

CUIDARX^E

REVISTA ENFERMERA EN EL DIAGNÓSTICO POR LA IMAGEN Y TRATAMIENTO

Vol. 2 | Número 1 | Enero - Abril 2019



Editada por la Sociedad Española de Enfermería Radiológica (SEER)

ISSN: 2604-4366

CUIDARXE

REVISTA ENFERMERA EN EL DIAGNÓSTICO POR LA IMAGEN Y TRATAMIENTO

CUIDARXE

Órgano Oficial de la Sociedad Española de Enfermería Radiológica

Pujades, 350 08019 Barcelona

Teléfono 932 530 983

Fax 93 212 47 74

www.enfermeriaradiologica.org

Dirigida a:

profesionales enfermeros que realizan su actividad principal o asociada en radiología, medicina nuclear y radioterapia.

Correspondencia Científica:

Sociedad Española de Enfermería Radiológica

Redactor Jefe Revista

Pujades, 350 08019 Barcelona

jcordero@enfermeriaradiologica.org

Periodicidad: Cuatrimestral

Suscripciones:

Teléfono 932 530 983

Fax 93 212 47 74

seer@enfermeriaradiologica.org

www.enfermeriaradiologica.org

Tarifa de suscripción anual:

Miembros numerarios 36€*

Miembros asociados 25€

Miembros agregados 18€

Entidades e instituciones 52€

** Si existe asociación/sociedad autonómica este precio puede sufrir variaciones.*

Disponible en Internet:

www.enfermeriaradiologica.org/revista

ISSN: 2604-4366

Diseño de la publicación: ARBU DISEÑO GRÁFICO





SUMARIO

CUIDARXE

REVISTA EDITADA POR LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA RADIOLÓGICA

Vol. 2 | Número 1 | Enero - Abril 2019

Editorial	4
Artículos originales	
Impacto psicológico y respuesta emocional ante el cáncer de mama y el tratamiento radioterápico. <i>Fontán Bernárdez, R. y Martín Bravo, I.</i>	5
Imágenes de interés	
Extravasación de contraste yodado. <i>María del Pilar Miguel Galán</i>	13
Imágenes de interés	
Caso ruptura esplénica <i>Anna Moreno Bonillo, Noelia Carrión Fernández, Yecenia Hernández Santiago</i>	14
Artículos originales	
La importancia de la consulta de enfermería en la Unidad de Radiología Intervencionista del Hospital Universitario Parc Taulí. <i>Ana Gutiérrez Siles, Elena García Pérez, Sara de Lamo Muñoz</i>	16
Imágenes de interés	
Megavejiga <i>Buedo García J; Martínez San Juan R; Serrano Juárez A.</i>	26
Congresos y cursos	28
Enlaces de interés	31
Información para los autores	32
Solicitud de ingreso en la SEER	33

Comité Editorial

Pujades, 350 08019 Barcelona
Teléfono 932 530 983
Fax 93 212 47 74
www.enfermeriaradiologica.org

Redactor Jefe:

D. José A. Cordero Ramajo
Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona.

Coordinación de Redacción:

D. Jaume Roca i Sarsanedas
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

D. Jose Antonio Antón Pérez
Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona.

Revisores:

D. José Manuel Sánchez Pérez
Hospital Povisa. Vigo.

D. Rafael Iñigo Valdenebro
Hospital General de Valencia.

Dña. Isabel Martín Bravo
Hospital Meixoeiro. Vigo.

D. José Antonio López Calahorra
Hospital Miguel Servet. Zaragoza.

D. Jordi Galimany Masclans
Profesor Titular UB. Barcelona.

Dña. Ana La Banda Gonzalo
Hospital Universitario de Fuenlabrada.

De nuevo estamos con tod@s vosotr@s empezando un nuevo año. EL tiempo pasa volando y como el que no quiere la cosa, el nuevo formato de la revista CUIDARXE cumple un año desde que apareció por primera vez. De momento todas las valoraciones al respecto han sido positivas. Pero, sin duda, cualquier sugerencia que queráis aportar será bienvenida porque como responsable de la revista creo que entre todos debemos sumar para mejorar.

Cambiando de tema, ya estamos a las puertas de un nuevo congreso nacional. Como ya sabéis, este año la responsabilidad de la organización del evento ha corrido a cargo de los compañeros de Santiago de Compostela, ciudad donde se celebrará. Doy fe que el trabajo que han llevado a cabo ha sido duro y riguroso con un solo objetivo: la excelencia. Porque sin duda, la intención de todos los que hemos formado parte, directa o indirectamente, de los comités organizador y científico no es otra que la de ofrecer el mejor contenido científico y profesional con un buen programa lúdico y social. Espero y deseo que todos los que asistáis aprovechéis los conocimientos expuestos por el resto de compañeros y os lo paséis genial.

Aprovecho la ocasión para animar a todos aquellos que presentan alguna comunicación y/o poster a que lo transformen en artículo original para su posterior publicación en nuestra (que es la vuestra) revista. Como siempre digo, y no me cansaré, somos lo que escribimos y debemos afianzar nuestro rol dentro de nuestro ámbito profesional.

Sin más, y dadas las fechas que se avecinan, os deseo que paséis unos días de Semana Santa de descanso y disfrute.

Y por supuesto, nos vemos en Santiago.

Jose Antonio Cordero Ramajo
Redactor Jefe de CUIDARXE



Impacto psicológico y respuesta emocional ante el cáncer de mama y el tratamiento radioterápico

AUTORES

Fontán Bernárdez, R.

Enfermera. University Hospital of Leicester, UK.
Graduada por el Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.

Martín Bravo, I.

Enfermera. Servicio de Oncología Radioterápica. Hospital Meixoeiro. Vigo.

rofobe@gmail.com
isabel.martin.bravo@sergas.es

Recibido: 23/09/2018
Aceptado: 23/1/2019

RESUMEN

Objetivo:

La presencia de psicopatología en el paciente con cáncer ha sido ampliamente documentada. A pesar de ello, la identificación de estos trastornos es insuficiente. El siguiente artículo aborda la ansiedad y la depresión por ser los trastornos más frecuentes en el paciente con cáncer y por la incidencia en su bienestar.

Material y Método:

Se realizó un estudio observacional descriptivo prospectivo en el que se midieron los niveles de ansiedad y depresión (escala HADS) antes y después del comienzo del tratamiento radioterápico de 46 mujeres diagnosticadas de cáncer de mama. Utilizándose pruebas no paramétricas para el análisis del estado psicológico en relación a características sociodemográficas y clínicas.

Resultados:

El 23,9% de las pacientes presentaron psicopatología previa a la radioterapia frente a un 25,8% una semana después del inicio del tratamiento. Por otra parte, presentaron mayor incidencia de ansiedad y depresión las pacientes que se encontraban sin pareja, con cargas familiares, sin tratamiento quimioterápico neoadyuvante y con tratamiento psicofarmacológico previo a la consulta de radioterapia.

Conclusiones:

A la vista de los resultados no se observan grandes variaciones de la afectación psicológica antes y a la semana de inicio del tratamiento tras haber realizado la consulta informativa y de cuidados con enfermería, dato que sugiere que su psicopatología no se encuentra relacionada con la aplicación de la radioterapia en si o la información recibida, sino con la evolución del cáncer y las posibles secuelas del tratamiento. Finalmente, se elaboró un protocolo de actuación para la consulta de enfermería radioterápica.

Palabras clave:

Ansiedad, depresión, cáncer de mama, HADS, radioterapia.

ABSTRACT

Objective:

The presence of psychopathology in patients with cancer has been extensively documented. Despite that, the identification of these disorders is insufficient. The next article address anxiety and depression due to be the most frequent disorders in patients with cancer and for the incidence on their well-being.

Material and Method:

A prospective observational descriptive study was perform to measure the levels of anxiety and depression (HADS scale) before and after the start of the radiotherapy treatment of 46 women diagnosed of breast cancer. Non parametric tests were used to analyse the psychological state in relation to the sociodemographic and clinical characteristics.

Results:

23.9% of the patients presented psychopathology prior to radiotherapy compared to 25.8% one week after the start of the treatment. On the other hand, it had higher incidence of anxiety and depression the patients without partner, with family responsibilities, with neoadjuvant chemotherapy treatment and with pharmacological treatment previously to the radiotherapy appointment.

Conclusions:

In view of the results, no large variations of the psychological affectation before and a week after of the start of the treatment are observed. Data that suggest that the psychopathology is not related to the application of the radiotherapy treatment or the information received, but with the cancer evolution and the possible treatment sequels. Finally an actuation protocol was develop for the nursing radiotherapy clinic.

Key words:

Anxiety, depression, breast cancer, HADS, radiotherapy.

ARTÍCULOS ORIGINALES

INTRODUCCIÓN

Por todos es sabido que cualquier perturbación en nuestra salud física provocará la consiguiente afectación de nuestra salud mental. Sin ir más lejos, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha puesto de relieve que la salud mental es tan importante como la salud física para el bienestar total de las personas, las sociedades y las naciones.⁽¹⁾

Debemos tener en cuenta que el término salud no siempre ha poseído el mismo significado. Diversas han sido las definiciones que a lo largo de la historia ha adquirido, pero sin duda el cambio conceptual más importante tuvo lugar en 1946 cuando la OMS, define la salud como “el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Llegándose así paulatinamente a entender que los remedios más efectivos son los que tratan el cuerpo y la mente por igual.⁽¹⁾⁽²⁾

Nos encontramos por lo tanto, que la presencia de graves enfermedades físicas, como el cáncer, representa una carga tremenda para quienes las sufren y las sobreviven, conduciendo con frecuencia a serios trastornos psicológicos.⁽¹⁾

El diagnóstico de cáncer, en concreto de cáncer de mama, y los tratamientos que lo acompañan son sin duda elementos capaces de mermar el bienestar psicológico de las mujeres sometidas a esta experiencia. Nos encontramos así con que el cáncer de mama, la depresión y la ansiedad constituyen problemas de salud pública, que además se encuentran estrechamente vinculados entre sí.⁽³⁾⁽⁴⁾

El estigma del cáncer produce en ocasiones un efecto de verdadero freno al desarrollo individual y social en la vida del enfermo, no atribuible en modo alguno, a las limitaciones reales que impone la enfermedad. Debido al estigma existente en todo lo relacionado con el cáncer, la paciente y su familia pueden ver en este diagnóstico un presagio de muerte o de minusvalía. A pesar de la mejoría del pronóstico y la supervivencia con los tratamientos actuales, el cáncer de mama sigue suscitando sentimientos de rabia, miedo y desesperanza.⁽⁵⁾⁽⁶⁾

El diagnóstico de cáncer de mama implica una ruptura con la vida previa que obliga a la persona afectada y a su entorno próximo a adaptarse a múltiples circunstancias difíciles como el diagnóstico, el tratamiento y las revisiones post-tratamiento.

Por ello es frecuente que la mayoría de mujeres diagnosticadas de cáncer de mama experimenten elevados niveles

de malestar psicológico caracterizados por: incertidumbre, miedo, ansiedad, rabia, depresión, sentimientos de pérdida de control, amenazas a la autoestima.

Estas reacciones emocionales son hasta cierto punto normales y necesarias para que la persona acepte su situación y pueda hacerle frente. Es frecuente que aparezcan en diferentes momentos del proceso de enfermedad (diagnóstico, cirugía, tratamiento y seguimiento) y que se vayan resolviendo en la medida que el paciente asimila su situación y pone en marcha recursos para hacerles frente. En ocasiones el malestar emocional es tan importante que interfiere en la capacidad para afrontar la enfermedad y las consecuencias asociadas a los tratamientos.⁽⁶⁾

Diversos estudios apuntan que la depresión y la ansiedad son los trastornos psiquiátricos de mayor prevalencia en muestras de pacientes con enfermedades físicas, incluyendo el cáncer.⁽⁴⁾

En cuanto a la ansiedad Kaplan (1997) señala que las causas de ansiedad en los pacientes con cáncer pueden ser de diferente índole: situacionales, relacionadas con la enfermedad, con el tratamiento o la exacerbación de un trastorno de ansiedad preexistente.

Por ejemplo, el impacto del diagnóstico junto con la discusión de su pronóstico, la crisis que desencadena la enfermedad y el tratamiento, conflictos con la familia o con el equipo de atención, anticipación de un procedimiento atemorizante, la espera de los resultados de un análisis o de otro tipo de estudio y miedo a la recidiva; además de algunos problemas médicos que por sí solos producen ansiedad como estados metabólicos anormales.

Por otro lado en cuanto a la depresión tenemos que para algunos autores como Cesarco la depresión en pacientes con cáncer es tres veces superior que en la población general y dos veces mayor en personas internadas por otros problemas clínicos.

