the hierarchical structure. **Keyword:** instrumentalist , surgery, oblito.

Introducción

Dentro de las carreras de Salud, desde sus diferentes profesiones (médicos, enfermeros, instrumentistas, personal administrativo, etc.) es fundamental el compromiso ético y moral en la preservación de la vida y bienestar del paciente.

El término ***paciente*** proviene del latín PATY y significa ***el que sufre***. En términos sociológicos y administrativos, paciente es el sujeto que recibe los servicios de un profesional de la salud y se somete a un examen, a un tratamiento o a una intervención (1). Si tenemos en cuenta este concepto, entonces estamos hablando de reparar alguna dolencia y no adjudicarle un mayor padecimiento a través de acciones impropias como ocurre con los oblitos.

El Oblito quirúrgico, del latín "Oblitumoblivus" (olvidado-olvido), se utiliza desde el siglo pasado para definir a todo elemento olvidado dentro del cuerpo de un paciente, durante el curso de una intervención quirúrgica o un procedimiento invasivo (2).

Entre los factores de riesgo asociados a los oblitos se destacan las cirugías de urgencia, cambio inesperado del plan quirúrgico, obesidad, múltiples equipos quirúrgicos, excesiva pérdida de sangre, cambio de personal durante una cirugía, cansancio del equipo de cirugía o múltiples procedimientos en el mismo acto quirúrgico (3).

En el equipo quirúrgico, compuesto por el cirujano, ayudantes, anestesistas, enfermeros circulantes e instrumentadores, es de vital importancia el control de los insumos administrados en las cirugías. El rol del instrumentador es primordial, ya que es su responsabilidad verificar el total de gasas, compresas u otros elementos que pudieran ser olvidados dentro del cuerpo del paciente. Para ello, el implemento de planillas administrativas siempre es lo más óptimo, ya que

el registro de datos y cantidades siempre se pueden verificar, además de ser un recurso de bajo costo, efectivo y rápido. Las fichas que se realizarían al ingresar el paciente a la sala de operaciones tienen un efecto positivo a corto, mediano y largo plazo. Inmediato porque la comparación y corroboración de números es fiel, y a largo plazo en caso de intervenciones posteriores. Podrán formar parte de la historia clínica y pasarían a ser un respaldo legal ante eventuales juicios.

Conocer los motivos y consecuencias de los oblitos permite implementar estrategias hacia el interior del quirófano para evitarlos y contribuir a la recuperación integral del paciente.

En la ciudad de Salta funciona el principal Policlínico de la provincia, iniciando la prestación de sus servicios en el año 1940. Su estructura y funcionalidad eran lo más avanzado en esa década, luego el edificio sufrió algunas reformas que se ajustaron a las necesidades propias debido al aumento de la población. Actualmente cuenta con tecnología de avanzada y presta servicio a todas las especialidades de la medicina. El sector de quirófano mantiene su forma original con la capacidad de 10 salas de cirugías, de las cuales 8 son destinadas a cirugías programadas y 2 destinadas a cirugías de urgencia, es decir quirófanos de guardia.

Durante el año 2014, en el mencionado policlínico se realizaron 7 reintervenciones quirúrgicas por olvido, durante el acto quirúrgico, de materiales como gasas, compresas, agujas u otros elementos metálicos de instrumental de cirugía o suturas. Esta cifra (0,06 %) a pesar de parecer insignificante contra 10.644 cirugías anuales, no deja de ser importante y alarmante toda vez que de la salud de una persona se trate. La ocurrencia de este tipo de accidentes en las intervenciones quirúrgicas redundaría en una hospitalización prolongada, incremento de los gastos en insumos, menor disponibilidad del quirófano y mayor pérdida laboral, y lo más importante, ocasionaría una alteración psicológica del enfermo traduciéndose en menor productividad física, intelectual y/o laboral. Aportar mayor información y cumplir con las medidas de prevención disminuiría estos accidentes, preservaría la salud física y mental del paciente y aseguraría un servicio de excelencia y prestigio institucional.

El trabajo cotidiano en el interior del quirófano y el conocimiento empírico de la ocurrencia y consecuencias de estos accidentes despertó el interés por conocer por qué se producen, partiendo de los siguientes supuestos:

- Los accidentes por olvido se producen por múltiples causas que pueden evitarse.
- Las medidas de prevención de accidentes por olvido no son conocidas por todo el personal.
- Existe bajo compromiso con el cumplimiento de las medidas de prevención de accidentes por olvido.
- No se realizan los registros de actividades de rutina durante una cirugía.
- La responsabilidad del control se diluye entre el personal.

Por todo lo anterior el objetivo general del presente trabajo fue conocer las causas de los accidentes por olvido en el principal policlínico de la ciudad de Salta.

Objetivo General

Conocer las causas de los de los accidentes por oblitio en el policlínico principal de la ciudad de Salta.

Objetivos Específicos

- Caracterizar la muestra de estudio según edad, sexo, profesión, capacitación permanente y antigüedad laboral.
- Identificar las causas determinantes de los accidentes por oblitio.
- Conocer las medidas de prevención vigentes en el interior del quirófano.
- Conocer la rutina de registro de actividades de una cirugía en relación al material utilizado.
- Conocer la perspectiva de los actores involucrados.

Marco Metodológico

Investigación cuantitativa micro sociológica. Tanto en el enfoque cuantitativo como en el cualitativo se aplicó la técnica de la observación no participante, in situ, utilizando un cuaderno de notas como instrumento de registro de las situaciones observadas. La aplicación de dicha técnica estuvo orientada al estudio de los fenómenos tal y como suceden dentro de su escenario natural.

La muestra quedó constituida intencionalmente, ya que se consideró solo los actores que formaban parte de un equipo estable de trabajo hacia el interior del quirófano y que son actores claves por su protagonismo y responsabilidad en el acto quirúrgico: Médicos, enfermeros e instrumentistas quirúrgicos.

El enfoque cuantitativo se realizó a través del método observacional, de carácter descriptivo y transversal. La observación in situ se realizó durante un período de 10 meses (2 observadores) a un equipo quirúrgico estable constituido por 14 personas entre profesionales y técnicos. La fuente de información primaria la constituyó el personal médico, instrumentadores y enfermeros, conformados como equipo de intervenciones quirúrgicas estable.

