

REVISTA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA RADIOLÓGICA

RSEER

Órgano Oficial de la Sociedad Española de Enfermería Radiológica

Pujades, 350 08019 Barcelona
Teléfono 93 212 81 08
Fax 93 212 47 74
www.enfermeriaradiologica.org

Dirigida a:

Profesionales de enfermería que realizan su actividad principal 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:

Srta. Laura Rausell
Teléfono 93 212 81 08
Fax 93 212 47 74
lrausell@coib.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.

Revista indexada en base de datos:

CUIDEN www.index-f.com

Disponible en Internet:

www.enfermeriaradiologica.org

Junta directiva de la SEER

Presidente: **Jaume Roca Sarsanedas**
Vicepresidente: **Joan Pons Camprubí**
Secretario: **José Miguel Martínez**
Tesorero: **Xavier Vila Giménez**

Vocales Asociaciones Autonómicas

Aragón: **Gema López-Menchero Mínguez**
Castilla León: **Clemente Álvarez Carballo**
Valencia: **Luis Garnés Fajardo**
Navarra: **Maite Esporrín Lasheras**
Cataluña: **Laura Pla Olivé**
Andalucía: **Inma Montero Monterroso**
Galicia: **Gonzalo Maceiras Galarza**

Depósito Legal: B-18307-2004 ISSN: 1698-0301

CLAU
IMPRESSIÓ, S.L.



Papel carta, tarjetas, sobres, talonarios, folletos, carteles, revistas, papel en continuo, catálogos...

C/ Sant Jordi, 19-21-08812 Les Roquetes
Tel. 93 515 50 65 E-mail: spjimpressio@gmail.com



ARBU DISEÑO GRÁFICO

Diseño y comunicación visual

Cartellà, 75, bajos - 08031 Barcelona
Tel./Fax 93 429 95 82 E-mail: arbu@arbuico.e.telefonica.net

Imprime: **Clau Impressió** Diseño: **ARBU Diseño Gráfico**

Sumario

REVISTA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA RADIOLÓGICA
Rev. Soc. Esp. Enf. Radiol., 2012; nº1

3	Editorial
4	Carta del Presidente de la SEER
5	Artículos originales Resonancia magnética ante sospecha de compresión medular. <i>Rubén Hinarejos Monleón y Joaquín Bosque Hernández.</i>
11	Artículos originales Atención integral al paciente que se va a realizar una cardio-resonancia magnética de estrés con adenosina. <i>María Ángeles Betelu Oronoz et al.</i>
19	Artículos originales Programa de información para aumentar la seguridad de los pacientes ambulatorios frente a los efectos adversos iatrogénicos de los contrastes radiológicos. <i>Pérez García E. y Morano Delgado M.</i>
30	Noticias RSEER
36	Bolsa de trabajo
39	Actos científicos
40	Enlaces Internet
42	Información para los autores
43	Solicitud de ingreso

Comité Editorial

REVISTA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA RADIOLÓGICA

Pujades, 350 08019 Barcelona
Teléfono 93 212 81 08
Fax 93 212 47 74
www.enfermeriaradiologica.org

Redactor Jefe:

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

Coordinador Editorial de la revista:

Ignacio Liarte Trias
Hospital de Bellvitge. Barcelona.

Comité Asesor:

D. Jaume Roca i Sarsanedas

Presidente de la SEER.

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

D. Joan Pons i Camprubí

Vicepresidente de la SEER.

Dña. Inma Montero Monterroso

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Dña. Gema López-Menchero Mínguez

*Hospital Provincial Nuestra Señora de Gracia.
Zaragoza.*

D. Luis Garmes Fajardo

Hospital de Castellón.

D. Gonzalo Maceira Galarza

Hospital Meixoeiro. Vigo.

Comité Editorial:

D. José Manuel Sánchez Pérez

Hospital Povisa. Vigo.

D. Jorge Casaña Mohedo.

ERESA. Valencia.

Dña. M^a Angeles Betelu Oronoz

Clínica Universitaria de Navarra.

D. Angel Benedit Gómez

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

D. Rafael Iñigo Valdenebro

Hospital General de Valencia.

Dña. Mabel Garzón Mondéjar.

*Hospital Central de la Defensa "Gómez Ulla".
Madrid.*

Dña. Isabel Martín Bravo

Hospital Meixoeiro. Vigo.

D. Roberto Díaz Meyer

Hospital de Sant Pau. Barcelona.

D. José Antonio López Calahorra

Hospital Miguel Servet. Zaragoza.



Estamos inmersos en un nuevo año el cual se caracteriza, una vez más, por la crisis por la que estamos pasando. Crisis que afecta a todos los ámbitos y que, por supuesto, la sanidad no queda excluida. Muchos de nosotros vemos como cada día las condiciones en las que desarrollamos nuestra labor diaria está mermada por uno u otro factor.

Pero si por algo nos caracterizamos los enfermeros, y mas los que trabajamos en el ámbito del Radiodiagnóstico, Medicina Nuclear y Radioterapia, es por nuestro afán de lucha y superación. Y, a pesar de todo y todos, seguiremos avanzando y desarrollando nuestra profesión de la mejor manera posible. Y uno de los engranajes que tiran del "motor" de este desarrollo, es la publicación de artículos. Como siempre he dicho, somos lo que escribimos y si queremos hacernos sentir, hemos de escribir y reflejar sobre el papel todas aquellas competencias y funciones que llevamos a cabo día a día. Por eso os animo a que enviéis artículos para publicar en esta, vuestra revista. Como se suele decir, en tiempos de crisis se agudiza el ingenio.

Por otro lado, desde la SEER seguimos con el compromiso firme de defender nuestra profesión de forma activa. Como ya os dije en el anterior número, el año que viene celebraremos el XVI Congreso Nacional de la SEER. Los compañeros de la Asociación Aragonesa son los encargados de llevar a cabo la celebración de este congreso. Y, si me permitís la licencia, me consta que el esfuerzo es titánico. Los días 8,9 y 10 de mayo de 2013 son los días elegidos para el evento. En breve podréis ir consultando en la página web toda la información al respecto.

Asimismo, el Master que organiza la SEER sigue evolucionando y ya vamos por la segunda edición. Además, la que será la tercera edición, está diseñada según las directrices del Espacio Europeo de Educación Superior y equivalente a 60 créditos ECTS. Además, a parte de la obtención de la acreditación expedida por el Consejo de Seguridad Nuclear para poder trabajar en los departamentos donde se emplean radiaciones ionizantes, está en curso el trámite para obtener la acreditación correspondiente para poder trabajar en instalaciones radiactivas., lo que convierte a este Master en una herramienta imprescindible en el desarrollo continuo de nuestra profesión. Podéis consultar toda la información en nuestra página web.

Como veis, ante la adversidad no queda alternativa que seguir firmes en nuestros objetivos y nuestros deseos de convertirnos en elementos fundamentales en la Sanidad.

Jose Antonio Cordero Ramajo
Redactor Jefe de la revista de la SEER

Carta del Presidente de la SEER

Nuestro presente es reflejo de nuestro pasado

Jaume Roca Sarsanedas
Presidente SEER

Como dicen algunos filósofos, para entender nuestro presente es necesario saber de dónde venimos. Aunque los miembros más antiguos de nuestra sociedad ya son conscientes de nuestro origen, no está de más refrescar nuestra memoria y darla a conocer a los miembros más jóvenes.

Este año 2012 se cumplen 30 años de la creación de la Federación Española de Asociaciones de Enfermería Radiológica (FEAER). En aquellos años, cada comunidad autónoma creó su propia asociación de enfermería radiológica que se agruparon en esta Federación de ámbito estatal, con dos objetivos principales: La edición de una revista científica nacional y la defensa de nuestra de nuestra especialidad en los organismos estatales.

Con el paso del tiempo, se hizo necesaria modernizar nuestra estructura y se transformó, en el año 2004, en la Sociedad Española de Enfermería Radiológica, que sigue con los mismos objetivos.

En el año 2008, cumplimos el 25 aniversario de la creación de la FEAER. Y durante el XIII Congreso de la Enfermería Radiológica celebrado en Córdoba, se hizo un homenaje a los presidentes y presidentas que han regido nuestra entidad, como representantes de todos los compañeros que han formado parte de sus juntas directivas.

La Enfermería Radiológica sigue existiendo, gracias al empeño, esfuerzo y tiempo personal de estos compañeros y compañeras. Formar parte de una entidad científica con poco reconocimiento de las propias instituciones enfermeras, sin valorar otras instituciones legisladoras y académicas, se merecen nuestro respeto, gratitud y admiración.

Gestionar una entidad como la FEAER o SEER significa que estás dispuesto a ofrecer parte de tu tiempo personal en amparar unos ideales de profesión, defender una forma especializada de cuidar y compartir los conocimientos para mejorar nuestro nivel

profesional, sin pretender más recompensa que la tarea bien hecha.

Mirando hacia atrás, a veces puede ser un poco frustrante. Ves que algunos problemas de hace 30 años siguen existiendo:

- La falta de reconocimiento de nuestras instituciones enfermeras a nuestra labor.
- La falta de coherencia en los gestores sanitarios.
- La falta de respeto de nuestros compañeros en el equipo multidisciplinar.

Pero si miramos el presente, podemos ver algunos cambios positivos:

- La profesión enfermera se ha equiparado al resto de carreras universitarias.
- La SEER está viva y se hace oír, aunque no se quiera escuchar.
- Se ha conseguido una formación universitaria específica de nuestra labor, a través de un Máster Académico.

Y al final, hay que diseñar un futuro. Y debemos hacerlo los profesionales que trabajamos en estas áreas. Enfermeros/as de diagnóstico por imagen, de radioterapia, de medicina nuclear, intervencionistas, hemodinámicos, etc.

Por esto se creó la FEAER, por esto se transformó en SEER y por todo ello, seguimos con más ganas que nunca.

Como Presidente de la SEER y en nombre de la actual junta directiva, doy las gracias a los antiguos compañeros y compañeras que nos precedieron. Y puedo garantizar a todos los miembros de nuestra entidad que seguimos con el mismo espíritu y esfuerzo.

Artículos Originales

Resonancia magnética ante sospecha de compresión medular

Rubén Hinarejos Monleón;

Supervisor Enfermería Resonancia Magnética.

Hospital Clínico Universitario. ERESA. Valencia.

Joaquín Bosque Hernández;

Enfermero Resonancia Magnética.

Hospital la Fe. ERESA. Valencia.

