Noticias de Enfermería

Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Zaragoza
NÚMERO 94 • SEPTIEMBRE-DICIEMBRE 2013
PERIODICIDAD BIMESTRAL • I.S.S.N.: 1130-2410

Feliz Navidad y Próspero 2014

Portada: Francisco Núñez Arcos/Los Sitios.

Noticias de Enfermería

AÑO XV NÚM. 94
SEPTIEMBRE-DICIEMBRE 2013

- **Director:**
  Juan José Porcar Porcar.
- **Director Técnico:**
  Francisco Núñez Arcos.
- **Consejo de redacción:**
  Vicente Luis Moreno.
  José Luis Bancalero Flores.
  M.ª Carmen Gracia Cirugeda.
  A. Carmen Longares Longares.
  Ricardo Villarroya Villagrasa.
  Blanca Giménez Alcántara.
  Emmanuel Echániz Serrano.
  Belén Val Lechuz.
  Inmaculada Marco Arnau.
  Asunción Andía Navarro.
- **Edita:**
  Organización Colegial de Enfermería en Zaragoza. Tomás Bretón, 48 pral. Edificio Torresol. 50005 Zaragoza.
  Tel. 976 356 492. Fax 976 559 774.
  E-mail: prensa@ocez.net • www.ocez.net
- **Edición y diseño:**
  Los Sitios talleres gráficos.
  Ávila 17. 50005 Zaragoza.
- **Depósito Legal:**
  Z-2.745-97
- **I.S.S.N.:**
  1130-2410
- Indexada en Base de Datos **Cuiden**, Granada, España.
- Los artículos publicados expresan el criterio personal de sus autores, sin que **NOTICIAS DE ENFERMERÍA** comparta necesariamente las tesis o conceptos expuestos.
  Ejemplar gratuito.

sumario

3 **editorial**

4 **actualidad** Coordina: Francisco Núñez Arcos

I Jornada de la Asociación Aragonesa de Enfermería del Trabajo –ASAET–.
Ricardo Oliván, en el ciclo de conferencias sobre la Calidad del Sistema Nacional de Salud.
La UCI del Miguel Servet, en la Ofrenda de Flores el Día del Pilar.
Los comercios abrirán, en Aragón, once días festivos.
IX Congreso de Informadores de Salud –ANIS–.
Actividades Sección Enfermería Naturista.
Obituarios. Guadalupe Sáez de Vitery Zuazo, Pedro Calvo Oro.
La salud mental en personas mayores.
Los aragoneses mejoran su valoración de los Centros de Salud.
Actos programados para San Juan de Dios 2014.
Casi siete millones de accesos a www.ocez.net
Lotería de Navidad 2013 del Colegio Oficial de Enfermería de Zaragoza.

15 **reportaje**

Entrega del VI Premio de Investigación Enfermera «Don Ángel Andía Leza» y Juramento Deontológico de los Nuevos Colegiados.
Bodas de Oro Promoción 1962-1963.

22 **ética y deontología**

Bioética y ancianidad: tratar o no tratar.
Enfermería en Instituciones Penitenciarias.

26 **asesoría jurídica**

¿Estatutario o funcionario? Resueltas las discrepancias sobre la decisión.

28 **literatura**

Demiurgo. El despertar de los necios.

29 **libros**

31 **calendario 2014**

36 **colaboración**

El convenio de la Asociación de Enfermería de Urgencias de Aragón y la ONG ADUYA da sus primeros frutos.
AECC. El rosa, color de una lucha.
Coordinación matrona-psiquiatra en detección y derivación precoz de madres en riesgo de depresión postparto.
Gastrostomía endoscópica percutánea: Técnica y cuidados de enfermería.

56 **agenda**

Premio Científico de Enfermería. Medalla de Oro al Mérito Profesional. Becas.
Último aviso: XII Concurso de Fotografía «Puerta del Carmen» y XI Concurso de Narrativa Corta y Cuentos del Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Zaragoza.
Aramon. Abonos de temporada laborables.
Resumen de las Prestaciones Año 2013.
Prestaciones Sociales. Normas de colaboración.
Prestaciones Colegiales.

Felicidades

Siempre resulta agradable dirigirse a alguien para felicitarle con cualquier motivo. En mi caso, al dirigirme al colectivo de enfermería colegiado, lo hago de corazón, deseando que los inminentes días navideños y el año próximo sean todo lo felices que deseamos siempre por estas fechas. Pero, –siempre hay un pero–, las consideraciones básicas en las que se sustenta mi felicitación, tal vez rutinaria, costumbrista, llevan implícitas que ese deseo se materialice de forma fehaciente, que no se quede en el aire. Que la realización suponga que se vayan solucionando la mayor parte de los problemas, todos ellos si es posible, que la profesión tiene en este delicado momento económico. Que los nuevos y no tan nuevos profesionales encuentren su lugar en el complicado panorama laboral, que la oferta se dinamice.

El acuerdo firmado por la Mesa de la Profesión Enfermera con el Ministerio de Sanidad ha de permitir y agilizar la puesta en marcha de los compromisos adquiridos –Prescripción Enfermera, Especialidades, promoción del empleo,…– que suponga, además del reconocimiento de nuestras reivindicaciones, un fortalecimiento y mejora del prestigiado Sistema Nacional de Salud español. Es necesario evitar que nuestros profesionales de enfermería se vean obligados a salir de España para encontrar un trabajo, buscando la estabilidad laboral. Hay que hacer lo posible para impedir que otros países se beneficien de la formación de los diplomados españoles, ahora graduados, de una calidad contrastada y reconocida internacionalmente, que han obtenido en nuestras Universidades, que por tanto hemos financiado con nuestros impuestos en la mayor parte de los casos. Si a pesar de todo nuestros jóvenes eligen esta opción, desde el Colegio, desde la Organización Colegial, les seguiremos apoyando.

Un reciente *«Informe sobre recursos humanos sanitarios en España y la Unión Europea 2013»* realizado por el Gabinete de Estudios del Consejo General de Enfermería de España en los ámbitos nacional y europeo, refleja la realidad actual de la enfermería nacional. El análisis determina que hay en España casi doscientos cincuenta mil enfermeros no jubilados, siendo necesarios, –en cifras redondas–, más de cien mil para llegar a la ratio europea. Zaragoza y su provincia ocupan el vigésimo lugar del panorama español con seis mil enfermeros no jubilados, necesitándose alrededor de mil quinientos para igualar la ratio europea. Hay en Zaragoza 611 enfermeros por cada 100.000 habitantes y en la Unión Europea 759. Aunque nuestras cifras de enfermeras son mejoradas por casi todos los países más industrializados de la Unión Europea, sólo tienen peores ratios que España ocho países europeos: Letonia, Eslovaquia, Bulgaria, Grecia, Italia, Chipre, Suecia y Países Bajos, el Sistema Nacional de Salud español está considerado como el séptimo mejor del mundo. Y algo de «culpa» tienen nuestros profesionales, algo deben aportar a la excelente valoración de nuestro sistema sanitario…

En el panorama nacional, una sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia (TSJ) de Galicia ha desestimado un recurso interpuesto por el Colegio Oficial de Médicos de Pontevedra. Resumiendo, la sentencia concluye determinando que los enfermeros están legitimados para ocupar una plaza como director de procesos asistenciales. Así, la ganada autonomía técnica y científica de la enfermería española queda, una vez más, fuera de toda duda.

Ya en el terreno del ámbito doméstico, el Colegio sigue con las actividades proyectadas. Las aulas están repletas de jóvenes que preparan el examen para EIR o las oposiciones para la próxima OPE, desde aquí les seguimos facilitando el proceso. La actividad docente continuada sigue completando el programa previsto para este cuarto trimestre.

Por otra parte y para el año próximo, acabamos de firmar una nueva Póliza de Responsabilidad Civil que mejora notablemente las condiciones y prestaciones de la anterior. De todos los detalles de esta nueva póliza daremos cuenta en el próximo número de **Noticias de Enfermería** y en los cauces de comunicación acostumbrados.

Para próximas fechas convocaremos la Asamblea General Ordinaria y ya estamos preparando la programación docente y cultural del año 2014, que incluye, dentro del primer trimestre la celebración de la festividad de San Juan de Dios, nuestro Patrón, con el programa habitual. Espero vuestra participación en todos aquellos actos que se diseñan desde el Colegio. Están pensados por y para vosotros, para satisfacer vuestras necesidades e inquietudes.

Finalizo reiterando mis más fervientes deseos de Paz y Felicidad para estas Navidades y un Próspero Año Nuevo.

Un fuerte abrazo para todos,

Juan José Porcar Porcar
Presidente

I Jornada de la Asociación Aragonesa de Enfermería del Trabajo –ASAET–

«La Enfermería del Trabajo en España y en Europa. La Prescripción Enfermera en Enfermería del Trabajo»

El pasado día 27 de septiembre se ha celebrado en el Salón de Actos «Don Ángel Andía Leza» del Colegio de Enfermería de Zaragoza la **I Jornada de la Asociación Aragonesa de Enfermería del Trabajo** –ASAET–. En esta primera Jornada se han dado cita diversos profesionales procedentes del área de la enfermería del Trabajo de la sanidad pública, de servicios de prevención ajenos y de servicios de prevención propios de empresas del ámbito privado.

La Jornada consta de una mesa con dos exposiciones de máxima actualidad. La primera titulada «**La Enfermería del Trabajo en España y en Europa**» ha sido expuesta por Esperanza Alonso Jiménez, presidenta de la Asociación Asturiana de Enfermería del Trabajo (AAET) y Presidenta de la Federación Española de Especialistas en Enfermería del Trabajo (FEDEET), además de Vicepresidenta de la Comisión Nacional de la Especialidad de Enfermería del Trabajo.

Con su exposición Esperanza, lanza un mensaje de cambios en la Enfermería del Trabajo tanto en España como en Europa, hacia un futuro donde la Especialidad tendrá que luchar por mantener su posición tanto en su formación de nuevos EIR como en los profesionales que desarrollan su labor como Enfermeros y Enfermeras del Trabajo.

La segunda ponencia, «**La Prescripción Enfermera aplicada a la Enfermería del Trabajo**» ha sido expuesta por Raúl Juárez Vela, Doctor en Enfermería por la Universidad Europea de Madrid, Máster en Investigación por la Universidad Miguel Hernández y profesor de la Universidad San Jorge de Zaragoza. La Prescripción Enfermera es un tema de máxima actualidad para la enfermería en general. Y un tema que después de su exposición, centrada en la aplicación de la prescripción enfermera en la labor diaria de la Enfermería del Trabajo, ha originado un amplio y esclarecedor debate entre los asistentes.

Finalizada la Jornada se ha celebrado la Asamblea General Ordinaria, en la que, entre otros puntos del Orden del Día, se ha procedido a la renovación de cargos de la Junta Directiva.

La nueva Junta sigue manteniendo algunos de los cargos anteriores, otros han cambiado su área de responsabilidad y hay nuevas incorporaciones a la misma.

- **Presidente:** Diego Aznar Calvera.
- **Vicepresidenta:** Beatriz Acha Aibar.
- **Secretaria:** Asunción Andía Navarro.
- **Tesorero:** Sergio Hijazo Larrosa.
- **Vocal:** Nuria Miguel Camacho.
- **Vocal:** Eduardo Milla Manzano.
- **Vocal:** María Luisa Artigas Alcázar.
- **Vocal:** Blanca Martínez Abadía.

También se ha tratado en la Asamblea sobre la implantación de una cuota a partir del año 2014. Se aprueba, por mayoría absoluta entre los participantes, una cuota anual de 25 €.

Con esta medida la Junta Directiva se propone el objetivo de abrir nuevos horizontes con la participación de ASAET a nivel nacional, realización de más Cursos, Jornadas, facilitar a los asociados información a sus asociados de las novedades de la Enfermería del Trabajo, etc… en definitiva, hacer que la Enfermería del Trabajo sea una profesión de futuro, con la consideración y proyección que tiene merecidas.■

Ricardo Oliván, en el ciclo de conferencias sobre la Calidad del Sistema Nacional de Salud

F.N.A./ Redacción

El consejero de Sanidad, Bienestar Social y Familia de Aragón, Ricardo Oliván, ha intervenido en el Ciclo de conferencias sobre La Calidad del Sistema Nacional de Salud (SNS), que organizan en Madrid, conjuntamente, el Grupo Previsión Sanitaria Nacional (PSN) y la Fundación Ad Qualitatem.

Oliván ha afirmado que *«es necesaria una reforma integral de la sanidad»*, certificando asimismo: *«debemos plantearnos seriamente si nuestro sistema sanitario debe financiarse de otro modo porque el margen de ahorro ya es escaso»*. Después de enumerar las principales medidas puestas en marcha por su Departamento para la mejora de la eficiencia en la gestión del sistema sanitario autonómico se ha referido al importante papel que han tenido los colegios profesionales y sindicatos en el proceso. De la misma manera, ha subrayado la importancia del Pacto entre Ministerio y representantes de médicos y enfermeros, pero ha solicitado su traslado homogéneo a las comunidades autónomas de cara a su desarrollo efectivo.

En el acto ha intervenido Miguel Carrero, presidente de PSN, que ha reiterado el compromiso de la Mutua con los colectivos profesionales universitarios y con el fomento de la calidad en el ámbito sanitario. En otro momento, el presidente de la Fundación Ad Qualitatem, Alfredo Milazzo, ha recordado su «compromiso con la calidad y la eficiencia» y ha destacado que su objetivo es conseguir ser la referencia en calidad sanitaria.

Entre el auditorio se ha contado con una amplia representación de la sanidad aragonesa, con un importante número de gerentes hospitalarios y presidentes de colegios profesionales sanitarios de Aragón.

Previsión Sanitaria Nacional (PSN) es un grupo de empresas cuyo objetivo es dar un servicio integral a los profesionales universitarios y sus colegios profesionales. Ad Qualitatem es una fundación sin ánimo de lucro, que pretende dar respuesta a las necesidades que las profesiones sociosanitarias en España tienen en materia de calidad y excelencia.

Fundación Ad Qualitatem

PREVISIÓN SANITARIA NACIONAL

Desde la izquierda: Eusebio Azorín, director del Sector Sanitario del Grupo de Empresas de la ONCE y su Fundación, José Luis Martínez Donoso, director general de la Fundación ONCE, Miguel Carrero, presidente de PSN, Alfredo Milazzo, presidente de la Fundación Ad Qualitatem, Ricardo Oliván, consejero de Sanidad de Aragón, María Ángeles Alcutén, directora gerente del Servicio Aragonés de Salud, Carmen Rodríguez, vicepresidenta de PSN, Juan José Porcar, presidente del Colegio de Enfermería de Zaragoza y consejero de PSN, y Joaquín Estévez, secretario general técnico de la Fundación Ad Qualitatem.

CAJA INMACULADA
Grupo iberCaja

Banco Grupo Cajatres (2086) S.A.U., C.I.F. A-99298689. Inscrito en el Registro Mercantil de Zaragoza (T. 3816, F. 86, H. Z-51012, Inscrip. 1ª). Domicilio Social: Paseo Isabel la Católica, 6. 50009 Zaragoza.

PLANES DE PENSIONES

PORQUE NUNCA ES DEMASIADO PRONTO PARA ASEGURARSE EL FUTURO

La UCI del Miguel Servet, en la Ofrenda de flores el Día del Pilar

La Ofrenda de flores a la Virgen del Pilar del Día 12 de octubre es el acto más multitudinario de las Fiestas del Pilar de cada año.

© Fco. Núñez Arcos

Los datos del día son apabullantes: Un total de más de 330.000 participantes, casi un millar de grupos procedentes de todos los puntos de Aragón, de España y de muchos lugares del globo terráqueo, ataviadas con su correspondiente traje regional, estuvieron pasando delante de la Virgen del Pilar durante más de doce horas, depositando sus flores, se volcaron en la celebración del Día de la Virgen que se venera en el templo que lleva su nombre, la Basílica de Nuestra Señora del Pilar de Zaragoza.

La enfermería estuvo presente en este señalado día y la revista **Noticias de Enfermería** plasma el momento. Un grupo de representantes de la UCI del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza, hizo su ofrenda y aquí dejamos constancia del hecho.■

LOS COMERCIOS ABRIRÁN, EN ARAGÓN, ONCE DÍAS FESTIVOS

Una Orden de la Consejería de Industria e Innovación publicada en el BOA, determina los días de apertura autorizados en domingos y festivos, en los establecimientos comerciales de la Comunidad Autónoma de Aragón para el año 2014. Son los siguientes.

Enero: **domingos 5 y 12.**

Julio: **domingo 6.**

Abril: **domingo 6.**

Septiembre: **domingo 7.**

Mayo: **domingo 4.**

Noviembre: **sábado 1.**

Diciembre: **sábado 6 y domingos 14, 21 y 28.**

Los ayuntamientos, para todo el comercio ubicado en su término municipal, pueden sustituir hasta dos de estos días, comunicándolo a la Dirección General de Comercio y Artesanía del Departamento de Industria e Innovación en los plazos establecidos.■

IX Congreso de Informadores de Salud

Francisco Núñez Arcos/Zaragoza

Coincidiendo con la celebración de la 58 Semana Internacional de Cine de Valladolid, Seminci, y en octubre pasado, ha tenido lugar en la ciudad castellano-leonesa el IX Congreso Nacional de Informadores de Salud –ANIS–.

Más de un centenar de periodistas sanitarios y profesionales de la comunicación en salud se han congregado en el Auditorio Museo de la Ciencia vallisoletano para poner en común teorías y reflexiones sobre comunicación en tiempos de crisis, redes sociales y medicina especializada. El toque cinematográfico del evento sanitario –bajo el lema «un Congreso de cine»– ha sido proporcionado por la proyección –a lo largo del Congreso y como parte del apartado «**Salud y Cine**», de los vídeos ganadores del I Festival de cortos *«Polimedicación y Salud», Cine y Pediatrías y la III Jornada de Vídeos y Salud Granada 2013.*

Inaugurado por Antonio María Sáez Aguado, Consejero de Sanidad de Castilla y León, Mercedes Cantalapiedra Álvarez, Primera Teniente Alcalde y Concejala de Cultura, Comercio y Turismo de Valladolid, Margarita Alfonsel, Secretaria General de FENIN –Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria– y Alipio Gutiérrez, Presidente de ANIS, el Congreso ha sido retransmitido en streaming directo a través de la web *www.anisalud.com* y de otras plataformas de divulgación científica. De igual manera y a través de los hastags ***#CongresoANIS*** y ***#9cnps,*** voluntarias de la Asociación han tuiteado continuamente el desarrollo del Congreso.

Las ponencias, mesas redondas y debates, protagonizadas y moderadas por primeras figuras del mundo sanitario nacional han tenido una excepcional acogida por los congresistas que se han lucido con las preguntas y en los debates suscitados en el seno de las mismas.

Alipio Gutiérrez, presidente de la Asociación, ha sido el encargado de la clausura, destacando la importancia del lenguaje audiovisual en la comunicación en salud. Para cerrar, el presidente de ANIS, tras agradecer la labor del equipo de socios voluntarios, ha empleado dos palabras para tener muy en cuenta en el futuro, tanto inmediato como lejano: **esperanza e ilusión.**

Toda la información sobre el IX Congreso de Informadores de Salud puede encontrarse en *www.anisalud.com*.

© Fco. Núñez Arcos

ACTIVIDADES SECCIÓN ENFERMERÍA NATURISTA

CURSO DE KINESIOLOGÍA HOLÍSTICA. REGULACIONES BÁSICAS Y SISTEMA ENDOCRINO.

Dirigido a toda persona interesada que tenga conocimientos previos de kinesiología holística

- FECHAS: 8 y 9 de febrero de 2014.
- HORARIO: Sábado de 10 a 14 y 16 a 20 horas. Domingo de 10 a 14 horas.
- LUGAR: C.C. Teodoro Sánchez Punter, Pza. Mayor San José, 2
- DURACIÓN: 12 horas.
- PRECIO: 120 euros.
- Nº ALUMNOS: Por orden de inscripción.
- INSCRIPCIONES: Tel. 976 437 376.

Constituída recientemente la Asociación de Enfermería Naturista de Zaragoza dirigida a toda persona que quiera optar por unos Estilos de Vida Saludables. Pertenecer es Gratuito. Inscripciones: tomasnaturista@gmail.com.

TALLER DE CUENTOTERAPIA COMO HERRAMIENTA PARA ENFERMERÍA.

- DÍA: 7 de febrero de 2014.
- HORARIO: de 17:30 a 20:30 horas.
- LUGAR: Colegio Oficial de Enfermería. Bretón 48, pral. D.
- PRECIO: Gratuito.
- IMPARTE: Anabel García Capapey. Terapeuta Gestalt y Cuentoterapeuta.
- COORDINA: Tomás Fernández Fortún.

REUNIÓN ANUAL

- **DÍA: 15 de enero de 2013.**
- **HORARIO: de 18:30 a 20:30 horas.**
- **LUGAR: Colegio Oficial de Enfermería. Bretón 48, pral.**
- **ORDEN DEL DÍA:**
  Informe de actividades realizadas en 2013.
  Propuesta de actividades para 2014.
  Aceptación de ideas y sugerencias.
  Colaboraciones.
- **COORDINA: Tomás Fernández Fortún.**

Obituarios

Guadalupe Sáez de Vitery Zuazo
(4-9-2013)

En los primeros días de Septiembre nos dejó para siempre nuestra compañera Guadalupe Sáez de Vitery Zuazo.