Son numerosos los factores de riesgo para padecer depresión, pues está relacionada con factores de índole personal como con factores del tratamiento y de la enfermedad, por lo que es de suma importancia detectar y tratar con terapia psicológica y psicofarmacológicamente los cuadros depresivos en estos pacientes, debido a que no sólo modifican su calidad de vida desde un punto de vista subjetivo, sino que también puede cambiar el curso y evolución de la enfermedad por las connotaciones que tiene la depresión sobre el sistema inmunológico.⁽⁷⁾

ARTÍCULOS ORIGINALES

La enfermedad oncológica es un padecimiento grave y complejo que ocasiona un gran impacto físico, psicológico y social en las personas que lo padecen, en su entorno familiar y social como en el equipo de salud que les atiende.⁽⁷⁾

El presente trabajo aborda el cáncer de mama por ser el tumor más frecuente en todo el mundo, después del cáncer de pulmón, así como la ansiedad y la depresión por ser los trastornos mentales más frecuentes en las pacientes con cáncer de mama y por la incidencia en su bienestar.⁽⁸⁾

Los principales problemas psicológicos a los que se ven enfrentadas las mujeres que cursan un cáncer de mama tienen relación con la sensación de pérdida real o potencial que experimentan. La mama es un órgano con una representación cultural, psicológica, sexual y afectiva muy compleja. Debido a ello el diagnóstico, tratamiento y secuelas del cáncer de mama van a ser percibidos y vividos por la paciente de una manera singularmente delicada. La alteración de la simetría corporal es entendida por la mayoría de las pacientes como una deformidad, incluso una pequeña cicatriz puede llegar a tener una interpretación psicológica de magnitud muchas veces incomprendida por el entorno social y afectivo de la paciente, como así también por el equipo médico que la trata.⁽⁹⁾

La sociedad da un valor muy grande al atractivo físico de la mujer, por lo tanto, si a la pérdida normal por la edad de dicho atractivo, se suma una mutilación de órganos tan importantes para su autoestima, como las mamas, la mujer tiende a derrumbarse psicológicamente. Por fortuna, ha habido notables avances en los tratamientos, no obstante, es necesario insistir en la importancia del soporte social a las mujeres que sufren cáncer de mama así como también en las implicaciones que tiene esta enfermedad en su vida afectiva.⁽¹⁰⁾

Por otro lado preguntas como: ¿voy a morir?, ¿va a ser mi familia capaz de soportar esta situación?, ¿me va apoyar mi pareja durante este proceso de enfermedad?, ¿cuáles van a ser las secuelas que los tratamientos médicos van a producir en mi cuerpo y en mi estado de ánimo?, ¿qué implicancias económicas va a tener para mi familia mi enfermedad?, ¿cómo le explico a mis seres queridos lo que me ocurre?, ¿me están diciendo la verdad o me están ocultando algo?, ¿estoy en manos de un equipo médico competente?, ¿por qué enfermé?, etc. Serán cuestiones que perturbarán constantemente el bienestar de la paciente.⁽⁹⁾

Tenemos por tanto que un aspecto fundamental a considerar en el cáncer de mama es el psicológico, debido al gran impacto que ocasiona la enfermedad en la paciente, pero

también existen otros muchos motivos por los cuales se hace necesario profundizar en este campo.

Existen diferentes barreras que a lo largo de la historia han provocado que no se detectara la presencia de alteraciones psicopatológicas en los pacientes con cáncer, frenando así el desarrollo de una adecuada atención sanitaria. Estos elementos de barrera estarán presentes en el propio paciente, en el oncólogo y en la institución sanitaria.

En lo que al paciente se refiere tendríamos tres elementos de barrera: la confluencia de sintomatología somática y psíquica, el miedo al estigma social (ante la posibilidad de ser diagnóstico de algún trastorno mental), la preocupación por la adicción a psicofármacos y el no considerar necesario la solicitud de atención o apoyo psicológico.

Los elementos de barrera en el oncólogo serán: el mayor coste de tiempo que supone el valorar la situación emocional del paciente, creer que no es competencia del oncólogo conocer y valorar la situación psicológica del enfermo, esperar que el paciente demande la atención psicológica, la carencia de habilidades de comunicación y la falta de motivación para explorar síntomas emocionales.

A nivel institucional tendremos como elementos de barrera: la prioridad de curar el cáncer quedando los aspectos emocionales en segundo plano, el mayor coste económico que supone incluir un especialista en psicooncología dentro del personal y el desconocimiento por parte de la dirección o gerencia de un hospital de la eficacia de una atención psicológica al paciente oncológico.^{(11) (12)}

De esta manera nos encontramos con que lamentablemente la habilidad para reconocer la psicopatología en los pacientes con cáncer es todavía limitada.⁽¹²⁾

OBJETIVOS

General:

Determinar el estado psicológico en el que se encuentran las pacientes (presencia, ausencia o sospecha de ansiedad/depresión), antes de comenzar la radioterapia y una semana después del inicio del tratamiento.

Específicos:

- Determinar las características sociodemográficas de la población.
- Evaluar si existen diferencias o variaciones, tras haber realizado la primera consulta con enfermería, entre los ni-

ARTÍCULOS ORIGINALES

veles de ansiedad y depresión previos al inicio y durante la radioterapia.

- Valorar la asociación entre el estado psicológico y: nivel de estudios, cargas familiares, tratamiento quimioterápico neoadyuvante, tratamiento psicofarmacológico y nivel de información sobre el tratamiento.
- Evaluar el nivel de satisfacción de las pacientes tras la consulta de enfermería.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional descriptivo prospectivo.

La muestra del presente estudio está constituida por mujeres diagnosticadas de cáncer de mama que acudían por primera vez a la consulta de enfermería radioterápica del Hospital Meixoeiro, entre el 28 de enero y el 20 de marzo del 2016.

Todas las pacientes que acudían a dicha consulta fueron susceptibles de participar en el estudio, no estableciéndose ningún criterio de exclusión, salvo la negación explícita de la paciente en la participación del mismo.

Un total de 46 pacientes acudieron a consulta durante los meses en los que se repartieron los cuestionarios, de las cuales todas consintieron su participación.

Se utilizaron dos instrumentos diferentes, por un lado, un cuestionario sociodemográfico de elaboración propia constituido por 9 preguntas que evaluaban datos sociodemográficos y médicos.

Por otro lado el estado psicológico de las pacientes fue evaluado mediante la Escala Hospitalaria de Depresión y Ansiedad (HADS), por las siglas de su nombre en inglés: Hospital Anxiety and Depresión Scale, diseñada por Zigmond y Snaith con el objetivo de detectar trastornos de ansiedad y depresión, así como determinar la gravedad de los mismos, en hospitales no psiquiátricos, medios ambulatorios comunitarios o de atención primaria. Es un instrumento ideal para evaluar a pacientes físicamente enfermos, ya que no contiene ítems de síntomas somáticos que puedan atribuirse a la enfermedad y/o a su tratamiento, además de ser de fácil cumplimentación y no requerir gran inversión de tiempo.

El HADS está constituido por catorce preguntas (siete para ansiedad y siete para depresión) que miden la presencia y

severidad de síntomas experimentados durante la semana previa. Las respuestas a las preguntas son ponderadas de cero a tres, siendo veintiuno la máxima puntuación, para cada una de las psicopatologías. Las puntuaciones mayores a diez indican morbilidad psiquiátrica, puntuaciones entre ocho y diez son interpretadas como limítrofes, y puntuaciones inferiores a ocho son consideradas como normales.⁽⁴⁾

El procedimiento llevado a cabo fue el siguiente:

La enfermera de la consulta de radioterapia, explicaba a cada una de sus nuevas pacientes el estudio de investigación que se estaba realizando, dándole la opción de poder participar en el mismo.

A todas aquellas pacientes que manifestaran su consentimiento verbal se les hizo entrega de un cuestionario psicosocial y de dos copias de la escala HADS, los cuales cubrían de una manera totalmente anónima con el fin de conservar la confidencialidad de la información y el respeto por la intimidad de las mujeres encuestadas permitiendo así obtener información de mejor calidad.

Una de las copias de la escala HADS la cumplimentaban el mismo día de la consulta de enfermería antes de la realización de la misma. A continuación en dicha consulta se les proporcionaba información sobre el tratamiento que iban a recibir (pruebas, aparataje, ...) y sobre cuidados de la piel. La segunda copia de la escala HADS la cubrirían después de haber completado una semana de tratamiento radioterápico. Las dos copias estaban identificadas con un mismo número, para así poder comparar los resultados de una y otra escala asegurando el anonimato de la paciente.

RESULTADOS

Del total de la muestra, dos de las pacientes se excluyen de la segunda valoración debido a que una de ellas no llegó a recibir radioterapia, ya que tuvo que ser re-intervenida quirúrgicamente, y otra de las pacientes fue desestimada por no poder ser valorada su situación anímica debido a la muerte repentina de un ser querido.

En el momento de cerrar el estudio quedan 13 pacientes por entregar la segunda copia de la escala HADS, debido a un retraso en el inicio del tratamiento por un problema técnico en la unidad (avería de un acelerador lineal).

La edad de las pacientes evaluadas oscila entre los 37 y 80 años con un promedio de 56,7 años (Desviación estándar

ARTÍCULOS ORIGINALES

de 10,1). Siendo el rango de edad de 50-70 años, el que mayor proporción de pacientes contiene.

El 63% de las mujeres tenían pareja (casadas o conviviendo con pareja), encontrándose de esta manera el 37% restante en situación de soltería, viudedad o divorcio.

En cuanto a los estudios cursados, el 51% de las pacientes tenían estudios primarios, un 22% medios y un 27% universitarios. Por otro lado, un 43% tenían trabajo, ya fuera por cuenta ajena o como autónomas, y un 11% se encontraban desempleadas, ya fuera cobrando o no una prestación. El 37% de la muestra eran amas de casa y sólo un 9% estaban ya jubiladas; un 41% tenían hijos o familiares a su cargo.

En cuanto a los datos clínicos, tenemos que un 46% habían recibido quimioterapia y un 35% tomaban en el momento de la encuesta tratamiento ansiolítico o antidepresivo.

Por otro lado, un 61% presentaba algún tipo de miedo o temor en relación al tratamiento radioterápico que iban a recibir (pruebas, aparataje, posibles efectos secundarios...) y un 67% afirmaba tener bastante información acerca del tratamiento que se le iba a aplicar. Respecto a la satisfacción de las pacientes con la consulta de enfermería, el 97% considera que es adecuada y de mucha o bastante ayuda la información recibida en la misma.

Los trastornos psicológicos estudiados han sido la ansiedad y la depresión antes y durante el tratamiento radioterápico. Por lo tanto, el estado psicológico de las pacientes a estudio se encuentra clasificado en presencia o ausencia para ansiedad pre- e intra-tratamiento y presencia o ausencia para depresión pre- e intra-tratamiento.

Esta clasificación de presencia o ausencia de los dos trastornos psicológicos a estudio se encuentra relacionada con la puntuación obtenida en la escala HADS. Por lo tanto, una puntuación mayor que 10, indicaría psicopatología y una puntuación menor que 8 indicaría ausencia de psicopatología (encontrándose incluidas en este grupo aquellas pacientes en estado limítrofe; puntuaciones entre 8 y 10).

En las siguientes tablas (Tabla 1 y 2) se recogen las frecuencias y porcentajes de los datos obtenidos sobre la clasificación del estado psicológico de las pacientes. Así como en la Figura 1 se observa la presencia y ausencia de morbilidad psiquiátrica antes y durante el tratamiento radioterápico.

El rango de edad que presenta un mayor número de pacientes sin ansiedad ni depresión, es el de 50-70 años, con un 86% y 93% respectivamente; siendo el grupo de menores de

Ansiedad	Pre- tratamiento		Intra- tratamiento	
	n _i	%	n _i	%
Ausencia	37	80,4	24	77,4
Presencia	9	19,6	7	22,6
Total	46	100	31	100

Tabla 1. Clasificación de los niveles de ansiedad.

Depresión	Pre- tratamiento		Intra- tratamiento	
	n _i	%	n _i	%
Ausencia	39	84,8	27	87,1
Presencia	7	15,2	4	12,9
Total	46	100	31	100

Tabla 2. Clasificación de los niveles de depresión.

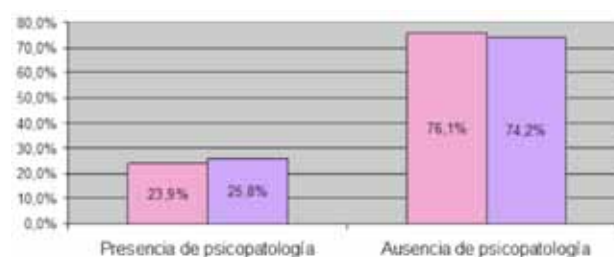


Figura 1. Presencia y ausencia de psicopatología pre- e intra- tratamiento.

50 años, el que presenta un mayor porcentaje de mujeres con ansiedad, el 36%, y el grupo de mayores de 70 años el que presenta un mayor porcentaje de mujeres con depresión, el 33%. De acuerdo a la prueba estadística Chi-cuadrado de Pearson no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas para la variable edad en relación a la presencia o ausencia de ansiedad o depresión ($p > 0,05$).

El grupo que se encontraba sin pareja, presenta un mayor porcentaje de mujeres con ansiedad y depresión, un 24%; así como también el grupo que tenía cargas familiares (hijos o familiares a cargo), presenta un mayor porcentaje de mujeres con ansiedad y depresión, un 21% y 16%, respectivamente. De acuerdo a la prueba estadística de Fisher no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas ni para la variable estado civil, ni para la variable cargas en relación a la presencia o ausencia de ansiedad o depresión ($p > 0,05$).

En cuanto a los estudios y la ocupación; las mujeres con estudios universitarios presentan el mayor porcentaje de niveles de ansiedad (33%), pero a su vez es el grupo donde encontramos menos depresión (92%). El grupo de mujeres sin estudios es el que presenta menor índice de ansiedad con

ARTÍCULOS ORIGINALES

un 87%. El porcentaje donde encontramos más depresión corresponde al grupo con estudios medios. En relación a la ocupación, el grupo que presenta mayor nivel de ansiedad son las mujeres con una situación laboral activa (25%), junto al grupo de mujeres jubiladas, a su vez este grupo también es el que más porcentaje de depresión demuestra seguido de las mujeres en desempleo. Las pacientes que pertenecen al grupo amas de casa son las que presentan los menores porcentajes de ansiedad y depresión (88%). De acuerdo a la prueba estadística Chi-cuadrado de Pearson no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas ni para la variable estudios, ni para la variable ocupación en relación a la presencia o ausencia de ansiedad o depresión ($p > 0,05$).