Para describir la muestra y conocer diferentes aspectos relacionados con las reintervenciones por oblitio se aplicó un formulario estructurado, que permitió caracterizarla según edad, sexo, profesión, funciones, antigüedad laboral, cursos de capacitación realizados, tareas de registro de actividades personales y variable relacionadas con las reintervenciones por oblitio.

El enfoque cualitativo se abordó con la aplicación de la técnica de Estudio de Caso y Grupo Focal a fin de conocer la perspectiva de los actores y captar los procesos e interacciones portadores de significados entre dichos actores en constante dinamismo. El eje disparador de las conversaciones en el Grupo Focal fue: *Opinión sobre los accidentes por oblitio*. Iniciada la discusión, la misma se orientó hacia el conocimiento que el personal de quirófano tenía de las causas de una cirugía de accidente por oblitio, consecuencias en el paciente y medidas de

seguridad vigentes en el interior de quirófano. El registro de la información emergente se realizó utilizando como soporte la grabadora periodística.

VARIABLES DE ESTUDIO:

- Capacitación permanente: cursos, jornadas, congresos o seminarios en relación a cirugías.
- Antigüedad laboral: años de trabajo en el quirófano
- Causas de olvido: motivos que ocasionaron un accidente por olvido.
- Medidas de seguridad en quirófano: criterios establecidos que previenen accidentes por olvido.
- Actividades de rutina en cirugía: actividades de cumplimiento obligatorio durante una cirugía.
- Perspectiva de los actores

Los datos cuantitativos fueron analizados aplicando el método estadístico descriptivo, y en el enfoque cualitativo se analizó y trianguló la información presentándola en forma descriptiva tal y como se dio en la realidad.

Resultados

La mayor proporción de actores de la muestra estuvo representada por personal de sexo femenino (64,29%). Del total del personal se encontró que aproximadamente el 42% son médicos, mientras que los enfermeros e instrumentadores quirúrgicos se distribuyen en porcentajes similares, 29% para cada uno. Todo el personal enfermero e instrumentista es femenino, mientras que el 36% de médicos es masculino y solo un 7% femenino. En relación a las edades del personal que integró la muestra, se construyeron tres grupos etarios con una amplitud de rango de 10 años, resultando que poco más del 78% de los trabajadores es mayor de 31 años. El 71% se concentra en el grupo de 31 a 40 años de edad y el 7% en el grupo de 41 a 50 años. El 21,5 % se encuentra entre los 21 y 30 años de edad. Con esto, ya se podía visualizar lo que más tarde se confirmó, se trata de personal profesional relativamente joven con una importante cantidad de años con experiencia laboral en su profesión. En relación a la función que el personal desempeña en el quirófano se encontró completa coincidencia con su formación profesional. En el **gráfico 1** se puede observar dicha afirmación (residente y cirujano corresponden a la categoría médicos). En relación a las variables antigüedad laboral y grupo etario se visualiza que el grupo de 31 a 40 años con antigüedad de 10 a 15 años es mayoritario. Con éstos resultados se confirma que quirófano cuenta con profesionales jóvenes con una importante antigüedad en el sector. El grupo de 21 a 30 años es el más joven y de menor antigüedad laboral. En cuanto a la rutina de registrar las actividades que el personal realiza en el quirófano, el 7% lo hace a veces y el 86% indica que cumple con dicho registro, pero que estos registros no reflejan el trabajo que realizan durante una cirugía. Los motivos por los cuales realizan dicho registro se relacionan con la intención de controlar y verificar lo ejecutado (86%), mientras que se observó un bajo porcentaje de trabajadores que lo hacen con

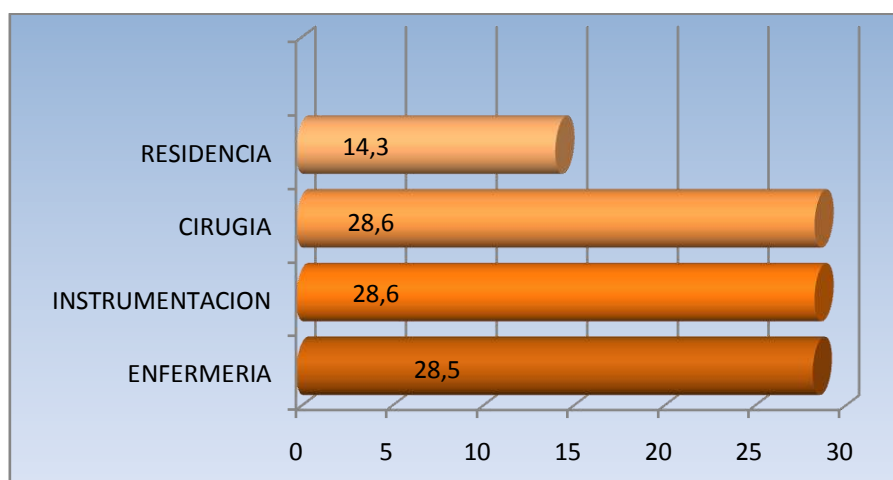
fines de protección legal. El registro consiste en asentar en el cuaderno diario el parte químico, las cirugías realizadas durante el día y el uso de materiales e insumos.