Aunque nacida en Vitoria, Guadalupe desarrolló su carrera profesional en el hospital Miguel Servet de Zaragoza.

Aquí formó su familia, donde una de sus hijas ha seguido sus pasos profesionales y hoy es compañera en activo.

Guadalupe era una persona muy habladora, optimista, alegre y acogedora, siempre tenía dispuesta su casa para reunirnos, merendar, hablar o jugar una partida de cartas.

Buena profesional, excelente compañera y sobre todo, Guadalupe fue una gran amiga.

Guadalupe siempre te recordaremos, descansa en paz.

Pilar Lordán Villanueva.

Pedro Calvo Oro
(8-6-2013)

Pedro Calvo Oro, antiguo practicante, denominación que llevaba con orgullo, hasta el punto de que cuando se redefinía la denominación de la profesión, corregía con insistencia, recalcando «Practicante».

La Asociación de Jubilados de Enfermería ha celebrado, el mes de noviembre, una Misa en la Sede Colegial, en memoria de Pedro Calvo, que nos dejó en junio pasado a los 91 años, y de todos los colegiados fallecidos en el año que ahora finaliza. Que descansen en Paz.

SEGURO
DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL
Tu Colegio te protege con:
3.500.000* euros
aproximadamente
585 millones de pesetas
* Y hasta un tope máximo de 20.000.000 euros
(más de 3.327 millones de pesetas).

La salud mental en personas mayores

Junta Directiva AENESMA

El día 10 de octubre se ha celebrado el Día Mundial de la Salud Mental. La Federación Mundial para la Salud Mental (WFMH) es una organización fundada para la prevención de los problemas de Salud Mental, su tratamiento y cuidado de las personas con estas patologías.

La WFMH elige un tema cada año sobre el que centrarse para promover el conocimiento sobre éste y su situación actual. El lema de este año para el Día Mundial de la Salud Mental ha sido **«La Salud Mental en Personas Mayores».**

En el informe emitido por la Fundación existen datos como que el 20% de las personas mayores de 55 años pueden sufrir un problema de salud mental de algún tipo. Los cambios biológicos, el aislamiento, la pérdida de roles, enfermedades somáticas, etc., son ingredientes que pueden afectar la salud mental en los mayores.

Este informe recoge que hay gente mayor que puede ver la enfermedad como un signo de debilidad y pueden no admitir problemas, especialmente cuando afecta a su independencia. También hay personas que piensan que los síntomas de depresión y demencia son signos normales de envejecimiento. Mucha gente mayor, además, no tiene fácil acceso a servicios de salud.

La Asociación de Enfermeras Especialistas de Salud Mental en Aragón (AENESMA), como profesionales responsables de cuidados, queremos unirnos a la WFMH para señalar la importancia de la salud mental en todas las edades, incluyendo el envejecimiento. Queremos que la sociedad tome conciencia de que una persona mayor con enfermedad mental es doblemente vulnerable y requiere una buena atención por parte de todos.

Dentro del mundo de la enfermería también queremos concienciar de lo importante que es, que en nuestro trabajo diario, seamos conscientes de nuestros valores y creencias relacionadas con el envejecimiento y cómo éstas pueden afectar la manera en que trabajamos con la gente mayor. También en este ámbito, creemos que es importante el reciclaje profesional; en el complicado aspecto del cuidado de las personas con demencia podemos trabajar el integrar conceptos humanistas como el de Modelo de Atención Centrada en la Persona con demencia de Kitwood y lo que él llama Psicología Social Maligna –el cómo tratamos a la persona con demencia de una forma no intencionada puede empeorar su estado- y el uso de la Validación, –como la utiliza Naomi Feil– centrándonos sobre todo en la emoción del discurso y no tanto en el contenido.■

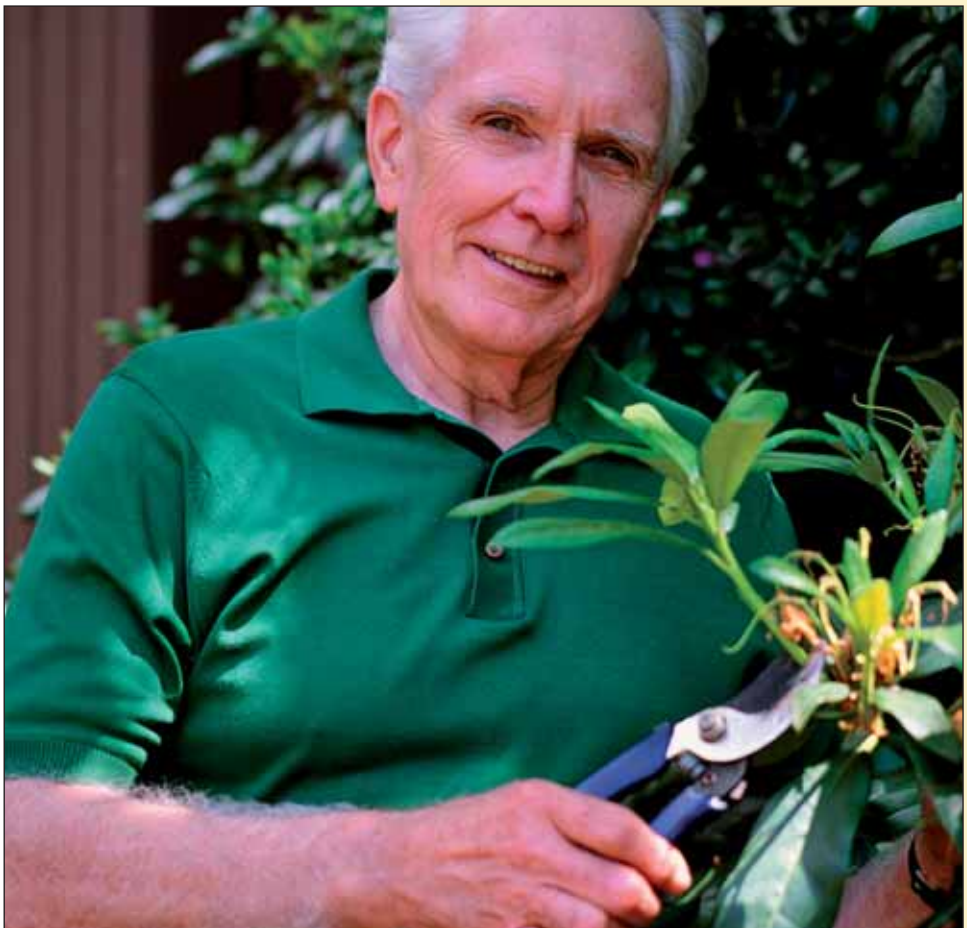
Bibliografía:

World Federation for Mental Health.
Mental Health and Older People:
World Mental Health Day October 10
[acceso el 5 de octubre de 2013].
Disponible en:
http://www.wfmh.org/00WorldMentalHealthDay.htm

Lecturas Recomendadas:

Kitwood. T.
Dementia Reconsidered:
The Person Comes First.
2nd Ed. Buckingham:
Open University Press; 1997.

Feil, N.
Validación: Un Método para Ayudar
a las Personas Mayores Desorientadas.
1ª Ed. Barcelona: Herder; 2002.



Los aragoneses mejoran su valoración de los Centros de Salud

Una Encuesta de Satisfacción de Usuarios (ESU) de Atención Primaria realizada a más de 23.000 usuarios por el departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia del Gobierno de Aragón, a través de la Dirección General de Calidad y Atención al Usuario, establece que los aragoneses mejoran sus opiniones sobre la obtención de la cita, la elección del día, los cuidados sanitarios y la información recibida, respecto al 2010.

El objetivo de la Encuesta ha sido conocer el nivel de satisfacción que tienen los usuarios aragoneses con la asistencia prestada en Atención Primaria a fin de detectar oportunidades y mejoras. La encuesta destaca la amabilidad del personal, interés del personal de enfermería y personal médico, así como la satisfacción con los cuidados sanitarios, valoración en las que se ha superado el 90% de «satisfechos» o «muy satisfechos».

Esta encuesta realizada se complementará con la de Atención Especializada que concluirá en 2014.■

Todos los datos de la encuesta en www.saludinforma.es

Comparativa Encuesta de Satisfacción de Usuarios 2010-2013

ARAGÓN. Satisfechos o muy satisfechos (%)	ESU 2010	ESU 2013	Diferencia 2010-2013
Estado en que se encuentra su Centro de Atención Primaria	84	86,1	2,1
Facilidad para conseguir cita	70,8	80,0	9,2
Posibilidad de escoger día y hora para su consulta	67,4	75,9	8,5
Tiempo de espera hasta entrar en la consulta	49,2	61,5	12,3
Solución dada a su problema	79,2	83,1	3,9
Confianza que el personal le transmite	86	88,5	2,5
Amabilidad del personal en su trato	89,2	91,6	2,4
Preparación del personal para realizar su trabajo	86,8	88,0	1,2
Interés del personal de enfermería	87,6	90,4	2,8
Interés de los médicos	89,8	91,7	1,9
Interés del personal de admisión	69,1	78,6	9,5
Cuidados sanitarios recibidos	88,2	90,3	2,1
Información que le han dado	82,4	90,3	7,9

ACTOS PROGRAMADOS PARA SAN JUAN DE DIOS 2014

La Festividad de nuestro Patrón, San Juan de Dios, está próxima, tenemos prevista su celebración los días 6 y 7 de marzo de 2014. Desde la Junta de Gobierno del Colegio hemos programado una serie de actos para dar realce a un día tan señalado para la profesión enfermera.

Distribuidos en dos jornadas, la primera de ellas la dedicaremos a hacer entrega del Premio Científico de Enfermería, los premios correspondientes a los concursos anuales de Fotografía «Puerta del Carmen» y de Narrativa Corta y Cuentos y las Becas a la Formación Continuada. Iniciaremos la segunda de las jornadas, recordando a los fallecidos el año 2013 en la Santa Misa y, ya por la noche, celebraremos una Cena de Hermandad, durante la que homenajearemos a nuestros jubilados con el respeto que se merecen. La velada concluirá con la entrega de la Medalla de Oro al Mérito Profesional y el sorteo de regalos.

Pretendemos que las Jornadas se desarrollen en un ambiente cálido y agradable, entre compañeros, por lo que esperamos contar con vuestra participación en los actos de esta fiesta de la Enfermería, nuestra fiesta.

© Fco. Núñez Arcos

CASI SIETE MILLONES DE ACCESOS A www.ocez.net

Resumen de actividad
(Desde 1-1-2013 hasta 30-10-2013)

Total de accesos	6.766.044
Total de sesiones	131.558
Total de páginas vistas	2.163.763
Promedio de sesiones por día	434
Páginas vistas por día	7.141
Accesos por día	22.330
Páginas vistas por sesión	16

Cada persona permanece en la página algo más de 4 minutos.

Hay que destacar que se han transferido más de 126 GB, que evidencia que el colegiado usuario se descarga la información que hay en la página.■

Lotería de Navidad 2013

del Colegio Oficial de Enfermería de Zaragoza

N.º 7 8.6 3 2

siete ocho seis tres dos

PARTICIPACIONES DE 5 Y 10 EUROS

Pueden recogerse en la Sede Colegial en horario de 9:00 a 13:00 y de 16:00 a 19:00 horas.

Entrega del VI Premio de Investigación Enfermera «Don Ángel Andía Leza» y Juramento Deontológico de los Nuevos Colegiados

F.N.A./Redacción
Reportaje gráfico Vanessa Gabarre

Vicente Luis Moreno, vicepresidente de la Junta de Gobierno del Colegio con –de izda. a dcha.– Marta Espartosa Larrayad, Fátima María Laborda Higes, Ana Luisa Caballero Navarro y Esperanza Navarro, viuda de D. Ángel Andía.

El Salón de Actos «Don Ángel Andía Leza» del Colegio de Enfermería de Zaragoza se viste de gala a finales del mes de septiembre de cada año. En esos días tienen lugar en el mismo dos celebraciones de especial importancia para la enfermería zaragozana. Por una parte se entregan los Premios de Investigación Enfermera que llevan el nombre de «Don Ángel Andía Leza», en memoria del prestigioso Practicante en Medicina y Cirugía miembro de la Institución desde 1954 hasta 2007, y por otra, los Nuevos Colegiados hacen el Juramento Deontológico, pronuncian la fórmula que les obliga para el resto de su recién iniciada vida profesional.

Vicente Luis Moreno, vicepresidente de la Junta de Gobierno colegial ostenta este año, la presidencia de los actos, representando al presidente Por-

car, ausente por motivos de agenda. Ha estado acompañado por Ana Luisa Caballero Navarro, vicedecana de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Zaragoza, Ani Longares Longares y Ricardo Villarroya Villagrasa, vocales de la Junta de Gobierno, Mari Luz Hualde Grasa, miembro de la Comisión de Ética y Deontología colegial y Emmanuel Echániz Serrano, vicedecano del Grado de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad San Jorge, vocal de la Junta de Gobierno colegial y responsable de la Conferencia «**El Colegio de Enfermería y sus prestaciones**».

Además de las premiadas, los Nuevos Colegiados y sus familiares y amigos, se encuentran en el acto, Esperanza Navarro, viuda de D. Ángel Andía, su hija Asunción Andía, y Blanca Giménez Alcántara, vocal y secretaria en funciones, respectivamente, de la Junta de Gobierno del Colegio de Enfermería.

Tras la salutación y bienvenida del presidente, pasa la palabra a Emmanuel Echániz, que pronuncia la Conferencia programada, en la que hace un repaso por la historia de la profesión e informa a los Nuevos Colegiados de las múltiples ventajas y prestaciones que el Colegio les ofrece desde el momento de su colegiación.

Posteriormente hace uso de la palabra la vicedecana de la FCS Ana Caballero expresando su satisfacción por encontrarse en el acto, destacando la excelente relación de apoyo y colaboración existente entre la Facultad y el Colegio de Enfermería y felicitando a las premiadas y nuevos colegiados.

Blanca Giménez lee el Acta del Jurado calificador del VI Premio de Investigación Enfermera con la concesión del Premio y el Accésit, dotados con 2.000 y 1.000 euros respectivamente, que patrocina AMA Seguros y que recogen las premiadas, Fátima María Laborda Higes y Marta Espartosa Larrayad, por sus trabajos «**Programa de prevención y atención al anciano: Papel de enfermería en la adhesión al tratamiento farmacológico a propósito de la introducción de la receta electrónica**» y «**Estudio de la calidad de los niños con hemodiálisis de la Comunidad de Madrid comparada con la percibida por sus padres**».

Entregados los Premios, los Nuevos Colegiados se ponen en pié y pronuncian la fórmula del Juramento Deontológico. A continuación recogen de forma individual la Insignia de Plata colegial y un ejemplar del Código Deontológico de la Enfermería española.

Vicente Luis Moreno pronuncia una breve alocución en la que felicita a las premiadas Fátima María Laborda Higes y Marta Espartosa Larrayad, estimulándolas a *«seguir trabajando e investigando, el campo que ofrece la enfermería es muy amplio» «el Colegio está dispuesto a apoyaros siempre que sea preciso»* les ha dicho. Destaca a continuación la importancia

del momento para los Nuevos Colegiados, refiriéndose, por una parte, a la trascendencia del Código que acaban de jurar o prometer y el compromiso que con ello adquieren, y por otra, al papel que las enfermeras desempeñan en la sociedad en las facetas de Prevención de las enfermedades, Mantenimiento de la Salud, Atención, rehabilitación e integración social del enfermo, Educación para la salud, Formación y Administración en Enfermería.

Finaliza su intervención agradeciendo a la Agrupación Mutual Aseguradora AMA su apuesta por la enfermería al patrocinar este Premio y Juramento, a los presentes su asistencia, y clausurando el Acto.■

FÁTIMA MARÍA LABORDA, PREMIO DE INVESTIGACIÓN ENFERMERA «DON ÁNGEL ANDÍA LEZA» 2013

El Jurado calificador del VI PREMIO DE INVESTIGACIÓN ENFERMERA "DON ÁNGEL ANDÍA LEZA", reunido en la sede del Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Zaragoza, tras la evaluación de los originales presentados, ha fallado conceder el Primer Premio al trabajo:

«Programa de prevención y atención al anciano: papel de enfermería en la adhesión al tratamiento farmacológico a propósito de la introducción de la receta electrónica» de la enfermera Fátima María Laborda Higes.

La enfermera premiada, Fátima María Laborda finalizó sus estudios de Enfermería en la Escuela de Ciencias de la Salud de la Universidad de Soria en el año 2006 y acabado el Máster en Ciencias de la Enfermería en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Zaragoza en 2010. Actualmente desarrolla su actividad profesional en el Centro de Salud Calatayud Norte.

El objetivo del trabajo, realizado en la consulta de enfermería con el programa de prevención del anciano, es favorecer tanto la rápida y correcta implantación de la receta electrónica, como la detección de posibles necesidades y cambios en las redes de apoyo del anciano y en su estado físico y psicológico, que puedan afectar al seguimiento correcto del tratamiento.

La autora establece en sus conclusiones que, aprovechando la necesidad de revisar el tratamiento farmacológico para ajustar la medicación y facilitar al paciente la recogida de recetas, se ha trabajado en equipo para valorar globalmente a los pacientes y detectar necesidades de carácter bio-psico-social que puedan influir en el seguimiento del plan terapéutico y poder así intervenir para solventarlas.■

Izda.: Marta Espartosa Larrayad, tras recoger su accésit.
Dcha. Fátima con Esperanza Navarro.

Bodas de Oro Promoción 1962-1963

Redacción
Reportaje gráfico Vanesa Gabarre

La satisfacción del grupo de asistentes a la celebración de las Bodas de Oro, de la Promoción que finalizó sus estudios de enfermería en el año 1963 es indescriptible. En una breve alocución en el acto desarrollado el pasado mes de septiembre en la Sede Colegial, que ha sido presidido por Vicente Luis Moreno, vicepresidente de la Junta de Gobierno, Pilar Ruiz Marcellán agradece, en nombre de todos los compañeros y compañeras de la Promoción, el apoyo del Colegio de Enfermería y toda la ayuda que les ha prestado para la realización de los actos programados. Asimismo agradece especialmente la presencia del vicepresidente, que representa al presidente Porcar, ausente por razones de agenda.

Pilar, tras manifestar el deseo de los presentes de repetir la experiencia en fechas no muy lejanas, destaca la plenitud de la vida profesional de los presentes, clave para experimentar la sensación, el total convencimiento de que *«en nuestro trabajo, hemos recibido casi siempre más de lo que hemos dado… siempre unidos en el objetivo común de ayudar al paciente con toda nuestra intensidad, alegría y vida».*

Haciéndose eco de la opinión generalizada de los presentes, Ruiz Marcellán ha manifestado la satisfacción de encontrarse «arropados» por el Colegio y su personal durante toda la organización y puesta en práctica de la celebración que las ha reunido. Mª Pilar Rius, presente en el acto, expresa sus sensaciones *«Celebré con alegría mis cincuenta años como DUE. Ahora, sigue la marcha…»* Purificación Vidal, coorganizadora de la celebración enuncia emocionada, sus mejores sentimientos con esta frase *«Con este encuentro, el pasado se convirtió en presente».*

Desde **Noticias de Enfermería** expresamos nuestra cordial enhorabuena y deseamos que vuestros deseos de un próximo encuentro se haga realidad en breve plazo. Desde el Colegio seguiremos apoyando este tipo de iniciativas.■

«Con este encuentro, el pasado se convirtió en presente»

Purificación Vidal

Quince enfermeras y dos enfermeros asisten a la celebración:
María Adiego Adiego, Mª Luisa Aranda Ibarra, Ana Mª Charro Martínez, Mª Gloria Comet Cortés, Mª Jesús Félez Guallar, Concepción García Arteaga, Sara González Allepuz, Teresa de Jesús Huete Gómez, Mª Mercedes Moreno Lavena, Félix Rey Madrid, Mª Pilar Ríus Guíu, Mª Teresa Rodrigo Trallero, Mª Pilar Ruiz Marcellán, Mª Purificación Vidal Fanlo, Felisa Villacampa Esteruelas, Adolfo Ibáñez Susán y Jesús Vicente Hernández

Bioética y ancianidad: tratar o no tratar

Comité de Ética y Deontología.

La actualidad trae consigo una serie de cambios socio-demográficos como el alto índice de envejecimiento, y cambios socio-culturales de la vejez, de progresos tecnológicos y de consumo de recursos, que han producido un cambio espectacular con respecto a épocas anteriores en las que la perspectiva de vida era bastante limitada. Estas circunstancias dan lugar a que se generen problemas de bioética en relación con el anciano, pero las consideraciones generales no tienen por qué ser diferentes a las planteadas por individuos de otras edades.

En la teoría la aplicación de los principios éticos resultan evidentes e indiscutibles, pero no siempre resultan fáciles trasportarlos a la práctica geriátrica diaria, sobre todo en las importantísimas decisiones de tratar o no tratar.

Efectos potenciales

Todos los medicamentos llevan asociados una serie de efectos secundarios, contraindicaciones, e interacciones que pueden repercutir negativamente en la salud del paciente, a veces incluso poniendo en peligro su vida. Esto es especialmente cierto en el caso de pacientes de edad avanzada en los que la resistencia a los fármacos se halla disminuida, debida a su debilidad generalizada. A ello se añade que los tratamientos agresivos conllevan siempre un riesgo de morbilidad y mortalidad asociado. Por tanto, el principio bioético de «buscar el mayor beneficio del enfermo sin ocasionarle perjuicio alguno» se convierta en el de «buscar el mayor beneficio con el menor riesgo de perjuicio», estudiando cuidadosamente el riesgo del tratamiento a aplicar, con las posibilidades de éxito del mismo.