Dirección de correspondencia

e-mail:
rhinarejos@eres.com
jbosque@eres.com

Enviado: 05/10/2011
Aceptado: 12/12/2011

Resumen

La Compresión Medular es una urgencia neurológica, siendo en oncología la segunda complicación neurológica más importante después de las metástasis cerebrales. El diagnóstico y tratamiento precoz es el arma más importante para garantizar la efectividad terapéutica siendo la parálisis, la pérdida de sensibilidad y la disfunción de los esfínteres, los estadios clínicos finales de esta urgencia, directamente relacionados con el aumento de la morbilidad y con un menor tiempo de supervivencia. El factor determinante de la evolución de la compresión medular es el estado neurológico en el momento de la identificación del síndrome.

Por todo ello, la RM urgente será una prueba diagnóstica muy importante para la toma de decisiones en los servicios de urgencia, ya que este método aporta gran información en una exploración relativamente rápida e inocua.

Palabras clave:

Urgencia, compresión medular, resonancia magnética, metástasis.

Abstract

Spinal cord compression is a neurological emergency, oncology being the second most important neurological complication after brain metastases. Early diagnosis and early treatment is the most important weapon to ensure the therapeutic effectiveness to be paralysis, loss of sensation and bowel and bladder dysfunction, late clinical stages of this emergency, directly related to increased morbidity and a lower survival time. The determining factor in the evolution of spinal cord compression is the neurological status at the time of the identification of the syndrome.

Therefore, an urgent MRI is a diagnostic test important for decision-making in emergency services, as this method provides great information in a relatively quick and safe exploration.

Keywords:

Emergency, cord compression, magnetic resonance, metastases.

Artículos Originales

Introducción

La resonancia magnética gracias a su gran resolución tisular y elevada calidad de imagen se está convirtiendo cada vez más en un método de diagnóstico de elección para determinadas patologías de carácter urgente. Además, la mayor disponibilidad de equipos de RM en centros hospitalarios conlleva un incremento en la solicitud de este tipo de exploraciones. La RM urgente permite acortar el tiempo necesario para el diagnóstico, proporcionando un mejor pronóstico para el paciente, así como una mayor efectividad terapéutica.

Actualmente entre las principales indicaciones de RM urgente destacan:

- Compresión medular (traumática, tumoral, infecciosa y vascular).
- Patología aórtica aguda con alergia al contraste yodado (ver figura 1).
- Tromboembolismo pulmonar (TEP) en paciente con alergia al contraste yodado (ver figura 2).
- Ictus cerebrales con repercusión clínica no visibles en TC.
- Embarazadas con patología abdominal o pélvica aguda no visible por ecografía.
- Fracturas óseas no aclaradas mediante Rx.
- Peticiones valoradas por facultativo solicitante y radiólogo.

Entre las indicaciones de resonancia magnética urgente destaca por encima de todas la realizada ante sospecha de compresión medular (principalmente de origen metastásico) ya que es la que se realiza con mayor frecuencia.

A pesar de sus múltiples ventajas la RM urgente tiene una serie de inconvenientes tales como la necesidad de una total colaboración por parte del paciente, tiempo elevado de adquisición de imágenes, importante coste económico y difícil accesibilidad en situaciones de emergencia ya que el material empleado (intubación, monitores...) debe ser no ferromagnético.

El aumento de la demanda de este tipo de exploraciones ha llevado a un mayor desarrollo de secuencias ultrarrápidas que permiten obtener imágenes



Figura 1. Diseción aórtica. Unidad RM H. Clínico Valencia. ERESA.



Figura 2. TEP. Unidad RM H. Clínico Valencia ERESA.

Artículos Originales

diagnósticas en menor tiempo de adquisición.

Todo ello hace que, cada vez sea más importante el trabajo de enfermería en el desarrollo de este tipo de exploraciones así como en la atención a pacientes en RM urgente.

Tipos de compresión medular

La compresión medular se puede producir por diversos mecanismos entre los que destacan:

- 1.- Compresión medular de origen mecánico (traumatismos, procesos degenerativos, hernias discales...)
- 2.- Compresión medular de origen infeccioso.
- 3.- Compresión medular de origen vascular.
- 4.- Compresión medular oncológica o de origen metastático.

Compresión mecánica

Se produce una mielopatía por procesos degenerativos con la consecuente estenosis de canal medular y la presencia de importantes hernias discales que obliteran total o parcialmente los agujeros de conjunción de dicho canal (ver figura 3).

Otra causa de compresión mecánica son los traumatismos directos (politraumatismos, caídas, etc) sobre la columna vertebral pudiéndose ver afectada la médula. (ver figura 4).

El diagnóstico se lleva a cabo mediante Rx simple, TC y como última opción la realización de una resonancia magnética.

Compresión de origen infeccioso

Existe una incidencia de 0'2-1'2 por 10.000 de los casos de sospecha de compresión medular.

Pueden surgir por vía hematógica, por contigüidad o por inoculación directa por traumatismo penetrante o contaminación yatrogénica.

Existen factores predisponentes como suelen ser determinadas enfermedades crónicas como la diabetes, alteraciones inmunológicas y cuando existe adicción a determinadas drogas.

Se suele producir dolor, fiebre y déficit neurológico.



Figura 3. Compresión medular por voluminosa hernia discal. Unidad RM H. Clínico Valencia ERESA.

Artículos Originales

Compresión de origen vascular

En su mayoría debido a una malformación arteriovenosa (MAV) o a un hematoma epidural o subdural (por ejemplo, tras una punción lumbar en un paciente anticoagulado). Las MAV se sitúan en el espacio epidural, subdural o intramedular. Se localizan frecuentemente a nivel torácico o a nivel lumbar (ver figura 5). Se subdividen en tres grupos:

- Fístulas dures.
- Fístulas arteriovenosas perimedulares.
- Malformaciones arteriovenosas intramedulares.

La sintomatología clínica es debida a la compresión y a los fenómenos isquémicos ya que raramente se rompen. El síntoma principal es el dolor de espalda y suele ser un dolor local.

Si la MAV sangra, la clínica puede confundirse con una hemorragia subaracnoidea. Se produce cefalea, obnubilación y signos meníngeos. Incluso se puede llegar a producir un shock medular con paraplejía súbita, trastornos esfinterianos y sensitivos.

El líquido cefalorraquídeo (LCR) suele ser anormal incluso en la ausencia de sangrado, observándose una moderada pleocitosis y una elevación de las proteínas.

El estudio más específico es la angiografía medular.

Los hematomas epidurales o subdurales suelen ir asociados a: traumatismos, anestesia epidural, punción lumbar o de forma espontánea sin factores de riesgo asociados. El cuadro clínico es siempre agudo o subagudo manifestándose como una mielopatía con claro nivel lesional. La resonancia magnética es la prueba de elección ya que muestra el hematoma y su relación con las envolturas meníngeas.

Compresión de origen metastásico

La compresión medular (CM) metastásica es la segunda complicación neurológica más frecuente en las entidades malignas después de las metástasis cerebrales. La CM es la primera manifestación de enfermedad tumoral en aproximadamente 10% de los casos (ver figura 6). En cerca del 50% de los pacientes la CM se origina en metástasis óseas de cáncer de mama (21%), de pulmón (19%), y de próstata (10%). Otras malignidades frecuentes incluyen



Figura 4. Compresión medular tras traumatismo directo en un precipitado. Unidad RM H. Clínico Valencia ERESA.

Artículos Originales

linfoma (8%), sarcoma (7%), riñón (6%), mieloma múltiple (4%), y melanoma (4%). La evolución natural de la CM produce paresia/plejía, disfunción autonómica, trastornos sensitivos, e incontinencia esfinteriana. La CM es un evento oncológico con pronóstico adverso, que en un significativo número de casos señala el ingreso a la fase de preterminalidad. La mediana de supervivencia varía entre 3 y 6 meses, y el 4 al 39% de los pacientes está con vida al año del diagnóstico. El factor determinante en la evolución de la CM es el estado neurológico en el momento de la identificación del síndrome.

La CM puede originarse de metástasis intramedulares, leptomeníngeas y epidurales.

Las más frecuentes suelen ser las epidurales y su localización suele tener su origen en las apófisis vertebrales, en los espacios paravertebrales y en el espacio epidural (ver figura 7)

La compresión medular oncológica es una fuente de morbilidad muy importante cuyo diagnóstico y tratamiento precoz es el arma más importante para garantizar la efectividad terapéutica. La parálisis y la disfunción de los esfínteres, son los estadios clínicos finales de esta urgencia oncológica que están directamente relacionados con un menor tiempo de supervivencia.

Aparece en el 5% de los pacientes con cáncer, siendo los más frecuentes el cáncer de pulmón, próstata y mama. La compresión medular maligna ocurre por invasión directa del tumor primario o por sus metástasis. La compresión medular se puede producir por diferentes mecanismos:

- Tumor en cuerpo vertebral comprimiendo el saco dural.
- Metástasis en el espacio epidural.
- Tumor paraespinal invadiendo el foramen intervertebral.

En la mayoría de los casos las metástasis del cuerpo vertebral son por vía hematológica debido a la expresión de genes de determinados clones tumorales con especial tropismo por la médula ósea vertebral. Suelen crecer en las zonas bien vascularizadas de la vértebra, que es la parte posterior del cuerpo vertebral, por lo que lo primero que se afecta es la parte anterior de la médula espinal. La invasión por el tumor altera la relación entre el plexo venoso epidu-



Figura 5. MAV a nivel dorsolumbar. Unidad RM H. Clínico Valencia ERESA.

Artículos Originales

ral del cuerpo vertebral y el canal medular, provocando un éxtasis venoso y edema medular que lleva a una disminución del flujo capilar y a la liberación de PG-E, citoquinas, neurotransmisores excitadores y mediadores inflamatorios que son los responsables de los cambios asociados a la hipoxia, isquemia y daño tisular neurológico. La velocidad de instauración de la clínica indica la severidad del daño, y la probabilidad de revertir un cuadro clínico de paresia está inversamente relacionado con el mantenimiento del mismo: así, si es de 9 horas, la situación es muy reversible; si es de 24-48 horas, la situación es reversible y si son 7 días, la situación es casi irreversible.

Conclusiones:

La mayor disponibilidad de equipos de RM en los centros hospitalarios, la excelente resolución tisular que aporta y el desarrollo de secuencias ultrarrápidas ha llevado a un incremento notable en la realización de RM urgentes.

Relacionado con las posibles causas de la compresión medular, es fundamental la presencia del personal de enfermería para resolver cualquier tipo de incidencia derivada de la patología del paciente que se produzca durante la realización de la exploración, puesto que no debemos olvidar que las causas de la CM suelen asociarse a estados clínicos críticos en los pacientes.



Figura 6. Compresión medular de origen metastático. Unidad RM H. Clínico Valencia ERESA.

Artículos Originales



Figura 7. Plano sagital y coronal donde se observa la afectación metastásica a nivel de las apófisis vertebrales y los espacios paravertebrales. Unidad RM H. Clínico Valencia ERESA.