GRAFICO N° 1

DISTRIBUCION DE LA MUESTRA SEGÚN SU FUNCION

QUIROFANO DEL HOSPITAL PÚBLICO

CIUDAD DE SALTA, 2015 (%)



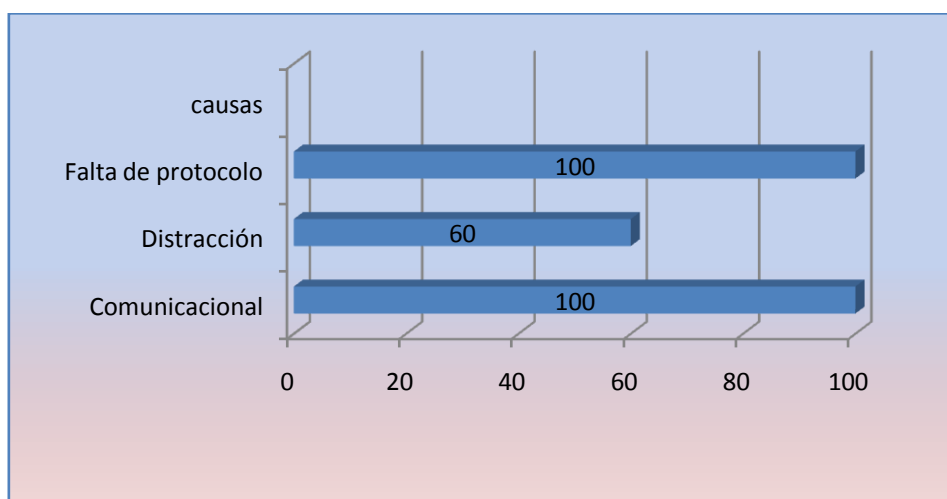
La existencia de casos de reintervenciones por oblitio es atribuida a la inexistencia de protocolos y la falta de comunicación en un 100%, mientras que también hay un importante porcentaje que reconoce que esta clase de accidentes se producen por distracción de los profesionales (**Gráfico 4**).

GRAFICO N° 4

CAUSAS DE ACCIDENTES POR OBLITO. QUIROFANO

DEL HOSPITAL PUBLICO. CIUDAD DE SALTA

2015 (%)



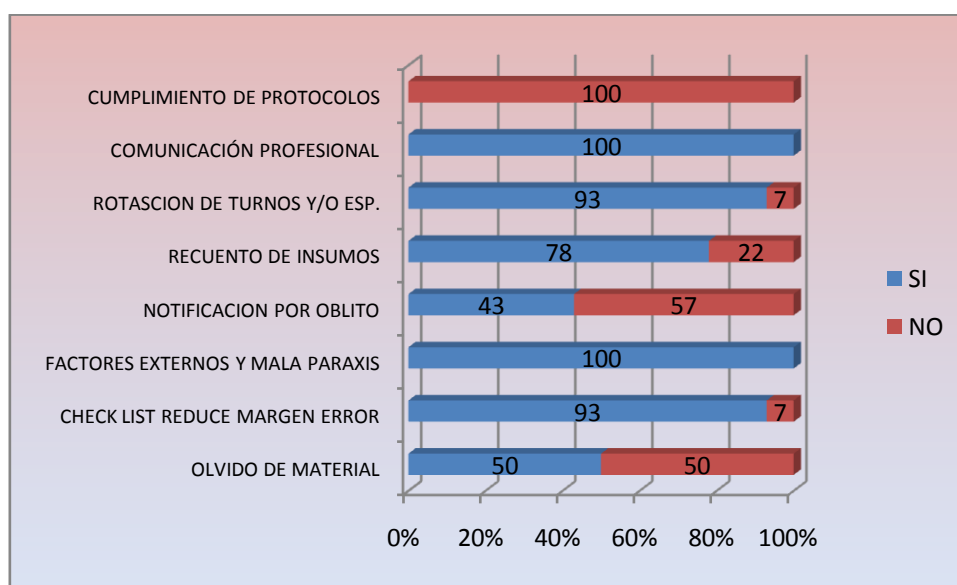
En relación al resto de las variables relacionadas con el acto quirúrgico (**Gráfico 5**), se encontró que el 100% del personal sabe que no se aplican protocolos y que la falta de comunicación entre los profesionales es un factor importante en la ocurrencia de oblitos. El 93% de los entrevistados considera conveniente la rotación de turnos entre instrumentadores para evitar cansancio y acostumbramiento. Para el caso de relevamiento en mesa quirúrgica el 78% realiza recuento de insumos. Cuando se presenta una cirugía por oblito solo el 43% informa que fue notificado de dicha negligencia. La totalidad de la muestra considera que existen factores externos que contribuyen a la emergencia de mala praxis en una cirugía y que el uso del Check List podría reducir el margen de errores de oblitos. En relación a esto último, un importante porcentaje de profesionales reconoce que se produjeron casos de olvido de gasa u otro material en el acto quirúrgico (50%). En relación a la capacitación del personal de quirófano, se encontró que todos realizan cursos de capacitación relacionados con su profesión pero no en relación a la prevención de oblitos.

GRAFICO N° 5

OPINIONES DEL PERSONAL DE QUIROFANO RELACIONADAS

CON LOS OBLITOS EN EL ACTO QUIRURGICO

SALTA 2015



La información resultante de la aplicación de la técnica del grupo focal permitió triangular con los datos cuantitativos y avanzar sobre las percepciones que median en la ejecución de tareas hacia el interior del quirófano. Entre las razones que primaron como causas de reintervenciones por olvido se identificó el olvido de gasas y compresas de gasas en el cuerpo del paciente. Aquí emerge nuevamente el reconocimiento de que estas situaciones se producen por distracciones del personal. Dichas distracciones se dan a partir del diálogo que el personal mantiene en diferentes momentos de la cirugía y que no están relacionados con la misma. Pero, estas situaciones se producirían en muy bajo porcentaje. Lo que llama la atención es que los olvidos de material en el cuerpo del paciente no se produjeron en situaciones de emergencia, sino todo lo contrario, se dieron en las cirugías programadas aún cuando en éstas se tiene mayor tiempo para la preparación de la mesa de cirugía con todo el material que el cirujano necesitará.

Médico: Es muy raro en este hospital, y si se produjo es de menos de un 1%, la mayoría fueron de otro lugar de la provincia... y que son derivados.

En general nadie sabe precisamente cuantos casos de intervenciones se producen por oblitio. La información que se tiene es transmitida en el seno de las interacciones sociales cotidianas, pero no hay registros ni notificaciones formales. El conocimiento de los casos de oblitio se relaciona con la posición de los profesionales en la estructura jerárquica de la organización. Los médicos, como autoridad legitimada, son los que saben y el personal de enfermería e instrumentación toma conocimiento en el momento de la cirugía o por comentarios casuales.

Enfermero: Ha pasado en ésta institución. En la mayoría de los casos nos enteramos después de mucho tiempo, cuando los cirujanos cuentan o lo escuchamos en una conversación entre cirujanos...