Recursos

Pese a estar en el siglo XXI, los recursos sanitaros son limitados, pero los avances en este campo aumentan de forma permanente. Junto a su efecto positivo, prolongar la vida y mejorar su calidad, presentan unas limitaciones de uso ligadas a sus costes. Para hacer rentable al máximo los recursos terapéuticos es imprescindible desarrollar criterios de eficacia, con el único objetivo de aplicarlos a enfermos que realmente se puedan beneficiar de ellos, evitando la masividad de tratamientos que tienen poca posibilidad de mejorar a determinados pacientes. Sin embargo, toda selección de pacientes ancianos potencialmente beneficiarios de determinados tratamientos conlleva el riesgo de crear una discriminación no deseada por el personal sanitario.

Connotaciones especiales

Las personas mayores tienen connotaciones especiales. El aumento de la edad supone una disminución de reservas del organismo frente a situaciones extremas como pueden ser las intervenciones quirúrgicas y sus posteriores tratamientos como la quimioterapia, etc. Los ancianos suelen presentar una asociación pluripatológica-plurifarmacológica que aumenta el riesgo de morbilidad terapéutica. Al llegar a la ancianidad disminuyen las funciones tanto físicas como psíquicas con importantes alteraciones en distintos órganos y aparatos que son la causa en ocasiones de su aislamiento y tristeza.

El nivel cultural del colectivo anciano, sigue siendo por lo general bajo, pero cada vez es mayor el número de dicho colectivo que llega a la ancianidad con algún tipo de estudios, incluyendo carreras superiores. Muchos de ellos viven solos, aislados de todo cariño y con escasos recursos para enfrentar su difícil situación.

El factor edad

Hay que tener seguridad plena si algunas terapias determinadas reportarían al anciano unos beneficios equivalentes a los que producirían en pacientes de menos edad y, si esos beneficios podría lograrlos por otros medios en el caso de prescindirse de ellas.

Es decir, si el tratamiento a aplicar es útil o no en el anciano y anteponer la mejora de la calidad de vida al aumento de la supervivencia. Por tanto habría que evitar medidas terapéuticas que ocasionaran sufrimientos al paciente mayor cuando el beneficio previsible sea mínimo. Pero nunca hay que poner en práctica el anglicismo «*ageism*», que a su vez ha sido traducido al español por la Comisión Europea como «*edaísmo*» y por Leopoldo Salvarezza como «*viejismo*», es la estereotipificación y discriminación contra personas o colectivos por motivo de edad.

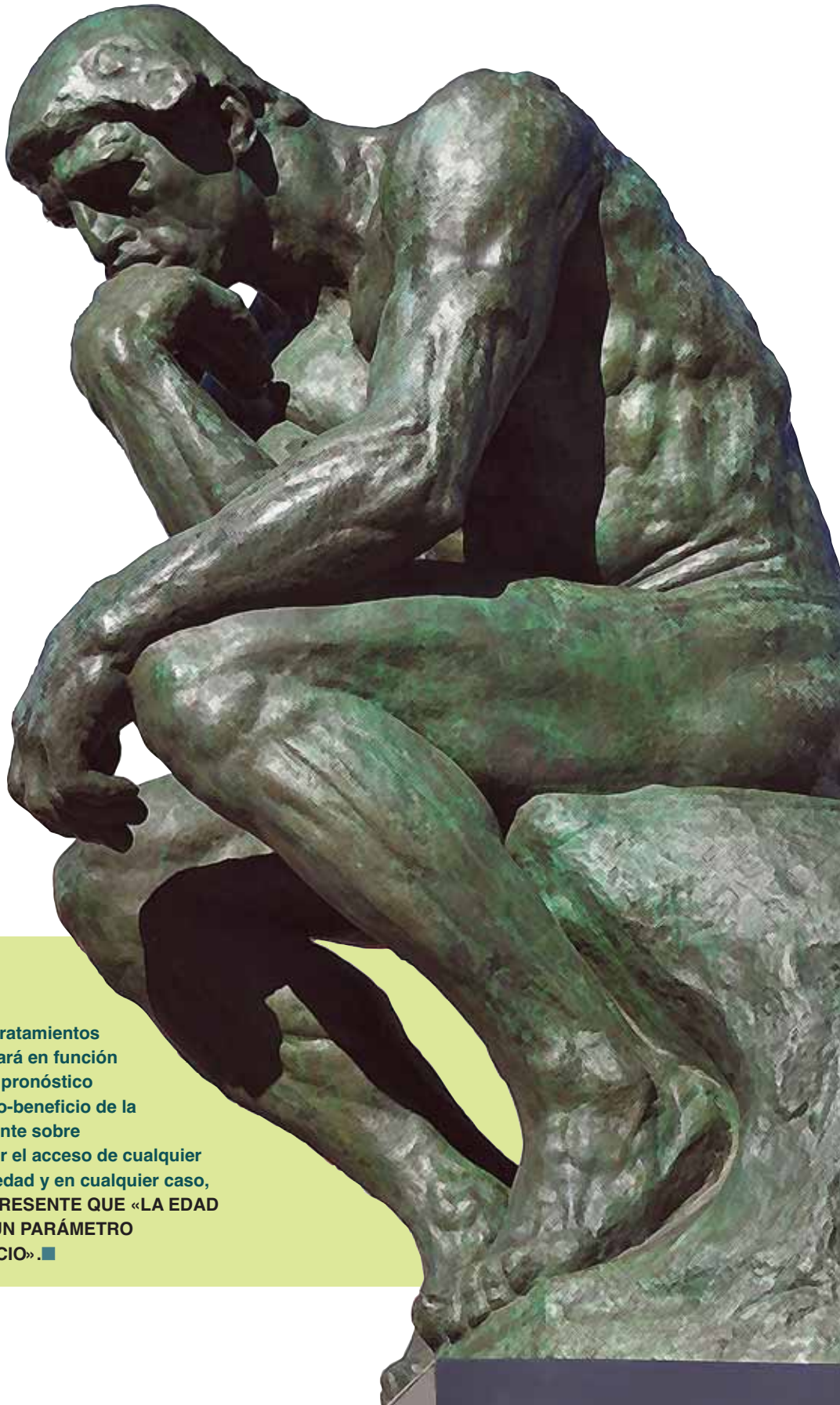
La promoción de la salud

Hoy día se incide especialmente en el estímulo de los buenos hábitos higiénico-dietéticos tanto en la infancia, la juventud y la edad adulta, que conducirán a un nivel óptimo de salud al alcanzar la edad avanzada; es decir, la promoción de la salud desempeña un papel crucial para determinar en qué condiciones de salud llegan las personas a la ancianidad.

Hasta hace algunos años se consideraba que las medidas preventivas tenían menor relevancia y aplicación en el anciano que en los grupos de menor edad. Pero en los últimos años se ha reconocido plenamente que la salud de personas mayores puede ser mantenida y fomentada mediante la promoción de la salud, que debe tener objetivos específicos como: prevenir enfermedades por medio de vacunas, la detección precoz de tumores, etc. y frenar lo antes posible el deterioro físico y mental para prolongar la etapa en que puedan desenvolverse con total independencia sin ser una carga potencial para la familia y la sociedad.

Resolución de las indicaciones del tratamiento

Es necesario conocer con exactitud si está indicada su aplicación o existen otras alternativas con el mismo beneficio. No hay que olvidar que incluso las personas de edad de alto riesgo pueden tener cifras aceptables de morbimortalidad cuando se les practica un adecuado seguimiento geriátrico (unidades de ortogeriatría, unidades de interconsulta geriátrica y las propias unidades geriátricas de agudos). Pero en contadas ocasiones sí que hay que desestimar determinados tratamientos como el periodo agónico en el que los resultados no sólo son nulos sino contraindicados.

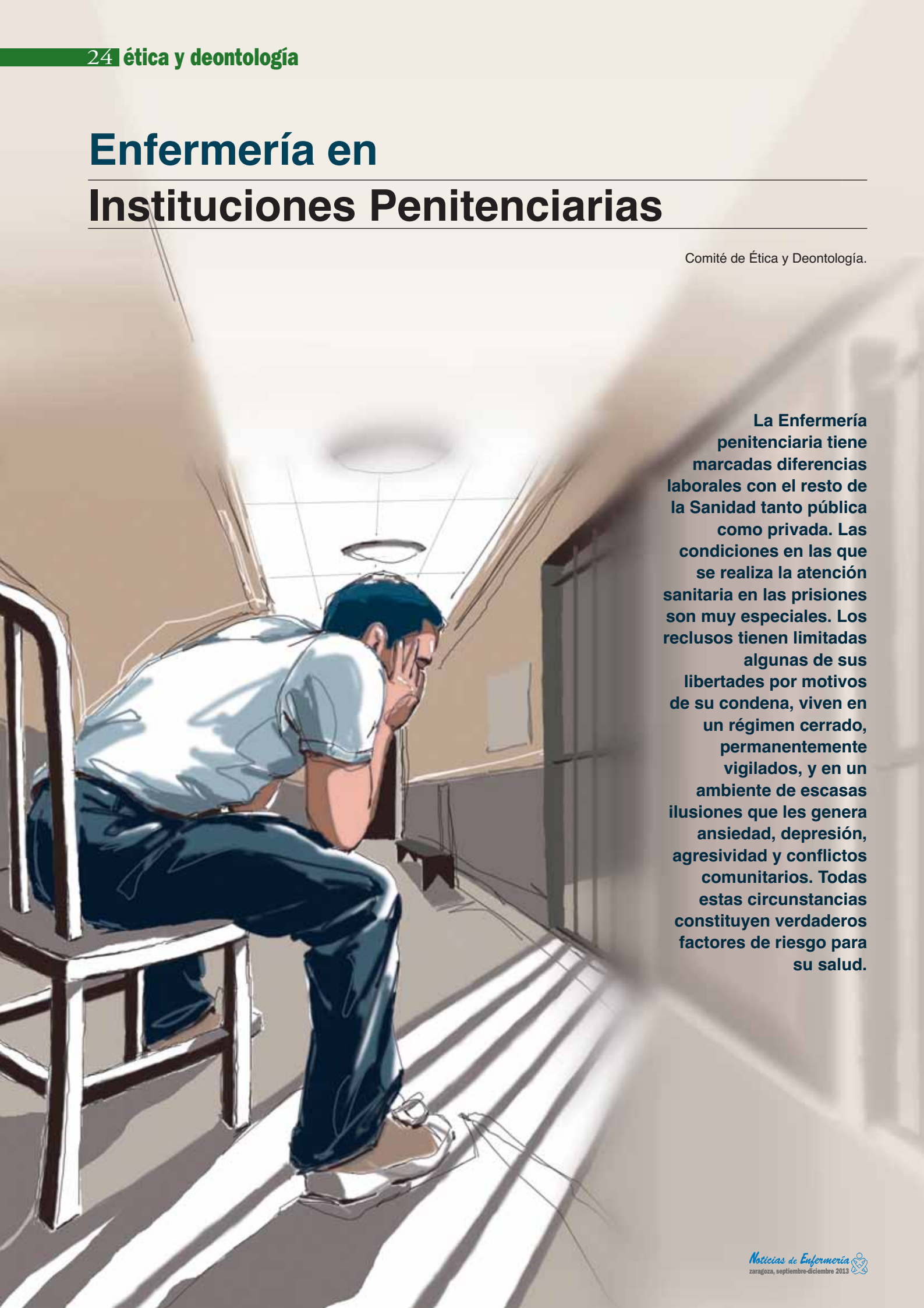


Conclusión

Limitar el acceso de determinados tratamientos a las personas mayores nunca se hará en función de la edad, sino conforme al propio pronóstico de la enfermedad de base y el riesgo-beneficio de la supervivencia, pero fundamentalmente sobre la calidad de vida. No es ético limitar el acceso de cualquier tratamiento por motivos únicos de edad y en cualquier caso, ES NECESARIO TENER SIEMPRE PRESENTE QUE «LA EDAD DEBE SER CONSIDERADA COMO UN PARÁMETRO CIENTÍFICO; NO COMO UN PREJUICIO».

Enfermería en Instituciones Penitenciarias

Comité de Ética y Deontología.



La Enfermería penitenciaria tiene marcadas diferencias laborales con el resto de la Sanidad tanto pública como privada. Las condiciones en las que se realiza la atención sanitaria en las prisiones son muy especiales. Los reclusos tienen limitadas algunas de sus libertades por motivos de su condena, viven en un régimen cerrado, permanentemente vigilados, y en un ambiente de escasas ilusiones que les genera ansiedad, depresión, agresividad y conflictos comunitarios. Todas estas circunstancias constituyen verdaderos factores de riesgo para su salud.

Los profesionales de la salud, se encuentran ante una población muy afectada por patologías directamente relacionadas con la vida carcelaria. En estas circunstancias, a veces sofocantes, es donde tienen que desarrollar su trabajo y salvaguardar los derechos de los reclusos en su condición de pacientes, pues la persona sancionada no puede ser disminuida en su dignidad. En este punto es importante considerar que no solo hay que respetarla, sino permitir que crezca en un conocimiento de valores que le permita reconsiderar su conducta. Asimismo tendrán que imponer una disciplina en el reducto sanitario de la institución, pero de un modo que no sea considerada como una represión por la fuerza y por el miedo a los castigos, sino la corrección de los defectos y la formación de la voluntad.

La excelencia enfermera

Los recluso-pacientes no suelen ser siempre un ejemplo de amabilidad y buena disposición para los sanitarios por lo cual en alguna ocasión esto origina situaciones difíciles de manejar por ambas partes. A las dificultades inherentes a la atención sanitaria se deben añadir las derivadas del ambiente de prisiones, que pueden incrementar aún más el riesgo de incurrir en actitudes no deseadas.

Por más duras que sean las condiciones en las que se desarrolle la relación sanitaria, la única forma correcta de actuar es el respeto, no siempre merecido, al paciente. Los enfermeros tienen que adoptar una posición activa que contribuya a crear una verdadera «confianza». En ese clima que se consigue paulatinamente, resultará más fácil comunicarse con el interno-paciente; conocer sus aspiraciones, preocupaciones, afectos, etc. En definitiva todos los aspectos de su vida que puedan facilitar la atención sanitaria hacia ellos.

En este tipo de relación es cuando el paciente-recluso refiere al profesional sanitario sus problemas con la convicción de que éste actuará con lealtad, integrando estos problemas en el contexto de la situación existencial de él mismo y la de todos los del régimen penitenciario. En el momento en el que los profesionales los atienden sin ejercer la más mínima discriminación, y utilizando sus mejores conocimientos científico-técnicos, y manifestando un respeto constante hacia ellos, aunque en ocasiones ellos son los que rompen esta cadena, la enfermería de prisiones alcanza la excelencia ética exigible a su profesión y además ejercen un efecto pedagógico sobre los mismos reclusos que en algunos casos contribuye a su rehabilitación, pues en la naturaleza del hombre está el imitar lo que ve hacer, y los actos tienen más fuerza para convencer y persuadir que las palabras e instrucciones.

Para lograr los objetivos mencionados hay que respetar lo que dice la Constitución Española: *Todos los privados de libertad tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos a torturas ni a penas o tratos infrahumanos o degradantes.*

Como el resto de las personas los encarcelados también tienen sus obligaciones. Estas se encuentran detalladas en el artículo 5 del Reglamento Penitenciario:

A Colaborar activamente en el cumplimiento de la condena en los términos de la ejecución de la misma.

B Colaborar activamente en la consecución de una convivencia ordenada dentro de los centros y mantener una actitud de respeto y consideración hacia las autoridades, los funcionarios, los equipos de salud, trabajadores, colaboradores de instituciones penitenciarias, reclusos, y demás personas, tanto dentro como fuera de los establecimientos.

C Acatar las órdenes y normas del régimen interior que reciba del personal penitenciario en el ejercicio legítimo de sus atribuciones.

D Permanecer en el establecimiento designado hasta el momento de su liberación, a disposición de la autoridad judicial o para cumplir las condenas de privación que se le impongan.

E Utilizar adecuadamente los materiales que se pongan a su disposición y las instalaciones del establecimiento.

F Observar una adecuada higiene y aseo personal, corrección en el vestir y acatar las medidas higiénicas establecidas.

G Realizar las prestaciones obligatorias impuestas por la Administración Penitenciaria.

H Participar en las actividades formativas, educativas y laborales definidas en función de sus carencias para la preparación de la vida en libertad.

Para lograr todos los objetivos mencionados es necesario que concurran varias circunstancias; leyes que garanticen efectivamente los derechos de los presos en cuanto a pacientes, contar con los recursos necesarios para proporcionar a los reclusos la misma atención sanitaria que al resto de los ciudadanos; y por último que exista una capacidad personal por parte de los internos que los ilusione con una actividad o trabajo para que les sea más llevadera su carencia de libertad.

Conclusiones

El estatus ético de un país se podría medir por el trato humano que procura a sus reclusos y, concretamente, por la preocupación de su estado de salud en un sentido integral y por su atención sanitaria. Los profesionales de la salud dedicados a esta labor tienen la doble responsabilidad de exigir el cumplimiento de estos derechos y afanarse en ellos para lograr la excelencia ética en prisiones.■

¿Estatutario o funcionario?

Resueltas las discrepancias sobre la decisión

El Boletín Oficial de Aragón, publica el 8 de noviembre pasado, una Resolución de la Secretaría General de Coordinación Autonómica y Local, de 21 de octubre de 2013, por la que se ordena la publicación del Acuerdo de la Comisión Bilateral de Cooperación Aragón-Estado en relación con el Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, de Medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. Esta Resolución ha venido a resolver las discrepancias manifestadas en relación a las disposiciones contempladas en este Acuerdo y concluida la controversia planteada, en el que se contemplaba la incorporación de los funcionarios de carácter sanitario de los servicios de salud de las diferentes CC.AA. –que fija la fecha 31 de diciembre de 2013–, a integrarse como personal estatutario en las Instituciones sanitarias de titularidad pública adscritas o dependientes de cada uno de los servicios de salud.

La referida Resolución ha quedado redactada del modo siguiente:

ANEXO

BILATERAL DE COOPERACIÓN ARAGÓN-ESTADO EN RELACIÓN CON EL REAL DECRETO-LEY 16/2012, DE 20 DE ABRIL, DE MEDIDAS URGENTES PARA GARANTIZAR LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD Y MEJORAR LA CALIDAD Y SEGURIDAD DE SUS PRESTACIONES

La Comisión Bilateral de Cooperación Aragón-Estado, en su reunión celebrada el día 2 de octubre de 2013, ha adoptado el siguiente Acuerdo:

De conformidad con las negociaciones previas celebradas por el Grupo de Trabajo constituido por Acuerdo de la Comisión Bilateral de Cooperación Aragón-Estado, de fecha 18 de julio de 2012, para el estudio y propuesta de solución de discrepancias competenciales manifestadas en relación con el artículo 10.4 del Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, de Medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, ambas partes consideran solventadas las mismas en razón de los siguientes compromisos adoptados:

1º.- El Artículo 10.4 añade una nueva disposición adicional decimosexta a la Ley 55/2003 del Estatuto marco del personal estatutario de los servicios de salud, sobre Integración del personal funcionario (de carácter sanitario) al servicio de las instituciones sanitarias públicas.

Este artículo debe entenderse en el sentido de que el plazo que fija el 31 de diciembre de 2013, es para que los funcionarios afectados opten voluntariamente, o bien por integrarse como personal estatutario en las Instituciones sanitarias de titularidad pública adscritas o dependientes de cada uno de los servicios de salud, –y efectivamente se integren–, o bien para que ostenten la condición de funcionarios.

En este último caso, la Comunidad Autónoma adscribirá a este personal a órganos administrativos que no pertenezcan a las instituciones sanitarias públicas, conforme a las bases de los procesos de movilidad que, a tal fin, ésta articule, pudiendo establecer en estas bases que la adscripción se realizará cuando existan plazas vacantes para ello.

2º.- En razón al acuerdo alcanzado, ambas partes coinciden en considerar resueltas las discrepancias manifestadas en relación a las disposiciones contempladas en éste Acuerdo y concluida la controversia planteada.

El contenido del Acuerdo plantea dos supuestos.

1

Que los funcionarios afectados opten voluntariamente, dentro del plazo que fija el 31 de diciembre de 2013, a integrarse como personal estatutario en las Instituciones sanitarias de titularidad pública adscritas o dependientes de cada uno de los servicios de salud.

En esta Sección de la revista, se van tratando las cuestiones sobre las que más consultas se han realizado en la Asesoría Jurídica. Los profesionales de enfermería colegiados pueden dirigirse directamente a la Asesoría Jurídica del Colegio, en horario de lunes y jueves de 17:30 a 19:00 horas o martes y miércoles de 12:00 a 13:30 horas, previa cita, para el estudio de su caso concreto en relación a su prestación de servicios como personal de enfermería.

Juan Carlos Campo Hernando
Abogado. Asesoría Jurídica del Colegio de Enfermería de Zaragoza.