Con el fin de analizar el efecto que podría tener sobre la salud mental de la pacientes el hecho de consumir ansiolíticos o antidepresivos, al modificar éstos su estado psicológico, se incluyó esta variable y se encontró que aproximadamente el 35% de las mujeres consumían en el momento del estudio ansiolíticos o antidepresivos, relacionados o no con el fin de afrontar de una mejor forma el cáncer de mama. El grupo que se encontraba a tratamiento ansiolítico o antidepresivo presenta un mayor porcentaje de mujeres con ansiedad y depresión, un 44% y un 31% respectivamente. Encontrándose de acuerdo a la prueba estadística de Fisher diferencias estadísticamente significativas para la variable tratamiento psiquiátrico en relación a la presencia de ansiedad y depresión ($p < 0,05$).

En cuanto a haber recibido tratamiento quimioterápico o no, nos encontramos con que el grupo que recibió quimioterapia presenta, un mayor porcentaje de mujeres sin ansiedad ni depresión, un 81% y 86% respectivamente. De acuerdo a la prueba estadística de Fisher no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas para la variable de tratamiento quimioterápico en relación a la presencia o ausencia de ansiedad o depresión ($p > 0,05$).

En cuanto al nivel de información que afirmaban poseer las pacientes sobre el tratamiento que iban a recibir, el grupo que afirmaba poseer menos información, presentaba un mayor porcentaje de mujeres con ansiedad y depresión, un 29%. No encontrándose, según la prueba estadística Chi-cuadrado de Pearson diferencias estadísticamente significativas entre la variable información sobre el tratamiento y la presencia o ausencia de ansiedad o depresión ($p > 0,05$).

En relación a la variable miedo o temor al tratamiento radioterápico, nos encontramos con que el grupo que afirma tener miedo o temor, presenta un mayor porcentaje de mujeres con ansiedad y depresión, un 29% y un 18% respectivamente. De acuerdo a la prueba estadística de Fisher no se

han encontrado diferencias estadísticamente significativas para la variable miedo en relación a la presencia o ausencia de ansiedad o depresión ($p > 0,05$).

DISCUSIÓN

A pesar de que la prioridad de las instituciones sanitarias debe ser la prevención y detección precoz del cáncer de mama, estudios como este justifican la necesidad de proporcionar a las pacientes diagnosticadas, las herramientas adecuadas para poder afrontar de la mejor forma posible las implicaciones que dicho diagnóstico tiene tanto a nivel físico, como psicológico y social, permitiendo así que continúen con su proyecto de vida en las mejores condiciones posibles, fortaleciendo sus redes sociales y entorno familiar en lugar de sumirse en estados psicopatológicos.

Además de las acciones llevadas a cabo por las instituciones, el equipo de profesionales debe ser consciente de que cada paciente se debe abordar de forma diferente, dado que la afectación psicológica y las estrategias de afrontamiento varían de unos sujetos a otros, de acuerdo no solo a su conducta y personalidad sino también a su entorno familiar y social; a pesar de que las características y manifestaciones clínicas puedan ser similares entre ellas.

Los estudios sobre el estado psicológico siguen siendo un reto debido a su carácter subjetivo. Sin embargo, la epidemiología y la estadística nos facilitan los instrumentos apropiados para un buen acercamiento a la realidad de las pacientes, aportando información sobre aquellos grupos poblacionales en los que deberemos centrar nuestras acciones, así como también aquellas conductas susceptibles de ser modificadas para una mejor atención del paciente.

Los porcentajes de ansiedad y depresión en este estudio fueron de 19,6% y 15,2% respectivamente, encontrándose estos valores por encima de los resultados del estudio de Derogatis, Morroy y colaboradores (2% y 6%) y por debajo del estudio de Massie y Holland, y, Schang y Heinrich (44% y 25%).

A la vista de los resultados, se observa que el porcentaje de mujeres con psicopatología no varía demasiado después de haber comenzado con el tratamiento radioterápico, lo que hace pensar que a pesar de que un 97% de las pacientes manifiesten que la consulta de enfermería ha sido muy adecuada y de gran ayuda la información recibida, sus miedos no se encuentran relacionados con la aplicación de las sesiones de radioterapia (pruebas, aparataje...) sino con los posibles efectos secundarios a largo plazo y la propia evolución de su enfermedad hacia la curación o no.

ARTÍCULOS ORIGINALES

En nuestro estudio se obtuvo menor incidencia de ansiedad y depresión en aquellas pacientes que tenían pareja y que no presentaba cargas familiares, correspondiéndose estos resultados con el estudio de Bloom, así como también con el de Ford los cuales afirman que el apoyo social disponible se vincula a mayor bienestar.

Respecto a la edad, el estudio de Meyerowitz indica que una mayor edad se asocia a mejores resultados psicológicos, correlacionándose esto con los resultados de nuestro estudio ya que las pacientes de más edad eran las que presentaban menores índices de ansiedad. En cambio el dato de la depresión no es equiparable al anterior estudio citado. Se observa que las pacientes con estudios universitarios presentan mayor ansiedad, así como los pacientes en activo, pudiendo existir una correlación entre ambos datos ya que mujeres con una formación académica superior es más probable que tengan una vida laboral activa. El hecho de que tengan mayor porcentaje de ansiedad y no de depresión puede que esté ligado al nerviosismo y/o situación de estrés que se produce por la conjugación de su trabajo con la enfermedad, las pruebas, los tratamientos a los que se someten y el miedo a la pérdida del mismo o a declinar temporalmente sus responsabilidades laborales. Contrariamente las amas de casa, son las que presentan menores porcentajes de ansiedad, quizá porque no tienen adheridas estas responsabilidades laborales.

Vemos que la presencia de mayor depresión se da en los grupos de desempleadas y jubiladas. Habría sido interesante profundizar en si las causas de dicha depresión son debidas a la enfermedad o a su situación 'inactiva'.

Respecto al miedo que supone enfrentarse al tratamiento con lo que ello conlleva: aparición de efectos secundarios, exposición al aparataje y a la radiación, los pacientes que no referían ningún temor son los que también presentan el menor índice de ansiedad (6%), frente a los que si manifestaban ese miedo que se refleja en el porcentaje de presencia de ansiedad (29%).

Uno de los hallazgos de este estudio es que el grupo de pacientes que no ha recibido quimioterapia presenta un mayor porcentaje de mujeres con ansiedad y depresión. Esto puede ser debido, a que hay que tener en cuenta que estas pacientes pasan por diferentes fases durante el transcurso de su tratamiento. Tenemos por tanto que cuando las pacientes que han recibido quimioterapia llegan al servicio de radioterapia, prácticamente la mayoría de ellas tienen asumido su diagnóstico, pues llevan al menos un año luchando contra la enfermedad. En cambio, las que no han recibido quimioterapia, todavía tienen muy reciente la co-

municación de su diagnóstico, por lo que el impacto de esta información propiciará que las pacientes lleguen al servicio de radioterapia en proceso de aceptación y asimilación, obteniendo así como resultado la presencia de ansiedad y depresión. Ya Nosarti en 2002 apuntaba que la psicopatología en este tipo de pacientes puede ir desapareciendo en la medida en que se va extendiendo la sobrevida. La variable tratamiento psiquiátrico fue la única que presentó diferencias estadísticamente significativas tanto en relación a la ansiedad como a la depresión, siendo el grupo de pacientes que se encontraba a tratamiento psiquiátrico el que poseía mayor porcentaje de mujeres con psicopatología. Resultado que contribuye a afianzar la validez del cuestionario HADS.

A pesar de los resultados obtenidos para estas variables no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, por lo que hubiera sido interesante haber podido llevar a cabo un estudio en el que la muestra fuera mayor, ya que dada la relación existente entre la presencia de morbilidad psiquiátrica y estas variables, es bastante probable que con un mayor número de pacientes si se encontraran diferencias estadísticamente significativas.

Reflexionando sobre el cuestionario sociodemográfico y a raíz del análisis de los resultados sería interesante poder retomar en un futuro este estudio profundizando en algunas variables, tales como, el miedo/temor al tratamiento (especificando el origen del mismo), las cargas familiares (si se trataba de hijos o de familiares de otro grado de parentesco) y el tratamiento psiquiátrico (motivo y duración del mismo).

En base a los resultados obtenidos, y ante la necesidad de dar respuesta a que acciones deben ser llevadas a cabo, se ha llegado a la conclusión de que sería conveniente la implementación de un protocolo de detección de psicopatología en la consulta de enfermería de oncología radioterápica. Esta implementación está fundamentada en lo que ya postulaban Worden y Weisman en 1984, es decir, en la necesidad de contar con criterios de selección para realizar un cribado de los pacientes en la consulta y una optimización de los recursos disponibles, pudiendo así conocer que pacientes son susceptibles de atención psicológica especializada y disminuir los tiempos de espera para la primera consulta con el psicooncólogo.

El protocolo consistirá en que el paciente cumplimentará la escala HADS en la consulta de enfermería, pudiendo tener así una referencia sobre en que estado psicológico se encuentra. Según la puntuación obtenida en cualquiera de las dos variables evaluadas (ansiedad y depresión), se podrán

ARTÍCULOS ORIGINALES

tomar diferentes medidas: si la puntuación es mayor de 10, se derivará al paciente al psicooncólogo, si la puntuación se encuentra entre 8 y 10 se repetirá a las 2-3 semanas, ya que según los resultados de este estudio si se repitiera a la semana es probable que la puntuación fuera muy similar, debido a que no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas al realizarlo a los 7 días. En caso de que la puntuación fuera menor a 8 no se realizaría ningún tipo de seguimiento salvo demanda por parte del paciente. El posible protocolo a seguir en la consulta de enfermería radioterápica se encuentra recogido en la Figura 2.

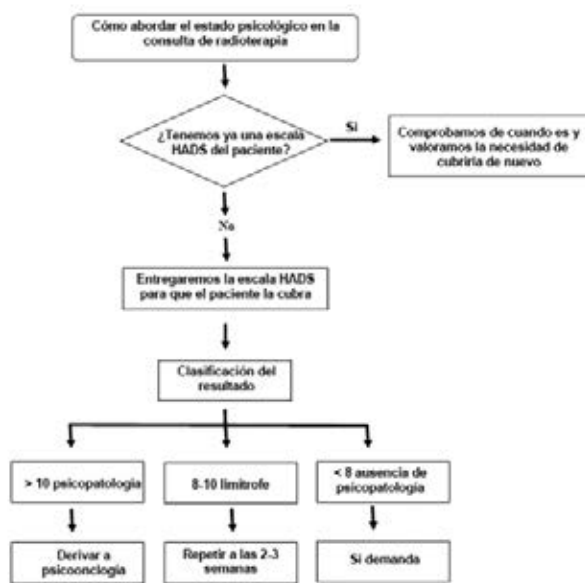


Figura 2. Diagrama de flujo del protocolo de actuación en la consulta de enfermería radioterápica.

Finalmente, se sugiere la realización de estudios que contemplen un análisis comparativo del estado psicológico de las pacientes antes de comenzar con los tratamientos, mientras estén siendo tratadas y durante el periodo en el que la paciente esté acudiendo a revisiones post-tratamiento. Para así poder conocer, el estado psicológico de las pacientes durante las diferentes fases de su enfermedad y cubriendo sus distintas necesidades psicológicas durante las diferentes etapas y brindarles así una atención integral y de calidad.

CONCLUSIONES

- Los niveles de ansiedad y depresión antes de la radioterapia y recién iniciada la misma son equiparables.
- La realización de la consulta de enfermería previa al trata-

miento radioterápico no disminuye los niveles de ansiedad y depresión.

- La consulta de enfermería oncológica es una buena herramienta para la detección de trastornos mentales y para la derivación de aquellos pacientes que lo necesiten a un especialista en psicopatología.

- A la vista de los resultados sería conveniente que estas unidades cuenten con un psicooncólogo, para poder así abordar más específicamente los problemas psicológicos de los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Carter R. La relación entre la salud física y la salud mental: trastornos recurrentes. Norte de Salud Mental [revista on-line]. 2004 octubre; 5 (21): 79-85.
- (2) Organización Mundial de la Salud [Sede Web]. Preguntas más frecuentes
- (3) Ferrero Berlanga J, Toledo Aliaga M, Barreto Martín MP. Evaluación cognitiva y afrontamiento como predictores del bienestar futuro de las pacientes con cáncer de mama. Revista Latinoamericana de Psicología [revista on-line]. 1995; 27 (1): 87-102.
- (4) Robles R, Morales M, Jiménez LM, Morales J. Depresión y ansiedad en mujeres con cáncer de mama: el papel de la afectividad y el soporte social. Psicooncología [revista on-line]. 2009; 6 (1): 191-201.
- (5) García-Viniegras CRV, González Blanco M. Bienestar psicológico y cáncer de mama. Avances en Psicología Latinoamericana [revista on-line]. 2007; 25 (1): 72-80.
- (6) Sánchez N. Impacto psicológico del diagnóstico de cáncer de mama. [Monografía en Internet]. Barcelona: gAmis.
- (7) Velázquez Martínez AG, García Cerón MA, Alvarado Aguilar S, Ángeles Sánchez JA. Cáncer y psicología. Gaceta Mejicana de oncología [revista on-line]. 2007; 6 (3): 71-75.
- (8) Asociación Española Contra el Cáncer [Sede Web]; Cáncer de mama. Incidencia.
- (9) Rojas May G. Estrategias de intervención psicológica en pacientes con cáncer de mama. Revista Médica de CLC [revista on-line]. 2006 octubre; 17 (4): 194-197.
- (10) Salas Zapata C. Calidad de vida y factores asociados en mujeres con cáncer de mama, inscritas en los programas de tratamiento oncológico. [Trabajo de investigación]. 2009.
- (11) Palacio Incera N. Aspectos psicológicos en el cáncer de mama. [Monografía en Internet]. Santander; febrero 2012.
- (12) Almanza-Muñoz J, Rosario Juárez I, Pérez S. Traducción, adaptación y validación del termómetro de distrés en una muestra de pacientes mexicanos con cáncer. [Trabajo de investigación].