El conjunto de profesionales médicos de quirófano posee un cuerpo de creencias y conocimientos que diluye su responsabilidad en la ocurrencia de los oblitos. Los mismos se producirán por descuidos del instrumentador y el enfermero, sobre quienes recae toda la responsabilidad de realizar el recuento de gasas y compresas. Además la mayoría de los casos serían derivaciones de instituciones del interior de la provincia. Al contrario, en la base de la estructura de personal de quirófano se cree que la responsabilidad comienza en los jefes.

Enfermera: La responsabilidad creo que es de todos, no solo de la circular y la instrumentadora, porque este es un hospital escuela y en una sala de cirugía no solo está el equipo quirúrgico sino que también están principalmente los jefes, por donde comienza la responsabilidad, y otros técnicos, residentes y otros profesionales ... todos deberían saber cómo manejarse en un quirófano.

El paciente reintervenido generalmente desconoce la causa de dicho hecho, ya que si se le informa éste entra a la cirugía con temor a que nuevamente se produzca un oblitio. En éste sentido la cirugía es percibida como agente estresor importante, con una reacción compleja de la persona, por lo que se trata de evitar esta situación en el paciente.

Médico: El paciente si sabe porqué se lo está operando entra inseguro, con el temor de que se olvide nuevamente gasas o compresas en su cuerpo.

El paciente tomará conocimiento del oblitio solo si se trata de una situación muy comprometida para el personal de la institución, de lo contrario el hecho forma parte del secreto profesional y se evita demandas judiciales.

Las consecuencias físicas, psicológicas y emocionales que una segunda cirugía produce en el paciente son conocidas por el personal, pues el individuo afronta la cirugía con altos niveles de ansiedad lo que ocasiona influencias negativas en la recuperación físico-psíquica postquirúrgica, tales como largas estancias hospitalarias o mayor necesidad de medicamentos, lo cual supone un perjuicio tanto para el individuo como para el sistema de salud por su elevado costo económico. Por ello se prefiere que el paciente no se entere del oblitio.

El personal de enfermería aparece como más cercano al paciente, en virtud de que es quien lo recibe y despide del quirófano, situación que le permite charlar, conocer su situación y tranquilizarlo.

Enfermera: La que recibe al paciente somos nosotras las enfermeras y la que lo despide, así tenemos oportunidad de charlar con el paciente y preguntarle qué le pasó y como se siente, siempre el paciente tiene miedo, son muy pocos los que están seguros que todo va a salir bien y más cuando el diagnóstico es incierto. Por eso es importante calmarlo un poco.

Las expresiones del personal develan que las medidas de seguridad en el quirófano son incipientes, pues no existe protocolo alguno ni aplicación de check list. En general en todo el hospital faltaría la aplicación de un protocolo, pues se percibe que cada uno aplica su criterio a la hora de proceder. En éste sentido, se piensa que se podría mejorar si el jefe del sector comunicara formalmente los procedimientos, o bien si se realizaran capacitaciones permanentes en relación a procedimientos o protocolos en quirófano.

Médico: En éste hospital falta un protocolo, todos hacen como les parece o de acuerdo a la escuela que fueron formados.

Desde el personal de enfermería e instrumentación, y en virtud de su formación superior, se tiene conocimiento de la importancia de las medidas de seguridad y se trata de impulsar la implementación de protocolos y su cumplimiento. Se sabe que hay medidas de seguridad que

se aplican en el hospital, pero no medidas establecidas en el servicio de cirugía, tampoco se cumple con las medidas internacionales.

Conclusiones

El personal de quirófano se concentra en el grupo de 31 a 40 años de edad, es mayoritariamente femenino; la función que desempeñan en quirófano es inherente a su profesión, la mayoría tiene antigüedad mayor a 5 años y el 86% realiza el registro de rutina de su actividad en el quirófano.

Existen en el hospital casos de reintervenciones por oblitio, cuyas causas difieren con lo expresado por Tolino, M. J., y que pueden evitarse, tales como la falta de comunicación y distracción e incumplimiento de la aplicación de protocolos.

Las percepciones del personal de quirófano son el sustento de los comportamientos grupales frente a una cirugía. En general, los comportamientos estarían influenciados por actividades mentales internas y factores del contexto.

Las percepciones particulares, la posición en la estructura jerárquica y la falta de aplicación de reglamentaciones hacen que las responsabilidades se impersonalicen y diluyan.

En todo el personal hay similitudes en relación al conocimiento de falta de aplicación de protocolos o procedimientos formales, no así en cuanto a responsabilidades. Desde la máxima autoridad del quirófano, el médico, el responsable de los accidentes por oblitio sería el instrumentador y enfermero, mientras que el resto del personal cree que la responsabilidad comienza por la autoridad.

La opinión generalizada es que los accidentes por oblitio se podrían evitar aumentando el control, formalizando la aplicación de un *Check List*, mejorando la comunicación y con personal comprometido con el paciente y la institución.

Los resultados muestran que las percepciones fueron construidas a partir del fondo cultural institucional acumulado, el conjunto de las prácticas colectivas y la inserción o ubicación en la estructura jerárquica.

Bibliografía:

1. Gómez Jurado, J. El Paciente. Barcelona. Ed. Planeta; 2014. p:57
2. Lamy, R.; Amicucci, R.; Tripolini, D.; Cohen, R. Oblito Intrapericardico: un hallazgo de autopsia. Rev. Argent.cir.. 2011. Vol. 101. p:1
3. Tolino, M. J.. OBLITOS. Causas, consecuencias clínicas y legales. Prevención. Rev. Argent.Cir 2009. Vol. 13. p:89

LA QUINOA (*Chenopodium quinoa Willd*) Y SU ROL EN LA PREVENCIÓN DE ECNT

CURTI, Carolina A ¹; Rivas, Marisa ²; VILLALVA, Fernando J¹; GONCALVEZ DE OLIVEIRA; Enzo¹; PAZ, Noelia F¹; ROMERO, Fernanda ³ y RAMÓN, Adriana N ⁴.