2

Que no se integren voluntariamente, y sigan ostentando la condición de funcionario. Si se diera este supuesto, la Comunidad Autónoma adscribirá a este personal a órganos administrativos que no pertenezcan a las instituciones sanitarias públicas, conforme a las bases de los procesos de movilidad que, a tal fin, ésta articule, pudiendo establecer en estas bases que la adscripción se realizará cuando existan plazas vacantes para ello.

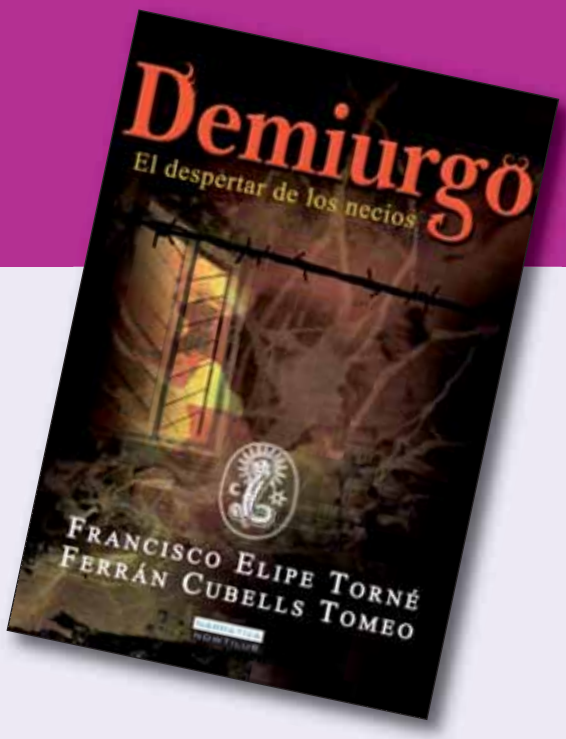
De la dicción literal de este segundo supuesto, para el personal sanitario funcionario que no se integrase voluntariamente como personal estatutario, puede crear cierta inquietud teórica, si nos atenemos al tenor literal del mismo, no solucionando la controversia; pero sin embargo, en términos prácticos sí que la soluciona y se van a poder mantener en su puesto como funcionarios sanitarios al servicio del SALUD, dado que la solución de adscribir por parte de la Comunidad Autónoma a otros órganos administrativos por los procesos de movilidad, es improbable, por la simple y sencilla razón de que no existen en la Relación de Puestos de Trabajo (RPTs) plazas vacantes de sanitarios en otras Administraciones al margen de las ya creadas y ocupadas que tienen una incidencia cuantitativa mínima en relación a las plazas a adscribir, y por una segunda cuestión, la Comunidad Autónoma en ningún caso tiene ninguna necesidad ni motivación, y por ende, no va a crear dichas plazas.

Como consecuencia de la interpretación práctica de este segundo supuesto, el funcionario que decida no adscribirse voluntariamente como personal estatutario podrá permanecer en su plaza como titular sanitario perteneciente a las instituciones sanitarias públicas (SALUD), manteniendo el estatus funcionarial reconocido y en igualdad de condiciones a las mantenidas hasta dicha fecha de 31 de diciembre de 2013; y a su vez, por ello se dice que con dicha disposición coinciden en considerar resueltas las discrepancias manifestadas en relación a las disposiciones contempladas en este Acuerdo y concluida la controversia planteada.

DEMIURGO. EL DESPERTAR DE LOS NECIOS

Autores: Francisco Elipe y Ferrán Cubells (Ed. Nowtilus)

Blanca Giménez Alcántara. Zaragoza.



Introducción:

Conocedores de la gran afición y alto nivel literario de los profesionales de enfermería, de los buenos lectores que son, os emplazamos a que en Noticias de Enfermería, plasméis vuestra opinión sobre aquello que habéis leído, recientemente, o en cualquier etapa de vuestra vida. Ofrecemos la posibilidad de compartir con los compañeros de profesión aquella obra literaria que os ha impactado o hecho reflexionar, para bien o para mal, o aquel autor que ha supuesto un punto de inflexión en vuestra experiencia como lectores.

Aunque la novela negra es uno de los géneros más demandados y leídos en todo el mundo, no soy muy aficionada a ella, me gustan más otros géneros y por eso me ha sorprendido disfrutar tanto con este libro.

¿Las claves? Una historia que nos atrapa desde la primera página y un argumento emocionante. Posiblemente también haya tenido que ver, el que la novela se desarrolla en escenarios y con personajes que me resultan muy familiares.

Aparecen la ciudad de Zaragoza y un pequeño pueblo aragonés, El Frasno, como protagonistas. Parte de la trama de esta novela transcurre en la capital maña y en este pequeño pueblo de su provincia, con el placer que supone reconocer en sus páginas lugares queridos y entrañables.

Todo comienza con un concurso de juegos de rol y a partir de aquí empiezan a sucederse una serie de complejos asesinatos.

Los crímenes se sitúan en diferentes partes de España, y siguen unos complejos rituales que se desarrollan a partir de una antigua filosofía platónica y con las normas de un juego de rol.

Los investigadores son un grupo poco convencional en el que colaboran con la policía, un locutor radiofónico experto en temas esotéricos, una periodista, un inspector de policía y un erudito en libros antiguos. La investigación cuenta también con la aportación de dos personajes que colaboran desde un pequeño pueblo aragonés, centro de operaciones de los asesinos.

Los criminales en este caso son dos personajes con traumas psicológicos y contradicciones sexuales e intelectuales que perpetran los sádicos asesinatos que se desarrollan a partir del macabro juego de rol.

El entorno es bien conocido por el autor, que nos introduce en la cultura, la historia y las leyendas de un pequeño pueblo aragonés, El Frasno, donde el lector acaba comprendiendo lo que mueve a cada persona y su forma de actuar.

La novela se acerca también a la situación económica y social que se vive en el país con humor e ironía.

El libro está escrito de forma conjunta por Francisco Elipe y Ferrán Cubells, una forma de trabajo a dúo que no les ha ido nada mal, en el que uno de ellos es el creador de la historia y el otro el que ha marcado los parámetros de tono y estilo.

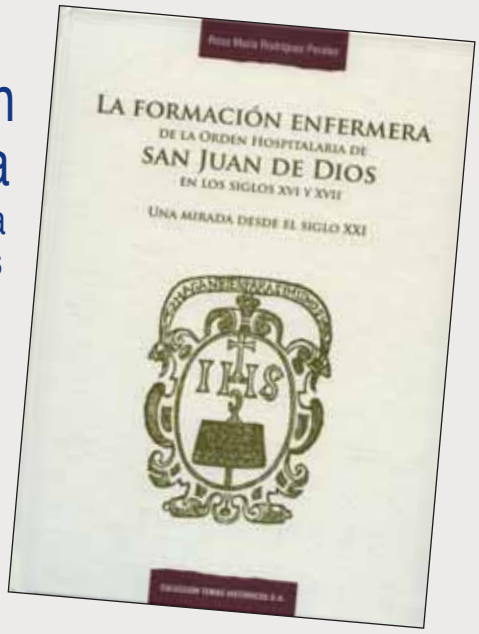
En resumen, es un libro que entretiene, que apetece leer de un tirón, y que nos deja ese estado que le pedimos a los buenos libros para que no se termine la magia. Cuando te metes en la historia, ya no puedes parar de leer para saber qué ocurre a continuación, y más cuando la trama se va volviendo cada vez más sórdida y desasosegante.

Tiene además un final explosivo e inesperado con lo que cualquiera que ame la literatura y las buenas historias quedará satisfecho de su lectura.

La Formación Enfermera
de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios en los siglos XVI y XVII

Autora: Rosa María Rodríguez Perales.

Edita: Universidad Pontificia Comillas.



Manual de Lactancia Materna
De la teoría a

Comité editorial: Josefa Aguayo, Adolfo Gómez, Teresa Hernández, José Lasarte, Mª José Lozano, Rosa Pallás.

Edita: Editorial Médica Panamericana, S.A.

Obstetricia para Matronas
Guía práctica

Coordinadoras: Sofía Gotor Colás, M.ª Luz Gotor Colás.

Edita: Editorial Médica Panamericana, S.A.

Manual de Enfermería Geriátrica

Coordinadora: Mayte Valle Vicente

Edita: CTO Editorial, S.L.

Manual práctico de instrumentación quirúrgica en enfermería

Autores: Antonio José Gómez Brau, Isabel Serra Guillén

Edita: Elsevier España, S.L.

En la biblioteca del Colegio dispones de diversas Revistas Científicas y de otros Colegios Oficiales.

RESIGROUP

Centros para la tercera edad

SOTO del Canal

LAS BUGANVILLAS
RESIDENCIA 3ª EDAD

La confianza de sentirse en buenas manos

Estancias temporales

Estancias prolongadas

Respiro familiar

Estancia diurna / nocturna

Rehabilitaciones y Convalecencias

Convenio de Colaboración entre las Residencias Las Buganvillas y Soto del Canal con el Colegio Oficial de Enfermería de Zaragoza

En las Residencias Las Buganvillas y Soto del Canal creemos que el colectivo de Enfermería se merece el reconocimiento por el buen hacer profesional. Por eso hemos firmado un **Convenio de Colaboración**, con el que los colegiados de Zaragoza y provincia van a disfrutar de unos **exclusivos descuentos** ***extensibles a familiares directos.***

En Las Buganvillas y Soto del Canal tenemos en cuenta tanto las necesidades del mayor como las de su familia y sabemos lo importante que es darle una atención sociosanitaria de calidad. Para ello contamos con un equipo de profesionales cualificado que les trata con el mayor respeto y delicadeza.

Sólo díganos qué necesita y nos ocupamos de todo

Residencia **Las Buganvillas**
C/Gastón de Bearne, 47
CP. 50012 Zaragoza
Tel. 976 75 42 00

Residencia **Soto del Canal**
C/Marcelino Álvarez, 50
CP. 50012 Zaragoza
Tel. 976 75 74 70

www.resigroup.com **info@resigroup.com**

Noticias de Enfermería

2014

Ilustre Colegio Oficial
de Enfermería de Zaragoza
Bretón, 48, pral. 50005 Zaragoza 976 356 492
www.ocez.net prensa@ocez.net

Enero

		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		

La mirada. Francisco Calvo Sánchez. 3er Premio Concurso «Puerta del Carmen». Tema libre

Febrero

					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		

Riesgos laborales. Gustavo Padilla Aragües. 1er Premio Concurso «Puerta del Carmen» Tema Científico

Marzo

					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24/31	25	26	27	28	29	30

El valor de la amistad en tiempos de crisis. Laura Gracia Lucientes. 1er Premio Concurso «Puerta del Carmen». Tema libre

Soledad. Carmen A. Gómez Sanz

Julio

	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			

Estampa pirenaica. Francisco Núñez Arcos

Agosto

				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

Septiembre

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					

Ofrenda de Flores a la Virgen del Pilar. Francisco Núñez Arcos

Renovación. Mª Jesús Moreno González

Octubre

		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		

La duda del infante. Gustavo Padilla Aragüés

Noviembre

					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

Noticias de Enfermería

2014

Ilustre Colegio Oficial
de Enfermería de Zaragoza

Bretón, 48, pral. 50005 Zaragoza 976 356 492

www.ocez.net prensa@ocez.net

Diciembre

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				

Abril

	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				

Mayo

			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	

Barbería al uso. Vanessa Tebán Ponce

Espejo. Roberto Cabestre García

Junio

						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23/30	24	25	26	27	28	29

Seguro **Multirriesgo de Hogar**

La llave de la seguridad de su casa

15%
DESCUENTO
Hasta el
31 de diciembre
de 2013*

Ahora, con **SERVICIOS EXCLUSIVOS** pensados para su casa y para usted

- ✔ Manitas del Hogar
- ✔ Manitas Tecnológico
- ✔ Ayuda Personal en el Hogar
- ✔ Y disfrute también de nuestro servicio de Asistencia Informática Remota: A.I.R.

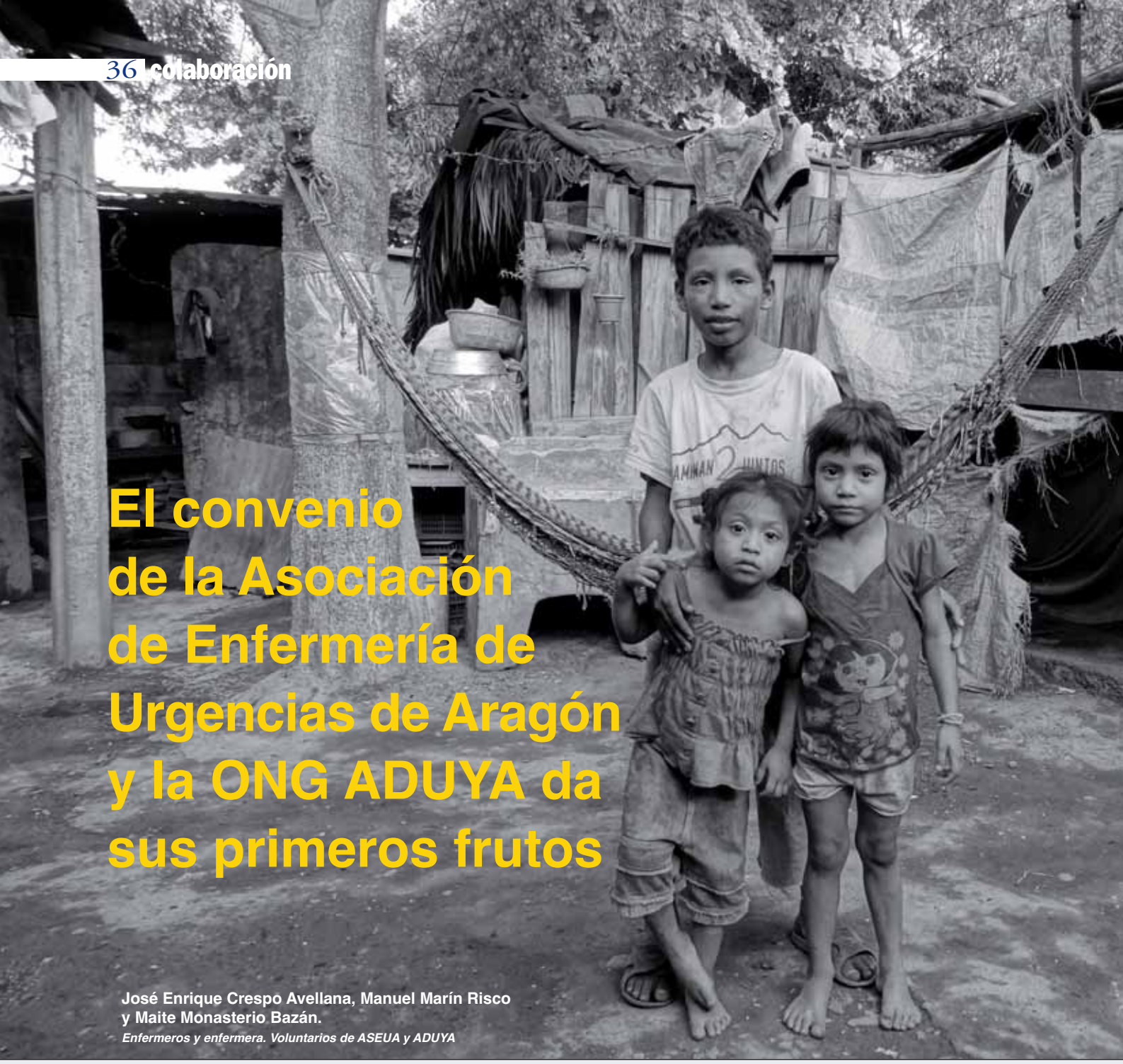
A.M.A. ZARAGOZA José María Lacarra de Miguel, 8; bajo Tel. **976 22 37 38** zaragoza@amaseguros.com

LA CONFIANZA ES **MUTUAL**

www.amaseguros.com 902 30 30 10

A.M.A.
agrupación mutual aseguradora
LA MUTUA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

(*) Promoción válida para presupuestos de nueva contratación realizados hasta el 31 de diciembre de 2013. No acumulable a otras ofertas. Consulte condiciones en su oficina provincial **A.M.A.**



El convenio de la Asociación de Enfermería de Urgencias de Aragón y la ONG ADUYA da sus primeros frutos

José Enrique Crespo Avellana, Manuel Marín Risco y Maite Monasterio Bazán.
Enfermeros y enfermera. Voluntarios de ASEUA y ADUYA

Un niño de once años pesa, en Europa, 35 kilos. En Guatemala, 20. En este país, el de más mortalidad infantil de Latinoamérica, la desnutrición de los más indefensos golpea con fuerza.

Este año hemos vuelto para seguir apoyando e impulsar el cambio que iniciamos hace ya dos años, allá por septiembre del 2011.

Las estadísticas a nivel global siguen siendo escalofriantes, pero algo se ha movido cuando a la sección solidaria de la Asociación de Enfermería de Urgencias de Aragón –ASEUA–, a través de la ONG ADUYA, se le demandó trabajar este año en la formación de voluntariado dentro de la Universidad Estatal San Carlos de Guatemala. Tras dos años de contactos con varios profesores interesados en transmitir, trabajar y cambiar la realidad de un país absolutamente polarizado entre los que tienen y los que no, la propia universidad ha dado el paso para iniciar un cambio desde dentro.

La motivación de esta parte del proyecto es la mejor que se podía esperar: Que ellos mismos, los guatemaltecos y en este caso, los mejor preparados, sean los impulsores de su propio cambio.

Algo se ha movido, ha cambiado, cuando los promotores de salud a los que llevamos impartiendo formación desde el principio (casi un centenar entre todos los departamentos que integran el «Corredor Seco») nos demandan en esta ocasión que les instruyamos en primeros auxilios en lugar de en temas de nutrición e higiene y de controles de peso y talla, como hasta ahora.

Y qué decir del giro de 180 grados que supone que el propio centro nutricional de Teculután, en el departamento de Zacapa, sea el que haya organizado a las madres y cuidadoras de los niños que allí tienen ingresados con el fin de recibir la formación necesaria para poder mantener sanos a sus pequeños una vez que vuelvan a casa y evitar los reingresos.

O de la iniciativa de la propia gente de Las Champas, asentamiento próximo a El Rancho, donde tenemos nuestro «campamento base», de crear un comedor infantil para más de 30 niños de las chabolas de Santa Gertrudis, limítrofes con ellas y que quiere contar con nosotros para formarse y mejorar.

Algo se mueve. Algo hemos conseguido remover, cambiar.

El trabajo ha sido duro, por supuesto: La zona objetivo de actuación seguía siendo la misma, «El corredor seco», ese territorio con forma de «L» invertida, localizado en la zona oriental del país, que comprende los departamentos de Baja Verapaz, Chiquimula, Jutiapa, Jalapa, Zacapa, Santa Rosa y El Progreso, y que a diferencia del resto del país, sufre una sequía tremenda la mitad del año privándole de la segunda cosecha de maíz anual de la que disfrutan otras zonas y que reduce el territorio a casi un desierto restándole interés y potencial turístico (2º pilar económico de Guatemala) y, por tanto, inversión por parte del propio estado. Esa falta de inversión y de interés ha dejado a casi un cuarto de la población guatemalteca prácticamente abandonados a su propia suerte, con la única alternativa de emigrar ante la falta de puestos de salud y escuelas, la falta de oportunidades y el desmantelamiento de su propio estilo de vida tras la guerra.

Misma foto durante la estación seca y la estación de lluvias.

Y hay cifras que lo demuestran: Es la zona con mayor mortalidad infantil por desnutrición de Latinoamérica. Según UNICEF en Guatemala cuatro de cada diez niños menores de cinco años sufre desnutrición crónica, la cifra se dispara de manera escandalosa si hablamos de niños indígenas y de poblaciones rurales, donde ocho de cada diez la sufren.

La frialdad de los números se torna en tristeza e incomprensión cuando tienes la oportunidad de palparlos en primera persona. Durante una de las jornadas de control de peso y talla que realizamos a los niños de dos de las aldeas más azotadas por la desnutrición en el departamento de El Progreso, Chanrrayo y Pacheco, llegamos a las mismas conclusiones que nombrábamos antes. De los 147 niños, tallados y pesados según los criterios oficiales establecidos por la OMS, 66 presentaban algún grado de desnutrición, incluidos tres casos de desnutrición severa y dos casos «especiales», inclasificables, correspondientes a dos hermanas que presentaban Síndrome de Kwashiorkor. Todos tenemos en mente las imágenes de las grandes hambrunas Africanas y esos niños con abdomen abombado, edema en extremidades y cara y despigmentación de la piel además del consiguiente retraso físico y mental, si es que el niño sobrevive. Pues bien, eso nos encontramos en Guatemala, tercer o cuarto país del mundo en desnutrición crónica. Estos casos son los más llamativos, pero lo que habitualmente se encuentra en la población guatemalteca, tanto en niños como en adultos es el Marasmo, caracterizado por una delgadez extrema, y la ausencia casi total de grasa y masa muscular. Cualquiera de las dos enfermedades, o incluso la combinación de ambas, son distintas caras de una misma moneda: la desnutrición crónica.

Síndrome de Kwashiorkor.

Jornada de peso y talla en Santa Gertrudis.

Nuestro objetivo era, y es, facilitar la subsistencia de las comunidades en sus propios territorios rescatando y aprovechando los conocimientos a nivel nutricional que mantenían a los indígenas en esas zonas, conjugándolos con las bases científicas que nuestra profesión enfermera nos brinda para evitar y paliar los problemas nutricionales en la población, especialmente, la infantil.