Extravasación de contraste yodado

AUTORES

María del Pilar Miguel Galán

Enfermera en servicio de radiología del Hospital Universitario de Cabueñes.

pilarmiguel1988@gmail.com

Recibido: 27/07/2018

Aceptado: 29/10/2018

La incidencia de la extravasación de contraste yodado ha aumentado del 0,1% al 1,2% debido al uso generalizado de inyectoras automáticasⁱ (1).

La consecuencia de la extravasación varía desde reacciones cutáneas leves a lesiones más graves que incluyen necrosis y síndrome compartimental. Las complicaciones asociadas a la extravasación de contraste yodado dependerán de la osmolaridad del contraste, la citotoxicidad y el volumen de contraste extravasadoⁱⁱ.

TRATAMIENTO:

Se detendrá la inyección lo más rápidamente posible y se retirará la vía venosa al mismo tiempo que se aspira suavemente para intentar extraer la mayor cantidad posible de contraste adyacente al catéter. Se elevará la extremidad afectada y se aplicará hielo de forma local.

Para estimar el volumen administrado y conocer el tipo de extravasación y posibles complicaciones se realizará una radiografía simple de la zona afectada (figura 1).



Figura 1.

BIBLIOGRAFÍA

ⁱ Cohan RH, Ellis JH, Garner WL. Extravasation of radiographic contrast material: Recognition, prevention, and treatment. *Radiology*. 1996;200:593--604.

ⁱⁱ Pacheco Compañía FJ, Gago Vidal B, Méndez Díaz C. Extravasación de medios de contraste intravenosos en el sitio de la punción: Protocolo de actuación. *Radiología*. 2014; 0033-8338

Caso ruptura esplénica

AUTORES

Anna Moreno Bonillo, Noelia Carrión Fernández, Yecenia Hernández Santiago
UDIAT Centro Diagnóstico (CSPT). Sabadell. Barcelona.

annamrn2@gmail.com

Recibido: 1-11-2018
Aceptado: 12-01-2019

Varón de 80 años con antecedentes de SLPC (síndrome limfoproliferativo crónico) que acude a realizarse Tomografía Computarizada (TC) toracoabdominal con contraste endovenoso para valoración de síndrome tóxico.

Previamente a la adquisición de imágenes se le administra contraste oral. Se obtienen imágenes en fase arterial torácica y en fase portal abdominal.

En la TC se evidencia esplenomegalia de 28 cm, con presencia de extensa laceración/ruptura esplénica y hematoma en la región superior y anterior del parénquima esplénico (figura 1), asociado a pequeño hematoma subcapsular y una discreta banda de hemoperitoneo. Hay un punto de sangrado activo intraesplénico (figura 2). Además, se observa acumulación de líquido libre en pelvis (figura 3).

El paciente es derivado a urgencias. Durante la exploración médica, refiere caída hace una semana. Hemodinámicamente estable y sin signos clínicos de sangrado ni dolor abdominal.

Después de cinco días de ingreso se decide intervención quirúrgica, realizándose una esplenectomía mediante laparoscópica.



Figura 1. TC Abdominal coronal con contraste yodado endovenoso en fase portal. Se objetiva hematoma en región superior y anterior del parénquima esplénico.

BIBLIOGRAFÍA

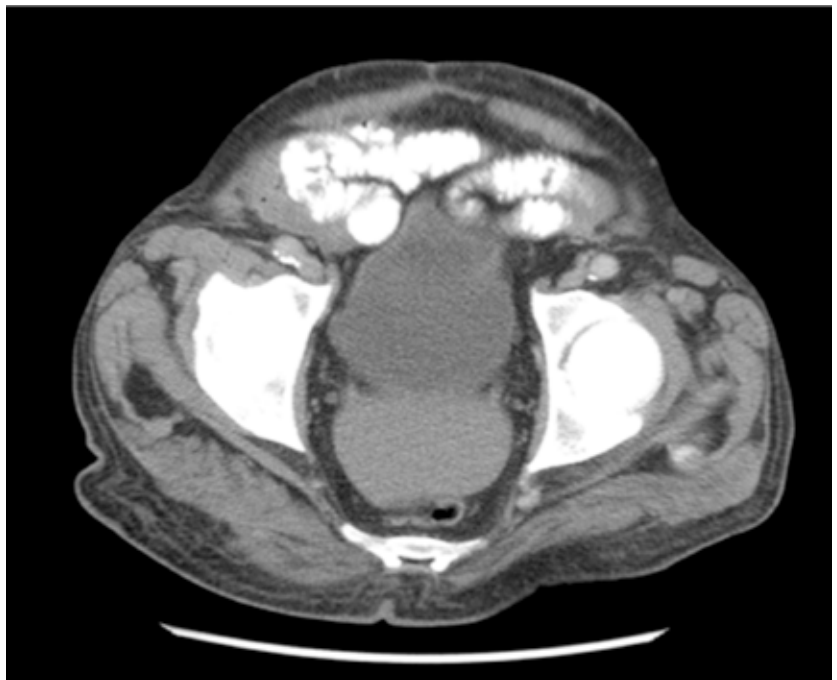
1. Patel A, Toohey S, Boysen-Osborn M. Splenic Laceration and Pulmonary Contusion Injury From Bean Bag Weapon. *Western Journal of Emergency Medicine*. 2014;15(2):118-119. doi:10.5811/westjem.2013.10.19900.
2. Hassan R, Abd Aziz A, Md Ralib AR, Saat A. Computed Tomography of Blunt Spleen Injury: A Pictorial Review. *The Malaysian journal of medical sciences : MJMS*. 2011;18(1):60-67.
3. Fang JF, Wong YC, Lin BC, Hsu YP, Chen MF. Usefulness of multidetector computed tomography for the initial assessment of blunt abdominal trauma patients. *World J Surg*. 2006;30(2):176-182.

IMÁGENES DE INTERÉS

Figura 2. TC Abdominal coronal con contraste iodado endovenoso en fase portal. Se observa hematoma intraesplénico con sangrado activo.



Figura 3. TC Abdominal axial con contraste iodado endovenoso en fase portal. Se visualiza acumulación de líquido libre en zona retroperitoneal.





La importancia de la consulta de enfermería en la Unidad de Radiología Intervencionista del Hospital Universitario Parc Taulí

AUTORES

Ana Gutiérrez Siles, Elena García Pérez, Sara de Lamo Muñoz
Hospital Universitario Parc Taulí – Sabadell

AGutierrez@tauli.cat

Recibido: 16/01/2018

Aceptado: 27/02/2019

RESUMEN

Tema:

Los procedimientos de radiología intervencionista han aumentado en número y volumen durante la última década. El conocimiento de los pacientes sobre nuestra especialidad médica es limitado. El rol de enfermería en las unidades de radiología intervencionista ha crecido para minimizar la ansiedad de los pacientes y responder a sus dudas.

Objetivos:

Demostrar el trabajo de enfermería en la unidad de radiología intervencionista y la necesidad de implantación de su consulta para incrementar el nivel de información y seguridad de los pacientes sometidos a dichas exploraciones.

Metodología:

Estudio retrospectivo desde Enero 2015 a Diciembre 2015. Se recogieron datos de todos los pacientes tratados en la unidad de radiología intervencionista del Hospital Universitario Parc Taulí, fueron evaluados y divididos entre procedimientos de enfermería versus tratamientos médicos a través del programa informático existente en dicha unidad, denominado SISDI.

Resultados:

Durante el año 2015, 6868 pacientes fueron tratados y evaluados en nuestra unidad. De todos ellos, 2429 pacientes recibieron curas por parte de enfermería, que corresponden a un 35,36% de la actividad total realizada.

Conclusiones:

La implementación de la consulta de enfermería en la unidad de radiología intervencionista es crucial para realizar los cuidados pre y post-tratamiento en pacientes complejos para incrementar la seguridad y eficacia de los procedimientos.

Palabras clave:

Diagnóstico por la imagen, Atención de enfermería, Enfermería, Radiología y Seguridad del paciente.

ABSTRACT

Topic:

Interventional radiology procedures had increased in number and volume during the last decade. Patients' knowledge about our medical specialty is limited. Nurseries roll has grown up to minimize patients' anxiety and answer their doubts.

Objectives:

To demonstrate the crucial role of an interventional radiology nursing clinic to increase patients' knowledge and safety during percutaneous procedures.

Methodology:

A retrospective study was performed from January 2015 to December 2015. All patients treated at the interventional radiology unit of Parc Taulí University Hospital were evaluated and divided between nursery clinics vs medical treatments. The existing computer program in such unit, called SISDI, was used to collect data.

Results:

During 2015, 6868 patients were treated and evaluated in our unit. From them, 2429 patients were evaluated at the nursing clinics, corresponding to 35.36% of the total activity performed.

Conclusions:

Implementation of a nursing clinic at the interventional radiology unit is crucial to perform pre and post-treatment care in complex patients to increase patients' safety and happiness and interventional radiology unit efficacy.

Key words:

Diagnostic imaging, Nursing care, Nursing, Radiology and Patient safety.

ARTÍCULOS ORIGINALES

INTRODUCCIÓN

Hace poco más de 50 años la única opción posible para realizar una angiografía era introducir una aguja rígida de gran calibre a través de la espalda del paciente, puncionar directamente la arteria aorta e inyectar contraste en ella.

En 1953, el radiólogo sueco I. Seldinger, ideó un sistema mucho menos traumático, consistente en introducir un catéter a través de la arteria femoral y controlar sus movimientos en una pantalla de Rx. Unos 10 años más tarde otro radiólogo, Judkins, realizó la primera dilatación vascular percutánea y se inició una nueva era en la historia de la Radiología: los radiólogos podían no sólo diagnosticar, sino también tratar enfermedades; así nació la rama de la Radiología llamada “Vascular e Intervencionista” (RVI).

Han pasado poco más de 30 años desde las primeras angioplastias con balón realizadas por Grüntzig en 1974, pero en este corto período de tiempo los progresos en RVI han sido enormes. En la actualidad los radiólogos pueden acceder mediante una aguja, una guía y un catéter a los lugares más recónditos del mapa vascular del organismo, e incluso a los territorios no vasculares, como son las vías biliares o urinarias, el tubo digestivo, el aparato reproductor femenino o el sistema lagrimal. Todo ello ha contribuido a que la RVI constituya actualmente uno de los principales avances de la Medicina de los últimos tiempos, al permitir tratar con métodos mínimamente invasivos patologías cuya única alternativa terapéutica hasta hace pocos años era la cirugía abierta. La realidad es que actualmente estamos tratando pacientes procedentes de la mayoría de especialidades médicas y quirúrgicas.^[1,2]

Desde 1998, en el Hospital Universitario Parc Taulí de Sabadell está creada la Unidad de Radiología Intervencionista, donde en sus inicios los procedimientos que se realizaban eran escasos (drenajes biliares y Colangiografía Transparietohepática). Poco a poco se han ido adquiriendo más pacientes para realizar diagnósticos y tratamientos mínimamente invasivos, bien de forma programada o urgente, hasta lograr un catálogo bastante amplio.

En estos inicios, las curas post-procedimiento eran realizadas en las unidades de procedencia. Poco a poco, y debido a la cantidad elevada de procedimientos que se iban realizando y que requerían curas posteriores de larga duración, enfermería de la unidad de radiología intervencionista ha ido recaudando dichas curas, sin disponer de un espacio tanto físico como temporal para realizarlas.

A diferencia de enfermería radiológica, los radiólogos in-

tervencionistas disponen desde hace años una consulta específica, donde visitan a los pacientes de procedimientos complejos (Quimioembolizaciones hepáticas, Embolizaciones de miomas uterinos,...). El resto de pacientes que se han de realizar un procedimiento intervencionista, son valorados durante su ingreso por parte de su médico responsable o a través de consultas externas por su especialista, los cuales nos hacen la solicitud.

En ocasiones, estos pacientes acuden a los servicios de radiología desconociendo buena parte de la naturaleza, las características y el procedimiento de la exploración radiológica que se les va a realizar. Esto no sólo entra en contradicción con la Ley de autonomía del paciente, sino que en muchos casos genera situaciones de temor y ansiedad ante la exploración.

Esto sucede, en ocasiones, porque en las unidades de hospitalización no disponen de la información suficiente del procedimiento a realizar. No son informados de las ventajas e inconvenientes de realizárselo, de cómo será, y nos vemos obligados a no realizarlo por una contraindicación (alergia al contraste yodado, pauta de medicación no compatible para realizar punciones,...).

Por este motivo la previa información hacia el paciente, una buena anamnesis del paciente días antes del procedimiento y de personas especializadas de las unidades de radiología intervencionista a través de una consulta de enfermería radiológica, haría que el paciente se realizara el procedimiento el día programado sin imprevistos, con la tranquilidad y confortabilidad necesaria, y sus curas correspondientes durante el tiempo que se necesite.^[3]

El término consulta de enfermería ha sido utilizado de diversas formas en función de su aplicación a diferentes actividades profesionales. Son varios los autores que han definido la consulta de enfermería, pero podríamos destacar dos definiciones:

- “Un proceso que engloba una serie de actividades para ayudar al cliente a percibir, comprender y actuar ante los eventos que ocurren en el medio ambiente del cliente” (Egan 1975)
- “Una vía de interacción en el proceso de buscar, facilitar y recibir ayuda” (Lippit 1978).