Bibliografía

- 1.- Stark D, Bradley W. Resonancia Magnética. Ed. Mosby. 3ª Ed. 2000.
- 2.- Orrison W. Neuroimaging. Saunders ed. 2000. pag 1335-1336.
- 3.- Osborn A. Diagnostic Neuroradiology. Mosby ed. 1994. pag. 877-879
- 4.- Pedrosa C, Casanova R. Diagnóstico por imagen. Ed. Mc Graw-Hill. 2ª Ed. 1999. 97-123.
- 5.- Edelman R, Zlatkin M, Hesselink J. Clinical Magnetic Resonance Imaging. Ed. Saunders. 2ª Ed. 1996. 3-52.
- 6.- Quint DJ: Indications for emergent MRI of the central nervous system. JAMA: 253 - 283.
- 7.- Italo D. Angeloni. Tumores extramedulares en RM. Rev. Argent. Radiolo; 57(3):157-64, jul-sep. 1993.
- 8.- Shellock F. Reference Manual for MRI Safety, Implants and Devices. Biomedical Research Publishing Group. Ed. 2007.
- 9.- Solberg A, Bremnes R. Metastatic spinal cord compression: diagnostic, delay, treatment, and outcome. Anticancer Res 1999; 19: 677-681.
- 10.- Artal A, Espinosa E, García de Paredes ML. Urgencias Oncológicas. Oncología Clínica. Fundamentos y Patología General. Ed. Interamericana-McGraw Hill 1992; 197-213.
- 11.- Devereaux M. Anatomy and examination of the spine. Neurol Clinic (2007). 331-351.
- 12.- Domínguez Fernández S, López Martín JA, Rodríguez Lescure A. Compresión medular. Diagnóstico y tratamiento. Rev Cancer 1992; 6: 95-100.
- 13.- Constenla M. Compresión medular. Tratado de Medicina Paliativa y tratamiento de soporte en el enfermo con cáncer. Editorial médica Panamericana, S.A., 1996: 747-752.
- 14.- Iriarte LM, Fernández-Bolaños R, Galán J. Enfermedades que causan compresión medular. Servicio de neurología. Hospital de Valme. Sevilla.
- 15.- Touboul E, Khelif A, Guerin RA Primary tumors of the spine. Inicial oncologic aspect: epidemiology, anatomo-prognostic and therapeutic classification. Neurochirurgie. 1989; 35 (5): 312-6, 351-2).

Artículos Originales

Atención integral al paciente que se va a realizar una cardio-resonancia magnética de estrés con adenosina.

María Ángeles Betelu Oronoz, María Carmen Nuin Bidegáin, María Asunción Azeona Asurmendi, Inmaculada Navascués Arroyo, Pilar Arriazu Enrique, María Victoria García Arregui.
*Clínica Universidad de Navarra. Avda. Pío XII 36.
31008 Pamplona Navarra*

Dirección de correspondencia
María Ángeles Betelu
C/ Avda Zaragoza nº 25 5º B
31005 Pamplona - Navarra
Teléfono:
638554240 - 948236791
e-mail: mbetelu@unav.es

Enviado: 08/11/2011
Aceptado: 12/01/2012

Resumen

Está demostrado que la cardio-resonancia magnética (CRM) de estrés con adenosina es una prueba fiable y segura que proporciona una información relevante acerca de la isquemia miocárdica (1), (2). Esta prueba diagnóstica exige la colaboración del paciente en unas circunstancias en las que puede estar sometido a una ansiedad muy elevada y que dificultan mucho esa colaboración. Además, a pesar de los continuos avances en esta técnica, no existe todavía una bibliografía adecuada que recoja la actuación de cuidados de enfermería en dicho procedimiento.

El objetivo del presente trabajo consiste en definir el rol de enfermería en el cuidado integral de un paciente que se somete a esta prueba. Para ello se ha llevado a cabo una valoración cualitativa de las necesidades que puede presentar un paciente que se somete a esta prueba antes, durante y después de esta exploración. Se presenta una explicación pormenorizada del protocolo seguido.

Finalmente se deduce que a pesar de la seguridad de esta técnica, el empleo de la adenosina requiere un control exhaustivo del paciente y de sus constantes vitales. El papel de la enfermería en este caso es imprescindible para la obtención de un diagnóstico preciso garantizando el confort del paciente.

Palabras clave:

Rol de enfermería, adenosina, cardio-resonancia magnética, perfusión, cuidados.

Summary

There is evidence that cardiovascular magnetic resonance (CRM) with adenosine stress test is a reliable and safe that provides relevant information about myocardial ischemia (1), (2). This diagnostic test requires patient cooperation in circumstances where it may be subjected to a very high anxiety and greatly hinder such cooperation. In addition, despite ongoing advances in this technique, there is still adequate documentation to collect the performance of nursing care in that procedure.

The aim of this study is to define the role of nursing in the comprehensive care of a patient who undergoes this test. For this we have carried out a qualitative assessment of the needs that may present a patient who undergoes this test before, during and after this exploration. We present a detailed explanation of the protocol followed.

Finally it is clear that despite the security of this technique, the use of adenosine requires a careful control of the patient and their vital signs. The role of nursing in this case is essential for obtaining an accurate diagnosis to ensure patient comfort.

Keywords:

Nursing role, adenosine, cardiac MRI, perfusion, care.

Artículos Originales

Introducción

La cardio-resonancia magnética (CRM) de estrés con adenosina es una técnica no invasiva que se emplea para detectar isquemia miocárdica. Implica obtener imágenes de perfusión del miocardio durante el primer paso de contraste, bajo estímulo farmacológico (adenosina).

La adenosina actúa induciendo una dilatación de las arterias coronarias, de éste modo, tras la administración del fármaco se produce un aumento del flujo sanguíneo mayor en los territorios dependientes de las arterias coronarias normales que en los territorios de las arterias estenóticas. Esto nos permite detectar los defectos de perfusión secundarios a menor flujo sanguíneo miocárdico.

¿Cuáles los criterios o indicaciones a la hora de pedir a un paciente una exploración de CRM de estrés con adenosina ?. Las guías actuales establecen cuatro:

1. Cuando la prueba de esfuerzo no es concluyente o el resultado no es definitivo o seguro (ejercicio, spect, estrés, eco-estrés).
2. Cuando existe riesgo intermedio de enfermedad coronaria.
3. Después de una angiografía coronaria, para valorar el grado de estenosis.
4. Ante una estenosis no definida.

Para llevar a cabo una CRM con estrés con adenosina es necesario un equipo multidisciplinar compuesto por un radiólogo, un cardiólogo y dos enfermeras. El radiólogo define el protocolo, supervisa el estudio de RM, valida las imágenes, interpreta el estudio y elabora el informe. El cardiólogo, que selecciona los pacientes valorando las indicaciones y las contraindicaciones es quien supervisa al paciente durante la perfusión de adenosina. También define y dirige el protocolo en situación de emergencia y colabora en el informe. Finalmente, dos enfermeras cuidan y preparan al paciente, educándolo para que colabore y se sienta confortable durante el procedimiento. Además se encargan del manejo de la técnica en cuanto protocolo de imagen, inyección de contraste, y la perfusión de adenosina.

Objetivo

La escasa evidencia científica de aspectos como el cuidado o cómo preparar al paciente para su colaboración en la prueba marca el objetivo principal del trabajo: definir el rol de enfermería en el cuidado integral del paciente que se va a realizar una CMR de estrés con adenosina; vinculado al uso de la tecnología y al grado de necesidad de cuidado que pueda presentar en tres momentos del procedimiento:

1. En la acogida del paciente y familiares en la unidad.
2. Durante la realización de la prueba.
3. En el momento de la despedida del paciente.

Metodología:

La metodología se desglosa en cada uno de los tres momentos de la prueba.

1. Acogida del paciente y familiares.

La acogida incluye el primer encuentro de la enfermera con el paciente y los familiares, en ella tiene lugar la presentación de los profesionales y la familiarización con las estancias y la RM (3). En este momento tiene lugar la observación y todas las percepciones que esta conlleva (4).

La correcta valoración de estas percepciones es la base de la interacción enfermera-paciente (5). Esto va a permitir explicar el procedimiento y valorar la cantidad de información y su nivel de comprensión. De esta manera, se puede explorar si existen miedos relacionados con algunos tipos de ansiedad e incertidumbre que a menudo presentan los pacientes y familiares asociados a los procedimientos de imagen (6) como por ejemplo:

- El problema médico que subyace para necesitar la prueba.
- Incomodidad del procedimiento.
- Angustia y ansiedad que genera la incertidumbre de los resultados.
- Sensación de claustrofobia.
- Canulación venosa.

Para lograr una buena exploración debe crearse un ambiente relajado, en el que se facilite la comunica-

Artículos Originales

ción, que anime a la expresión de sentimientos, miedos y sensaciones. Hay que mostrar una escucha activa, presencia y diálogo permanente. Es preciso responder con franqueza a todas las preguntas del paciente para dar el mayor soporte emocional y psicológico posible. Esta actitud ayudará al paciente anticiparse a las situaciones y aumentar su nivel de control.

Además, se deben considerar las restricciones relacionadas con el procedimiento, como por ejemplo la presencia de alimentos que pueden modificar la actuación de la adenosina. Así, 24 horas antes de la prueba debe suspenderse la ingesta de alimentos antagonistas de la adenosina como la cafeína, el té, el cacao, las bebidas energéticas y drogas tipo xantinas, teofilinas y nitratos. El paciente tiene que conocer que, durante la perfusión, puede sentir calor, rubor, opresión torácica, dolor en el pecho, disnea y ansiedad.

No menos importante es el educar también en una serie de aspectos más específicos de la prueba tales como la colaboración con la respiración, manteniendo las pausas de apnea. Una vez que el paciente está informado y sabe en qué consiste la prueba, se le explica que debe firmar el consentimiento.

No hay que olvidar las medidas de seguridad específicas que se deben tener en cuenta antes de realizarse una RM. Finalmente, se le informará de que deberá permanecer aproximadamente una hora en decúbito supino, en la camilla de la resonancia.

2. Realización de la prueba. Preparación del paciente y de la sala.

El aparato en el cual se realizan estas exploraciones es un Magnetón Aera, tiene una potencia de 1,5 Teslas, con unas características especiales que el paciente debe conocer. En este caso el tubo del imán es más ancho (70cm), más corto (130cm) y está iluminado en toda su longitud. Esto va a permitir que durante la exploración el paciente esté más cómodo y confortable y disminuya notablemente la sensación de estar en un espacio reducido y cerrado.

Una vez colocado el paciente en la mesa de exploración se valora su capacidad para mantener la postura que se le indica, así como su capacidad para permanecer inmóvil. Hay que procurar pro-

mover el bienestar y la comodidad del paciente en todo momento. Con determinados pacientes (obesos, con problemas respiratorios) es aconsejable valorar de nuevo la capacidad para mantener pausas de apnea en decúbito.