¹ Licenciada/o en Nutrición. Becaria/o Doctoral CONICET. ² Dra. Ciencias biológicas. Becaria postdoctoral CONICET. ³ Licenciada en Nutrición. Becaria EVC. ⁴ Máster en Nutrición y Biotecnología alimentaria. Universidad Nacional de Salta.

*Correspondencia: Carolina A. Curti. Instituto de Investigaciones para la Industria Química, CONICET. UNSa, Salta 4400, Argentina, Tel: +54 387425-5410/fax. 425-1006: Av. Bolivia 5150.

CONTACTO: ccurti@unsa.edu.ar - carolinaacurti@gmail.com

Resumen

La quinoa es un pseudocereal que ha sido cultivado desde hace 7000 años por culturas precolombinas. Era un alimento básico en la dieta de los pueblos de la región Andina y los Incas lo llamaban “el grano madre”. En los últimos años, el interés por el grano ha ido en ascenso debido al reconocimiento de su calidad nutricional y la presencia de fitoquímicos. Asimismo, la demanda por productos alimenticios a base de quinoa se ha incrementado gradualmente. Aunque las propiedades funcionales de distintas semillas han sido revisadas, pocos artículos se han focalizado en aquellas correspondientes a la quinoa. Por lo tanto, la intención de esta revisión es exponer la composición nutricional, los compuestos bioactivos de las semillas de quinoa y las implicancias para la salud de su consumo.

Abstract

Quinoa is a pseudocereal which has been cultivated over 7000 year for the pre-columbian cultures. It was a staple food in the Andes region and was called “the mother grain” by the Incas. In the last years, the interest in the seed has increased due to the recognition and diffusion of its high nutritional quality and functional compounds. Moreover, the population demand for food products made by quinoa has gradually expanded. Although the functional properties of different seeds have been revised by several authors, few articles have focus on ones of quinoa. Thus, the intention of this review is to expose the nutritional composition, bioactive compounds and their implications in human health of quinoa seeds.

Introducción

La investigación de los fitoquímicos es un campo en enorme expansión y con alto potencial en salud pública. Diversos estudios informan que los cultivos andinos como la quinoa, kañiwa y kiwicha o amaranto, son una fuente importante de compuestos bioactivos - ácidos grasos esenciales (omega 3 y 6), terpenoides, péptidos, glicósidos, compuestos fenólicos, organosulfurados y betalainas - con múltiples acciones biológicas implicadas en las prevención de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), de allí el interés en el estudio de estas especies ^{1,2}.

La quinoa es un grano que ha sido cultivado por los pueblos pre - incaicos de la región andina desde hace más de 7000 años ³. Desde hace algunos años la demanda y producción a nivel mundial han incrementado como consecuencia del reconocimiento y difusión de sus cualidades nutritivas tales como el contenido de proteínas y aminoácidos, compuestos bioactivos, fibra dietética, α -tocoferol (vitamina E) y ácidos grasos insaturados y capacidad para crecer bajo diversas condiciones de clima y suelo ^{4,7}.

Esta revisión tiene como propósito indagar la composición nutricional del grano de quinoa, de fitoquímicos y las implicancias para la salud de su consumo.

Desarrollo del tema

Los cereales como el trigo, maíz, arroz, cebada, avena, centeno y sorgo han sido tradicionalmente los alimentos más utilizados en las dietas tanto de humanos como animales. La superioridad de la quinoa respecto a éstos está dada por su mayor contenido proteico (12,9 % a 16,5 %), la presencia de aminoácidos esenciales, entre ellos la lisina, y pequeñas cantidades de prolaminas (menor al 2 %) ⁵.

La fibra dietética total (10 g/100 g) ⁵ y azúcares del tipo d-xylosa y maltosa (120 y 101 mg/100 g, respectivamente) favorecen la conversión de colesterol en ácidos biliares con la consecuente reducción de su absorción; modulación de la respuesta insulínica postprandial además de sus efectos cardioprotectores ⁶.

Del total de ácidos grasos, el 89,4 % corresponde a los insaturados, de los cuales del 54,2 al 58,3 % son poliinsaturados. Estos se encuentran protegidos frente a la oxidación por apreciables cantidades de vitamina E (3,7 a 6,0 mg/100 g) ^{7,8}.

Fitoquímicos

Los alimentos de origen vegetal contienen una serie de sustancias no nutricionales que pueden tener un impacto positivo en la salud humana. Son denominadas metabolitos secundarios o fitoquímicos que las plantas producen como mecanismos de defensa y que tienen propiedades antioxidantes cuando son consumidos por las personas ⁹. La presencia de ellos en la quinoa supone una función protectora contra patologías relacionadas al estrés oxidativo tales como aterosclerosis, cáncer, deterioro cognitivo, envejecimiento en general. Se pueden agrupar en fitoesteroles, flavonoides glucosídicos, betalaínas, betainas y saponinas ⁴.

Fitoesteroles

Los fitoesteroles son compuestos similares al colesterol en cuanto a estructura. Entre los beneficios para la salud se encuentran la reducción de los niveles de colesterol sérico, compitiendo por su absorción a nivel intestinal; además de sus efectos antiteratogénicos, antiinflamatorios, antioxidativos y anticarcinogénicos. En la quinoa el contenido supera los 118 mg/100 g y están representados principalmente por el β -sitosterol, campesterol, brassicasterol y stigmasterol ^{10,11,12}.

Compuestos fenólicos

Su estructura consiste en grupos hidroxilos unidos al menos a un anillo aromático, confiriéndole a éstos su conocida actividad antioxidante ¹³. Entre los compuestos fenólicos presentes en la quinoa se encuentran los glicósidos de tipo flavonol derivados de la quercitina, campesterol (839 μ g/100 g) e isoflavonas, genisteina y diadzeina (0,05 y 0,70 mg/100 g respectivamente) a los que se les atribuyen efectos cardioprotectores, hipoglucemiantes, anticarcinogénicos, antiinflamatorios, antitrombóticos y antimicrobianos ^{14, 15, 16}.