Por eso, el año pasado se siguió trabajando con CFCA (ONG local que tiene apadrinados niños en situación de riesgo) en la formación de sus promotores de salud, en temas de Higiene y nutrición básica, realización correcta de peso y talla según criterios de la OMS así como la elaboración de los resultados y los manejo de las tablas de desnutrición (a través de desviación estándar o de percentiles), información básica sobre enfermedades endémicas como la malaria y el dengue y las medidas de protección, información básica sobre la construcción de letrinas y sus ubicaciones correctas, así como charlas de sensibilización y motivación sobre la importancia del trabajo que desempeñan. En esta ocasión las charlas se realizaron durante menos días, por temas logísticos propios y ajenos, pero el número de promotores fue el mismo o incluso superior. Hasta El Rancho se desplazaron, para recibir la formación, los promotores procedentes de los subproyectos o delegaciones orientales: Los de Tucurú (departamento de Chiquimula) y los de El Estor, Livingston y Puerto Barrios (departamento de Izabal, perteneciente a la región caribeña de Guatemala).

Nosotros nos desplazamos hasta el departamento de Chimaltenango, en occidente, para las capacitaciones en esta zona, en concreto a los subproyectos de Comalapa, San Andrés, Itapá, San Martín Jilotepeque y el mismo Chimaltenango así como la delegación de Ciudad Vieja perteneciente al departamento fronterizo de Sacatepequez. En total hablamos de la formación de aproximadamente 90 promotores. Lo más importante no son los promotores en sí mismos, sino la población diana a la que ellos se dirigen, ya que cada uno puede llegar a trabajar con 300 niños y sus familias.

Capacitación con el subproyecto de CFCA del lago Izabal.

Siguiendo la misma idea también se mantuvo el contacto con uno de los centros de recuperación nutricional de la zona, localizado en Teculután y perteneciente al departamento de Zacapa pero a escasos veinte minutos por carretera de El Rancho, donde ayudamos a las monjas que lo dirigen realizando revisiones a la veintena de pequeños que tienen ingresados procedentes de las aldeas más deprimidas de las zonas limítrofes, solucionándoles las dudas que les surgían y brindando nuestro apoyo poniéndonos a su disposición, lo cual este año se ha materializado en la organización de unas jornadas con las madres y cuidadoras que probablemente se impartan la primera semana de septiembre.

Milagros con 3 años. Teculután 2011.

Milagros con 4 años.Teculután 2012.
Tras adecuados cuidados nutricionales.

También se trabajó en la formación del personal del comedor escolar de Las Champas (Iniciativa tomada por los propios habitantes de la zona con la colaboración de una ONG italiana), ayudando en la creación de la farmacia, clasificando todos los medicamentos procedentes de donaciones internas e italianas y formando al personal en su mantenimiento y gestión y en recursos informáticos. Otro de los pilares de nuestra colaboración en el comedor fue la realización de tareas lúdicas, juegos y dinamización de los niños asistentes al comedor. Digno de ver la ilusión de los niños por que llegara el martes por la tarde, «el día del cine», donde todos los niños del comedor y sus amigos y familiares eran invitados a merendar y a ver una película infantil, convenientemente elegida por Giovanni, un cooperante italiano, que se quedó con nosotros. En cartelera, *Pocahontas, El rey león, Ice Age*…, os podéis imaginar.

Algo como esto, tan simple a nuestros ojos, es todo un acontecimiento para los niños de las chabolas de Santa Ger-

trudis y sus familias. No debemos olvidar su procedencia, que viven en condiciones de extrema pobreza, con familias enteras subsistiendo en construcciones de tierra y madera con tejados de uralita, donde se concentra el calor hasta límites insospechados, sin agua corriente, sin sistemas de desagüe y eliminación de residuos, con un camastro oxidado y un colchón viejo y raído para tres o cuatro personas, rodeados de animales domésticos de cualquier índole acompañados por sus legiones de moscas y mosquitos y con una bombilla como única iluminación para la noche, si tienen suerte. En ese mundo todo se relativiza, allí una familia se mantiene con menos de 1.500 quetzales al mes (150 euros aproximadamente) y eso si tienen la fortuna de que el marido trabaje de forma estable, casi siempre en los aserraderos próximos y la madre tenga con quien dejar a los hijos para poder dedicarse a la venta ambulante de frutos secos o quesadillas en los cruces de carretera cercanos por donde pasan las hileras de transportistas procedentes de la capital o con destino a ella. La educación es casi inexistente y uno de los grandes esfuerzos es conseguir la escolarización de los niños, sobre todo a partir de la adolescencia donde muchos de ellos ya pueden trabajar y abandonan su formación para colaborar en la economía familiar. Resulta curioso que todos los padres a los que conocíamos nos priorizaban la educación y su deseo real de que sus hijos estudien para poder abandonar ese mundo, pero casi siempre era con la boca pequeña, como si ellos fueran los primeros en saber que las circunstancias económicas y sociales van a convertir ese deseo en una quimera. Para hacernos una idea, tan solo una de las hijas de las 30 familias que conocimos había llegado a la universidad, apenas un par de padres contaban con estudios secundarios y más del 50% de las madres no sabían leer ni escribir. A pesar de ello, tras un primer momento de duda y recelo, normal por otra parte, te acogen en su casa y responden a tus preguntas. Uno de nuestros objetivos en este viaje era conocer la realidad social de la gente a la que pretendemos ayudar, y a fe que lo conseguimos tras conocer Santa Gertrudis. Nuestras vivencias en las chabolas mientras acompañábamos a nuestro compañero italiano, a la vez que le servíamos de intérprete, en la realización de un estudio sociológico para su ONG resultó una bofetada incluso más fuerte de lo que podíamos esperar y que sinceramente creo, no olvidaremos.

Por desgracia, esta es la realidad de la Guatemala profunda, sucia y oscura, la de «nuestro Corredor Seco», la que vive completamente al margen del turismo y del guatemalteco medio, como en un mundo paralelo a la colorida Guatemala de los grandes volcanes, los grandes lagos, los grandes paisajes y los grandes mercados.

En esto nos encontrábamos, cuando tanto trabajo, llamó la atención de varios profesores de la Universidad con los que ya habíamos coincidido en nuestro primer viaje en el año 2011, en una de las jornadas de capacitación impartidas en Ciudad Vieja. Al preguntarnos cómo iba ese año el trabajo y contarles todo lo que estábamos haciendo, se interesaron por la situación del «Corredor» y nos plantearon colaborar con la Universidad para formar voluntarios que luego pudiesen brindar su apoyo a esas comunidades, lo cual agilizaría el traspaso de las actividades que hemos venido realizando a la propia población, proporcionándole lo que cualquier proyecto busca, sostenibilidad en el tiempo.

Nuestra ilusión permanece intacta, las perspectivas son buenas y nuestras vivencias, aunque duras, son espectaculares e imborrables, así que queremos seguir impulsando ese pequeño cambio. Intentaremos volver a tirar de nuestras vacaciones, de nuestra «extra», ya que este año sólo ha habido una, de nuestro tiempo para la familia y amigos y de nuestro convencimiento de que **PODEMOS Y DEBEMOS.**

¿Alguien se anima? Merece la pena.■

El rosa, color de una lucha

Juan Antonio Pérez Vela
Comunicación aecc Zaragoza
Fotos del autor

El simbolismo de un lazo rosa es claro para la sociedad, la lucha contra el cáncer de mama. Un movimiento social, nacido de la nada, ha logrado este simbolismo que todo el mundo conoce y relaciona, se ha conseguido la identificación social y por lo tanto una buena parte de la lucha de concienciación está ganada.

Pero aún queda mucho camino por recorrer. Actualmente las estadísticas nos indican que 22.000 nuevos casos de cáncer de mama se detectan cada año (IARC 2008), lo que supone un 28,5 % de todos los tumores femeninos.

Es cierto que en España, una cantidad importante de las mujeres entre 50 y 69 años participan en los programas de screening de cáncer de mama que cada autonomía tiene en su cartera básica de servicios.

También es cierto que el impacto de la enfermedad en la mujer es socialmente mucho más admitido tanto en el círculo más cercano como en su entorno y más lejano no existiendo rechazo, más bien al contrario, la aceptación y la comprensión se convierten en habituales.

Pero no por ello debemos bajar la guardia, las estadísticas nos hablan que las posibilidades de curación de los cánceres de mama que se detectan en su etapa inicial (in situ) son prácticamente del 100%. Es decir debemos hacer hincapié en que todas las mujeres, no la mayoría, con rango de edad marcado en el screeming de mama acudan a estas revisiones. Fundamental también es acudir al médico ante cualquier sospecha en el pecho de la mujer: bultos, deformaciones, irregularidades, etc. No nos cuesta nada acudir a nuestro médico de familia y que diagnostique ese pequeño detalle, estos profesionales son los adecuados para filtrar y sacarnos de dudas inicialmente.

No obstante tras la detección del cáncer y su tratamiento médico, la **aecc** tiene unos programas tanto generales como específicos para ayudar al paciente en cualquier de sus fases (recién diagnosticado, en tratamiento y posterior) así como a sus familiares.

El programa «**Primer Impacto**» desarrollado en los propios centros hospitalarios, quiere conseguir que el paciente recién diagnosticado acuda al despacho donde un trabajador formado realiza un triaje y recomienda derivaciones y orientaciones en este primer momento tan duro para la persona.

El programa «**Mucho x Vivir**» aborda las actividades de atención psicológica y social habituales de la **aecc** pero con pa-

súmate a la aecc
súmate al rosa
Día Contra el Cáncer de Mama - 19 de octubre

rámetros y herramientas más específicas para las pacientes de cáncer de mama y sus familiares. Talleres, terapias grupales, terapias individuales específicas son algunas de estas herramientas. Todos estos servicios están apoyados por el departamento de trabajo social, donde reciben asesoramiento y derivan a estamentos públicos y privados que puedan cubrir las necesidades de pacientes y familiares.

Por último la Asociación Española Contra el Cáncer a través de su Fundación Científica destina una cantidad importante de sus fondos a la investigación contra el cáncer de mama. En concreto un 13,4 % se destina a proyectos relacionados con este cáncer, lo que supone 1.850.000 Euros y es el segundo tipo de cáncer que más fondos recibe, detrás del cáncer hematológico.

Este año la aecc en la provincia de Zaragoza y queriendo impulsar el rosa como símbolo de esta lucha, ha potenciado los actos sociales para llegar a toda la población y conseguir que el mensaje esté presente en toda persona.

Charlas de prevención en Ateca y Calatayud, la Carrera de la Mujer, Camina contra el Cáncer en Calatayud y la iluminación de diversos edificios en rosa, son una gran parte de estos eventos, donde la venta de gafas rosas con la idea de inundar las redes sociales de personas comprometidas fotografiadas con estas gafas culmina esta campaña donde el lema debe permanecer todo el año, no solo en un día señalado de octubre.

SÚMATE AL ROSA, SÚMATE A LA aecc.

Coordinación matrona-psiquiatra en detección y derivación precoz de madres en riesgo de depresión postparto

Ana Belén Laviña Castán*, Javier Hernández Pérez*,
Miguel Ángel García Martínez*, Rebeca Amayas Lorao*,
María Luz Gotor Colás*, Sofía Gotor Colás**.

** DUE y Enferm. especialista en Obstetricia y Ginecología (Matrona).*
Hospital Materno-Infantil Miguel Servet de Zaragoza.

*** DUE y Supervisora de Matronas del Hospital Materno-Infantil Miguel Servet de Zaragoza.*
Unidad de paritorios-obstetricia.

RESUMEN

Introducción: La depresión postparto (DPP) afecta entre el 10-20% de las madres ocasionando repercusiones negativas, además existe el problema de su baja tasa de detección y tratamiento.

Es imprescindible su detección y tratamiento precoz. Para la detección se considera un buen método de pesquisa la Escala de Depresión de Edimburgo (EPDS).

Objetivos: el objetivo principal es estimar precozmente el riesgo de depresión postparto mediante la escala EPDS de las madres atendidas en el Hospital Miguel Servet de Zaragoza.

Entre los objetivos específicos, conocer la confirmación del diagnóstico clínico de DPP en las madres derivadas a consulta de psicosomática tras ser detectadas en riesgo por la escala EPDS, estudiar la aceptación, utilidad y facilidad de uso de la Escala EPDS, valorar su aplicación rutinaria a todas las puérperas como tamizaje para derivación a salud mental e identificar los recursos necesarios para identificación y tratamiento precoz de DPP.

Metodología: Estudio descriptivo, prospectivo. Tras recoger consentimiento y datos de las puérperas atendidas en el Hospital Miguel Servet de Zaragoza en octubre-noviembre 2011, se realiza, entre las 6-8 semanas del postparto la escala EPDS telefónicamente.

Resultados: 10,35% de las madres obtienen una puntuación considerada de riesgo de DPP (igual o superior a 10), derivándolas a consulta de psicosomática para confirmación diagnóstica, detectando en dicha consulta 7 candidatas a sufrir DPP.

La escala EPDS fue muy bien aceptada por las madres y las matronas que la aplicaron.

Conclusiones: Necesidad de elaborar un protocolo para detectar precozmente DPP y garantizar un tratamiento seguro y eficaz.

Palabras clave

Depresión postparto (DPP), periodo de postparto, atención postnatal, psiquiatría, psiquiatría infantil.

Coordination midwife-psychiatrist in detection and early referal of women at risk of postpartum depression.

ABSTRACT

Introduction: Postpartum depression (PPD) affects between 10-20% of puerperal women causing negative consequences. Moreover, its low tax detection and treatment is a real problem.

Therefore, its detection and early treatment is essential. To do so, the Edinburgh Depression Scale Test (EPDS) is considered as a very good investigation method.

Objectives: The main objective is to prematurely estimate the risk of PPD using the EPDS in mothers who have been attended at Miguel Servet Hospital in Zaragoza. The specific objectives are to know the confirmation of the clinic diagnostic of PPD in mothers referred to psychosomatic consultation after being detected in risk of PPD by the EPDS, to study the acceptance, usefulness and simplicity of the usage of the EPDS, valuing its routine application to all puerperal women as a sifting process to derive them to mental health treatments and to identify the resources needed for the identification and early treatment of PPD.

Methodology: Prospective and descriptive study. After collecting the consent and the data of puerperal women attended at Hospital Miguel Servet in Zaragoza between October and November 2011, an EPDS by phone was carried out during weeks 6 to 8 after the postpartum.

Results: 10,35% of mothers got an score considered as risk of PPD (equal or greater to 10), diverting them to a psychosomatic consultation for diagnostic confirmation, detecting 7 candidates to suffer from PPD.

The EPDS was very well accepted by mothers and midwives who applied it.

Conclusions: it is needed to work out a protocol to early detect PPD and to guarantee a safe and effective treatment.

Keywords

Postpartum depression, postpartum period, postnatal care, psychiatry, child psychiatry.

Introducción

La depresión postparto (DPP) se diagnostica como parte de los trastornos afectivos o del estado de ánimo, tanto en el DSM-IV [1] como en la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (CIE-10) [2].

Según el DSM-IV, la depresión postparto es un trastorno depresivo que se inicia en las 4 primeras semanas después del parto [1]. La prevalencia de DPP es 10-20% durante las 4-6 semanas posteriores al nacimiento [3].

Es importante diferenciar la DPP de la melancolía puerperal que es el trastorno anímico puerperal observado con mayor prevalencia que, afecta del 30% al 75% de las madres [4], presentando labilidad emocional que remite a los pocos días, es un proceso leve y limitado en el tiempo y no requiere tratamiento específico, más allá de la educación y de apoyo familiar [5].

En 1 de cada 1.000 partos se presenta un episodio de depresión muy grave: la psicosis postparto [6].

Los predictores más fuertes de depresión posparto son: la depresión y ansiedad prenatal, la historia personal y antecedentes familiares de depresión, estrés [7], la falta de apoyo social [8], también se ha encontrado más riesgo de depresión postparto entre mujeres socialmente desfavorecidas [8] y en mujeres inmigrantes [9].

Es importante el tratamiento de las madres ya que si no son tratadas, un 25% puede persistir con síntomas al año de evolución [10]. La DPP no diagnosticada ni tratada no sólo influye en la relación de pareja y en la salud mental de la mujer, también se ha demostrado que repercute negativamente en el desarrollo emocional de los hijos [11].

A pesar de sus consecuencias negativas, de la importancia del tratamiento precoz y de que su prevalencia supera a otras patologías obstétricas [12], se ha detectado en diversos estudios una escasa detección, tratamiento y derivación de madres con DPP [13]. La mayoría de las madres con depresión no solicitan ayuda y solo una cuarta parte de ellas consultan a un profesional de la salud [14].

Para solucionar este problema detectado se debe realizar una detección precoz de DPP. Para ello, se debe seguir la recomendación de no restringir el despistaje de DPP a poblaciones de «supuesto» mayor riesgo, debido a que estudios como el de Pérez Villegas [15] y Urdaneta [16] entre otros, encuentran que factores incluidos como de riesgo para DPP no resultan estadísticamente significativos.

Esa recomendación supondría realizar una entrevista clínica de 45 a 60 minutos a todas las puérperas [17], práctica imposible de realizar en hospitales como el nuestro, que cuentan con un elevado número de partos, 4.521 en 2011. Por tanto es imprescindible realizar a todas las madres una prueba de despistaje que permita seleccionar a las madres que precisan evaluación diagnóstica. En diversos estudios [16, 18] se ha demostrado que la escala de depresión postnatal de Edimburgo (Edinburgh Postnatal Depression Scale EPDS por sus siglas en inglés) es un buen método de pesquisa precoz de DPP puesto que la mayoría de las madres con test positivo al aplicárseles la encuesta diagnóstica para depresión según DSM-IV se les ha confirmado el diagnóstico de depresión. En otros estudios como el de Pérez Villegas [15] tras realizar la escala EPDS también se confirmó el cuadro, pero en este caso aplicándoles la encuesta diagnóstica para depresión CIE-10.

Pero, destacar que todos los estudios aconsejan que la puntuación de EPDS debe interpretarse en combinación con el juicio clínico, no reemplazándolo [19], teniendo éste prioridad sobre las puntuaciones obtenidas en la escala. Por tanto se destaca la importancia de una evaluación psiquiátrica [20].

El adecuado y completo abordaje de los problemas psiquiátricos durante el embarazo y el puerperio, debe ser mediante programas de interconsulta y enlace especializados entre los servicios de salud mental y los servicios de obstetricia, tal y como indica la revisión bibliográfica llevada a cabo por Simón Lorda [21].

En el Hospital Miguel Servet de Zaragoza, la unidad de Psicosomática y Psiquiatría de enlace está presente desde el año 1990. En un gran hospital como el nuestro este tipo de Unidades son necesarias y habituales por la gran demanda de interconsultas que se producen. Las pacientes, si lo necesitan, son derivadas para su seguimiento a las Unidades de Salud Mental de área.

Objetivo general

Estimar precozmente el riesgo de depresión postparto mediante la escala EPDS en las madres atendidas en el Hospital Miguel Servet de Zaragoza.

Objetivos específicos

- Conocer la confirmación del diagnóstico clínico de DPP en las madres derivadas a consulta de psicosomática tras ser detectadas en riesgo por la escala EPDS.
- Estudiar la aceptación, utilidad y facilidad de uso de la Escala de Edimburgo en nuestro hospital.
- Evaluar la aplicación rutinaria de la escala EPDS a todas las puérperas de nuestro hospital como tamizaje para derivación a salud mental.
- Determinar los recursos necesarios para la identificación y el tratamiento precoz de DPP.

Material y métodos

Tipo de estudio

Estudio observacional, descriptivo.

Población de estudio

La muestra son las puérperas cuyo parto fue en los meses octubre y noviembre de 2011 en el Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza

Los criterios de exclusión fueron: Patología psiquiátrica previa, mortalidad fetal, no entienden castellano, no consentimiento, e imposibilidad de contactar telefónicamente con ellas entre la 6ª-8ª semana postparto para aplicar escala EPDS.

Recogida de datos

Antes del alta hospitalaria se recogieron mediante una sencilla encuesta los siguientes datos: nombre y apellidos, teléfono fijo y móvil y domicilio con el objetivo de localizar a las madres para realizar la escala de Edimburgo telefónicamente. También se recogió la edad y nacionalidad (española/extranjera) y se les preguntaba sobre su satisfacción sobre este estudio.

La encuesta se acompañaba del consentimiento informado, donde se explicaba la naturaleza del estudio.

Entre la 6ª-8ª semana postparto, seis matronas (previamente instruidas en la utilización de la escala de Edimburgo) contactaron telefónicamente de manera individual con ellas para realizar la escala. Se excluyeron del estudio a las madres que no pudieron ser localizadas tras 5 llamadas telefónicas en diferentes días.

La escala EPDS se realizó según las instrucciones dadas por Cox[19]. Se ha considerado riesgo de depresión postparto una puntuación igual o mayor de 10 en el test EPDS puesto que el punto de corte 10/11 se considera el mejor, con una sensibilidad del 79% y especificidad del 95,5%, como indica el estudio de García-Esteve[22].

Las madres con puntuación de riesgo de DPP según la escala EPDS fueron derivadas a la consulta de psicosomática del hospital para confirmar el diagnóstico. Se les citó por carta, por teléfono o por ambos medios.