Seguidamente se procede a la canulación de dos vías venosas, una en cada brazo, preferiblemente antecubitales. Se emplea un catéter 18-20G, en el brazo derecho para inyectar el contraste y colocar el manguito de la tensión arterial, ya que el paciente tiene que estar monitorizado durante la perfusión del fármaco. En el brazo izquierdo se emplea otro catéter para la perfusión de adenosina, (7) como se ve en la figura 1.

Para evitar que el movimiento cardíaco disminuya la calidad de las imágenes es necesario sincronizar el estudio con el electrocardiograma. Se colocan los electrodos en el paciente, hasta obtener QRS amplios con ondas R picudas y T de baja amplitud ya que la adquisición de la CRM se basa en una correcta identificación de las ondas R. También se coloca el dispositivo de la respiración, la bobina receptora de las imágenes, la pera de llamada y los auriculares para evitar el ruido como se observa en la figura 2.

Se debe promover un ambiente positivo y seguro, teniendo en cuenta aspectos tales como el tono de voz y la comunicación no verbal para conseguir la confianza del profesional que realiza la exploración.

Tras toda esta serie de preparativos da comienzo la prueba. La figura 3 muestra un esquema del protocolo establecido. La imagen de perfusión de estrés con CRM forma parte de un examen muy completo, que incluye análisis estructural y funcional junto con la evaluación de la fibrosis miocárdica con secuencias de realce tardío. Comienza con la obtención de los localizadores para a continuación llevar a cabo una serie de secuencias hasta (sangre negra) para extraer información anatómica del corazón, los pulmones y de los grandes vasos.

Después, se realizan secuencias de cine en 2, 3, y 4 cámaras, representadas en la figura 4. La secuencia de 2 cámaras permite ver las cavidades izquierdas, la apertura de la válvula mitral y la función de las caras diafragmáticas anterior e inferior. La de 3 cámaras o TSVI permite valorar la porción anterior del tabique interventricular y el tracto de salida del ventrículo

Artículos Originales



Figura 1: Preparación del paciente para la CRM de estrés con adenosina. Los electrodos para el ECG se colocan sobre el pecho del paciente.



Figura 2: Paciente preparado para entrar en el tubo de resonancia

izquierdo. También se pueden valorar estenosis propias del tracto de salida y estenosis valvulares y sub-valvulares. La secuencia con 4 cámaras muestra la cara septal y lateral del ventrículo izquierdo, la pared libre del ventrículo derecho, el ápex cardiaco y las válvulas mitral y tricúspide (8).

A continuación tiene lugar el módulo de estrés que comienza con los localizadores de la región basal, media y apical para asegurar el posicionamiento de la secuencia definitiva de estrés. Después se inicia la perfusión de la adenosina a una dosis inicial de $140 \mu\text{g/Kg/min}$ durante cuatro minutos. Mientras dura esta perfusión, tanto el ritmo y la frecuencia cardiaca, como los síntomas y la tensión arterial del paciente se monitorizan de forma continua. Durante este momento, el cardiólogo debe permanecer en la sala controlando al paciente siendo él quién, en ausencia de una respuesta fisiológica adecuada, autorice aumentar la dosis a $210 \mu\text{g/Kg/min}$.

Cuando el paciente comienza a sufrir algunos síntomas como dolor, rubor y opresión en el pecho, su tensión arterial disminuye y su frecuencia cardiaca se

altera, entonces se aplica la secuencia de estrés y el Gd simultáneamente sin suspender la perfusión de adenosina. Hay que lograr que la imagen del primer paso de sangre contrastada sea durante la vasodilatación máxima de las arterias coronarias, para lo cual se utiliza un bolus de Gd a una dosis de 1 mmol/Kg .

Las áreas que persisten con una intensidad de señal baja tras la inyección intravenosa del contraste representan áreas de hipoperfusión miocárdica y se corresponden con áreas de isquemia, infarto o un artefacto. Todas las técnicas no invasivas para evaluar el miocardio tienen sus propios artefactos y la RM no es una excepción. Uno de los problemas principales en la interpretación de esos estudios es la diferenciación entre los artefactos producidos por el contraste y los

Artículos Originales

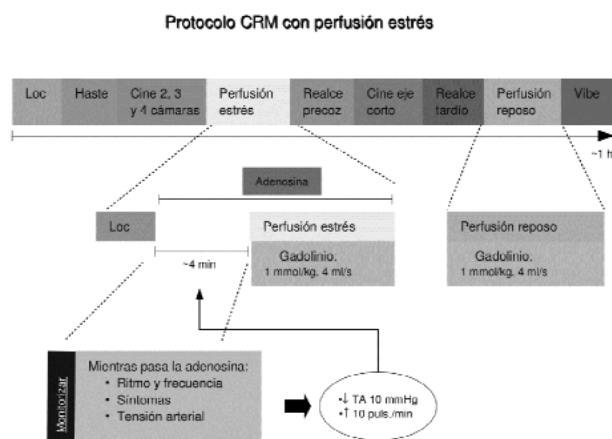


Figura 3: Protocolo de la CRM de estrés con adenosina

auténticos defectos de perfusión. Los artefactos más problemáticos se deben a la susceptibilidad magnética que se produce en la interfase entre el endocardio y la sangre de la cavidad ventricular, donde la concentración de contraste es mayor.

Tras la perfusión de estrés se realizan secuencias de realce precoz en los tres ejes y se continúa con secuencias de cine en eje corto, representada en la figura 5, que incluyen todo el ventrículo para valorar contractilidad regional y cuantificar la función cardíaca. La CRM permite definir de manera precisa los bordes endocárdico y epicárdico del corazón, pudiendo cuantificar la función miocárdica. Además, se puede ver el engrosamiento sistólico, la masa miocárdica, los volúmenes cardíacos, y la fracción de eyección.

A continuación, las secuencias de realce tardío del miocardio permiten, como podemos ver en la figura 6, la detección de infarto y la valorar la viabilidad del mismo, en función de la captación de contraste.

A continuación, las secuencias de realce tardío del miocardio permiten, como podemos ver en la figura 6, la detección de infarto y la valorar la viabilidad del mismo, en función de la captación de contraste.

3. Despedida

Una vez acabada la prueba al paciente se le quitan vías y todos los dispositivos que han sido utilizados. En la despedida es importante asesorar al paciente y contestar a todas sus preguntas o dudas.

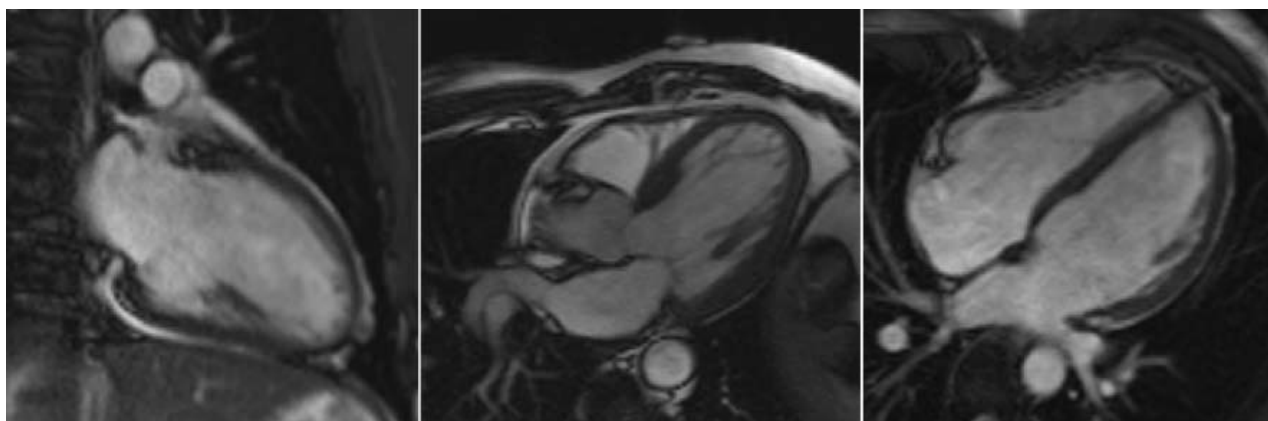
Conviene preguntarles su opinión acerca de la prueba, sobre todo comparándolo con la que tenían al antes de iniciar la misma. Esto último va a permitir evaluar la satisfacción del paciente y valorar la actuación de enfermería en el procedimiento.

Conclusiones

Existen dos áreas que confluyen en el rol de enfermería con los pacientes que se realizan una CRM. Una objetiva que se refiere al uso de las técnicas y los procedimientos, en la que se puede encontrar un montón de variables cuantitativas para poder estudiar. Otra subjetiva, basada en la sensibilidad, la creatividad y la intuición, en la que abundan aspectos cualitativos para investigar en los Servicios de Radiología.

Queda demostrado que la CRM es una prueba segura si se sigue un protocolo, pero que al mismo tiempo es muy exigente para paciente y las enfermeras encargadas de realizarla.

Figura 4: Cine en 2,3, y 4 Cámaras



Artículos Originales

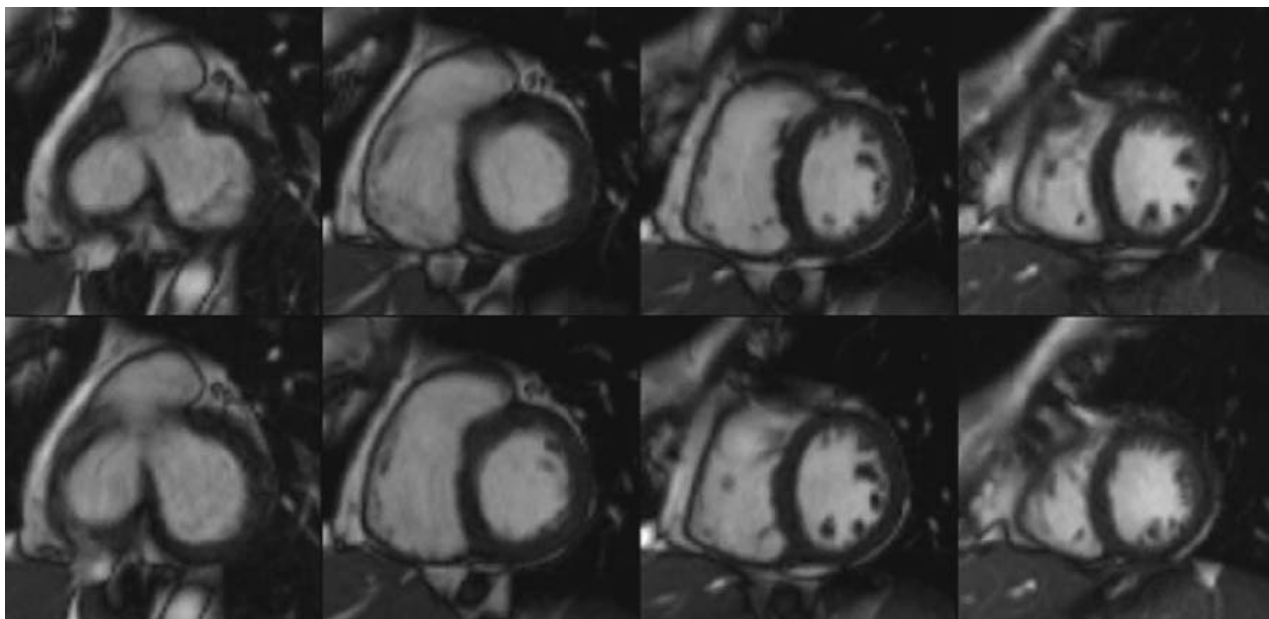


Figura 5: Imágenes de cine en eje corto. Permiten evaluar la contractilidad y la función del VD/VI.