La consulta de enfermería es por tanto una interacción profesional entre el usuario y la enfermera. La labor de la enfermera se centra en la ayuda al individuo, al grupo familiar y a la comunidad; a realizar autocuidados de salud, del nacimiento a la muerte y mediante un proceso de interacción específico y terapéutico.^[4,5,6,7]

ARTÍCULOS ORIGINALES

El denominador común de todas las definiciones es que se da un proceso de relación entre el usuario y el profesional con el fin de resolver el problema actual del cliente; y este hecho se produce mediante una entrevista cara a cara entre el usuario y la enfermera. ^[8]

OBJETIVOS

El objetivo general es demostrar la necesidad de implantar una consulta de enfermería radiológica (en la unidad de radiología intervencionista) del Hospital Universitario Parc Taulí, mediante la revisión de las exploraciones radiológicas intervencionistas realizadas durante el año 2015, para incrementar el nivel de información y seguridad de los pacientes sometidos a dichas exploraciones.

Como objetivos específicos describiremos el número de exploraciones realizadas en el servicio de radiología intervencionista en el año 2015 y definiremos las competencias que debe desarrollar la enfermera/o responsable de la consulta.

FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS

La consulta de enfermería en el Servicio de Radiología Intervencionista favorece la realización de un correcto procedimiento, aporta comodidad y seguridad al paciente, y mejora la calidad de cuidados que se realizan post-procedimiento.

METODOLOGÍA

Se ha llevado a cabo un estudio descriptivo cuantitativo retrospectivo a través de la recogida de datos del sistema informático que dispone el servicio de radiología en el Hospital Universitario Parc Taulí de Sabadell.

La recogida de datos ha sido en el periodo comprendido entre el 1 de Enero del 2015 al 31 de Diciembre del 2015.

Este sistema informático tiene como nombre SISDI (Sistema d'Informació del Servei de Diagnòstic per la Imatge). Es un programa de gestión de programación de pacientes en el área de radiología.

Éstos datos recogidos en el programa informático SISDI, se han abocado en el programa EXCEL, a través del cual se han recogido datos con la finalidad de dar a conocer la necesidad de la implantación de una consulta de enfermería (Tabla 1).

Acceso venoso central	18
Angioplastia arteria iliaca bilateral	2
Angioplastia arteria iliaca unilateral	4
Angioplastia femoro-poplítea	3
Angioplastia fistula diálisis renal	125
Angioplastia TIPPS	3
Angioplastia troncos digestivos	3
Angioplastia vena cava superior	48
Angioplastia vena cava inferior	2
Arteriografía aorta abdominal	4
Arteriografía aorta torácica	6
Arteriografía bronquial	20
Arteriografía cerebral	140
Arteriografía extremidades inferiores	54
Arteriografía extremidades superiores	20
Arteriografía intercostal	1
Arteriografía medular espinal	11
Arteriografía pélvica	28
Arteriografía preparación radioembolización	7
Arteriografía renal	19
Arteriografía TSA no selectivo/selectivo	4
Arteriografía visceral-digestiva	122
Biopsia 19G	3
Biopsia biliar con forceps	18
Biopsia hepática transvascular	2
Biopsia renal	5
Biopsia ureteral con forceps	1
Bloqueo de plexo hipogástrico	13
Botón gástrico	21
Catéter no tunelizado Hemodiálisis	12
Catéter tunelizado cavidad abdominal	19
Catéter tunelizado cavidad pleural	5
Catéter tunelizado Hemodiálisis	190
Catéter tunelizado tipo Hickman	2
Cavografía	71
Cistostomía percutánea	1
Colangiografía / colecistografía	27
Colecistostomía percutánea	17
Control catéter venoso central	46
Control derivación biliar	152
Control dilatación uretral	23
Control dispositivo nutrición enteral	66
Control drenaje absceso	6
Control nefrostomía	238
Control post-endoprótesis	86
Control reservorio subcutáneo	68
Control TIPPS	3
Coronariografía	423
Curas PICC	17
Dacriocistografía	171
Dilatación biliar	2
Dilatación colon	5
Dilatación esófago	26
Dilatación estenosis biliar benigna	24
Dilatación estenosis biliar maligna	73
Dilatación estenosis ureteral	16
Dilatación estenosis uretral	30
Drenaje biliar externo	22

ARTÍCULOS ORIGINALES

Drenaje biliar interno-externo	125	Prótesis colon	84
Drenaje biliar percutáneo	8	Prótesis cubierta arterial iliaca bilateral	2
Drenaje percutáneo colección líquida abdominal	11	Prótesis cubierta fistula diálisis renal	3
Drenaje pleural	9	Prótesis esófago	10
Embolización arteria bronquial	16	Prótesis fistula diálisis renal	1
Embolización arterial	36	Prótesis gastroduodenal	8
Embolización esplénica	3	Prótesis injertos vasculares	2
Embolización hemorragia digestiva alta	3	Prótesis intravascular troncos digestivos	2
Embolización hemorragia digestiva baja	4	Prótesis no cubierta arteria iliaca bilateral	1
Embolización hemorragia iatrogénica	11	Prótesis no cubierta arteria iliaca unilateral	6
Embolización hemorragia post-parto	5	Prótesis vena cava inferior	1
Embolización hemorragia traumática	11	Prótesis vena cava superior	4
Embolización hepática (TAE)	10	Prótesis ureteral doble J	62
Embolización malformación vascular congénita-adquirida	7	Quimioembolización hepática	49
Embolización miomas uterinos	19	Quimioembolización metástasis hepáticas	6
Embolización neoplásica paliativa	3	Radioembolización hepática	6
Embolización portal prequirúrgica	11	Recambio cistostomía percutánea	12
Embolización prequirúrgica masa abdominal	1	Recambio dispositivo nutrición enteral	48
Embolización renal	7	Recambio drenaje absceso	1
Embolización renal prequirúrgica	2	Recambio drenaje biliar	32
Embolización varicocele femenino	6	Recambio Hollister®-control apósito	458
Embolización varicocele masculino	11	Recambio nefrostomía percutánea	74
Esclerosis malformación vascular congénita-adquirida	1	Recambio ureteral doble J	112
Estudio electrofisiología	13	Reservorio subcutáneo	308
Estudio electrofisiología + ablación	39	Reservorio subcutáneo peritoneal	1
Estudio-valoración prótesis digestiva	108	Retirada catéter derivación biliar	17
Extracción sangre venas renales (Sampling venoso)	2	Retirada catéter nefrostomía	18
Fibrinólisis intra-arterial	2	Retirada catéter tunelizado	85
Fibrinólisis local	10	Retirada cuerpo extraño intravascular	3
Fibrinólisis venosa	1	Retirada cuerpo extraño no vascular	2
Filtro permanente vena cava inferior	4	Retirada dispositivo nutrición enteral	3
Filtro temporal vena cava inferior	4	Retirada filtro temporal vena cava	3
Fistulografía diálisis	162	Retirada prótesis ureteral	2
Fistulografía no vascular	4	Retirada puntos	259
Flebografía espermática u ovárica	23	Retirada reservorio subcutáneo	119
Flebografía Extremidad Inferior	1	Sonda nasogástrica-nasoyeyunal	23
Flebografía Extremidad Superior	20	Sonda vesical	46
Flebografía malformación vascular	5	TC procedimiento intervencionista vascular	1
Gastrostomía percutánea	64	TIPPS	2
Gastroyeyunostomía	6	Tratamiento isquemia intestinal crónica con PTA/Stent	2
Manometría venosa	13	Tratamiento obstrucción biliar benigna	2
Nefrostomía percutánea	140	Tratamiento percutáneo fistulas tubo digestivo	4
PAAF	3	Tratamiento percutáneo litiasis biliar	18
Pericardiocentesis	21	Tratamiento percutáneo pseudoaneurisma	2
PICC corta duración	698	Trombectomía mecánica por cateterismo	4
PICC larga duración	220	Trombectomía mecánica por cateterismo fistula diálisis	12
Portografía directa	12	Trombectomía mecánica por cateterismo troncos digestivos	1
Procedimiento diagnóstico neuro-intervencionista	11	Trombectomía mecánica por cateterismo vena cava superior	4
Procedimiento neurointervencionista nivel I	9	Uretrocistografía	1
Procedimiento neurointervencionista nivel II	32	Valoración clínica	269
Procedimiento neurointervencionista nivel III	70	Visita enfermería	13
Prótesis arteria renal unilateral	3	Yeyunostomía	1
Prótesis arteria subclavia	1		
Prótesis biliar bilateral	9		
Prótesis biliar parcialmente recubierta	1		
Prótesis biliar reabsorbible	11		
Prótesis biliar totalmente recubierta	1		
Prótesis biliar unilateral	68		


 Procedimiento realizado por DUE

Tabla 1. Procedimientos realizados durante el periodo de estudio en la Unidad de Radiología Intervencionista del Hospital Universitario Parc Taulí.

ARTÍCULOS ORIGINALES

En el área de radiología intervencionista disponen de:

- 3 salas de intervencionismo (2 salas para procedimientos vasculares y no vasculares y 1 sala para hemodinámica y electrofisiología), denominadas en el SISDI como agendas TMD2, TMD3 y TMD4.
- 1 sala de observación con 4 camillas y 2 sillones, donde en ocasiones se realizan consultas por parte de los pacientes y curas post-procedimiento programadas. Dichas agendas se denominan SORIN y ENFIN.

El personal de enfermería que dispone dicha unidad es de 6 enfermeras en turno de mañana y 3 enfermeras en turno de tarde, que hacen rotaciones entre las diferentes salas.

En estos momentos, las curas de enfermería se está realizando en un box de la sala de observación, repartidas entre el turno de mañana y turno de tarde de lunes a jueves.

Las curas son realizadas por la persona que se encuentra en la sala de observación, donde el volumen de trabajo es muy elevado, y en ocasiones no disponemos de box disponible para realizarlas.

Los viernes ocupamos un box para realizar las curas de 8 a 14 horas. Disponemos de una enfermera diferente a la que se encuentra en la sala de observación, que es la que se encarga de realizar la consulta.

Las curas que se realizan y que son competencias de la enfermera de radiología intervencionista son:

- Controles de catéter venoso central que incluye Piccs (catéter central de inserción periférica) y otras vías centrales.
- Control de dispositivo de nutrición enteral más recambios, que incluiría problemas con las gastrostomías, yeyunostomías y botones gástricos, más sus recambios pertinentes cuando disfuncionen o pasen 1 año (enfermería únicamente recambia botones gástricos más gastrostomías).
- Controles de catéter de nefrostomía por disfunción de las mismas (pueden estar obstruidas y podemos desobstruirlas).
- Controles de reservorios subcutáneos por dificultad para pinchar, por rotación del reservorio, disfunción por obstrucción,...
- Curas de picc de pacientes con tratamiento domiciliario o quimioterápico, que se realizan según protocolo hospitalario las curas pertinentes cada 10-15 días.

- Fibrinólisis local y venosa, administramos por indicación médica fibrinolíticos en catéter centrales (reservorio subcutáneo y picc) por disfunción de los mismos.

- Recambio de Hollyster® (apósitos hidrocoloides) en pacientes portadores de catéter de nefrostomía, drenajes biliares, colecistostomías y cistostomías que se encuentran en domicilio. Según protocolo, se han de recambiar cada 3-4 semanas. En ocasiones hay pacientes que acuden antes por deterioro del mismo.

- Retirada de catéter de nefrostomía, por solución del problema de obstrucción renal que el paciente tenía. Recibimos petición por parte de urología para su retirada.

- Retirada de puntos tras la implantación de reservorios subcutáneos, catéter tunelizado abdominal o torácico. Según protocolo se retiran a los 14 días tras su implantación.

- Las valoraciones clínicas que realiza enfermería son, hasta el momento actual, en pacientes candidatos a la colocación del reservorio subcutáneo, donde se realiza una anamnesis del paciente (alergias, tratamiento domiciliario que nos pueda interferir en la colocación del reservorio subcutáneo, medicación anticoagulante, antiagregante...), se explica al paciente en qué consistirá la preparación previa con la que tiene que acudir al hospital, en qué consiste el procedimiento, el tiempo de duración del procedimiento y los cuidados posteriores. Entregamos el consentimiento informado (lo traerán firmado el mismo día del procedimiento) y se resuelven dudas respecto a su colocación y se intenta que haya un feed-back entre paciente y enfermera. Una vez explicado todo, se les cita, dándoles día y hora para la implantación.

- En la visita de enfermería incluimos a los pacientes que vienen a realizarse curas de las cuales no tenemos código informático creado. Las curas de los reservorios subcutáneos que se han retirado por infección, sería uno de ellos.

Recursos necesarios:

- Recursos humanos:
 - 1 enfermera/o en horario de 8 a 14 horas, en un inicio 3 días a la semana.
- Recursos materiales:
 - Consultorio:
 - Mesa de trabajo
 - Ordenador e impresora, junto con sus programas informáticos correspondientes (SISDI, RAIM, ...)
 - Camilla para realizar curas

ARTÍCULOS ORIGINALES

- Teléfono
- Material fungible: gasas, apósitos, jeringas, sueros, guantes...

Recursos necesarios	Precio Bruto(euros)
Recursos humanos (Enfermería)	965,82
Alquiler de despacho	0
Material fungible	0
10% imprevistos	96,58
Precio total	1062,4

Tabla 2. Recursos materiales y costes.

Los gastos se podrían decir que es el aumento de la jornada enfermería, y correspondería a unos 965,82 Euros brutos al mes.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos durante el periodo de estudio han sido los siguientes:

- Procedimientos realizados (médicos + enfermería) 6868
- Procedimientos realizados por enfermería 2429

Enfermería realiza un 35,36% de los procedimientos totales de la unidad de Radiología Intervencionista.