Variables estudiadas

- Variables Socio-demográficas: Edad, nacionalidad.
- Puntuación de la escala de Depresión Postnatal de Edimburgo. Se ha considerado riesgo de DPP una puntuación igual o superior a 10 puntos.
- Variables de satisfacción respecto al estudio y la escala EPDS.

Consideraciones éticas y legales

Este estudio está incluido dentro del programa de apoyo a las iniciativas de mejora de calidad de SALUD de 2011, también tiene la aprobación del presidente de la comisión de investigación del Hospital Miguel Servet de Zaragoza. Dicha comisión no requirió evaluación por el comité ético, ya que se exponen las consideraciones éticas acerca de la privacidad y confidencialidad de los datos y las puérperas que participan en el estudio son adecuadamente informadas y se les solicita su consentimiento informado.

Debido a que posteriormente debíamos contactar telefónicamente con las madres, el cuestionario no es anónimo, pero se ha respetado el anonimato y confidencialidad de los datos conforme a las normas oficiales vigentes y de acuerdo con la Asociación médica mundial y la Declaración de Helsinki.

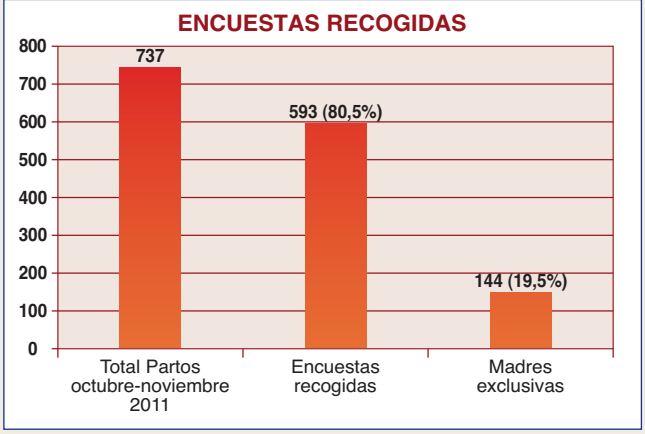
Resultados

A Resultados del estudio

En el periodo de estudio hubo un total de 737 partos en nuestro hospital.

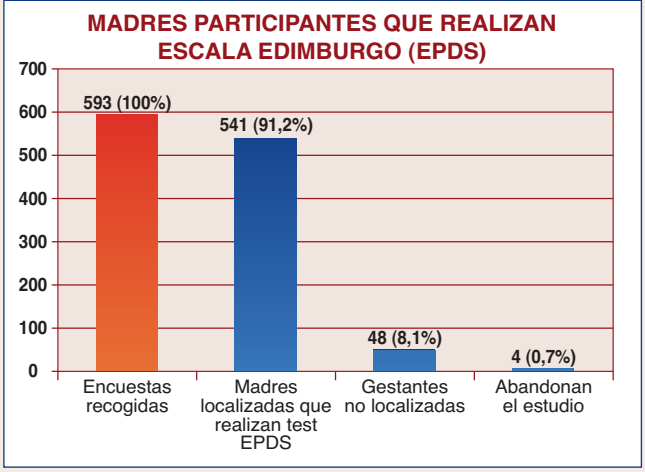
A 144 pacientes no se les entregó por cumplir alguno de los criterios de exclusión, en 10 de ellas la causa fue por mortalidad fetal. El número total de **encuestas recogidas** fue 593 (80,46% del total de partos).

Gráfico 1. Encuestas recogidas antes del alta hospitalaria



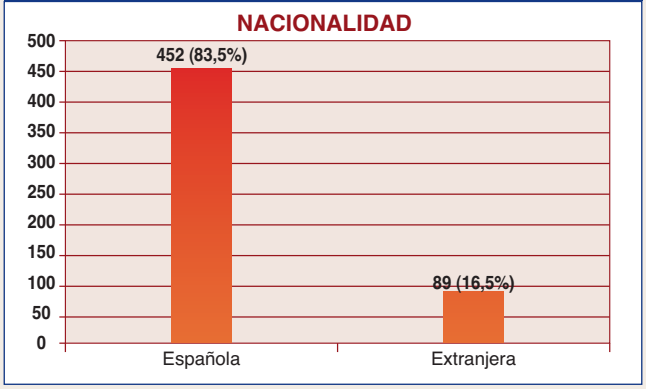
Al intentar contactar telefónicamente con ellas para realizar el test/escala de Edimburgo, no fue posible localizar a todas, además, 4 de ellas, a pesar de haber dado previamente su consentimiento, deciden abandonar el estudio. Por tanto el número total de **madres participantes** fue de 541 (91,23% del total de encuestas recogidas).

Gráfico 2. Madres participantes tras contactar telefónicamente para realizar escalada EPDS (6-8 semanas postparto)



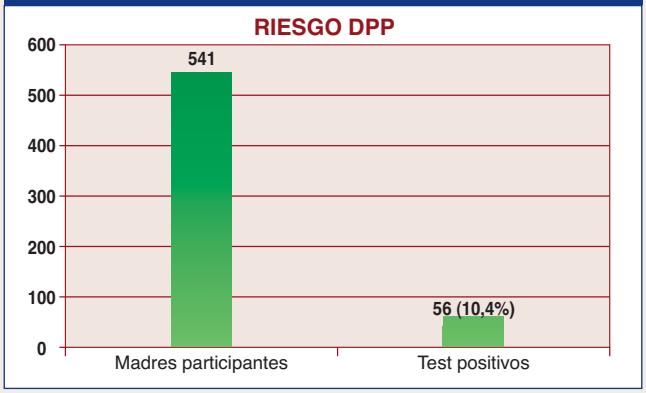
El rango de edad de estas 541 madres participantes osciló entre 18 y 44 años, siendo la media de 32,87 años. Su nacionalidad se representa en:

Gráfico 3. Nacionalidad madres participantes que realizan escala EPDS.



De las 541 puérperas participantes se detectó test EPDS positivo (puntuación de 10 o más puntos) en 56. Por tanto, la incidencia de **riesgo de DPP** encontrada en nuestra muestra fue del 10,35%.

Gráfico 4. Madres en riesgo de DPP (Puntuación test EPDS igual o mayor 10 puntos)



Nos interesa saber la **satisfacción de las madres** respecto a este estudio. En la encuesta de recogida de datos entregada antes del alta hospitalaria, se les preguntó si les parecía una buena iniciativa este estudio.

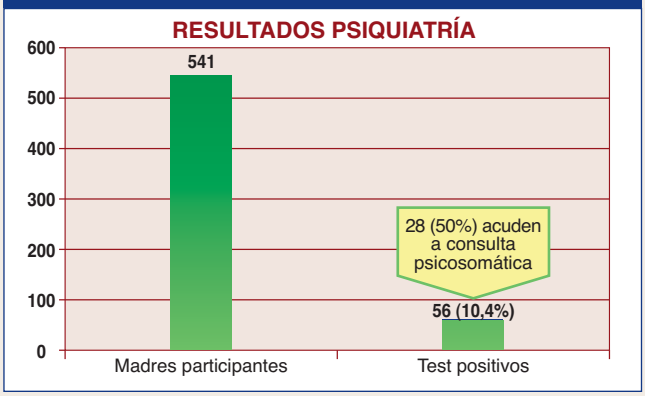
Gráfico 5. Satisfacción de las madres con el estudio y escala EPDS

Además, para conocer la aceptación y facilidad de uso de la Escala de Edimburgo se preguntó a las madres tras realizar la escala telefónicamente. La aceptación fue excelente. Igualmente las matronas que aplicamos el test telefónicamente coincidimos en afirmar que el test nos había resultado fácil de aplicar y útil.

B Resultados psiquiatría

De las 56 pacientes que fueron enviadas a la consulta de psicosomática por presentar riesgo de DPP en la escala de Edimburgo, acudieron 28 dentro de los tres primeros meses después del parto. De todas se detectaron 7 pacientes candidatas a sufrir DPP que fueron derivadas a la U.S.M. de su área de referencia. Sólo una de ellas rechazó el tratamiento.

Gráfico 6. Resultados de madres enviadas a psiquiatría



El servicio de psicosomática comprobó que la escala de Edimburgo es útil para reconocer síntomas depresivos pues todas las madres reconocieron que, cuando realizaron el test, se encontraban «preocupadas por algo» o «bajas de ánimo», en casi todas es evidente la presencia de graves factores estresantes de origen familiar: sentimientos de soledad en madres de nacionalidad extranjera por no tener a su familia cerca, bebé o familiares enfermos. En algunas se aprecian rasgos de personalidad que les hace más proclives a la demanda de ayuda en situación de estrés. En algunas de las madres se dan varias de estas circunstancias a la vez.

Discusión

Los resultados de este estudio muestran, tras aplicar la escala EPDS a las 6-8 semanas del postparto, un porcentaje de riesgo de DPP del 10,35%, encontrándonos dentro de las estimaciones del 10-25%, frecuentemente citadas en el resto de estudios. Un metaanálisis de 59 estudios informó que aproximadamente el 13% de las madres experimentan depresión después del parto [23].

Otros estudios revisados utilizan otro tipo de test de despistaje para la DPP [24]. En nuestro estudio se utilizó el test/escala de depresión postnatal de Edimburgo (EPDS), por ser considerada un instrumento válido y seguro para detectar depresión perinatal [25, 26], también en su versión española [22].

En la bibliografía consultada hay estudios como el de Machado [27] y el de Sebastián [28]) que utilizan también la escala EPDS, pero considerando otros puntos de corte. Nosotros hemos considerado riesgo de DPP una puntuación igual o mayor de 10, debido a que el punto de corte 9/10 se considera el más apropiado para estudios de tamizaje [29].

En cuanto al momento de aplicación del test, también varía según el estudio consultado [30, 24] pues puede aplicarse en cualquier momento del postparto. En nuestro trabajo se aplicó entre las semanas 6 y 8 postparto fundamentado en que dicho período representa el máximo de prevalencia de la depresión postparto y ya han disminuido los síntomas atribuibles a un período adaptativo [19].

Se pudo comprobar la rapidez en la realización del test (5 minutos), su facilidad de uso y la excelente aceptación por parte de las madres, dato que también se refleja en otros estudios [30, 31]. Su realización por teléfono facilitó el contacto con las madres, siendo el screening por teléfono para la DPP factible según un reciente estudio publicado en 2012 [32].

Resaltar que fue imposible localizar telefónicamente a 48 madres, a pesar de haber dado su consentimiento para participar en el estudio. Además, de las 56 madres derivadas a la consulta de psicosomática, sólo acudió un 50%, dato que coincide con el estudio llevado a cabo por Carracón [33].

La explicación de esta pérdida de casos puede ser la barrera con que nos encontramos en el diagnóstico y tratamiento de la depresión: estigma, limitaciones de tiempo y exigencias de atención de los niños [34]. Todos los casos que hemos «perdido» en el estudio tal vez hubiesen dado resultado positivo en el test EPDS, con lo cual el % de madres con DPP hubiese aumentado.

Otro aspecto que dificulta la atención de las madres con DPP es el incumplimiento del tratamiento. En nuestro estudio una madre rechaza ser derivada a la U.S.M. Las madres suelen ser reticentes a tomar antidepresivos debido a preocupaciones relacionadas con la transmisión por la leche materna o posibles efectos secundarios, además se asocia con el estigma asociado a la enfermedad mental y a los tratamientos psiquiátricos [35].

A pesar de estas pequeñas dificultades encontradas en el abordaje de la DPP sería conveniente la aplicación en nuestro hospital de la escala EPDS como método de despistaje, pues remitiendo sólo a las madres detectadas en riesgo de DPP, se evita sobrecargar la consulta de psicosomática.

En el abordaje de la depresión es importante contar con un equipo multidisciplinar. Así se demuestra en un estudio llevado a cabo en centros de AP con participación del profesional de enfermería en un programa multicompetente que incluye capacitación, guías clínicas y mejoras en la coordinación entre atención primaria-psiquiatría [36].

La matrona, como parte integrante de un equipo multidisciplinar, tiene un papel importante en la DPP [37]. El estudio de Salazar [38], en 2011, demuestra que la visita puerperal temprana realizada por la matrona parece ser útil en la detección de patología psiquiátrica y disminuye la evolución de los síntomas.

Asimismo es fundamental la vigilancia de síntomas DPP en las visitas pediátricas durante el primer año de vida del recién nacido [39].

Encontramos como limitaciones más relevantes de nuestro estudio el pequeño y limitado tamaño de la muestra de extranjeras (16,5%), debido a la pérdida de casos como consecuencia de la barrera lingüística.

Además, en este estudio, la escala de Edimburgo se ha aplicado a todas las puérperas, a pesar de que el resultado del test EPDS en las diferentes culturas debe interpretarse con cautela [40], entre otros motivos, porque el parto y puerperio se conceptualizan y experimentan de manera diferente en diversas culturas [41].

Se necesitan más estudios para adaptar los instrumentos de detección de DPP a las diferentes culturas, pues a pesar de que Stern & Kruckman [42] sugieren que la revisión de la literatura antropológica revela poca evidencia de que la depresión postparto exista fuera de la sociedad occidental, los estudios internacionales han encontrado tasas comparables en todas las culturas [43].

También se debería estudiar la DPP en otras poblaciones de madres, por ejemplo adoptivas [44], adolescentes que pueden presentar tasas de estrés y depresión puerperal elevadas por considerarse un embarazo de riesgo [45] e incluso estudiar la aparición de depresión en el padre durante el postparto, puesto que un metaanálisis llevado a cabo por el Dr. James F. Paulson refleja un incremento de casos depresivos en el padre de hasta el 10% [46].

Resaltar la importancia de este estudio, pues de no haberse realizado seguramente los siete casos de madres candidatas de presentar DPP, aunque no sea un número elevado, hubiesen pasado desapercibidos y no hubiesen recibido tratamiento. Recalcar que, en los siete casos, existen motivos predisponentes o trastornos emocionales de base, lo cual confirma las causas de DPP enumeradas en la introducción, ya que existen factores desencadenantes o patología psiquiátrica de base.

Es importante, según Olza [47], impulsar la psiquiatría perinatal. Ésta se orienta a la detección y tratamiento precoz de la psicopatología materna en torno a la gestación, parto y puerperio, así como a su efecto en el recién nacido y en la interacción vincular y se estructura en torno a la psiquiatría de interconsulta y enlace con los servicios de obstetricia y neonatología.

Conclusiones

La conclusión de este estudio es la necesidad de elaborar un protocolo para detectar precozmente DPP y garantizar un tratamiento seguro y eficaz. La detección incluye como método de despistaje la escala de Edimburgo, incluyéndola en la historia clínica. Se deben establecer los criterios de derivación a salud mental y opciones de tratamiento, accesibles y aceptables. Para que esta intervención en la DPP sea efectiva es necesario un equipo interdisciplinar (matrona-obstetra-psiquiatra-pediatra), buena coordinación entre los diferentes servicios de atención a la puérpera, por un lado, entre hospital y Atención primaria y, por otro, entre las unidades de obstetricia y psiquiatría.■

Bibliografia

1 DSM-IV. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.* 4ª edición. Barcelona: Masson, S.A.; 1995.

2 CIE-10. *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-6. 10. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento.* 1ª edición. Barcelona: Editorial Médica Panamericana; 2004.

3 Cox J. L., Murray D., Chapman G. A controlled study of the onset, duration and prevalence of postnatal depression. *Brit J Psychiatry.* 1993; 163: 27-31.

4 Dowlatshahi D., Paykel E. S. Life events and social stress in puerperal psychoses; abscence of effect. *Psychol Med 1990 Aug;* 20: 655-62.

5 Peindl K. S., Wisner K. L., Hanusa B. H. Identifying depression in the first postpartum year: guidelines for office-based screening and referral. *J Affective Disorders* 2004; 80 (1): 37-44.

6 Tejerizo L. C., Teijelo A., Novo-Gueimonde L., Sánchez Aparicio S., Cardeñoso L., Moro J. et al. Alteraciones psiquiátricas del postparto. Psicosis postparto. *Clin Invest Gin Obst* 1997; 24: 174-88.

7 García Vega M., Muñoz Gálligo E., Mingote Adán J. C., Isla I., Denia F., Hernandez García J. M. El estrés, uno de los principales factores psicosociales predisponentes en el desarrollo de la DPP. *Cuadernos de psicosomática y psiquiatría de enlace* [revista en internet]. 2012 julio-agosto-septiembre. [acceso 15 marzo 2013];103: 65-71. Disponible en: www.editorialmedica.com/editorialmedica_publicacion.

8 Beck. Predictors of postpartum depression: An update: *Nursing Research.* 2001; 50 (5): 275-285.

9 Ahmed A., Stewart D. E., Teng L. et al. Experiences of immigrant new mothers with symptoms of depression. *Arch Womens Ment Health.* 2008 Sep; 11 (4): 295-303.

10 Gregoire A. J., Kumar R., Everitt B., Henderson A. F., Studd J. W. Transdermal oestrogen for treatment of severe postnatal depression. *Lancet* 1996 Apr 6; 347 (9006): 930-3.

11 Lartigue T., González I., Vázquez M., Schnaas L., Ibarra P., Flores Q., et al. *La depresión materna. Su efecto en las interacciones madre-hijo en el 1er año de vida.* Proyecto de investigación entregado en la dirección de investigación del INPer; 2003.

12 Moreno Zaconeta A., Domíngues Casulari da Motta L., França P. S. Depresión posparto: prevalencia de test de rastreo positivo en puérperas del Hospital Universitario de Brasilia, Brasil. *Rev Chil Obstet Ginecol* [revista en internet]. 2004 [acceso 3 Abr 2013]; 69 (3): 209-13. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262004000300005&lng=es

13 Janice H., Goodman J. H., Tyer-Viola L.. Detection, treatment, and referral of perinatal depression and anxiety by obstetrical providers. Journal of Women´s Health [revista en internet]. 2010 March. [acceso 3 Abr 2013]; 19 (3): 477-490. Disponible en: http://online.liebertpub.com/toc/jwh/19/3. Doi:10.1089/jwh.2008.1352

14 McIntosh J. Postpartum depression: Women´s help-seeking behaviour and perceptions of cause. *Journal of Advanced Nursing* [revista electronica] 1993 February; [acceso 26 de marzo 2013]; 18(2): 178-184 Disponible en: http:// www.online library.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2648.1993.18020178.x/abstract)

15 Pérez Villegas R., Sáez Carrillo K., Alarcón Barra L., Avilés Acosta V., Braganza Ulloa I., Jocelyn Coleman R.. Variables posiblemente asociadas a depresión posparto, según escala de Edimburgo. *Revista Obstet Ginecol Venezuela* [revista en Internet]. 2007 Sep [acceso 3 Abr 2013]; 67(3): 187-191. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322007000300007&lng=es

16 Urdaneta M. J., Rivera A., García J., Guerra M., Baabel N., Contreras A. Prevalencia de depresión postparto en primigestas y multíparas valoradas por la escala de Edimburgo. *Rev Chil Obstet Gineco* [revista en Internet]l 2010 [citado 3 Abr 2013]; 75 (5): 312-320. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262010000500007&lng=es

17 Spilzer R. L., Williams J. B., Gibbon M., First M. B. The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID): History, rationale and descripción. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49:624-9.

18 Campo A., Ayola C., Peinado H. M., Amor M., Cogollo Z. Escala de Edinburgh para depresión postparto: consistencia interna y estructura factorial en mujeres embarazadas de Cartagena, Colombia. *Rev Coloma Obstet Ginecol* [revista en Internet]. 2007 [acceso 3 Abr 2013]; 58(4): 277-83. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342007000400003&lng=es

19 Cox J. L., Holden J. M., Sagovsky R. Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale (EDPP). *Brit J Psychiat.* 1987; 150:782-6.

20 Harvey S. T., Punk P. K. Analysis of positive Edinburgh depression scale referrals to a consultation liaison service in a two-year period. I*nt J Ment Health Nurs.* 2007 jun; 16 (3): 161-7.

21 Lorda D., Gómez-Reino Rodríguez I. Psicosis puerperal: aspectos clínicos y asistenciales. *Psiquiatría pública* [revista en Internet] 1999 mayo-junio [3 Abr 2013]; 11 (3):70-78). Disponible en: http://www.dinarte.es/salud-mental/pdf113/113orig2.pdf

22 García-Esteve l., Ascaso C., Ojuel J., Navarro P. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in Spanish mothers. Journal of Affective Disorders [revista en Internet] 2003 [acceso 3 Abr 2013]; 75(1): 71-76. Disponible en: http://www.mendeley.com/catalog/validation-edinburgh-postnatal-depression-scale-epds-spanish-mothers/#page-1

23 O´Hara M., Swain A. Rates and risk of postpartum depression-a meta-analysis-.International Review of Psychiatry [revista en Internet] 1996 [acceso 3 Abr 2013]; 8:37-54. Disponible en: http://www.mendeley.com/catalog/rates-risk-postpartum-depression-meta-analysis/

24 Mosteiro Díaz P.; Fernández Feito A.; Morán Ordóñez D.; Pellico López M., Díaz Fernández, E. Influencia de la depresión puerperal durante la hospitalización posparto en la lactancia materna. *Enferm Clin.* 2001; 11 (4):155-60.

25 Oquendo M., Lartigue B., González-Pacheco I., Méndez S. Validez y seguridad de la Escala de depresión perinatal de Edinburgh como prueba de tamiz para detectar depresión perinatal. *Perinatol Reprod Hum* 2008; 22: 195-202.