Betalaínas y betainas

Las betalaínas (betaninas e isobetaninas) son pigmentos responsables del color en los granos de quinoa y poseen un amplio rango de propiedades promotoras de la salud entre las que se destacan las antioxidantes y antiinflamatorias ^{4,17}. La betaina y su precursor, la colina, (3930 a

6000 µg/100 g), son importantes para la regulación del metabolismo de la homocisteína y están implicadas en la prevención y tratamiento de enfermedades cardiovasculares, diabetes y obesidad ^{14,18}.

Saponinas

Otra característica de este grano es que en la capa exterior poseen compuestos llamados saponinas; éstos son glicósidos anfipáticos producidos por las plantas a los que le son atribuidas propiedades antibacterianas, inmunológicas y antidiabéticas. Sin embargo, imparten un sabor amargo limitando su consumo por lo que deben ser eliminadas a través de procesos abrasivos y / o lavado. La quinoa se puede clasificar de acuerdo al contenido en saponinas en variedades dulces (contenido < 0,11 %) o amargas cuando la cantidad es superior a este porcentaje ⁷.

Conclusión

Frente a la necesidad global de identificar cultivos que puedan ser utilizados para el desarrollo de alimentos de calidad, la quinoa se presenta con un alto potencial. En base a su composición se deduce que el consumo del grano o sus productos podría beneficiar a distintos segmentos de población, entre los que se encuentran niños, deportistas de alto rendimiento, personas de edad avanzada y aquellas con diabetes, dislipemia, obesidad y enfermedad celíaca. Por último, el valor nutritivo de la quinoa dado por el contenido de fibra, vitamina E, ácidos grasos, antioxidantes y fitoquímicos le proporcionan una ventaja en términos de nutrición y mantenimiento de la salud.

Bibliografía:

1. Rivas M, Vignale D, Ordoñez R, Zampini C, Alberto M, Sayago J, Isla MI. Nutritional, Antioxidant and Anti-inflammatory properties of *Cyclanthera pedata*, an Andinean fruit and products derived from them. *Food Nutr Sci*. 2013. 4: 55 - 61.
2. Rivas M, Vignale D, Ordoñez R, Zampini IC, Alberto MR, Sayago JS et al. Nutraceutical properties and toxicity studies of flour obtained from *Capsicum pubescens* fruits and its comparison with locoto commercial powder. *Food Nutr Sci*. 2014. 5: 715 - 724.
3. Cusack DF. Quinoa: grain of the Incas. *Ecologist*. 1984. 14 (1): 21 – 31.
4. Graf B, Rojas Silva P, Rojo L, Delatorre J, Baldeon M y I. Raskin. Innovations in Health Value and Functional Food Development of Quinoa (*Chenopodium quinoa* Willd.) *Compr Rev in Food Sci. Food Safety*. 2015. 14: 431 - 445.
5. Abugoch James LE. Quinoa (*Chenopodium quinoa* Willd.): composition, chemistry, nutritional and functional properties. *Adv Food Nutr Res*. 2009. 58: 1 – 31.
6. Brownawell AM, Caers W, Gibson GR, Kendall CWC, Lewis KD, Ringel Y et al. Prebiotics and the health benefits of fiber: current regulatory status, future research, and goals. *J Nutr*. 2012. 142: 962 – 974.

7. Vega Galvez A, Miranda M, Vergara J, Uribe E, Puente L, Martinez EA. Nutrition facts and functional potential of quinoa (*Chenopodium quinoa* Willd.). an ancient Andean grain: a review. *J Sci Food Agric*. 2010. 90: 2541 – 7.
8. Tang Y, Li X, Chen PX, Zhang B, Hernandez M, Zhang H et al. Characterization of fatty acid, carotenoid, tocopherol/tocotrienol compositions and antioxidant activities in seeds of three *Chenopodium quinoa* Willd. genotypes. *Food Chem*. 2015. 174: 502 – 8.
9. Dini I, Tenore GC, Dini A. Antioxidant compound contents and antioxidant activity before and after cooking in sweet and bitter *Chenopodium quinoa* seeds. *Food Sci Technol*. 2010. 43: 447 – 451.
10. Ryan E, Galvin K, O'Connor TP, Maguir AR, O'Brien NM. Phytosterol, squalene, tocopherol content and fatty acid profile of selected seeds, grains, and legumes. *Plant Foods Hum Nutr*. 2007. 62: 85 – 91.
11. Villacrés E, Pastor G, Quelal, MB, Zambrano I, Morales SH. Effect of processing on the content of fatty acids, tocopherols and sterols in the oils of quinoa (*Chenopodium quinoa* Willd), lupine (*Lupinus mutabilis* Sweet), amaranth (*Amaranthus caudatus* L.) and sangorache (*Amaranthus quitensis* L.). *Glob J Food Sci Technol*. 2013. 2 (4): 44 – 53.
12. Marangoni F, Poli A. Phytosterols and cardiovascular health. *Pharmacol Res*. 2010. 61: 193 – 9.
13. Harborne JB, Williams CA. Advances in flavonoid research since 1992. *Phytochem*. 2000. 55 (6) 481 – 504.
14. Nsimba RY, Kikuzaki H, Konishi Y. Antioxidant activity of various extracts and fractions of *Chenopodium quinoa* and *Amaranthus* spp. Seeds. *Food Chem*. 2008. 106 (2): 760–766.
15. De Simone, A. Dini, C. Pizza, P. Saturnino, O. Schettino. Two flavonol glycosides from *Chenopodium quinoa*. *Phytochem*. 1990. 29 (11): 3690 – 3692.
16. Navruz Varli S, Sanlier N. Nutritional and health benefits of quinoa (*Chenopodium quinoa* Willd.) *J. Cereal. Sci*. 2016. 69: 371 – 37.
17. Tang Y, Li X, Zhang B, Chen PX, Liu R, Tsao R. Characterization of phenolics, betanins and antioxidant activities in seeds of three *Chenopodium quinoa* Willd. genotypes. *Food Chem*. 2015. 166: 380 – 8.
18. Olthof MR, Verhoef P. Effects of betaine intake on plasma homocysteine concentrations and consequences for health. *Curr Drug Metab*. 2005. 8:15 – 22.