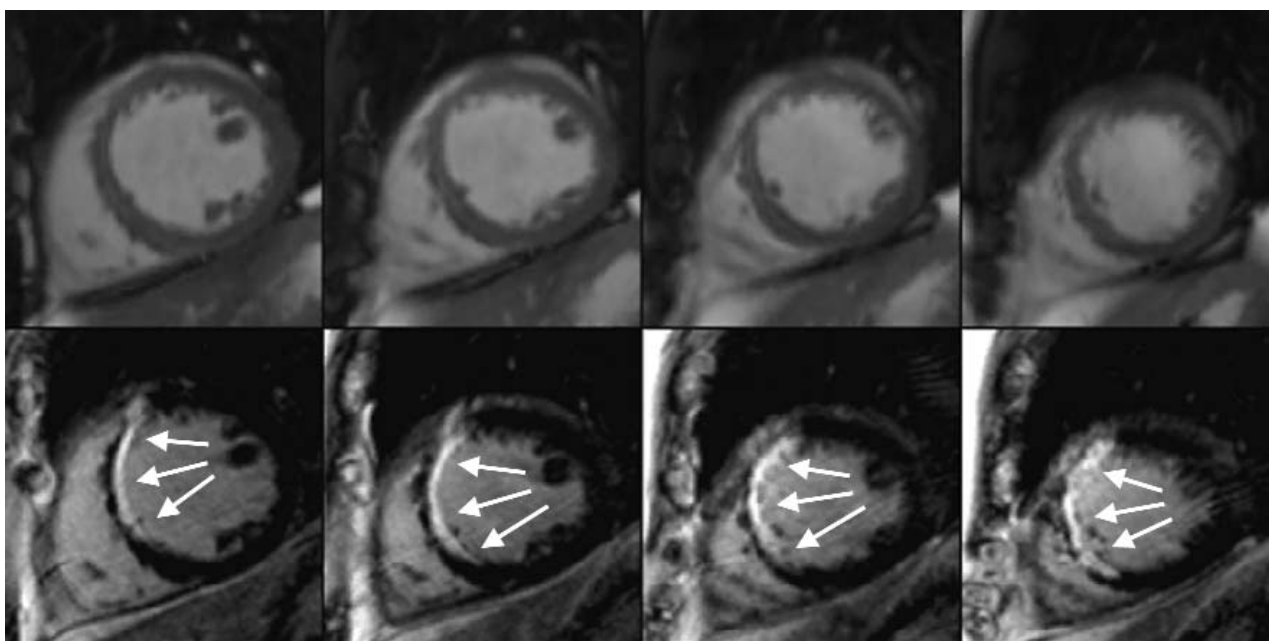


Figura 6: En la fila de arriba se muestran las imágenes de cine en eje corto empleadas para valorar la contractilidad de los segmentos afectados por el infarto del miocardio, que se aprecian en las imágenes de la fila de abajo. Las flechas muestran las zonas de miocardio infartado.

Artículos Originales

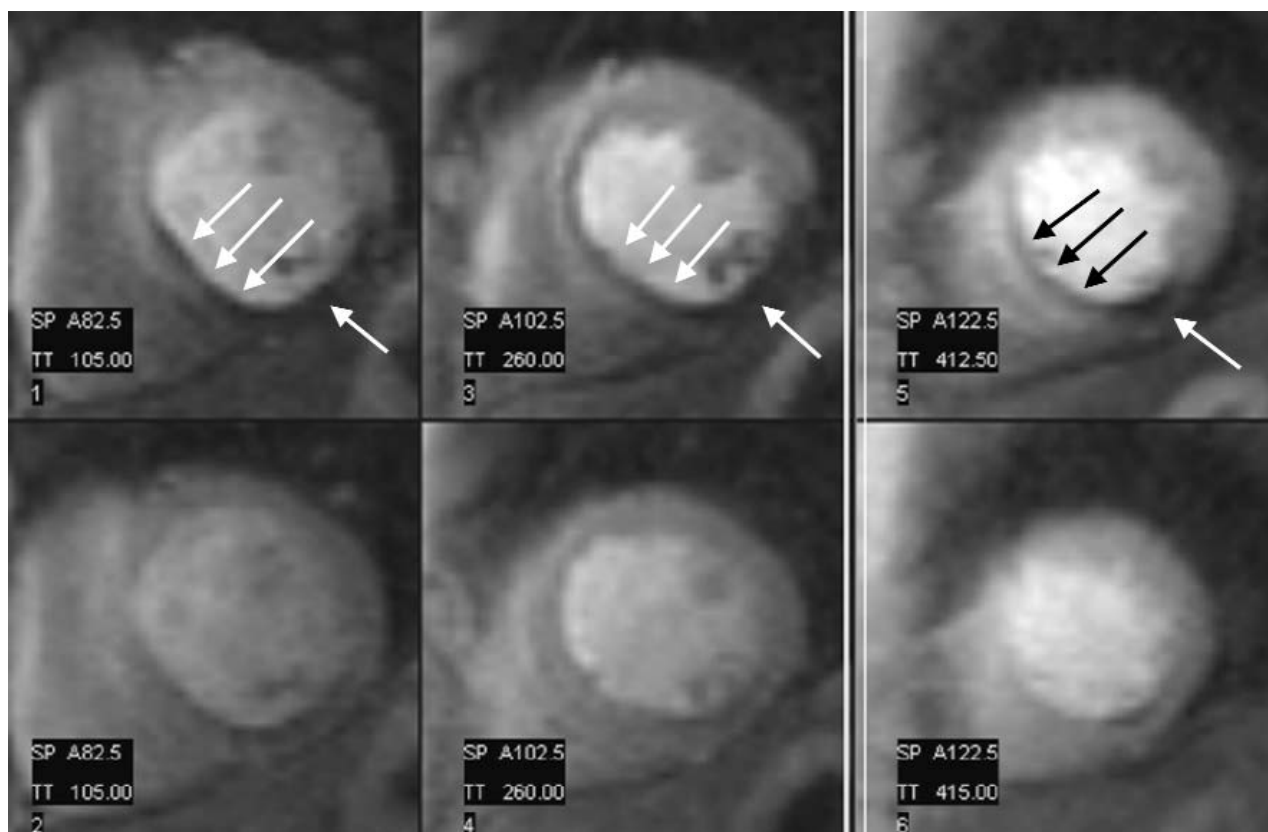


Figura 7: Imágenes de perfusión para la detección de isquemia miocárdica: estrés arriba y reposo abajo. En las imágenes de estrés las flechas señalan un defecto de perfusión severo inferoseptal e inferior.

Bibliografía

- Christiansen, Jonathan P., et al. Stress perfusion imaging using cardiovascular magnetic resonance: a review. *Heart, lung and circulation*. 2010;19:697-705.
- Karamitsos, Theodoros D., et al. Feasibility and safety of high-dose adenosine perfusion cardiovascular magnetic resonance. *Journal of Cardiovascular Magnetic Resonance*. 2010;66:12.
- Fernández Cayetano, C., Granero Molina, J. y Aguilera Manrique, G. Mapa de cuidados para pacientes sometidos a procedimientos en servicios de enfermería nuclear. *Invest. Educ. Enferm*. 2009;127(1):118-129.
- Salazar Maya, Ángela María y Martínez de Acosta, Carmen. Un sobrevuelo por algunas teorías donde la interacción enfermera-paciente es el núcleo del cuidado. *Av. Enferm*. 2008;27:107-115.
- Kuerten Rocha, Patricia, y otros. El cuidado y la enfermería. *Av. Enferm*. 2009;27:102-109.
- Simon, Jamie E. The human touch in the radiology setting. *J Radiol Nurs*. 2011;30:35.
- Van Der Recke, Giso, Hardung, David and Omran, Heyder. Workflow optimization for CMR adenosine stress perfusion in clinical routine. *Magneton flash*. 2007;2:80-85.
- Bastarrika, G., y otros. Resonancia magnética cardíaca: aplicaciones clínicas. [En línea] Abril de 2005. [Citado el: 15 de abril de 2011.] http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-
- Kramer, Christopher M, et al. Standardized cardiovascular magnetic resonance imaging (CMR) protocols, society for cardiovascular magnetic resonance: board of trustees task force on standardized protocols. <http://www.jcmr-online.com/content/10/1/35>. [Online] 2008. [Cited: December 10, 2010.]
- Manka, Robert, Gebker, Rolf and Nagel, Eike. www.cmr-academy.com. [Online] October 2007. [Cited: June 3, 2009.]

Artículos Originales

Programa de información para aumentar la seguridad de los pacientes ambulatorios frente a los efectos adversos iatrogénicos de los contrastes radiológicos

Pérez-García E

Enfermero, especialista en enfermería médico-quirúrgica, operador de instalaciones de radiodiagnóstico por el CSN, máster en metodología de la investigación en ciencias de la salud por la Universidad de Huelva.

Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Infanta Elena (SAS).

Morano-Delgado M

Enfermera, especialista en enfermería médico-quirúrgica, operador de instalaciones de radiodiagnóstico por el CSN.

Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Infanta Elena (SAS).

Dirección de correspondencia

e-mail:
estebanpegar@gmail.com

Enviado: 24/02/2012
Aceptado: 30/03/2012

Resumen

Presentamos un trabajo con el que tratamos de aumentar la calidad, seguridad e información de los pacientes que acuden a nuestro servicio de radiodiagnóstico a realizarse un estudio con medios de contraste. La utilización de dichas sustancias no está exenta de la aparición de efectos adversos. Ante éstos el paciente puede adoptar una serie de medidas para aminorar sus consecuencias, pero para ello debe estar informado. Este fue el objetivo planteado. Para conseguirlo redactamos una serie de documentos informativos para los pacientes, que pensábamos cumplían el objetivo marcado. Dichos documentos se facilitan cuando se realizan una prueba con contraste baritado o yodado. Pero para conocer si realmente estábamos en la buena senda realizamos el pilotaje de los documentos presentados mediante técnicas de investigación cualitativa.