26 Bergink V., Kooistra L., Lambregtse-van den Berg M. P., Wijnen H., Bunevicius R., van Baar A., Pop V. Validation of the Edinburg Depression Scale during pregnancy. *J Psychosom Res.* 2011 Apr; 70 (4): 385-9. Doi: 10.1016/j.jpsychores. 2010.07.008. Epub 2010 Dec 10.

27 Machado Ramírez, García Serrano T., Moya Rüegg N., Bernabeu Sáez N., Cerdá Díaz R. Depresión puerperal. Factores relacionados. *At. Primaria* sept. 1997; 20 (4): 161-166.

28 Sebastián Romero E., Mas Lodo N., Martín Blázquez M., Raja Casillas M. I., Izquierdo Zamarriego M. J., Vallés Fernández N., Metola Gómez M. Depresión postparto en el área de salud de Toledo. *At. Prim.* sept. 1999; 24 (4): 215-9.

29 Murray L., Carothers A. The validation of the Edinburgh Post-natal Depression Scale on a community sample. *Br J Psychiatry* 1990; 157: 288-90.

30 Maestro González M. B., Pascual Tomé R. M., Martín Marín C. Prevalencia de depresión posparto y factores sociodemográficos y obstétricos asociados. *Metas de Enferm.* nov 2009; 12(9): 50-54.

31 Castañón S. Carla, Pinto L Javier. Mejorando la pesquisa de depresión posparto a través de un instrumento de tamizaje, la escala de depresión posparto de Edimburgo. *Rev. méd. Chile* [revista en Internet]. 2008 Jul [citado 2013 Mar 31]; 136(7): 851-858. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872008000700005&lng=es. doi: 10.4067/S0034-98872008000700005

32 Kim H. G., Geppert J., Quan T., Bracha Y., Lupo V., Cutts D. B. Screening for postpartum depression among low-income mothers using an interactive voice response system. *Matern Child Health J.* 2012 May; 16 (4): 921-8.

33 Carrascón A., Gacía S., Ceña B., Fornés M., Fuentelsaz C. Detección precoz de la Depresión durante el embarazo y el posparto. *Matronas prof.* 2006; 7 (4): 5-11.

34 Dennis C. L., Chung-Lee L. Postpartum depression help-seeking barriers and maternal treatment preferences: A qualitative systematic review. *Birth* 2006 Dec; 33 (4): 323-31.

35 Sirey J. A., Bruce M. L., Alexopoulos G. S., Perlick D. A., Raue P, Fridman S. J., Meyers B. S. Perceived stigma as a predictor of treatment discontinuation in Young and older outpatients with depression. *Am J Psychiatr* 2001 Mar; 158 (3): 479-81.

36 López-Cortacans G., Badía Rafecas W., Caballero Alías A., Casaús Samatán P., Piñol Moreso J. L., Aragonés E. Efectividad de un programa para el abordaje multidisciplinar de la depresión que potencia el rol enfermero en Atención Primaria. *Metas de Enfermería.* 2012; 15 (2): 28-32.

37 RNAO) Nursing Best Practice Guidelines Program [sede Web]*. Toronto, Ontario: Asociación Profesional de enfermeras de Ontario; abril 2005 [acceso 27 de febrero 2013]. De Virani T., Lappan-Gracon S., McConnell H., Santos J., Schouten J., Rusell B. et al. *Guía de intervenciones para la depresión posparto.* Disponible en: www.rnao.org/bestpractices

38 Ignacio Salazar O., Sainz Bueno J. A., García Vidal E., Vanesa Marrugal Sánchez V., Garrido Teruel R. Influencia de la visita puerperal temprana en la detección y evolución de la depresión posparto. *Prog Obstet Ginecol.* 2011; 54 (2): 65-70.

39 Stowe Z. N., Hostetter A. L., Newport D. J. The onset of postpartum depression: Implications for clinical screening in obstetrical and primary care. *Am J Obstet Gynecol.* 2005 Feb; 192 (2): 522-6.

40 Zubaran C., Schumacher M., Roxo M. R., Foresti K. Screening tools for postpartum depression: validity and cultural dimensions. *Afr J Psychiatry* Johannesbg. 2010 Nov; 13 (5): 357-65.

41 Kumar R. Postnatal mental illness: A transcultural perspective. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology. 1*994; 29 (6): 250-264.

42 Stern G & Kruckman L. Multi-disciplinary prespectives on post-partum depression: An anthropological critique. Social Science & Medicine.1983; 17 (15): 1027-1041.

43 Affonso D. D.,De A. K., Horowitz J. A., Mayberry L. J. *An International study exploring levels of postpartum depressive symptomatology. Journal of Psychosomatic Research.* 2000; 49 (3): 207-216.

44 Mott S. L., Schiller C. E., Richards J. G., O´Hara M. W. Stuart S. Depression and anxiety among postpartum and adoptive mothers. *Arch Womens Ment Health.* 2011 Aug; 14 (4): 335-43. Doi: 10.1007/s00737-011-0227-1. Epub.

45 Sanz Guijo M., Sánchez Sánchez A., Centeno Fernández I., Sukkarieh Noria S. La maternidad en adolescentes como etapa del desarrollo psicosocial. *Metas de enfermería.* 2011; 14 (10): 28-31.

46 Paulson J. F., Bazemore S. D. Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression: a meta-analysis. *JAMA.* 2010 May 19;303 (19): 1961-9).

47 Ibone Olza Fernández, Inmaculada Palanca Maresca. P. 55-64. La experiencia del programa del Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. *C. Med. Psicosom.* 2012; 101: 55-64.

AGRADECIMIENTOS

Agradecer la colaboración del Servicio de psicosomática del Hospital Miguel Servet de Zaragoza, especialmente al Dr. Jaime Ferrández Cortés por su disponibilidad y el interés mostrado en el estudio.

Gastrostomía endoscópica percutánea: Técnica y cuidados de enfermería

Isabel De la Torre Arrieta
Laura Roy Guerrero
Carolina Hurtado Rubio
Pruebas Funcionales de Digestivo. Hospital Miguel Servet. Zaragoza.
Fotos de las autoras.

Resumen

La gastrostomía endoscópica percutánea es el tratamiento de elección en aquellos pacientes que tienen disminuida o anulada la capacidad de deglución. La utilización de esta técnica, cada vez con más frecuencia, requiere que el personal de enfermería en las unidades de endoscopia unifique criterios tanto en la realización de la técnica , como para instruir a los cuidadores de este tipo de pacientes en el manejo y cuidados de la sonda, el estoma y la alimentación.

Palabras clave

Gastrostomía endoscópica percutánea, cuidados de enfermería, alimentación enteral.

Abstract

Percutaneous Endoscopio Gastrostomy: Technique and Nursing Care.

Percutaneous endoscopic gastrostomy is the treatment of choice in patients who have diminished or nullified swallowing ability. Using this technique, each time with more frequency, requires nurses in endoscopy units unify criteria in both the performance of the technique, as to instruct caregivers of these patients in the management and care of the catheter, the stoma and food.

Keywords

Percutaneous endoscopic gastrostomy, Nursing care, Enteral Feeding.

Introducción

Existen diversos trastornos que puede alterar la capacidad de un paciente para ingerir alimentos, permaneciendo sin alteración la motilidad y la capacidad de absorción del tubo digestivo. En estos casos, es necesario aplicar medidas para mantener la alimentación del paciente, utilizándose como primera opción la sonda nasogástrica (SNG). La SNG no puede mantenerse durante mucho tiempo ya debe sustituirse con frecuencia por la aparición de diversas complicaciones (extracción accidental o provocada, disconfort, esofagitis, bronconeumonía por aspiración, lesiones por decúbito, etc.) [1].

La gastrostomía endoscópica percutánea (GEP) es una buena alternativa a la SNG para mantener una nutrición enteral adecuada en pacientes en los que se prevee que por un periodo superior a un mes no van a poder nutrirse por vía oral.

La causa mas frecuente por la que se coloca una gastrostomía endoscópica percutánea es la disminución de la capacidad de ingesta debido, por un lado a trastornos neurológicos que producen disfagia, y por otro lado, a procesos tumorales de la cavidad orofaríngea, el cuello y el esófago [2].

Desde que en 1980 Ponsky y Gauderer describieran esta técnica [3], la gastrostomía endoscópica percutánea ha sustituido a las diferentes técnicas quirúrgicas debido a que es un procedimiento mínimamente invasivo que no precisa de anestesia general, reduce la estancia hospitalaria y los costes económicos [4].

La gastrostomía endoscópica percutánea es una técnica endoscópica no quirúrgica para la colocación de una sonda de alimentación transabdominal. Como ventajas permite iniciar de manera precoz la alimentación, permite mantener el dispositivo durante un largo periodo de tiempo, es de fácil manejo tanto para el paciente como para sus familiares y cuando su uso ya no es necesario, se puede retirar fácilmente y la fístula gastro-cutánea cicatriza al poco tiempo [5-6].

Para que tanto la técnica de la gastrostomía endoscópica percutánea como sus cuidados posteriores se realicen adecuadamente, hemos querido realizar este trabajo para unificar criterios y estandarizar las intervenciones de enfermería que se realizan en esta técnica. De esta forma, dispondremos en nuestra unidad de un protocolo de actuación basado en la evidencia científica.

Objetivos

- Estandarizar y unificar las intervenciones de enfermería en la colocación de una sonda de gastrostomía mediante endoscopia.
- Mejorar la calidad de los cuidados prestados por enfermería y los cuidadores a los pacientes portadores de una sonda de gastrostomía.

Método

Hemos realizado una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos generales y de enfermería, utilizando las siguientes palabras claves:

Gastrostomía endoscópica percutánea, cuidados de enfermería, alimentación enteral.

Técnica (1, 4, 7, 8, 9)

Las funciones específicas de enfermería consistirán en asegurar las condiciones previas del paciente para la prueba, proveer del material necesario y la participación directa junto con el resto del equipo durante la colocación de la sonda de gastrostomía. En nuestro servicio intervienen dos médicos y dos enfermeras. Una de las enfermeras se sitúa en la cabecera del paciente para mantener la posición del paciente, sujetar el abrebocas, aspirar secreciones si fuera necesario, sujetar el endoscopio y manejar el asa de polipectomía. La segunda enfermera se sitúa en los pies del paciente y se encarga básicamente de instrumentar al médico endoscopista.

Preparación del paciente

- Consentimiento informado correctamente cumplimentado, por el propio paciente o su representante legal si la situación del paciente no lo permite.
- Ayunas 8 horas antes.
- Estudio de coagulación dentro de la normalidad.
- Comprobar la suspensión previa de anticoagulantes, antiagregantes y antiinflamatorios.
- Administración de antibiótico de amplio espectro 30 minutos antes, con el fin de evitar complicaciones sépticas.
- Canalizar una vía venosa.
- Rasurar y desinfectar la piel abdominal.
- Retirar las prótesis dentales y aspirar las secreciones si precisa.
- Limpieza y desinfección de la cavidad orofaríngea.
- Monitorización del paciente.
- Administración de fármacos para sedación consciente o profunda.

Material Necesario

- Gastroscopio.
- Gasas.
- Compresa.
- Paños estériles.
- Guantes estériles.
- Batas estériles.
- Rasuradora.
- Antiséptico.
- Jeringa de 10 ml.
- Aguja 0,8 x 40 mm.
- Anestésico local (mepivacaína al 2%).
- Esparadrapo hipoalergénico.
- Gel lubricante.
- Jeringa de alimentación enteral con 50 cc de agua.
- Kit de gastrostomía: sonda PEG, trocar, hilo guía, asa de polipectomía, bisturí, tijeras, conector-adaptador y fijadores.

Figura 1. Material

Descripción de la Técnica

1 El endoscopista realiza la gastroscopia y selecciona el punto máximo de transiluminación tras insuflar el estómago de forma importante.

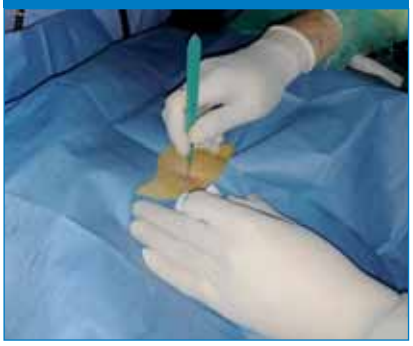
Figura 2. Selección del punto de máxima transiluminación

2 Desinfectar la piel de la pared anterior del abdomen y crear un campo estéril.

3 Infiltrar con anestésico la piel y el tejido subcutáneo comprobando endoscópicamente que la aguja entra en la cavidad gástrica.

4 Realizar una incisión en la piel de 1cm de longitud con el bisturí.

Figura 3. Incisión en la piel



5 Introducir el trocar a través de la incisión, comprobando endoscópicamente que el trocar entra en el estómago.

6 Capturar el extremo del trocar con un asa de polipectomía.

7 Introducir el hilo guía a través del trocar.

Figura 4. Introducción del hilo-guía a través del trocar

8 Abrir ligeramente el asa y atrapar el hilo guía.

Figura 5. Captura del hilo-guía

9 Extraer el endoscopio. Un extremo del hilo guía sale por la boca del paciente y el otro queda entrando por la incisión de la piel.

10 Fijar la sonda PEG al extremo del hilo guía que sale por la boca.

Figura 6. Fijación de sonda PEG al extremo del hilo-guía

11 Lubricar el extremo de la sonda.

12 Tirar del extremo del hilo guía que entra por la pared abdominal, introduciéndose de esta manera las sonda PEG por la boca hacia el estómago hasta hacer salir el extremo de la sonda por la incisión de la piel.

Figura 7. Tracción de la sonda a través de la incisión

13 Reintroducir el endoscopio y comprobar la correcta posición de la sonda y su permeabilidad introduciendo agua en el estómago por la misma sonda.

Figura 8. Comprobación de la permeabilidad de la sonda

14 Comprobar que la sonda no queda demasiado comprimida girándola en el sentido de las agujas del reloj y al contrario.

15 Cortar la sonda a unos 20 cm de la pared abdominal, fijarla y colocar el conector-adaptador que permita su apertura y cierre.

16 Dejar abierto el conector-adaptador para permitir la salida de aire de la cavidad gástrica y posteriormente cerrarlo.

Figura 9. Colocación de conector-adaptador

17 Desinfección de la piel y colocar apósito.

Figura 10. Colocación del apósito

Cuidados de enfermería

(5, 7, 10, 11, 12)

Los cuidados de enfermería estarán centrados en los cuidados de la sonda, del estoma y de la alimentación. Antes de realizar cualquier tipo de manipulación sobre el estoma o sonda PEG, es muy importante realizar un lavado de manos y utilizar guantes, para evitar contaminar la zona y reducir complicaciones.

Cuidados de la sonda

- No se debe manipular la sonda hasta las 24h tras su colocación, sin levantar el apósito colocado en el servicio de endoscopias.
- Verificar diariamente la correcta colocación de la sonda, girando 180º en sentido horario y antihorario para evitar adherencias del balón gástrico de la sonda con la mucosa gástrica.
- En caso de que la sonda esté pegada, y no gire los 180º, intentar girar y empujar hacia la cavidad gástrica sin forzar. Si no es posible movilizarla, consultar al médico.
- El soporte externo de la sonda PEG puede levantarse ligeramente para limpiar mejor la zona, pero nunca se debe tirar de él.
- Los tapones deberán permanecer cerrados mientras no se utilice la sonda.
- En aquellos pacientes que van a ser portadores permanentes de PEG, se deberá realizar un cambio de sonda a los 6 meses, pudiéndose realizar hasta en 12 meses si los cuidados de la sonda son óptimos. En tal caso, se sustituirá por una sonda de recambio tipo botón.

Cuidados del estoma

- Durante los primeros 15 días limpiar y secar cuidadosamente la piel que rodea al estoma, y administrar antiséptico, colocando una gasa estéril entre el dispositivo de la sonda y la pared abdominal.
- A partir de la tercera semana, lavar únicamente con agua y jabón.
- Comprobar diariamente que no existe irritación, inflamación, que no es doloroso y no existe secreción gástrica alrededor del estoma. En caso de que aparezcan cualquiera de estos síntomas, ponerse en contacto con el médico para diagnosticar y tratar adecuadamente las posibles complicaciones.

■ Si la piel del estoma no presenta ninguna de estas complicaciones, el paciente podrá ducharse en una semana tras la inserción de la sonda PEG.

Cuidados de la alimentación

■ Se comenzará a alimentar al paciente pasadas 24h tras su colocación. La alimentación se podrá realizar por gravedad, con jeringa o bomba de alimentación de manera continua o intermitente.

■ Se deberá realizar siempre con el paciente semisentado, incorporado 45º para favorecer el vaciado gástrico y evitar el reflujo, manteniendo la postura hasta 1h después de terminar la administración de alimentos.

■ En caso de alimentación intermitente, antes de cada administración comprobar la permeabilidad de la sonda, aspirando lentamente el contenido gástrico. Si es mayor de 100ml, reintroducir el contenido y esperar 1h a administrar más contenido. En caso de alimentación en perfusión continua, realizar la comprobación cada 4-6 h.

■ Se comenzará administrando suero fisiológico o glucosado al 5%. Si la tolerancia es adecuada, y no refluye el suero por la sonda, ni existe sensación nauseosa, se iniciará la nutrición enteral.

■ Administrar la alimentación a temperatura ambiente, comenzando por pequeñas cantidades, e ir aumentando progresivamente, según tolerancia, hasta cubrir las necesidades nutricionales del paciente.

■ Los medicamentos se deberán administrar en estado líquido o diluidos en agua sin mezclar con alimentación. Posteriormente se administrarán 20-30 ml de agua para evitar obstrucciones de la sonda. Se evitarán medicamentos efervescentes.

■ Es necesario infundir 50 ml de agua tras administración de alimentación con el fin de arrastrar posibles restos. En caso de nutrición en perfusión continua, se realizará cada 4-6 h.

Es muy importante conservar la higiene bucal de los pacientes, procediendo al lavado de dientes al menos 2 veces al día. Es recomendable efectuar también enjuagues bucales con antiséptico.

Resultados

Los procedimientos endoscópicos realizados en nuestra unidad son numerosos y muy distintos entre sí, abarcando una gran cantidad de técnicas diagnósticas y terapéuticas que requieren el uso de diverso instrumental. Con el fin de unificar las intervenciones de enfermería, se elaboró un protocolo de actuación para la colocación de la gastrostomía endoscópica percutánea, aportando la información más relevante de forma clara y concisa, y divulgándola entre todo el personal de enfermería.

Dicho protocolo incluye una guía informativa destinada a los cuidadores en la que se explica el manejo de la sonda, asi como los cuidados que requieren el estoma, y la alimentación para conseguir la mayor durabilidad del catéter y el mejor estado nutricional del paciente.

Conclusiones

La alimentación a través de una sonda PEG constituye el método de elección para procurar la alimentación enteral al paciente institucionalizado o en su ámbito domiciliario de manera segura y eficaz durante largos periodos. Para su correcta realización, se requiere de formación y adiestramiento específicos de los profesionales encargados de estos procedimientos.

Los conocimientos sobre la técnica de gastrostomía endoscópica percutánea y el mantenimiento y cuidados de la sonda y del estoma son esenciales para desempeñar unas intervenciones de enfermería de calidad y minimizar el riesgo de complicaciones.■

Bibliografia

1 Sebastián J. J. Gastrostomía endoscópica percutánea. Técnica e indicaciones. *Endocrinol Nutr* 2004; 51 (4): 158-62.

2 Espinós Pérez J. C. Gastrostomía Percutánea (GEP): indicaciones clínicas y resultados. *Gastroenterol Hepatol* 1999; 22: 408-14.

3 Gauderer M. W. L., Ponsky J. L., Izant R. J. Gastrostomy without laparoscopy: a percutaneous endoscopic technique. *J Pediat Surg* 1980; 15: 872-5.

4 Friginal Ruiz A. B., González Castillo S., Lucendo A. J. Gastrostomía endoscópica pecutánea: una actualización sobre indicaciones, técnica y cuidados de enfermería. *Enfem. Clin.* 2011; 21 (3): 173-178.

5 Prado Rodríguez-Barbero M. Cuidados del paciente con gastrostomía endoscópica percutánea. *Metas de Enferm.* 2009; 12 (8): 50-53.

6 Moreira V. F., López San Román A. Gastrostomía endoscópica percutánea. Información al paciente. *Rev. Esp. Enferm. Dig.* 2010; 102 (10): 609.

7 Leguizamón Walter G. Gastrostomía endoscópica percutánea (PEG). Técnicas y cuidados. *Visión Enfermería Actualizada* 2006 jun; 2 (5): 6-11.

8 Herrera Lecumberri N., Albiz Tena M. de. Atención de enfermería en la gastrostomía endoscópica percutánea (PEG). *Oiñarri* 2009 mar; 58: 15-19.

9 Thompson L. Gastrostomía endoscópica percutánea. *Nursing-Ed esp-*. 1995 dic. 13 (10): 41-42.

10 García Cantero E., López Blázquez C., Aja Hontañón B. Cuidados y mantenimiento de la sonda por gastrostomía endoscópica percutánea y del estoma. *FMC* 2007; 14 (3): 151-152.

11 Gil Mateu E., Moliné Pallarés A., Forés Bellés J. A., Aragonés Gisbert C., Bonet Porqueres R. Gastrostomía endoscópica percutánea. *Plan de curas. AgInf* 2008 jun; 12 (2): 69-72.