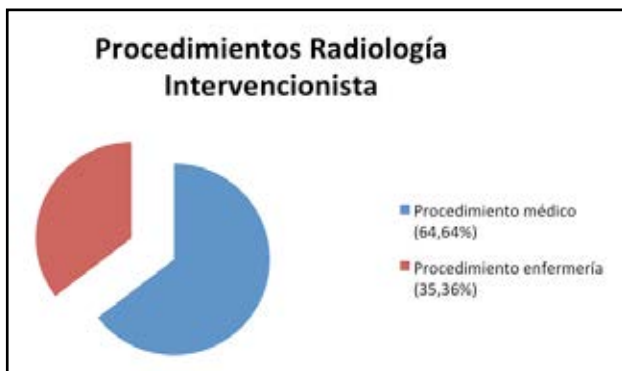


Tabla 3. Procedimientos realizados en la Unidad de Radiología Intervencionista.

La media de procedimientos más curas de enfermería DIARIOS que se realizan en nuestra unidad es de 18,82.

De los 2429 procedimientos realizados por enfermería, dentro de la sala de intervencionismo se han realizado 918 procedimientos, que correspondería a la colocación de catéter central de inserción periférica (PICC).

PICC corta duración	698
PICC larga duración	220

El resto de procedimientos corresponderían a curas de enfermería y valoraciones previa colocación de reservorio subcutáneo.

Control catéter venoso central	46
Control dispositivo nutrición enteral	66
Control nefrostomía	238
Control reservorio subcutáneo	68
Curas PICC	17
Fibrinólisis local	10
Fibrinólisis venosa	1
PICC corta duración	698
PICC larga duración	220
Recambio dispositivo nutrición enteral	48
Recambio Hollyster®-control apósito	458
Retirada catéter nefrostomía	18
Retirada puntos	259
Valoración clínica	269
Visita enfermería	13

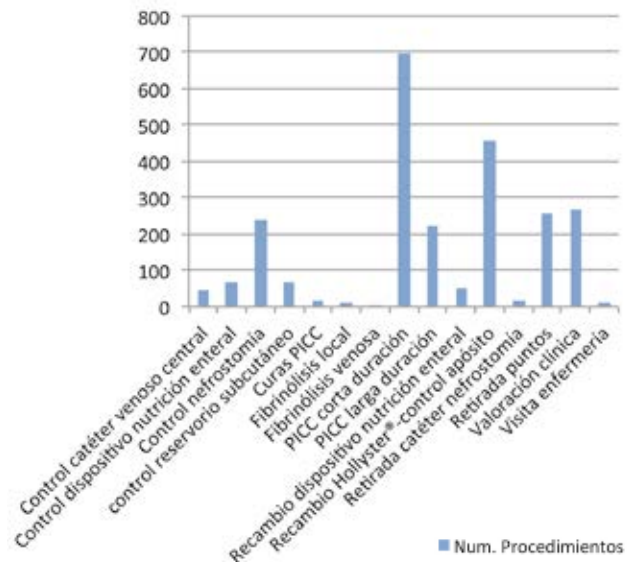


Tabla 4 y 5. Procedimientos realizados por enfermería en la Unidad de Radiología Intervencionista.

ARTÍCULOS ORIGINALES

DISCUSIÓN

Desde el inicio de la actividad en la Unidad de Radiología Intervencionista, el equipo de enfermería ha ido logrando conocimientos y competencias que le han capacitado para desarrollar un catálogo de actividades diferenciadas de las propias de una sala de angiografía y de la Sala de Observación.

Este catálogo se va incrementado en número y complejidad y requiere de una dedicación y espacio físico específico para su realización.

Estas actividades enmarcadas tanto en rol propio como en rol de colaboración, hacen necesaria la creación de una consulta de enfermería que las incluya de una manera adecuada, con tal de dar al usuario una atención de calidad. La amplia evolución de la Sala de observación desde su creación ha hecho imposible que se puedan dar a término estas actividades dentro de éste ámbito.

Experiencias llevadas a cabo en otros centros hospitalarios demuestran la eficacia y la eficiencia de la implantación de una consulta de Enfermería en los Servicios de Radiodiagnóstico, tanto en lo que respecta a la mejora de la información a los usuarios, como en la detección y solución de las necesidades planteadas por nuestros pacientes o como en la identificación de problemas y riesgos relacionados con su seguridad ^[9].

Consideraciones éticas:

Para realizar este proyecto no se ha solicitado permiso al comité de ética del hospital, ya que no necesitamos entrar dentro de las historias clínicas de los pacientes, simplemente se han recogido, a través de un programa informático de radiología, todos los procedimientos realizados durante el año 2015.

Según el código deontológico del CIE para la profesión enfermería:

- Las enfermeras tiene cuatro deberes fundamentales: promover la salud, prevenir la enfermedad, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento.

En este proyecto se cumplen varias de ellas, como es la promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Lo que se intenta conseguir a través de este proyecto es implantar una consulta de enfermería en radiología intervencionista, dónde se pueda dar toda la información necesaria a los pacientes que tengan que realizarse procedimientos intervencionistas, donde ellos expliquen sus dudas, dar pautas de seguimiento pre y post procedimiento para evitar posibles

incidentes y hacer anamnesis para que realmente el procedimiento se pueda llevar a cabo. También en dicha consulta se realizarían todas las curas pertinentes tras realizarse procedimientos intervencionistas y promover el cuidado de catéteres u otro dispositivos que lleven instaurados.

- “La enfermera se cerciorará de que la persona reciba información precisa, suficiente y oportuna, de manera culturalmente adecuada, en la cual fundamentará el consentimiento de los cuidados y el tratamiento correspondiente”. Para realizar los procedimientos en las unidades de radiología intervencionista, es necesario un consentimiento informado. En la consulta de enfermería, tras explicar el procedimiento a realizar y aclarar dudas respecto a dicho procedimiento, se podría dar al paciente el consentimiento informado, para que el paciente acepte o rechace el realizarse el procedimiento. Si es aceptado, el paciente nos lo remitirá el día del procedimiento debidamente cumplimentado.

- “Emplear sistemas de registro y de gestión de la información que aseguren la confidencialidad”. Teniendo una consulta de enfermería, se podrá consultar informáticamente la historia clínica del paciente, siempre manteniendo la confidencialidad, al igual que la intimidad del paciente, ya que la consulta se realizará en un espacio habitado para ello.

- “Establecer normas de atención de salud y un contexto de trabajo que fomente la seguridad y la calidad de los cuidados”. Siempre se actuaría según los protocolos que hay instaurados en la unidad de radiología intervencionista, para dar seguridad y calidad a los cuidados del paciente.

- Tal y como el código deontológico explica, en dicha consulta se respetará al paciente, no se discrimina ni según la edad, color, credo, cultura, discapacidad o enfermedad, género, orientación sexual, nacionalidad, opiniones políticas, raza o condición social.

CONCLUSIONES

Según todos los datos que se han obtenido a través de la revisión de procedimientos realizados durante el año 2015 en el Hospital Universitario Parc Taulí, podemos decir que está completamente justificada la creación de una consulta de enfermería propia de la unidad de radiología intervencionista.

Dicha consulta ha de estar dotada de una agenda, espacio físico y personal específico, así como del resto de material para los cuidados.

ARTÍCULOS ORIGINALES

La consulta de enfermería es una de las herramientas más importantes con las que cuenta enfermería, para controlar y vigilar las posibles complicaciones tras los procedimientos. Es un espacio que genera confianza tanto para el paciente como para la enfermera y sirve para el diálogo entre ambos.

En cuanto al trato con pacientes oncológicos al realizar las valoraciones previa colocación de reservorios subcutáneos, hemos de tener en cuenta que requiere una consulta individualizada para dar información de todo el proceso de su enfermedad y un abordaje eficiente no sólo físico sino psicológico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Elsevier (Internet) Vol. 50 Núm 1 (citado enero 2008). Disponible desde: <http://www.elsevier.es/es-revista-radiologia-119-articulo-la-radiologia-vascular-e-intervencionista-13115471>
2. Fernández Sola, C. Enfermería Radiológica (Internet) Almería, 2005. Disponible desde: <http://repositorio.ual.es:8080/jspui/bitstream/10835/1593/1/Libro%20Enfermeria%20Radiologica.pdf>
3. El periodico.com, Comunidad Valenciana. Castellón (citado el 3 noviembre 2013). Disponible desde: http://www.elperiodico.com/castellon/noticias/267956_jaime-pone-marcha-nueva-consulta-enfermeria-radiologica.html
4. Apuntes de máster de enfermería radiológica, 2014-2016. Disponible desde: <file:///C:/Users/pc/Desktop/MASTER%20RADIOLOGIA/TEMA%208/La%20consulta%20de%20enfermer%C3%ADa%20de%20aparici%C3%B3n,%20implantaci%C3%B3n%20y%20desarrollo%20en%20Espa%C3%B1a.htm>
5. Enfermería en Radiodiagnóstico, Madrid (Internet) (Citado 11 mayo 2011). Disponible desde: <http://laenfermeriaenradiodiagnostico.blogspot.com.es/2011/05/la-enfermeria-radiologica.html>
6. Guirao Goris, A. La consulta de enfermería: aparición, implantación y desarrollo en España (Internet). Arnedillo; 1998. Disponible desde: <http://www.uv.es/joguigo/materiales-dominio-profesional/cde.html>
7. García Arraras, I. La consulta de Enfermería de Alta Resolución en la gestión de la demanda indemorable en atención primaria (Internet). País Vasco; 2012/2013. Disponible desde: <https://addi.ehu.es/bitstream/10810/10402/1/La%20consulta%20de%20enfermer%C3%ADa%20de%20alta%20resoluci%C3%B3n%20en%20la%20gesti%C3%B3n%20de%20la%20demanda%20indemorable%20en%20atenci%C3%B3n%20primaria.pdf>
8. Fernandez Castro, M. Martín Gil, B. Revista enfermería Cyl. (Internet) Castilla y León: 2011, Volumen 3, Número2. Consulta de Enfermería en Radioterapia y Cuidados de Soporte en Cánceres de ORL. Disponible desde: <http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/view/57>
9. Solicitud de inclusión en el programa de apoyo a las iniciativas de mejora de calidad en el servicio aragonés de Salud, Gobierno de Aragón. (Internet) Huesca. (Citado (Citado del 2010). Disponible desde: http://www.aragon.es/estaticos/Contenedor/235_huesca_consulta_de_enfermeria_radiologica.pdf



XIX Congreso Nacional de la Enfermería Radiológica Santiago de Compostela 2019

El papel de la enfermería radiológica:
Hacia la especialización
y el cuidado transversal del paciente.



Hospital Clínico Universitario 24 y 25 de Mayo
<https://santiago2019.enfermeriaradiologica.org>



XIX Congreso Nacional de la Enfermería Radiológica Santiago de Compostela 2019

PROGRAMA

Viernes 24 y sábado 25 de Mayo de 2019
Hospital Clínico Universitario - Santiago de Compostela

Viernes 24 Mayo

16:00 h. - Entrega de documentación / Asamblea general de socios de la SEER

18:00 h. - Acto inaugural

Jaume Roca Sarsanedas
Presidente de la Sociedad Española de Enfermería Radiológica
Isabel Turnes Cordeiro
Presidenta del Comité Organizador

Ponencia inaugural

Dr Roberto García Figueiras,
Jefe de Servicio de la Unidad de Radiodiagnóstico del CHUS

20:30 h. - Copa de bienvenida.

Sábado 25 Mayo

08:00 h. - Entrega de documentación

09:00 h. - 1ª Mesa de Formación Continuada

“Proyecto de un Equipo de Terapia Intravenosa en la XEOXI de Santiago. Seguridad del paciente. Creación y Futuro de un ETI (Equipo de Terapia Intravenosa)”.
Dña. Myriam Martín de la Cruz
Enfermera. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela.

“Cuidados de enfermería en el paciente oncológico en el manejo de contraste yodado”
Dña. Ariadna Sánchez
Enfermera. IDI Metropolitana Sud. Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona.

10:15 h. - 1ª Mesa de Comunicaciones orales

11:15 h. - Pausa café

11:45 h. - 2ª Mesa de Formación Continuada

“PET dedicado de mama (dbPET): una extraordinaria herramienta de imagen molecular para el manejo del cáncer de mama”.
Dr. Michel Herranz Carnero.
Head of Molecular Oncology and Imaging Program. Santiago de Compostela.

12:30 h. - 2ª Mesa de Comunicaciones orales

13:45 h. - Almuerzo de trabajo

16:00 h. - 3ª Mesa de Formación Continuada

“Valoración y Cuidado multidisciplinar al paciente en oncología radioterápica”.
Dr. Antonio Gómez Caamaño
Jefe de Servicio de Oncología Radioterápica. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela.

16:45 h. - 3ª Mesa de Comunicaciones orales

17:45 h. - Pausa café

18:15 h. - Defensa de pósters

19:00 h. - Acto de clausura

Jaume Roca Sarsanedas
Presidente de la Sociedad Española de Enfermería Radiológica
Lupe Martínez
Presidenta del Comité Científico

Entrega de premios

21:30 h. - Cena de clausura

Megavejiga

AUTORES

Buedo García J¹; Martínez San Juan R²; Serrano Juárez A².

¹ Enfermero, ² Técnico especialista en Radioterapia y Dosimetría.

Servicio de Radioterapia Hospital General de Valencia ERESA-ASCIREs

jorgebuedo@gmail.com

Recibido: 8-11-2018

Aceptado: 12-01-2019

Varón de 67 años que acude al servicio de radioterapia en agosto de 2017 diagnosticado de carcinoma de esófago.