Los documentos fueron ampliamente aceptados por la población diana.

El obtener altas cotas de calidad y seguridad no tiene porque ser caro, ni requerir grandes medidas impuestas desde los órganos de gestión de los centros. A veces, basta con adoptar buenas herramientas de información, pero que ésta sea comprensible y se pueda recordar con facilidad.

Summary

We present a work with which we try to increase the quality, security and information from patients who come to our diagnostic imaging service to conduct a study with contrast media. The use of these substances is not exempt from the occurrence of adverse effects. Before these patient can take a series of measures to mitigate their consequences, but to do so must be informed. This was the proposed objective.

To achieve this he wrote a series of papers news for patients, which we thought met the objective. These documents are provided when performing a test with contrast barium or iodized. But to know if we were really on the right track we carry out the pilotage of the documents submitted by qualitative research techniques.

The documents were widely accepted by the target population.

Get high levels of quality and security does not have to be expensive or require large measures imposed since the bodies of management of the centers. Sometimes it is enough to adopt good tools of information, but it is understandable and can remember easily.

Artículos Originales

Nuestro trabajo deja abierta una vía de investigación en cuanto a la adaptación de los documentos a personas de otras lenguas y/o culturas.

Palabras clave:

Seguridad, enfermería, investigación cualitativa, radiología.

Our work leaves open a path of research concerning the adaptation of documents to people of other languages and/or cultures.

Keywords:

Safety, nursing, qualitative research, radiology

Introducción

Florence Nightingale entendía la enfermería como un arte, el arte del cuidado, pero éste no debe ir exento de la máxima calidad. Para Avedis Donabedian la calidad se organiza o divide en dimensiones, la seguridad es una de ellas, y, todo el conjunto, siguiendo unas adecuadas pautas en cuanto a la relación interpersonal (exquisitos procesos de comunicación) (1).

Además, debemos añadir que nuestra actuación debe pasar por el tamiz de la ética, alguno de cuyos principios son el de no maleficencia (no hacer daño o prevenir de éste) y el de justicia, con respecto a que nuestros actos generen el mayor bienestar posible (1).

Sin embargo, la cuestión no es tan simple, toda vez que el entorno asistencial del siglo XXI se ha transformado en complejo y peligroso. Si bien podemos garantizar la calidad, la seguridad se ve continuamente atacada por lo que en la literatura se denominan efectos adversos y eventos adversos. Estos conceptos se podrían definir como "una lesión o complicación que da lugar a incapacidad, muerte o prolongación de la estancia hospitalaria y que está causada por el sistema sanitario más que por la enfermedad del paciente", o bien como "el daño no intencionado causado por un acto médico más que por el proceso nosológico en sí" (2).

La seguridad, para las enfermeras, no es un tema baladí, no en vano no sólo está presente en la jerarquía de necesidades de Abraham Maslow (estaría en un segundo escalón, después de las puramente fisiológicas), sino que además forma parte de las necesidades básicas descritas en el modelo de Virginia Henderson (ésta se basó en aquel). Obtener la máxima seguridad requiere, pues, un conocimiento exhaustivo de los riesgos asistenciales, eliminando los prescindibles y consiguiendo la neutralización y

protección de los que se deben asumir de forma inevitable. Ahora bien, para conseguir nuestro objetivo tendremos que normalizar y extender la cultura de las buenas prácticas; más vale avanzar con pequeñas actuaciones que con grandes gestos (3, 4).

Para ello podemos actuar (entre otros posibles ámbitos):

- Brindando un trato adecuado.
- Participando activamente en la evaluación de la seguridad y calidad.
- Asegurando canales de comunicación eficientes con los pacientes y entre profesionales.
- Comunicando a los pacientes los posibles riesgos (3).

En nuestros servicios diagnósticos la sobreutilización, y la carga asistencial que ello genera, conlleva una fuente de iatrogenia nada despreciable. Quizás ha llegado el momento de introducir en los foros sanitarios el debate sobre el mejoramiento en la adecuación de las pruebas diagnósticas; pero mientras este momento llega, las enfermeras podemos (y debemos) elaborar estrategias, a nuestro alcance, para mitigar los efectos adversos que se producen en el devenir diario de nuestro trabajo; no olvidemos que la preparación y administración de medios de contraste nos atañe directamente y éstos conllevan la aparición de efectos no deseados (4).

Pero ¿a qué efectos iatrogénicos nos enfrentamos al administrar medios de contraste?

En el estado actual de conocimientos sabemos de la posibilidad que tiene el sulfato de bario de provocar estreñimiento, además de riesgos de tipo mecánico (v.g. aspiración o problemas con la cánula anal). La constipación, en un individuo previamente enfermo,

Artículos Originales

puede convertirse en una seria molestia añadida a su proceso (5, 6).

Con la administración de contrastes yodados, sobre todo en su presentación para administración IV, la problemática es muy diferente y la posibilidad de eventos adversos más importantes es una posibilidad nada desdeñable. Éstos requieren, según su grado, desde una mera observación hasta actuaciones más intensas (7).

La tasa de reacciones adversas a los contrastes yodados van desde 1% (IC95%: 0,2%; 3,4%) con los no iónicos hasta el 12,5% (IC95%: 8%; 18,3%) para los iónicos, y por lo general ocurren en los primeros 20-30 minutos tras la administración IV. En cuanto a su clasificación nos encontramos estudios, realizados en nuestro medio, que declaran encontrar un 0,3% de reacciones (sobre el total de pacientes estudiados), de las cuales el 94,1% fueron leves, un 5,9% moderadas y un 0% graves (no declaran las características físico-químicas del contraste utilizado). Otros autores describen la posibilidad de presentación de reacciones adversas leves en el 2% de los pacientes y graves en menos del 1% (8-10).

Pero también pueden ocurrir reacciones adversas hasta pasados 7 días desde la aplicación del contraste (casi todas ellas de tipo cutáneo). Por tanto, nuestros pacientes, sobre todo los externos, quedarán "desamparados" y sin información frente a esta posibilidad (8).

Mención aparte merece la probabilidad del desarrollo de una nefropatía debido a la administración de contraste yodado IV, denominada en la literatura nefropatía por contraste. Esta entidad se define como el incremento absoluto de las cifras de creatinina plasmática de 0,5 mg/dl o el aumento relativo del 25% de las cifras basales en las 24-48 horas siguientes a la administración del contraste, si bien algunos autores prolongan este periodo hasta 7 días después de la administración. Es una complicación poco frecuente en la población general (0,6-2,3%), pero que puede alcanzar cifras de entre el 14 al 55% en pacientes con enfermedad renal preexistente, aunque existen otros factores de riesgo (ver tabla 1). Suele ser de carácter no oligúrico y reversible al cabo de 2-3 semanas, aunque en algunos pacientes se instala de modo permanente, con diferentes grados de gravedad e incluso pudiendo conducir, en casos muy extremos, a la muerte (10-13).

Factores de riesgo de la nefropatía por contraste

Enfermedad renal previa
Diabetes mellitus
Edad avanzada
Factores relacionados con el contraste yodado (osmolaridad)
Anemia
Afectación cardiovascular
Administración de otros nefrotóxicos
Administración de contraste yodado en las 36-72 horas previas
Otros factores

Tabla 1. (Tomado de Madrazo González Z, Arias Guillén M. Nefropatía por contraste. Revisión y profilaxis. Rev Clin Esp. 2008; 208(10):517-9).

No existe una guía profiláctica clara para evitar la nefropatía por contraste, pero en la literatura se citan medidas como:

- Valorar el riesgo-beneficio de la exploración con contraste.
- Evitar contrastes de alta osmolaridad y/o altas dosis.
- Espaciar en el tiempo las exploraciones con contraste.
- Identificar los pacientes con mayor riesgo.
- Determinar el filtrado glomerular basal.
- Controlar la diuresis.
- Evitar fármacos nefrotóxicos.
- Evitar la depleción de volumen.
- Administrar fármacos profilácticos (tipo N-acetilcisteína, antagonistas del calcio, ...) (12).

Respecto a este último punto, estudios recientes no ratifican claramente que la administración profiláctica de ningún fármaco evite la aparición de nefropatía por contraste; manteniéndose como medida preventiva ideal la hidratación previa y posterior a la prueba (13).

Material y método:

Según el argumento esgrimido hemos de concluir que el cuidado es inherente a la enfermería, pero que debemos prestarlo con la máxima calidad e impregnado de seguridad; y todo ello porque es ético y de justicia. Por tanto, se nos plantea una cuestión importante, ¿qué podemos hacer en nuestro trabajo cotidiano para lograr altas cotas de seguridad para nuestros pacientes no hospitalizados?

Según los conocimientos de que se disponen en la actualidad en estos pacientes ambulatorios pueden aparecer los diagnósticos enfermeros de riesgo de

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

MÁSTER EN ENFERMERÍA RADIOLÓGICA

NOVIEMBRE '12 > ON-LINE
60 CRÉDITOS ECTS

10%

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

Descúbrelo
y consulta el resto
de programas en:

www.il3.ub.edu

Síguenos en:



B Universitat de Barcelona

IL3 Instituto de Formación Continua

IL3-UB MÁSTERS Y POSTGRADOS
Ciutat de Granada, 131
08018 Barcelona
T.: 93 309 36 54

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 VOLÚMENES 10€
GASTOS DE ENVÍO EXTRANJERO: 1 VOLUMEN 18€ VARIOS VOLÚMENES 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.

El solicitante autoriza expresamente a SATSE y FUDEN para que incorpore sus datos personales a sus ficheros automatizados, creados para la gestión, desarrollo e información de todas sus actividades. Si desea acceder, modificar o cancelar los mismos, remita escrito a: Cuesta de Santo Domingo, 6 28013 Madrid. A los citados datos tendrá acceso la entidad que presta el servicio de hospedaje de la página web con el fin de que puedan prestarse los diferentes servicios informáticos. Estos datos serán guardados y protegidos por el deber de secreto y confidencialidad.

Artículos Originales

estreñimiento (00015), conocimientos deficientes relacionados con la administración de contraste (00126) y riesgo de intoxicación (00037) (14-16). No vamos a tratar los resultados que nos podríamos plantear, ni las intervenciones concretas, pues ya hemos indicado que se trata de pacientes ambulatorios. Ante esta cuestión creemos que lo mejor, para garantizar su seguridad y prestar cuidados en la distancia, es facilitar una información amplia sobre medidas que deberían adoptar para minimizar el riesgo de efectos adversos a los medios de contraste (descritos en la introducción). Pero la mera información oral (como la veníamos realizando) corre el riesgo de ser olvidada pronto y retener una parte mínima del mensaje. Por tanto, el equipo de enfermería de nuestra unidad creyó conveniente la elaboración de unos documentos informativos que se repartirían a nuestros pacientes externos a los que administrásemos contraste. Hemos de reseñar que no se sustituye la información oral por la escrita, la escrita refuerza la oral y ambas se facilitan a la vez. El lenguaje que se utilizó en la concepción de los documentos fue sencillo y claro, huyendo de tecnicismos. Para evitar el sobrecoste y recurrir a fuentes de financiación externa se prefirió adoptar una impresión sencilla y sin adornos. (Ver anexos I, II, III, IV).