INSTITUCIONALIZACIÓN DEL SERVICIO Y PROGRAMA DE EDUCACIÓN Y ALIMENTACIÓN SALUDABLE DENOMINADO “KIOSCOS SALUDABLES”

BUSTOS, Marcela Martínez ¹

¹ *Directora Máster*

**Correspondencia: Marcela Martínez Bustos*

UNSa, Salta 4400, Argentina, Tel: +54 387425-5410/fax. 425-1006: Av. Bolivia 5150.

CONTACTO: *marmar@unsa.edu.ar - marmar63@arnet.com.ar*

Introducción

La Universidad Nacional de Salta cuenta con más de 20000 estudiantes, 3000 docentes y 540 Personal de Apoyo Universitario y debido a la gran demanda de toda la comunidad universitaria y en razón que hay escasa oferta de alimentos saludables y debido a la problemática de la obesidad que ataca a nuestros jóvenes, se solicitó la institucionalización de un servicio y programa de kiosco saludable con Resolución CD N°609-16, existiendo una necesidad de implementar acciones para combatir enfermedades como la obesidad, concientizando a toda la comunidad universitaria de la importancia de la alimentación saludable.

Por otro lado, en cumplimiento con la Ley Provincial de Kioscos saludables N° 7887 y aplicándola en el ámbito universitario.

EL objetivo es promover la alimentación saludable y prevenir la obesidad mediante la implementación del Servicio y Programa de Kioscos Saludables en la Universidad Nacional de Salta. Con alcance y destinatarios alumnos, docentes, personal administrativos y kiosqueros Vamos en la dirección correcta para ser una universidad saludable, ya que a través de las acciones de promoción de la salud que abarcaran desde diagnóstico de kioscos, capacitación, campañas de sensibilización de la alimentación saludable en facultades y carreras, consejería nutricional permanente, elaboración de pliegos con base saludable para buffet y kioscos de la universidad, supervisión y control de los buffets y kioscos.

De esta manera estaremos contribuyendo a mejorar la calidad de vida de la población universitaria.

Será un servicio y programa con sustentabilidad y relevancia porque realizara acciones multiplicadoras en beneficio de la salud de la población universitarias con la participación de estudiantes avanzados de la carrera de nutrición orientado a combatir enfermedades crónicas no transmisibles como el sobrepeso y obesidad.

Objetivos

Los **objetivos específicos** serán:

- Promover y difundir en las facultades de la universidad, el consumo de una alimentación saludable.
- Asesorar y capacitar a los docentes, alumnos, administrativos, kiosqueros sobre la importancia de la alimentación saludable.
- Dar a conocer y hacer cumplir los instrumentos legales que rigen el funcionamiento de kioscos saludables.
- Aumentar la oferta de alimentos y preparaciones saludables en los kioscos y buffet del complejo universitario.
- Planificar menús saludables
- Elaborar pliego de bases y condiciones con normativas para la implementación de kioscos saludables.
- Controlar y supervisar los kioscos y buffet que funcionan en el predio del complejo universitario.
- Ofrecer un servicio de consejería

Se incorporara distintos miembros dentro del reglamento de funcionamiento y la participación de estudiantes avanzados de la carrera de nutrición, de salud y otras como comunicación social, permitiendo de esta manera adquirir experiencia en el área de salud pública, posibilitando una vinculación directa con su posterior rol profesional.

Sera el resultado de las acciones desarrolladas en el marco de los proyectos y programas gestados en la universidad y al amparo de la legislaciones vigentes las acciones de salud se potencian y legitiman, posibilitando la inclusión de numerosos agentes involucrados con un propósito de "promover la salud de la comunidad universitaria

INICIOS DE LA CARRERA DE MEDICINA EN LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE SALTA

FORSYTH, Maria Silvia ¹, PASSAMAI Maria Inmaculada ²

¹ *Licenciada en Nutrición, Magister en Nutrición Humana. Facultad de Ciencias de la Salud.*

² *Licenciada en Nutrición, Especialista en Salud Pública. Facultad de Ciencias de la Salud.*

El dictado de la Carrera de Medicina en la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Nacional de Salta, como sede de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Tucumán, se inicia su implementación con el Primer año en el ciclo académico 2015, en un todo de acuerdo con la normativa vigente y las condiciones académicas que estableció la Universidad nacional de Tucumán. En el año 2016 concomitantemente con el dictado del Primer año, se implementó el Segundo año de la Carrera, con la misma modalidad se dio inicio el tercer año, en el 2017. Así sucesivamente se incorporaran los siguientes cursos de la Carrera hasta la consolidación definitiva de la misma.

La propuesta de la Universidad Nacional de Salta, perfilada en el “Documento Base de Planificación Institucional de la Universidad Nacional de Salta” (aprobado mediante Resolución -CS- N° 330/05), tiene como principal elemento articulante su “pertinencia social”, entendida ésta como la adecuación de los fines y objetivos de la Universidad, las políticas de gestión y las acciones impulsadas, a los requerimientos de la sociedad para un óptimo desarrollo local, regional y nacional.

La idea fue abrir las puertas de nuestras casas de estudio, para responder a las demandas de la población. Para ello debemos promover ofertas académicas acordes a las exigencias actuales y programas de investigación que den soluciones a los serios problemas que afligen a las personas. Así, en las conclusiones de las Jornadas “Universidad y Conocimiento” (Catamarca, 2010), que compartimos, se plantearon propuestas entre las cuales las Universidades públicas deben responder con agilidad a las urgencias que plantea la realidad social y cultural y reflexionar e investigar sobre fenómenos que gravitan en la existencia humana, tales como la pobreza, los desastres naturales y provocados, la explotación socioeconómica, las enfermedades, la falta de respeto a los derechos humanos, el reconocimiento de las minorías, entre los más importantes. Ninguno de estos temas urgentes nace en el seno de disciplinas estancas, sino que exigen un abordaje pluridisciplinario para abarcar sus múltiples dimensiones.



En este marco:

La educación, entendida como derecho humano y bien social, debe cumplir con su función esencial de generar conocimiento crítico y de responder a los desafíos y debates más urgentes de nuestro tiempo.

Las Universidades deben ser instrumentos para la inclusión y el acceso al conocimiento de grandes sectores de la población. Ello requiere que estas instituciones se abran y lleguen con su producción al medio.