Para la simulación de radioterapia se le realiza primero un escanograma para seleccionar la zona de la exploración, a continuación, se realiza la exploración hasta L4. En los planos axiales aparece una imagen desconocida. Se amplían los cortes

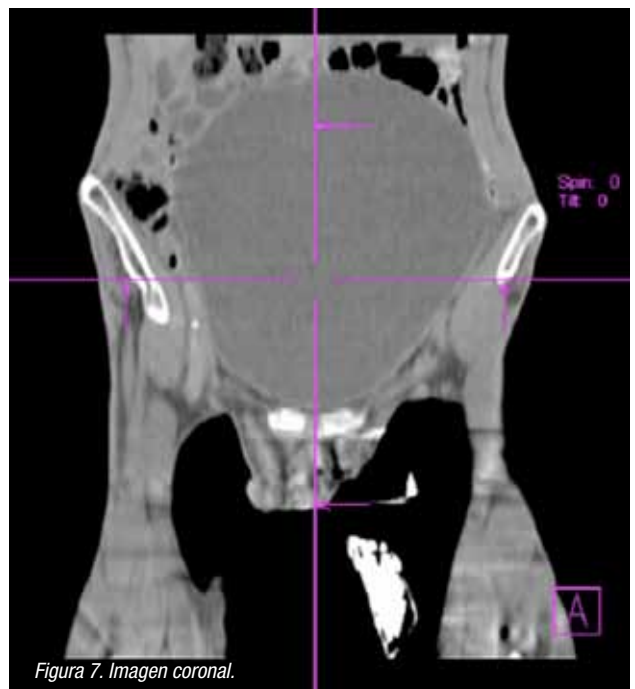
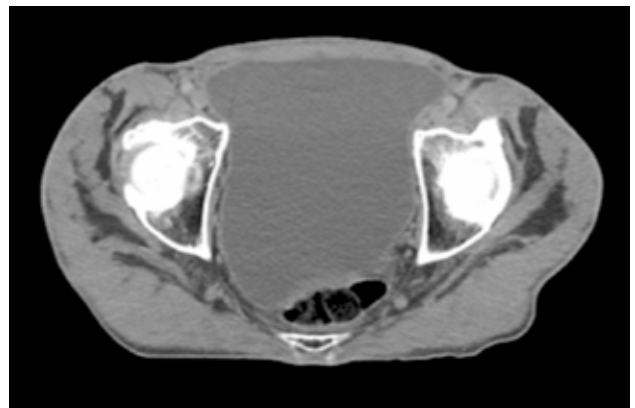
para ver toda la pelvis y descubrimos que el paciente tiene una megavejiga que ocupa toda la pelvis llegando hasta L3.

Se le pregunta al paciente si ha tenido problemas al orinar y dice que no tiene ningún problema y que orina normal. Se envía al baño al señor para comprobar cantidad de micción, al ver que orina poco se deriva a urgencias.



Figura 1. Escanograma de simulación.

IMÁGENES DE INTERÉS



CONGRESOS Y CURSOS

VI CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL IBEROAMERICANO DE ENFERMERÍA

del 7 al 14 de mayo de 2019

Online

+ Información:

<https://www.campusfunciden.com/vi-congreso-de-enfermeria-virtual/>

III SIMPOSIO INTERNACIONAL DE INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA BASADA EN LA EVIDENCIA EN COSTA RICA

San José, Costa Rica, 6-8 de mayo de 2019.

Organiza: Programa de Colaboración para la Investigación en Enfermería Basada en la Evidencia de Costa Rica, CIEBE-CR

+ Información:

<https://es.cochrane.org/es/news/iii-simposio-internacional-de-investigaci%C3%B3n-de-enfermer%C3%ADa-basada-en-la-evidencia-en-costa-rica>

Fuente: Cochrane Iberoamérica

XXVI CONGRESO NACIONAL DE LA SEEGG

Santander, 9-10 de mayo de 2019.

Organiza: Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica

+ Información: <http://bocentium.com/seegg/2019/>

Fuente: Enfermería facultativa

XLIII CONGRESO SEICAP - IX JORNADA ENFERMERÍA EN ALERGIA PEDIÁTRICA

Valencia, 16-18 de mayo de 2019.

Organiza: Sociedad Española de Inmunología Clínica, Alergología y Asma Pediátrica.

+ Información:

<https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/jornadas-eventos/i-congreso-nacional-enfermeria-consultas-hospitalarias-aten>

Fuente: hoycomentamos.com

IX EORNA CONGRES

La Haya, 16-19 de mayo de 2019.

Organiza: EORNA, European Operating Room Nurses Association

+ Información:

<https://eorna-congress.eu/>

Fuente: Enfermería Facultativa

II CONGRESO INTERNACIONAL DE HUMANIZACIÓN EN URGENCIAS, EMERGENCIAS Y CATÁSTROFES

23 y 24 de mayo del 2019. Málaga.

+ Información:

<https://forohurge.com/ii-congreso-internacional-de-humanizacion-en-urgencias-emergencias-y-catastrofes/>

XXXI CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA VASCULAR Y HERIDAS

Gran Canaria.

30 y 31 de mayo del 2019

+ Información:

<http://www.aeevh2019grancanaria.com/>

XVII CONGRESO NACIONAL y I CONGRESO INTERNACIONAL DE LA SEEO, Sociedad Española de Enfermería Oncológica

Salamanca, 29-31 de mayo de 2019.

+ Información:

<http://congresoseco.org/>

Fuente: Enfermería Facultativa

VI CONGRESO INTERNACIONAL IBEROAMERICANO DE ENFERMERÍA

Fecha: 5, 6 y 7 de junio de 2019

Lugar: Córdoba

+ Información:

<https://semes2019.org/>

IV CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN ANDALUZA DE MATRONAS

Fecha: del 6 al 8 de junio del 2019

Lugar: Málaga

+ Información:

<http://www.federacion-matronas.org/actividades-cientificas/congresos/>

IV CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN ANDALUZA DE MATRONAS, XVIII CONGRESO DE LA FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES DE MATRONAS DE ESPAÑA

Fecha: del 6 al 8 de junio del 2019

Lugar: Málaga

+ Información:

<https://www.matronasandalucia2019.com/matronasandalucia2019>

XLV CONGRESO NACIONAL DE LA SEEIUC y I CONGRESO INTERNACIONAL IBÉRICO DE ENFERMERÍA INTENSIVA

Fecha: Palma de Mallorca, 9- 12 de junio de 2019.

Organiza: Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias, SEEIUC.

+ Información:

<http://bocentium.com/seeiuc/2019/>

Fuente: Enfermería Facultativa

CONGRESOS Y CURSOS

XV CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM

Fecha: Lisboa, 26-28 de junio de 2019.

Organiza: Associação Portuguesa de Enfermeiros.

+ **Información:**

<https://www.apenfermeiros.pt/>

Fuente: Fuente: Diario enfermero

II CONGRESO CIENCIA SANITARIA Y I SEMANA CIENTÍFICO SANITARIA

Fecha: del 17 al 23 de junio.

Online.

+ **Información:**

<https://congreso.cienciasanitaria.es/>

CONGRESO CIE 2019, CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERAS

Fecha: Singapur, 27 de junio-1 de julio de 2019.

Organiza: Asociación de Enfermeras de Singapur.

<https://www.icn.ch/es/eventos/congreso-del-cie-en-singapur>

Fuente: Enfermería Facultativa

XII CONGRESO IBEROLATINOAMERICANO SOBRE ÚLCERAS Y HERIDAS SILAUHE

Fecha: 25, 26 y 27 de septiembre del 2019.

Lugar: Cartagena de Indias, Colombia

+ **Información:**

https://fundepielcolombia.com/2019/01/03/boletin-01-03-de-enero-de-2019/?fbclid=IwAR2ON8IS_sgCHKgy3seDWgJb0ljy33EqVAunxeSQtB-CZufVCbRUBUD

XXVII CONGRESO DE NENOATOLOGÍA Y MEDICINA PERINATAL Y VII DE ENFERMERÍA NEONATAL

Fecha: Del 2 al 4 de octubre de 2019.

Madrid

<https://www.congresoneonatologia2019.com/index.php>

XL CONGRESO NACIONAL DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA EN CARDIOLOGÍA

Fecha: Del 17 al 19 de octubre del 2019.

Barcelona.

<https://www.enfermeriaencardiologia.com/aec/congresos/proximo-congreso/>

X JORNADAS NACIONALES Y VII ENCUENTRO NACIONAL DE TUTORES Y RESIDENTES DE LA ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA

Fecha: Los días 23, 24 y 25 de octubre de 2019.

Valencia.

<http://www.enfermeriacomunitaria.org/web/index.php/jornadas2019-inicio/2102-x-jornadas-aec-valencia-2019>

MÁSTER EN INVESTIGACIÓN Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN POBLACIONES VULNERABLES

Fecha: Primer plazo de solicitud de inscripción abierto hasta el 17 de mayo.

Universidad Autónoma de Madrid.

<http://www.uam.es/Medicina/>

PREMIO MEJOR TRABAJO DE FIN DE GRADO Y FIN DE MÁSTER EN ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Fecha: Del 1 al 31 de mayo de 2019.

Toda España.

http://catedraefyc.ua.es/files/DOCUMENTOSBECAS2019/MEJOR_TFG_TFM.pdf

XII PREMIO VIDA Y SALUD DE RELATOS (España)

Fecha: 15 de mayo de 2019.

Organiza: Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Alicante, Consejería de Educación de la Generalitat Valenciana y Asociación de Historia y Antropología de los Cuidados.

Dirigido a: podrán concurrir cuantos escritores lo deseen, aunque se reserva un premio especial para estudiantes y profesionales de enfermería.

+ **Información:**

<https://www.escriitores.org/recursos-para-escriitores/24607-xii-premio-vida-y-salud-de-relatos-espana>

Fuente: Enfermería Integral

VIII CONCURSO UNIVERSITARIO DE VÍDEOS. DROGAS: TU PUNTO DE MIRA

Fecha: 20 de mayo de 2019.

Requisitos: ser mayor de edad, estudiante y estar matriculado en alguna universidad española.

Convoca: Asociación PDS, Promoción y Desarrollo Social, en el marco del Programa "TU PUNTO" de prevención de drogas y otras conductas adictivas entre estudiantes universitarios, financiado por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre drogas.

+ **Información:**

https://tupunto.org/wp-content/uploads/2018/12/Bases_8_Concurso_DROGAS-TU-PUNTO-DE-MIRA.pdf

Fuente: Universidad de Salamanca

PREMIO MEJOR UNIDAD DOCENTE DE ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA TODA ESPAÑA

Fecha: Del 1 al 31 de mayo de 2019.

Toda España.

http://catedraefyc.ua.es/files/DOCUMENTOSBECAS2019/MEJOR_UD.pdf

CONGRESOS Y CURSOS

ASPECTOS RELEVANTES PARA PUBLICAR ARTÍCULOS CIENTÍFICOS EN REVISTAS DE ALTO IMPACTO. Curso pre-congreso del XXVI Congreso nacional de la SEGG

Fecha: Santander, 29 de mayo de 2019.

Organiza: Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica, SEEG.

+ **Información:**

http://seegg.es/curso-pre-congreso-de-investigacion-2/?fbclid=IwARlAbPvTd384s0KhTq929TxHtlS0fq5WqHQ4EOSPH1V9xC0Okc0D_lSy7wA

Fuente: CEADAC

PREMIO MEJOR TRABAJO DE FIN DE RESIDENCIA DE LA ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Fecha: Del 1 al 31 de mayo de 2019. Toda España.

<http://catedraefyc.ua.es/files/DOCUMENTOSBECAS2019/MTFR.pdf>

BECA DE REALIZACIÓN DE TESIS DOCTORAL SOBRE ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Fecha: Del 1 al 31 de mayo de 2019. Toda España.

http://catedraefyc.ua.es/files/DOCUMENTOSBECAS2019/TESIS_DOCT.pdf

CONVOCATORIA DE BECAS SOBRE BIOÉTICA 2018/2019

31 de mayo de 2019.

Convoca: Fundació Víctor Grífols i Lucas

+ **Información:**

<https://www.fundaciogrifols.org/es/web/fundacio/research-grants-rules>

Fuente: Fundació Víctor Grífols i Lucas

BECA DE INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Fecha: Del 1 al 31 de mayo de 2019.

Toda España.

http://catedraefyc.ua.es/files/DOCUMENTOSBECAS2019/INVEST_EFyC.pdf

ACTUALIZACIÓN EN PROCEDIMIENTOS ESTRUCTURALES PARA ENFERMERÍA HEMODINÁMICA

Madrid, 3-4 de junio de 2019.

Organiza: Asociación Española de Enfermería en Cardiología, AEC. GT de Hemodinámica

+ **Información:**

<https://campusaec.com/cursos-presenciales/actualizacion-en-procedimientos-estructurales-para-enfermeria-de-hemodinamica-3a-edicion/>

Fuente: OIB

PREMIO BARCELONA A LA MEJOR TESIS DOCTORAL EN PRL EN UNIVERSIDADES ESPAÑOLAS

20 de julio de 2019.

Convoca: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, Universitat de Barcelona, Universitat Politècnica de Catalunya, Universitat Pompeu i Fabra, con la colaboración de Fundación Prevent

+ **Información:**

<http://www.ficyt.es/oib/difusion/difusion.asp?Id=4286>

Fuente: OIB

IV BECA CLÍNICA EN ENFERMERÍA ONCOLÓGICA MARI PAZ JIMENEZ CASADO

15 de julio de 2019.

Convoca: Fundación Mari Paz Jiménez Casado. Objeto: fomentar y apoyar la formación de enfermeros/as que revierta en el avance de la terapéutica clínica y en el mejor conocimiento de los sarcomas que será desarrollada en un centro nacional. El propósito es financiar una rotación presencial, en centros de reconocido prestigio, nacionales o internacionales, dentro de las especialidades correspondientes y con la finalidad de complementar la formación recibida.

+ **Información:**

<http://www.ficyt.es/oib/difusion/difusion.asp?Id=4280>

Fuente: OIB

PREMIOS MARIBEL BAYÓN 2018/2019

Fecha: De 30 de septiembre de 2018 al 30 de junio de 2019. Toda España.