Pero ¿son realmente efectivos los folletos elaborados? Nos interesaba, para seguir con el proyecto, saber qué pensaban nuestros clientes. Para ello creímos conveniente desarrollar el pilotaje de los documentos mediante un pequeño estudio de investigación, para el cual se consideró como más acertada adoptar la metodología cualitativa. La utilización de este tipo de metodología permite la libre expresión de los sentimientos, experiencias y necesidades del sujeto que era lo que realmente se buscaba (17-19). Para la recogida de datos se llevaron a cabo entrevistas telefónicas semiestructuradas y focalizadas.

La compilación de datos fue realizada entre el 13 de mayo de 2011 y el 15 de julio de 2011. Los criterios de inclusión que se establecieron fueron:

- Tener capacidad crítica y comunicativa.
- Hablar y comprender perfectamente el español.
- Disponer de teléfono.

Para determinar el tamaño de la muestra se siguió el criterio de saturación de datos.

Las entrevistas se desarrollaron transcurridas entre 24 a 72 horas tras la entrega del documento, para dar tiempo a su lectura pausada, reflexión y no forzar la opinión del paciente frente al entrevistador.

Resultados:

Fueron captados 30 pacientes y se completaron 29 entrevistas, pues con uno de los pacientes fue imposible contactar. Todos ellos alabaron y consideraron muy positivo el modo en que se estaba facilitando la información. Copiamos a continuación algunas frases significativas de los comentarios hechos:

“La medida me parece muy adecuada”.

“Está bien la información así”.

“Es adecuada, entendible, no hay palabras técnicas”.

“Me parece que por escrito la información está mejor”.

“... me encuentro más tranquila con estas indicaciones”.

“... mejor, ... , hace unos años mi marido se hizo este tipo de pruebas y no le explicaron nada, ... no sabíamos nada”.

“ ... te explican algo y no te quedas con todo, así, como son tantísimas cosas y va por escrito las puedes recordar”.

Discusión:

La actualización de los conocimientos nos lleva a una actuación acorde con el conocimiento científico más puntero. La información sobre este conocimiento facilitada de modo oral es rápidamente olvidada, por ello debe ser reforzada con información escrita, pero de modo sencillo y asequible.

Aplicar cuidados de una máxima calidad no siempre tiene porque necesitar fuertes inversiones, ni debe venir impuesto desde la esfera de la gestión de las entidades prestadoras de cuidados. No siempre son necesarios grandes y rimbombantes proyectos, más vale progresar con pequeñas ideas que con grandes palabras.

Hemos presentado un proyecto para garantizar la seguridad de nuestros pacientes ambulatorios frente a la aparición de efectos adversos iatrogénicos por la administración de contrastes, el cual ha tenido una buena aceptación. Los documentos elaborados se facilitan una vez realizada la prueba diagnóstica. Pero consideramos conveniente, si lo permite la organiza-

Artículos Originales

ción interna, que se facilitasen de modo previo (v.g. al recoger la citación) para que el paciente acuda perfectamente informado, preparado y, en los casos en que fuese posible, inicie la hidratación antes de administrarse el contraste yodado IV.

La situación ideal sería aquella que permitiese la existencia de una consulta de enfermería en los servicios de radiodiagnóstico en la cual se explicasen los procedimientos y las posibles medidas a adoptar para la mitigación de los efectos reseñados en el desarrollo de este artículo.

Una consideración importante es que nuestro estudio se desarrolla sobre población española y en un ámbito local muy restringido (comarcas del Condado y Costa de Huelva), por lo tanto queda abierta una línea de investigación que valore la adaptación de los documentos a una población más extensa y en otras áreas del país, así como a otros colectivos con culturas e idiomas diferentes al nuestro.

Por último, aseverar que la población debe recibir la máxima excelencia en los servicios enfermeros prestados, esto repercutirá en el auge de nuestro reconocimiento social y contribuiremos a situar a la enfermería radiológica entre la élite de los cuidados.

Nota de los autores: El documento sobre "Rea-lización de TAC con contraste" fue presentado en el XV Congreso de la SEER (Sociedad Española de Enfermería Radiológica) celebrado en Castellón del 1 al 3 de junio de 2011. Los restantes, junto con los resultados de nuestra investigación, fueron presentados en el XVI Congreso de la SADECA (Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial) celebrado en Huelva del 9 al 11 de noviembre de 2011.

Bibliografía

- 1.- Gómez Escobar AI, Fernández Espina A. Dilemas éticos frente a la seguridad del paciente. Cuidar es pensar. Revista Aquichan. 2006; 6(1): 54-67.
- 2.- Aranaz JM, Aibar C, Gea MT, León MT. Efectos adversos en la asistencia hospitalaria. Una revisión crítica. Medicina Clínica. 2004;123(1):21-5.
- 3.- Villareal Cantillo E. Seguridad de los pacientes. Un compromiso de todos para un cuidado de calidad. Salud Uninorte. 2007; 23(1):112-119.
- 4.- Aranaz JM, Vitaller J. De la gestión de riesgo a la seguridad del paciente. Rev Calidad Asistencial. 2007;22(6):270-1.
- 5.- Seguridad del paciente: materiales de contraste [monografía en internet]. RadiologyInfo.org; 2010 [citado 3 Feb 2012]. Disponible en: http://www.radiologyinfo.org/sp/safety/index.cfm?pg=sfty_contrast

Seguridad del paciente: Materiales de contraste [pág en internet]. RadiologyInfo.org; 2012 [actualizado 15 Mar 2010; citado 3 Feb 2012]. Radiological Society of North America; [aprox 10 pantallas]. Disponible en:

http://www.radiologyinfo.org/sp/safety/index.cfm?pg=sfty_contrast

- 6.- Pérez García E, Molina Ruiz D, Gómez Salgado J. Preparación radiológica. En: Molina Ruiz D, Gómez Salgado J, Perelló Campaner C. Cuidados en Radiología. Madrid: Enfo Ediciones, 2008. p. 107-126.
- 7.- Pérez García E, Molina Ruiz D, Gómez Salgado J. Actuación enfermera. En: Molina Ruiz D, Gómez Salgado J, Perelló Campaner C. Cuidados en Radiología. Madrid: Enfo Ediciones, 2008. p. 127-149.
- 8.- Juchem BC, Dall'Agnol CM. Reacciones adversas inmediatas al contraste yodado intravenoso en tomografía computarizada [monografía en internet]. Rev Latino-Americana de Enfermagem; 2007;15(1) [citado e Feb 2012]. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n1/es_v15n1a12.pdf
- 9.- Galimany-Masclans J, Garrido-Aguilar E, Pernas-Canadell JC, Díaz Rodríguez S. Reacciones adversas a los medios de contraste yodados en radiología. Enfermería Clínica. 2010;20(5):297-300.
- 10.- Mitchell AM, Jones AE, Tumlin JA, Kline JA. Immediate Complications of Intravenous Contrast for Computed Tomography Imaging in the Outpatient Setting Are Rare. Academic Emergency Medicine. 2011;18(9): 1005-1009.
- 11.- Tejedor -Jorge A. Nuevos aspectos de la nefropatía por contraste en cardiología. Rev Esp Cardiol. 2007;60(10):1010-4.
- 12.- Madrazo González Z, Arias Guillén M. Nefropatía por contraste. Revisión y profilaxis. Rev Clin Esp. 2008; 208(10):517-9.
- 13.- Mehran R, Caixeta A. N-acetilcisteína en la prevención de la nefropatía inducida por contraste. Administrar o no administrar: ésta es la cuestión. Rev Esp Cardiol. 2010;63(1):9-11.
- 14.- Actualización en enfermería [pág en internet]. Madrid: www.enfermeria-actual.com [citado 3 Feb 2012]. Disponible en: <http://www.es-emoticon.com/enfermeria-actual/index.htm>
- 15.- Luís Rodrigo MT. Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica. Barcelona: Ed Masson; 2000.
- 16.- Johnson M, Bulechek G, McCloskey Dochterman J, Maas M, Moorhead S. Diagnósticos Enfermeros, Resultados e Intervenciones. Interrelaciones NANDA, NOC; NIC. Madrid: Ediciones Harcourt-Elsevier; 2003.
- 17.- Taylor SJ, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona: Paidós Básica; 1987.
- 18.- Guix J. "P<0,05 sí, pero ...": la aplicación de la metodología cualitativa en la investigación sanitaria. Rev Calidad Asistencial. 2003;18(1):55-8.
- 19.- Mira JJ, Pérez-Jover V, Lorenzo S, Aranaz J, Vitarella J. La investigación cualitativa: una alternativa también válida. Aten Primaria. 2004; 34(4):161-5.

Artículos Originales

ANEXO I



Hospital Infanta Elena
Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Recomendaciones para después de la administración de contraste baritado oral (papilla)

El contraste baritado oral, en forma de papilla, es una sustancia que ha sido necesario administrarle para poder completar un buen estudio radiográfico. La papilla no se absorbe por el organismo, por lo tanto no provoca reacciones graves.

Aunque el/la enfermero/a que lo prepara es experto/a en la materia, no se pueden evitar algunas consecuencias adversas. Para que estas no aparezcan es aconsejable adoptar las siguientes medidas:

- No se asuste si durante varios días expulsa heces de color blanquecino, es normal.
- La papilla provoca estreñimiento, por lo tanto (sea o no estreñido) beba, al menos y si su médico no se lo ha prohibido, 2 litros de líquidos al día durante unos 3 días (agua, refrescos, zumos, infusiones,...).
- Las personas muy estreñidas, aparte de lo explicado en el párrafo anterior, pueden tomar el laxante que usen habitualmente. Si no se resuelve el problema acuda a su médico.
- Como medida higiénico-sanitaria, para evitar el estreñimiento es aconsejable consumir verduras, legumbres, frutas frescas y beber 2 litros de agua al día.

Artículos Originales

ANEXO II



Hospital Infanta Elena
Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Recomendaciones para después de la administración de contraste baritado rectal (papilla por el ano)

Enema opaco

El contraste baritado rectal, en forma de papilla, es una sustancia que ha sido necesario administrarle para poder completar un buen estudio radiográfico. La papilla no se absorbe por el organismo, por lo tanto no provoca reacciones graves.