Es imprescindible crear nuevas propuestas de trayectos curriculares sobre las temáticas requeridas por la sociedad para evitar que los estudiantes emigren a otros centros de estudio.

El protagonista fundamental de la educación es el estudiante, por ello debemos asegurar su acceso y su permanencia. Se impone desarrollar una política activa a partir de programas de articulación y tutorías y de la incorporación de la educación virtual y las nuevas tecnologías de la comunicación, instrumentos valiosísimos para garantizar estos objetivos y para acortar la brecha entre la cultura juvenil y la adulta.

La Universidad Nacional de Salta plantea como prioridad la implementación de diferentes carreras con pertinencia social, entre las que se encuentra la de MEDICINA, de importancia fundamental por la falta de profesionales médicos en el territorio provincial y por ser una sentida aspiración de las Instituciones Universitarias (Nacional de Salta y Nacional de Tucumán) y los Ministerios de Educación y Salud de la Provincia de Salta.

Conclusión:

En suma, la creación de la Carrera de Medicina, constituye una acción estratégica para el desarrollo local, lo que se correspondería con una disminución de la expulsión de jóvenes a otras provincias, con el correspondiente desarraigo y erogaciones que muchas familias de la provincia no están en condiciones de realizar.

REGLAMENTO DE PUBLICACIONES

La Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNSa tiene como objetivo publicar trabajos originales relacionados con las ciencias de la salud, actividades de extensión y de investigación realizadas por profesionales del área de incumbencia de la Facultad.

Comprenderá las siguientes secciones:

Artículos de investigación originales: incluyen trabajos de investigación que contemplen los siguientes apartados: introducción, objetivos, metodología, resultados, discusión, conclusiones y bibliografía. **Deberán ser inéditos** y tendrán una extensión máxima de 10 páginas.

Relatos de experiencias, ensayos, artículos de revisión y actualización: tendrán una extensión máxima de 5 páginas. Deberán contener introducción, desarrollo del tema, conclusiones y referencia bibliográficas.

Tesis de grado y de postgrado con recomendación de publicación por parte del Tribunal Evaluador: se publicará una síntesis que no exceda las 5 páginas

Novedades: información de reuniones científicas, del Centro de Estudiantes y otras que se consideren de interés.

Actualización institucional: información proporcionada por las distintas dependencias académicas y administrativas de la Facultad referidas a las actividades de gestión, de extensión, docencia y capacitación PAU.

Formato de presentación de artículos originales

Los manuscritos deberán presentarse en soporte electrónico, en tamaño A4, en una sola cara, en letra Arial 10, a espacio 1,5 y numeradas consecutivamente. Deberá enviarse vía e-mail a revistafsalud@gmail.com en archivo en Word versión 97-2003.

Se requerirá el siguiente orden:

Página de título y autores: en la primera página figurará el título del artículo en castellano y en inglés, los nombres y apellidos de los autores, sus grados académicos. Además debe indicarse el responsable de la correspondencia, así como su dirección, teléfono, fax y dirección de correo electrónico

Resumen: debe tener una extensión máxima de 200 palabras y estructurarse con los subtítulos: objetivos, material y métodos, resultados y conclusiones. Asimismo deben incluirse de 3 a 5 palabras claves en español y en inglés

Citas bibliográficas: esas se deben numerar por orden consecutivo y de acuerdo con las Normas de Vancouver.

Artículos en Revistas: a) apellidos e iniciales de todos los autores (si son 7 o más, señalar sólo los seis primeros y añadir et al; b) título completo del artículo, c) abreviatura de la revista como está indizada en el Index Medicus; d) año de publicación; e) volumen en números arábigos; f) números de páginas inicial y final.

Libros: a) apellidos e iniciales de todos los autores; b) título del libro; c) número de la edición; d) ciudad en que la obra fue publicada; e) nombre de la editorial; f) año de la publicación; g) número del volumen si hay más de uno, antecedido de la abreviatura "vol"; h) número de la página citada.

Las unidades de medida deben corresponder al Sistema Internacional de Unidades.

Las tablas y figuras deben enviarse en página separadas, al final del manuscrito numeradas en el mismo orden en que se mencionan en el texto. Se aceptará un máximo de 5 tablas y/o figuras preferentemente las tablas serán en blanco y negro y las figuras color deberán ser de 300 dpi de resolución como mínimo.

Página de derecho de autor: se enviará en hoja aparte, una solicitud para la publicación del artículo firmada por todos los autores. En la misma se debe dejar constancia en qué categoría presenta el trabajo. Se debe aclarar que los resultados no han sido publicados ni total ni parcialmente, ni ha sido enviado para su evaluación a otra revista científica.

Todos los manuscritos se someterán a una evaluación preliminar en la que se determinará si el artículo se encuadra en los objetivos, la política editorial y las normas de la revista.

Cumplida esta instancia, el manuscrito se enviará a revisión por especialistas del área. Esta evaluación se realizará con el resguardo de confidencialidad correspondiente, para lo cual tanto los evaluadores como los autores desconocerán sus respectivas identidades. La Comisión Editorial informará al responsable sobre la aceptación o no del trabajo, las correcciones y sugerencias efectuadas por los revisores.

Los trabajos deberán enviarse a la siguiente dirección electrónica: revistafsalud@gmail.com

CONVOCATORIA PARA PUBLICAR EN EL PRÓXIMO NÚMERO DE LA REVISTA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Se recibirán trabajos para ser publicados en la Revista **Nº 9 Año 7 Vol 1** de la Facultad de Cs. de la Salud, hasta el **30 de Junio de 2017**. Enviar los trabajos a la siguiente dirección electrónica: revistafsalud@gmail.com y presentarlos en sobre cerrado en Mesa de Entradas de la Facultad, dirigido a: Comisión Editorial de la Facultad de Ciencias de la Salud. Avda. Bolivia 5120 – 4400 Salta – Capital. Los trabajos deberán cumplir con los requisitos establecidos en el REGLAMENTO DE PUBLICACIONES. Para mayor información dirigirse a la Secretaría de Postgrado, Investigación y Extensión al Medio de la Facultad (sepeisal@unsa.edu.ar) - Teléfono: 0387 4255331



Universidad Nacional de Salta