<https://aesmatronas.com/quienes-somos/premios-la-asociacion-matronas/>

II PREMIO NACIONAL LA ASOCIACIÓN MADRILEÑA DE ENFERMERÍA GERONTOLÓGICA, AMEG

30 de agosto de 2019.

Objeto: estimular a aquellas personas comprometidas profesionalmente, asociaciones o instituciones que fomentan con su trabajo, las buenas prácticas en el ámbito de la prevención de la isquemia y las heridas cutáneas crónicas con el propósito principal de mejorar la calidad asistencial y de vida de quienes cuida.

+ **Información:**

http://portalcecova.es/output/files/premio_cecova_2019.pdf

Fuente: hoycomentamos.com

XX CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA (SEOR)

del 5 al 7 de junio de 2019, Santiago de Compostela.

+ **Información:**

http://www.congresoseor.com/descarga-programa-enfermeria_798742618_80116.html



ENLACES DE INTERÉS

<http://www.aamatronas.org>

<http://www.serie.es>

<http://www.aeev.net>

<http://www.aep.es>

<http://www.enfermeriadeurgencias.com>

<https://www.seden.org/>

<http://gneaupp.info/app/portada/>

<http://enfermeriacomunitaria.org/web/index.php>

<http://www.enfersalud.com>

<http://www.enfermeria21.com>

<http://www.guiadeenfermeria.com>

<http://www.hon.ch/HONsearch/Patients/medhunt.html>

<http://www.isciii.es>

<https://www.enfermeriaencardiologia.com/revista/>

<http://revistas.um.es/eglobal/>

<https://www.oiiq.org>

<http://www.icn.ch>

<http://www.who.int/en/>

<http://internationalmidwives.org>

<http://www.msc.es>

http://www.index-f.com/blog_oebe/

<http://www.seei.es>

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

<http://www.medicinatv.com>

<http://uesce.com>

<http://www.e-rol.es/body.php>

<http://www.portalhiades.com>

<http://www.nurse-beat.com>



CUIDARXE es el portavoz oficial de la Sociedad Española de Enfermería Radiológica.

Sus objetivos son dar a conocer trabajos científicos originales, servir de instrumento de opinión y debate, facilitar la formación continuada y poder ser agenda de actividades científicas y sociales, para todos los profesionales de enfermería interesados en la Radiología, la Medicina Nuclear y la Radioterapia. Para cumplir dichos objetivos, CUIDARXE consta de las siguientes secciones: Editoriales, Artículos Originales, Imágenes de Interés, Formación Continuada, Cartas al Director, Radiografía a..., Informes y Noticias. Los artículos originales y las imágenes de interés, antes de su aceptación, serán evaluados de modo anónimo por dos revisores expertos designados por el comité editorial de CUIDARXE. CUIDARXE no se hace responsable del contenido científico, ni de las implicaciones legales de los artículos publicados.

PRESENTACIÓN DEL MANUSCRITO

Estructura

1. Artículos Originales.

Deberán seguir el siguiente orden: Resumen / Abstract, Palabras clave / Keywords, Introducción, Material y Métodos, Resultados, Discusión, Conclusiones y Bibliografía.

2. Cartas al Director.

La extensión máxima será de 600 palabras.

3. Imágenes de interés.

Extensión no superior a 150 palabras. Se admitirán hasta 3 figuras y 3 citas bibliográficas.

4. Formación Continuada, Informes y Editoriales.

Artículos Originales

Los trabajos podrán presentarse en castellano o en inglés. Los textos de los artículos deberán entregarse en un archivo Microsoft Word, con texto simple, sin tabulaciones ni otros efectos. El tipo de letra será Arial o Times indistintamente, y de cuerpo (tamaño) 12. Las hojas irán numeradas correlativamente en el ángulo superior derecho. El artículo original se presentará en el siguiente orden:

1. En la primera hoja se indicarán los siguientes datos: título del artículo, nombre y apellidos de los autores, nombre y dirección completa del centro en el que se ha realizado el trabajo y dirección para la correspondencia, incluyendo teléfono, fax y correo electrónico.

2. En la segunda hoja: se redactará, en castellano e inglés un resumen (abstract) que seguirá el modelo estructurado (Objetivo, Material y Métodos, Resultados, Conclusiones) y que tendrá como límite un máximo de 250 palabras.

En esta misma página se indicarán de 3 a 5 palabras clave (keywords)

que identifiquen el trabajo. A continuación seguirán las hojas con el texto del artículo y la bibliografía.

3. Seguidamente se incluirán las tablas ordenadas correlativamente.

4. Por último se incluirán las gráficas y las imágenes con una resolución de 300 puntos por pulgada, de 10 a 12 cm de ancho y preferiblemente en formato TIF, con los correspondientes pies explicativos. Las imágenes serán de buena calidad y deben contribuir a una mejor comprensión del texto. La edición de imágenes en color tendrán un coste adicional a cargo de los autores.

Remisión de trabajos

Los trabajos pueden remitirse por vía electrónica a través del correo electrónico:

jcordero@enfermeriaradiologica.org

Si el autor prefiere la vía postal los trabajos se remitirán en versión impresa (incluyendo figuras, imágenes y tablas) y en soporte informático a:

Sociedad Española de Enfermería Radiológica

Redactor Jefe de la Revista de la SEER

C/ Pujades, 350 08019 Barcelona

Todos los manuscritos irán acompañados de una carta de presentación en la que se solicite el examen de los mismos para su publicación, indicando en qué sección de CUIDARXE. En caso de ser un Original, debe indicarse expresamente que no se ha publicado en ninguna otra revista y que sólo se ha enviado a CUIDARXE. El Consejo de Redacción acusará recibo de los trabajos recibidos e informará de su aceptación.

Los trabajos serán enviados a 2 expertos sobre el tema tratado. El comité editorial se reserva el derecho de rechazar los artículos que no juzgue apropiados, así como de introducir las modificaciones que considere oportunas, previo acuerdo con los autores. Todos los trabajos científicos aceptados quedan como propiedad permanente de CUIDARXE y no podrán ser reproducidos total o parcialmente, sin permiso de la Editorial de la Revista.

El autor cede, una vez aceptado su trabajo, de forma exclusiva a CUIDARXE los derechos de reproducción, distribución, traducción y comunicación pública de su trabajo, en todas aquellas modalidades audiovisuales e informáticas, cualquiera que sea su soporte, hoy existentes y que puedan crearse en el futuro.

El autor recibirá, cuando el artículo esté en prensa, unas pruebas impresas para su corrección, que deberá devolver dentro de las 72 horas siguientes a la recepción.

Los autores podrán consultar la página web de la SEER, www.enfermeriaradiologica.org, donde se encuentra toda la información necesaria para realizar el envío.

Solicitud de Ingreso

(No escribir)

Apellidos / Entidades o empresas protectoras (1-ver dorso)		Nombre	NIF
Domicilio (calle/plaza/avenida, número, escalera y piso)			Teléfono
Población	Código Postal	Móvil	
Colegio Oficial de (Profesión)	Población	Número Colegiado	
e-mail (escribir en mayúsculas)	Lugar de trabajo o empresa / entidad protectora		

Demanda:
 Pertener a la Sociedad Española de Enfermería Radiológica y a la Asociación/Sociedad regional correspondiente, en calidad de miembro: (2-mirar al dorso)

Expone: _____
 Que habiendo sido informado de la existencia de un fichero de datos personales gestionado por la Sociedad Española de Enfermería Radiológica para la relación entre ambos, puede ejercitar su derecho a rectificarlas, cancelarlas o oponerse, a por parte del titular, de los datos que aparecen, con una simple comunicación por escrito dirigida a la Sociedad Española de Enfermería Radiológica o en cualquier filial de ésta, de conformidad a lo que establece la vigente ley de protección de datos de carácter personal.

Comunica:
 Los datos contenidos en esta solicitud de ingreso, los cede de forma voluntaria y da su consentimiento para su integración en el fichero gestionado por la Sociedad Española de Enfermería Radiológica, a efectos de la relación entre ambos y que puedan ser comunicadas y cedidas a otras entidades que colaboren con la Sociedad Española de Enfermería Radiológica en la consecución de sus fines. De forma expresa, AUTORIZA a recibir de estas entidades, información diversa sobre los servicios o productos que puedan ofrecer a los miembros y entidades adheridas a la Sociedad Española de Enfermería Radiológica.

Solicita:
 Le sea admitida su solicitud de ingreso en la Sociedad Española de Enfermería Radiológica y le sean pasadas las cuotas correspondientes a su condición de miembro, en la entidad bancaria:

Entidad bancaria

IBAN	Entidad	Oficina	D.C.	Número Cuenta
------	---------	---------	------	---------------

Firma (y sello en caso de Empresas)

Fecha solicitud



1. Empresas o Entidades Protectoras

La inscripción de un miembro protector tiene derecho a un ejemplar de la revista científica que publica la Sociedad. En caso de solicitar más de un ejemplar, rellenar el siguiente campo.

Deseo disponer de..... ejemplares de cada número de la Revista de la Sociedad Española de Enfermería Radiológica

2. Clases de miembros

- A. Miembro Numerario:** Enfermeros/as que desarrollan principalmente su actividad profesional en el Diagnóstico por Imagen y tratamiento (Dxi, Intervencionista, etc.), Medicina Nuclear o Radioterapia Oncológica. O Enfermeros/as que desean pertenecer de pleno derecho a la SEER.
- B. Miembro Asociado:** Personas que desarrollen su actividad profesional en el campo de la Enfermería y/o Ciencias afines y solamente desean recibir la revista.
- C. Miembro Agregado:** Estudiantes Universitarios que no estén desarrollando actividad profesional. Se requiere presentar la solicitud avalada por dos miembros numerarios.
- D. Miembro Protector:** Personas Físicas o Jurídicas, públicas o privadas, que colaboren en el sostenimiento y desarrollo económico de la Sociedad.

(Rellenar solamente en caso de Miembros Asociados y Agregados)

Avalado por:

.....
Nombre y Apellidos

.....
Firma:

.....
Nombre y Apellidos

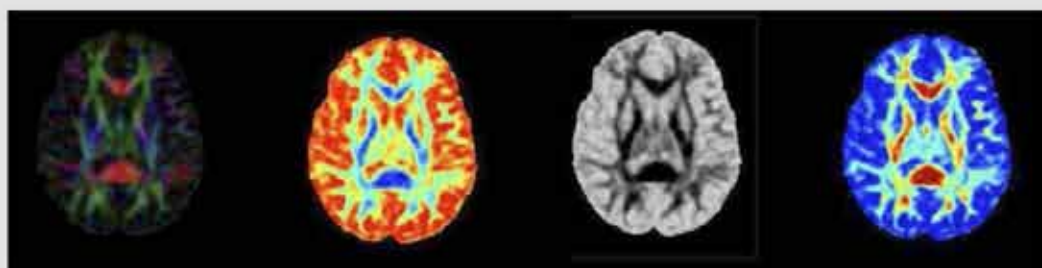
.....
Firma:



ACREDITACIÓN ENFERMERA EN RESONANCIA MAGNÉTICA

**Acredita tu competencia
enfermera en el ámbito
de las unidades de
resonancia magnética.**

www.enfermeriaradiologica.org



Cupón de pedido libros Fuden de Apoyo al Diagnóstico



Datos personales

NIF/Pasaporte	Nombre					
Primer apellido		Segundo apellido				
Calle/plaza/avda.	nº	esc.	piso	puerta	Código postal	
Localidad	Provincia			País		
Teléfono	Móvil	e-mail				

DATOS DEL PEDIDO

Elige título

Elige título

RECUERDA: A los precios de estos libros debes añadirles los gastos de envío correspondientes:
GASTOS DE ENVÍO ESPAÑA: 1 VOLUMEN 6€ VARIOS VOLUMENES 10€
GASTOS DE ENVÍO EXTRANJERO: 1 VOLUMEN 18€ VARIOS VOLUMENES 18€

FORMA DE PAGO

- TRANSFERENCIA AL BANCO POPULAR
C/C: 0075-0123-55-0601015081
- GIRO POSTAL AL DOMICILIO DE FUDEN
C/ CUESTA DE SANTO DOMINGO, 6 · 28013 MADRID
- En la **LIBRERÍA FUDEN:** Cuesta de Santo Domingo 20. Madrid. Recuerda que debes **adjuntar este cupón** cumplimentado para poder disfrutar de esta oferta especial.

FIRMA Y FECHA

ADJUNTAR DOCUMENTO ACREDITATIVO DEL PAGO

Rellena, imprime y envía este cupón junto al documento acreditativo del pago a **FUDEN**, Cuesta de Santo Domingo 6, 28013 Madrid y te remitiremos tu libro. Si prefieres comprarlo presencialmente en nuestra **librería**, te estaremos esperando. Recuerda nuestra dirección: Cuesta de Santo Domingo 20. Madrid.

Incluye la acreditación del Consejo de Seguridad Nuclear para operar con equipos de Radiodiagnóstico y de Medicina Nuclear.

MÁSTER EN ENFERMERÍA RADIOLÓGICA

NOVIEMBRE > MODALIDAD ON-LINE
60 CRÉDITOS ECTS

10%

de descuento en la matrícula a los miembros de la Sociedad Española de Enfermería Radiológica

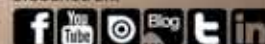
Descúbrelo y amplía toda la información en:

www.il3.ub.edu



Especializado en Diagnóstico por la Imagen,
Medicina Nuclear y Radioterapia Oncológica

SÍGUENOS EN:



B Universitat de Barcelona

IL3 Instituto de Formación Continua

IL3, Instituto de Formación Continua de la Universitat de Barcelona
Districte 22@
C/ Ciutat de Granada, 131
08018 Barcelona