12 Gilart Gilart C., Lavernia Prados M. José, Roca i Cortés, M. Teresa. Promover la independencia: cuidados de una gastrostomía endoscópica percutánea. *EGEH* 2001 may; 1: 27-34.

El número 10 de la revista Científica de Enfermería del Ilustre Colegio Oficial de Zaragoza, Cuidando la Salud –ISSN 1696-1005- está en la calle.

En este número se publican los trabajos Primer Premio y Accésit correspondientes a la III edición del Premio de Investigación Enfermera «Don Ángel Andía Leza», respectivamente, ***«La implementación de una guía de práctica clínica sobre Lesiones Por Presión ¿mejora los conocimientos y el uso de las directrices sobre prevención y tratamiento de las enfermeras en un hospital de agudos?»*** de Ana Cristina Fernández Mur y ***«Estudio de los patrones de actividad física en las épocas del embarazo y el puerperio»*** de Enrique Ramón Arbués.

Cuidando la Salud incluye, en el apartado Protocolos de actuación, los titulados ***«Técnica modificada de Seldinger para la canalización de vías venosas centrales de acceso periférico por enfermería»,*** que firman Yolanda Martínez Santos, Teresa Logroño Torres y Pilar Gracia Gracia y ***«La insulinización y perfil de acción»*** cuyas autoras son Ana Mª Alonso Benedí, Myriam Martín Castillo y Elena Alonso Benedí.

Cuidando la Salud puede consultarse y descargarse en la web **ww.ocez.net** en el enlace

https://www.dropbox.com/s/bhmh8l0cf1suowk/Cuidando_Salud_10.pdf

PREMIO CIENTÍFICO DE ENFERMERÍA

La Junta de Gobierno del Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Zaragoza, convoca la concesión del Premio Científico y Accésit patrocinados por Caja Inmaculada –CAI– y que se enmarcan dentro de los acuerdos firmados por la referida entidad y este Colegio. Se ajustarán a las siguientes BASES

1
Podrán optar a este premio todos los colegiados de la provincia, pudiendo participar, tanto individualmente, como en equipo.

2
Cada autor o autores podrán presentar un solo trabajo, no pudiendo participar los miembros del jurado.

3
Todos los trabajos deberán ser inéditos y no haber sido presentados ni publicados previamente. Los trabajos se presentarán impresos en hojas tamaño DIN A-4 que deberán ir numeradas, con una extensión máxima de 35 hojas (bibliografía, tablas y material de apoyo aparte).

Se utilizará el tipo de letra times new roman, tamaño 12 y doble espacio. Será obligatoria la presentación de un original encuadernado y una copia del mismo, así como en soporte informático. En folio aparte se adjuntará resumen del trabajo (no superior a 3 páginas) y sus palabras clave.

4
Los manuscritos deberán elaborarse siguiendo las recomendaciones del Comité Internacional de editores de Revistas Biomédicas disponible en: **www.icmje.org**. Puede consultarse una traducción al castellano en **www.metodo.uab.es/enlaces.htm**

5
La dirección para el envío de los trabajos queda fijada en la Sede Colegial, debiendo presentarse en sobre cerrado y sin ninguna referencia al autor o autores. Dentro del sobre en el cual se envían los trabajos se incluirá otro pequeño, cerrado con el lema identificativo del título del trabajo y dentro de este segundo sobre irá indicado el nombre, dirección, teléfono y número de colegiado del autor o autores.

6
Aquellos trabajos que no se ajusten a las Bases serán remitidos a sus autores.

7
El Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Zaragoza se reserva la propiedad de los trabajos premiados, así como el derecho de publicarlos. Los no premiados se devolverán a sus autores, previa petición. Se ofertará a los autores la publicación de los trabajos no premiados y de calidad.

8
El Jurado estará compuesto por la Comisión Científica más un miembro de la Comisión Permanente y un vocal de la Junta de Gobierno del Colegio designado por el Presidente.

9
El plazo de presentación de los trabajos finalizará el 10 de enero de 2014. El fallo del jurado será irrevocable, y tendrá lugar en acto público, en lugar y fecha que se anunciará con la debida antelación. El Jurado está compuesto por D. Emmanuel Echániz Serrano, D. Raúl Juárez Vela, Dña. Aniceta Longares Longares, D. Ángel Montón Serrano, Dña. Gloria de Gregorio Ariza, D. Francisca Martínez Lozano y Dña. Blanca Giménez Alcántara.

10
La entrega del Premio se realizará coincidiendo con los actos de la Festividad de San Juan de Dios.

11
Primarán como criterios de valoración del jurado para la adjudicación del premio:
- Originalidad.
- Metodología científica.
- Aplicación práctica.

El Jurado valorará la iconografía y métodos audiovisuales que faciliten el entendimiento del trabajo. La participación en los premios implica la aceptación de las Bases.

MEDALLA DE ORO AL MÉRITO PROFESIONAL

La Junta de Gobierno del Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Zaragoza, convoca la concesión de la Medalla de Oro al Mérito Profesional, patrocinada por Caja Inmaculada –CAI– y que se enmarca dentro de los acuerdos firmados por la entidad y este Colegio Oficial, que se ajustará a las siguientes BASES

1

El plazo de presentación de solicitudes para la concesión de la Medalla de Oro al Mérito Profesional queda abierto desde el momento de la publicación de estas Bases.

2

Podrá solicitarse dicha medalla para cualquier Colegiado en el Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Zaragoza.

3

Se establece como premio una Medalla de Oro, que servirá de reconocimiento a méritos relacionados con la profesión de Enfermería.

4

Podrá proponer la concesión de dicho premio cualquier institución que tenga relación con la sanidad o un grupo de diez profesionales debidamente identificados.

5

El plazo de envío de presentación de dichas solicitudes finalizará el 10 de enero de 2014.

6

Las solicitudes deberán ser presentadas en la Secretaría del Colegio Oficial de Enfermería de Zaragoza, o bien ser remitidas por correo certificado. En este último caso, el matasellos llevará como fecha máxima la del 10 de enero de 2014.

7

Cada solicitud deberá ser remitida en un sobre blanco dirigido al Sr. Secretario que tenga en la cara anterior la dirección del Colegio Oficial de Enfermería de Zaragoza, y el lema «Medalla de Oro al Mérito Profesional», y en la cara posterior la identificación de las personas o instituciones que realizan la propuesta, a efectos de notificación. Dentro del mismo se incluirá:

- Un sobre tamaño cuartilla sin ningún tipo de identificación externa, cerrado y que contenga en su interior:
- Identificación de las personas o instituciones que realizan la propuesta.
- Nombre completo, dirección, teléfono, lugar de trabajo, cargo y número de colegiado del profesional propuesto para que se le conceda la Medalla.
- Declaración jurada de la veracidad de los hechos relatados.
- Lema identificativo.
- Un sobre tamaño DIN-A4, sin ningún tipo de identificación externa, cerrado y que contenga en su interior:
- Dossier anónimo en lo que se refiere al profesional propuesto, que relate y exponga detalladamente los méritos en los que se fundamenta la propuesta.
- Lema identificativo.

8

Aquellas solicitudes que no se ajusten a las Bases, serán devueltas a sus remitentes.

9

El fallo del Jurado, que será irrevocable, tendrá lugar, en acto público a celebrar en lugar y fecha que se indicará.

10

La entrega de la Medalla se realizará coincidiendo con los actos de la Festividad de San Juan de Dios.

11

El Jurado se reserva el derecho de investigar la veracidad de los hechos relatados y tomar las medidas legales pertinentes a quienes falseen los hechos.

12

El Jurado estará compuesto por la Comisión Permanente de la Junta de Gobierno, más un vocal de esa misma Junta. El Presidente del Jurado solamente tendrá voto de calidad. En la concesión se contará con la valoración y colaboración del Comité Deontológico.

13

La participación implica la aceptación de las Bases.

BECAS

La Junta de Gobierno del Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Zaragoza, convoca la concesión de CINCUENTA BECAS para Diplomados en Enfermería colegiados en este Colegio. Estas Becas están patrocinadas por Caja Inmaculada –CAI– y se enmarcan dentro de los acuerdos firmados por la referida entidad y este Colegio. Serán concedidas, preferentemente, a clientes de dicha entidad. La solicitud de las Becas deberá ajustarse a las siguientes BASES:

1
La solicitud de las becas queda abierta en el momento de publicación de las bases.

2
Podrán solicitarlas todos los Colegiados en el Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Zaragoza.

3
La cuantía de las becas será de 150 Euros cada una.

4
El plazo de solicitud finalizará el 10 de enero de 2014.

5
Los impresos para solicitar estas becas serán facilitados en la Secretaría del Colegio o en la Web Colegial: **www.ocez.net**

6
Solamente se podrá solicitar una beca para Cursos o Congresos que hayan finalizado durante el año 2013.

7
Cada solicitud deberá ser remitida en un sobre dirigido al Sr. Secretario del Colegio con el lema «Becas-estudio para profesionales de Enfermería de Zaragoza», debiendo contener el impreso de autobaremación, completado con fotocopias. Al objeto de verificar el tiempo trabajado en el año 2013 se debe aportar certificado de vida laboral expedido por la Tesorería de la Seguridad Social. Los colegiados deberán acompañar a la solicitud una «Declaración Jurada» de no haber recibido ayuda económica de otra entidad o institución, para la realización de estos Cursos o Congresos y el justificante de pago de los mismos.

8
La Junta de Gobierno levantará acta pública del listado provisional de los becados y la lista provisional permanecerá expuesta en el tablón de anuncios del Colegio del 4 al 8 de febrero para cualquier reclamación. El día 14 de febrero quedará expuesta la lista definitiva.

9
La entrega de las becas se realizará coincidiendo con los actos de la Festividad de San Juan de Dios.

10
El hecho de solicitar una beca implica la aceptación de las bases expuestas.

Baremo

- Congresos o Jornadas de más de 2 días de duración, celebrados en Zaragoza, cuya inscripción sea superior a 75 Euros: **0,5 puntos.**
- Congresos celebrados en otra ciudad que no sea Zaragoza: **1 punto.**
- Por Comunicaciones presentadas en Congresos celebrados en Zaragoza: **0,5 puntos.**
- Por Comunicaciones presentadas en Congresos en una ciudad que no sea Zaragoza: **1 punto.**
- Por Comunicaciones presentadas en Congresos Internacionales en una ciudad que no sea Zaragoza: **2 puntos.**
- Por cursos de Formación Continuada se sumarán el total de horas de todos los cursos acreditados por la CFC (Comisión de Formación Continuada) presentados, otorgando por cada 10 horas ó 1 crédito: **0,25 puntos.**

A los cursos realizados o promovidos por el Colegio de Enfermería de Zaragoza se le sumarán dos puntos más por curso.

- **Tiempo trabajado en el año 2013**
- De 0 a 9 meses: **2 puntos.**
- De 9 a 12 meses: **1 punto.**

En caso de igual puntuación tendrá preferencia para obtener la beca el colegiado más antiguo, y en caso de persistir el empate, el colegiado de mayor edad.

ÚLTIMO AVISO

© Fco. Núñez Arcos

CONVOCATORIAS

XII CONCURSO DE FOTOGRAFÍA «PUERTA DEL CARMEN»

XI CONCURSO DE NARRATIVA CORTA Y CUENTOS

del Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Zaragoza

Las bases han sido publicadas en el número 93 de la Revista Noticias de Enfermería y en la web del Colegio

www.ocez.net

La fecha límite de presentación de trabajos para ambos concursos es el 27 de diciembre de 2013

*El Plan Laborables da derecho a esquiar en todas las estaciones del Grupo Aramón los días verdes y amarillos del calendario de temporada e incluye dos días gratis de esquí en días rojos.

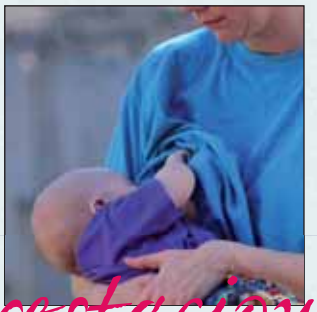
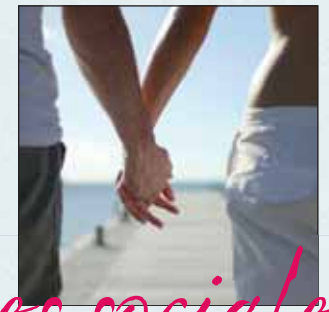
RESUMEN DE LAS PRESTACIONES SOCIALES AÑO 2013

POR MATRIMONIO
Dotadas con 100 €
68 x 100 = **6.800** €

POR DEFUNCIÓN
Dotadas con 250 €
4 x 250 = **1.000** €

POR NACIMIENTO
Dotadas con 100 €
174 x 100 = **17.400** €

TOTAL matrimonio, defunción y nacimiento		**25.200 €**
Becas	**6.600 €**	
Congresos, Jornadas y Asociaciones	**16.592 €**	
Premio Científico de Enfermería	**1.800 €**	
Premio de Investigación «Don Ángel Andía Leza»	**3.000 €**	
Premios de Fotografía y Narrativa	**2.400 €**	
TOTAL		**30.392 €**
Importe total Prestaciones		**55.592 €**

prestaciones sociales

BASES

Las bases para la solicitud de las prestaciones sociales del Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Zaragoza, son las siguientes:

MATRIMONIO –100 Euros–:
Fotocopia del libro de familia y fotocopia del D.N.I. del colegiado solicitante.

NACIMIENTO –100 Euros–:
Fotocopia del libro de familia, titulares e hijo y fotocopia del D.N.I. del colegiado.

DEFUNCIÓN –250 Euros–:
Certificado de defunción y fotocopia del D.N.I. del solicitante.

Será condición imprescindible para beneficiarse de estas prestaciones, estar colegiado con una antigüedad mínima de seis meses, y al corriente de pago en el momento de producirse el hecho causante que da lugar a dicha prestación.

El plazo de solicitud terminará a los tres meses de la fecha del evento causante de la misma.

Los nombres de las personas que perciban dichas prestaciones pueden ser publicados en la revista **Noticias de Enfermería** salvo petición expresa en contra por escrito, por parte de los interesados.

Acceso a descuentos para colegiados en función de los Convenios firmados: www.ocez.net/accion_social.htm DESCUENTOS.

normas de colaboración

Pueden colaborar con **Noticias de Enfermería**, la Revista del Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Zaragoza, todos los colegiados que lo deseen siempre que se atengan a las siguientes normas:

1
Los trabajos deben tener relación con la Enfermería y la Sanidad en sus diferentes facetas y en general con todos aquellos temas que puedan ser de interés para los miembros del Colectivo y/o de la población en general.

2
Han de ser originales, escritos especialmente para la Revista y con estilo adecuado para ser publicados en ella, adaptándose en lo posible a las «Normas de Vancouver», cuya última revisión de la traducción al español (2007) se encuentra en www.metodo.uab.es/enlaces.htm

3
El texto de los trabajos no debe ser superior a ocho folios de 32 líneas cada uno. Deben acompañarse de fotografías, dibujos o gráficos que los ilustren, que no entran en el cómputo de los ocho folios y que se publicarán a juicio del Consejo de Redacción y según el espacio disponible. Deben ser identificados el autor o autores de cada una de las fotografías enviadas. Si no pertenecen al autor del trabajo, la Revista entenderá que éste tiene autorización del titular de la propiedad intelectual para su publicación.

4
Los trabajos podrán presentarse mecanografiados, o en formatos informático o digital, –preferentemente en Word–, en mano, por correo certificado o a la dirección de correo electrónico del Colegio.

5
Con el trabajo deben figurar los datos del autor: nombre, dirección y teléfono, así como el lugar donde presta sus servicios profesionales.

6
Al final de cada trabajo debe reseñarse, si es el caso, la bibliografía o trabajos consultados.

7
Los trabajos publicados representan exclusivamente la opinión personal de los autores del mismo, no responsabilizándose la Revista de las opiniones vertidas en los mismos. No se mantendrá correspondencia sobre los trabajos, ni se devolverán los originales recibidos.

8
Todo trabajo o colaboración se enviará a:
Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Zaragoza
Revista Noticias de Enfermería
Bretón, 48 pral. 50005 Zaragoza
E-mail: prensa@ocez.net • enfermeria@ocez.net

prestaciones colegiales

ASESORÍA JURÍDICA

Juan Carlos Campo Hernando.
Paula Hormigón Solas.

Horario de atención en la Sede Colegial, previa petición de hora.

Lunes y jueves, de 17:30 a 19:00 horas.
Martes y miércoles, de 12:00 a 13:30 horas.

ASESORÍA FISCAL Y TRIBUTARIA

Jesús Fernández Asensio.

Avda. Goya, 28, esc. II, 1º dcha. 50006 Zaragoza.
Tel. 976 223 768

Horario de atención, de 16:00 a 20:00 horas, previa petición de hora. Tramitación gratuita de la jubilación.

SERVICIOS GENERALES

Atención inmediata por parte del Presidente.
Horario de 11:00 a 13:00 horas.
Casos urgentes, teléfonos:
Presidente 629 420 641 • Secretario 630 926 343.

Tramitación de colegiación: altas, traslados.

Certificados de colegiación, responsabilidad civil, cuota, etc.

Registro de Títulos.

Tramitación de bajas por jubilación, fallecimiento, traslado no ejerciente.

Cambios de cuentas corrientes.

Información a domicilio sobre bolsas de trabajo, oposiciones, etc., previa solicitud.

Información del BOE y BOA.

Inserción de anuncios en el tablón del Colegio, en la revista **Noticias de Enfermería** y en la página web www.ocez.net.

Inserción de ofertas de trabajo en la página web www.ocez.net.

Compulsa gratuita de documentos.

Teléfono azul de la Enfermería **902 500 000**, 24 horas.

Entradas bonificadas para los teatros Principal y del Mercado de Zaragoza.

Conexión a internet.

PRESTACIONES SOCIALES

Ayudas por matrimonios, nacimientos y defunciones.

SEGUROS

Responsabilidad civil profesional.
Máxima indemnización por siniestro: **3.500.000 €**.
Límite por anualidad: **20.000.000 €**.
Inhabilitación profesional máxima: **1.350 €** mensuales (hasta 15 meses).

FORMACIÓN CONTINUADA

Amplia oferta de docencia por trimestres, con un programa de cursos baremables.

Información personal y telefónica de los distintos Cursos, Jornadas, Seminarios, etc. e inscripciones en los mismos.

Documentación, certificados, etc., que pudieran derivarse del programa docente.

BIBLIOTECA

Biblioteca informatizada con 4.000 volúmenes y 5.200 revistas especializadas.

ACTOS SOCIALES E INSTITUCIONALES

Celebración de la festividad del Patrón, San Juan de Dios.

Juramento Deontológico de Nuevos Colegiados y entrega del Código Deontológico e Insignias de Plata de la Organización Colegial.

Homenaje a los compañeros jubilados con entrega de placas conmemorativas.

Apoyo y ayuda, previa aprobación por Junta de Gobierno, a los actos de Bodas de Oro y de Plata de las distintas promociones.

Organización del Día de la Familia de la Enfermería.

BECAS

Convocatoria anual de Becas a la Formación Continuada para asistencia a Congresos, Jornadas y Seminarios, siempre que se presenten ponencias, comunicaciones o posters y hayan sido aceptadas por la organización.

Será necesario aportar la documentación con la que se participa en el mismo:

a Justificar la inscripción.

b Justificar la asistencia.

c Solicitarlo por escrito dirigido al Presidente.

PREMIOS

Convocatoria anual del Premio de Investigación Enfermera *«Don Ángel Andía Leza»*.

Convocatoria anual del Premio Científico de Enfermería, el Accésit y la Medalla de Oro al Mérito Profesional.

Convocatoria anual del Concurso de Fotografía *«Puerta del Carmen»*.

Convocatoria anual del Concurso de Narrativa Corta y Cuentos.

INFORMACIÓN

Página web del Colegio www.ocez.net actualizada regularmente con toda la información de actividades y servicios del Colegio.

Direcciones de correo electrónico: enfermeria@ocez.net (Zaragoza) y enfermeria2@ocez.net (Calatayud).

Revista científica **Cuidando la Salud**, de publicación anual que se puede visitar en la web www.ocez.net.

Revista **Noticias de Enfermería** de información general y periodicidad bimestral, que también se encuentra integrada en www.ocez.net.

Información personalizada, a domicilio, de todas las actividades que se realizan en el Colegio, docentes, sociales o institucionales.

SERVICIO DE BANCA VIRTUAL

bankinter

CONVENIOS DE COLABORACIÓN

Ai

TEATRO PRINCIPAL

Sabadell

EUROPA ELECTRODOMESTICOS

Aquum

OPTICA PARQUE

HG www.hoteleshg.com

RIFERDI joyería

PREVISIÓN SANITARIA NACIONAL

TRANQUILLITY Centro de Bienestar

QUIRÓN GRUPO HOSPITALARIO

A.M.A.

SOTO del Canal

LAS BUGANVILLAS RESIDENCIA 3ª EDAD

asisa

Atracciones

Centro Médico Palafox

Consultar condiciones en www.ocez.net

COLEGIO OFICIAL ZARAGOZA

¿aún fumas?

Noticias de Enfermería Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Zaragoza ■ Tomás Bretón, 48 pral. ■ 50005 Zaragoza ■ Teléfono 976 356 492 ■ www.ocez.net