Aunque el/la enfermero/a que lo prepara es experto/a en la materia, no se pueden evitar algunas consecuencias adversas. Para que estas no aparezcan es aconsejable adoptar las siguientes medidas:

- La diarrea provocada por el laxante administrado el día anterior (los sobres que se ha tomado ayer) desaparecerá sin necesidad de tratamiento. Esos sobres son necesarios para una buena limpieza del intestino.
- Para la administración del contraste baritado (papilla) hemos tenido que colocarle una sonda en el ano. Aunque se toman las medidas pertinentes, se puede provocar la erosión de la piel y un leve sangrado, como manchas de gotas de sangre en la ropa interior, no se asuste es normal. Este último punto es más corriente en personas que padecen de hemorroides.
- Aunque al finalizar la prueba haya ido al servicio o se haya bajado la bolsa para extraerle la papilla, siempre quedarán restos, por lo que es conveniente permanecer, durante algún tiempo, cerca de algún water o ir directamente a su domicilio.
- No se asuste si durante varios días expulsa heces de color blanquecino, es normal.
- La papilla provoca estreñimiento, por lo tanto (sea o no estreñido) beba, al menos y si su médico no se lo ha prohibido, 2 litros de líquidos al día durante unos 3 días (agua, refrescos, zumos, infusiones,...).
- Las personas muy estreñidas, aparte de lo explicado en el párrafo anterior, pueden tomar el laxante que usen habitualmente. Si no se resuelve el problema acuda a su médico.
- Como medida higiénico-sanitaria, para evitar el estreñimiento es aconsejable consumir verduras, legumbres, frutas frescas y beber 2 litros de agua al día.

Artículos Originales

ANEXO III



Hospital Infanta Elena
Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Recomendaciones para después de la administración de contraste yodado intravenoso (inyección de contraste).

Estudio de los riñones (U.I.V.)

El contraste yodado es una sustancia que se ha aplicado a su organismo para poder completar un buen estudio radiográfico.

El/la enfermero/a que le administra el contraste es personal experto en la materia, pero no puede evitar ciertas consecuencias adversas que conlleva la administración de esta sustancia.

Usted sí puede adoptar una serie de medidas para paliar y/o evitar estas consecuencias negativas:

- La diarrea provocada por el catártico administrado el día anterior (los sobres que se ha tomado ayer) desaparecerá sin necesidad de tratamiento. Esos sobres son necesarios para una buena limpieza del intestino.
- Beba unos 2 litros de líquidos al día (agua, zumos, refrescos, infusiones,...) durante tres días, pero siempre y cuando su médico no se lo haya prohibido.
- Una vez terminada la prueba es aconsejable no abandonar inmediatamente el servicio de Rx, sino esperar unos 20 minutos desde la administración del contraste.
- Si como consecuencia del pinchazo le aparece en el lugar de la inyección un hematoma (cardenal) puede administrarse pomada antiinflamatoria (por ejemplo Feparil®) tres veces al día.
- Si pasados unos días, aparece una dureza dolorosa en el brazo en forma de cordón puede administrarse Trombocid® pomada y deberá acudir a su médico.
- Si por la tarde apareciese fiebre ligera o sensación de fiebre puede tomar un paracetamol oral (por ejemplo Termalgin®). Si persistiese este problema acuda a su médico.
- Si ya en su domicilio, le apareciesen ronchas, zonas enrojecidas y picor o presentase dificultad respiratoria (poco probable) acuda a su servicio de urgencias y diga que se le ha administrado contraste yodado en vena (puede mostrar este papel).
- Cuando se acaba la prueba puede volver a su dieta normal, atendiendo sólo aquellas restricciones que le haya manifestado su médico.

Artículos Originales

ANEXO IV



Hospital Infanta Elena
Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Recomendaciones para después de la administración de contraste yodado intravenoso (inyección de contraste)

Realización de TAC con contraste

El contraste yodado es una sustancia que se ha aplicado a su organismo para poder completar un buen estudio radiográfico.

El/la enfermero/a que le administra el contraste es personal experto en la materia, pero no puede evitar ciertas consecuencias adversas que conlleva la administración de esta sustancia.

Usted sí puede adoptar una serie de medidas para paliar y/o evitar estas consecuencias negativas:

- Beba unos 2 litros de líquidos al día (agua, zumos, refresco, infusiones,...) durante tres días, pero siempre y cuando su médico no se lo haya prohibido.
- Una vez terminada la prueba es aconsejable no abandonar inmediatamente el servicio de Rx, sino esperar unos 20 minutos desde la administración del contraste.
- Si como consecuencia del pinchazo le aparece en el lugar de la inyección un hematoma (cardenal) puede administrarse pomada antiinflamatoria (por ejemplo Feparil®) tres veces al día.
- Si pasados unos días, aparece una dureza dolorosa en el brazo en forma de cordón puede administrarse Trombocid® pomada y deberá acudir a su médico.
- Si por la tarde apareciese fiebre ligera o sensación de fiebre puede tomar un paracetamol oral (por ejemplo Termalgin®). Si persistiese este problema acuda a su médico.
- Si ya en su domicilio, le apareciesen ronchas, zonas enrojecidas y picor o presentase dificultad respiratoria (poco probable) acuda a su servicio de urgencias y diga que se le ha administrado contraste yodado en vena (puede mostrar este papel).
- Cuando se acaba la prueba puede volver a su dieta normal, atendiendo sólo aquellas restricciones que le haya manifestado su médico.
- Si se le administraron varios vasos de agua con un preparado especial antes de la prueba, tenga en cuenta que pueden aparecer heces blandas o líquidas (ligera diarrea), esta situación será de corta duración y desaparecerá sin necesidad de tratamiento.

Noticias SEER

La asamblea de colegiados de Valencia, a favor de proponer una huelga indefinida si no se para el Decreto Ley 1/2012.

Por Consejo de Enfermería de la Comunitat Valenciana

Publicada: 15/02/2012

Noticias de Enfermería, Noticias de Economía y Medicina , Noticias Febrero 2012

Los recortes ponen en peligro la calidad asistencial en el sector sanitario público.

Valencia, febrero de 2012.- El Colegio de Enfermería de Valencia acogió el pasado lunes una asamblea informativa en el transcurso de la cual se rechazó por unanimidad la aplicación del Decreto Ley 1/2012, de 5 de enero, de medidas urgentes para la reducción del déficit en la Comunidad Valenciana y se solicitó su derogación inmediata y la depuración de responsabilidades por la mala gestión económica realizada, demandado el establecimiento de medidas legales de control para que no vuelva a producirse un despilfarro como éste.

Una de las medidas propuestas en el transcurso de esta asamblea hizo referencia a plantear en caso de que no se retire el citado decreto ley la realización de una huelga de celo y de trasladar a las centrales sindicales el estudio de una huelga indefinida de los trabajadores del sector sanitario público.

Junto a ello, se acordó también llevar a cabo una campaña de recogida de firmas para pedir que los diputados autonómicos sean los primeros en dar ejemplo de austeridad con una rebaja en sus remuneraciones, como mínimo, en proporción a lo previsto en el Decreto Ley 1/2012 y prescindiendo de sus planes de pensiones, toda vez que la clase política no está legitimada para pedir sacrificios a los sanitarios mientras ella no dé un ejemplo proporcional a lo que pide a los demás.

Durante la citada asamblea informativa, el presidente del Colegio de Enfermería de Valencia, Juan José Tirado, y el presidente del Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA), José Antonio Ávila, trasladaron a los asistentes las actuaciones que se están llevando a cabo desde la Organización Colegial Autonómica de Enfermería para paralizar la puesta en marcha de las medidas de ajuste económico.

En este sentido, dieron cuenta de la confección de un informe jurídico y de la situación de éste para solici-

tar tanto al Defensor del Pueblo y a 50 diputados o senadores que se promueva un recurso de inconstitucionalidad del decreto ley que tanto perjudica a la clase sanitaria y que tan negativo será para la calidad de atención que se presta en la sanidad pública autonómica y para la seguridad de los pacientes. Las medidas de recortes van a suponer un grave problema para mantener el nivel de calidad asistencial a la población y poder garantizar su seguridad clínica dentro del contexto sanitario.

Observatorio Enfermero de Recortes Sanitarios

Los representantes colegiales dieron también a conocer la gran cantidad de quejas y sugerencias que se estaban recibiendo a través del Observatorio Enfermero de Recortes Sanitarios disponible a través de la web del CECOVA (www.portalcecova.es) y de las de los tres colegios de Enfermería de la Comunidad Valenciana, señalando que se va a abrir el mismo a la ciudadanía a fin de recoger las quejas y denuncias de los usuarios del sistema sanitario en relación con las deficiencias que pudieran encontrarse al ser atendidos en sus necesidades de salud.

Una medida que fue muy bien acogida por los asistentes, quienes además plantearon que al estar la carrera profesional paralizada se suprimiesen las dotaciones económicas destinadas a los planes de formación continua y continuada. Además, se planteó también la introducción de mecanismos de control de horarios, la realización de auditorías económicas y el rechazo al plus de productividad que pretende dar la Conselleria de Sanidad mientras tanto no se restituya el nivel económico perdido.

Los presidentes colegiales manifestaron el apoyo de la institución y la cobertura necesaria dentro del marco de sus competencias a cuantas medidas sean promovidas y consensuadas por los colegiados, incluida la convocatoria de huelga, trasladándole las propuestas a los sindicatos, ya que son ellos los que tienen la capacidad legal de llevarlas a cabo.

Los asistentes a la asamblea mostraron su apoyo y defensa de la sanidad pública y dejaron ver su preocupación por el futuro de la misma, además del convencimiento de ser capaces de paralizar la actividad en la sanidad autonómica si fuese necesario. Unas medidas que afectan no solo a quienes tienen plaza

Noticias SEER

en propiedad y a los directivos, sino también a los interinos, parados, docentes y futuros profesionales.

La Conselleria de Sanidad entrega a la Organización Colegial de Enfermería un documento con 11 medidas de ajuste para recibir aportaciones de la profesión.

Por Consejo de Enfermería de la Comunitat Valenciana
Publicada: 7/02/2012
Noticias de Enfermería, Noticias de Economía y Medicina, Noticias
Febrero 2012

Los profesionales de Enfermería pueden realizar propuestas alternativas a través del CECOVA y sus colegios profesionales al Plan de Mejora de la Eficiencia.

Valencia, febrero de 2012.- La Organización Colegial de Enfermería trasladará a los colegiados el contenido de las 11 medidas de ajuste que llevará a cabo la Conselleria de Sanidad a fin de ahorrar un total de 440 millones de euros del presupuesto sanitario en 2012 y que fueron presentadas por el conseller de Sanidad, Luis Rosado, a los presidentes del Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA) y de los colegios de Enfermería de Valencia, Castellón y Alicante.

El CECOVA y los colegios de Enfermería difundirán las medidas y recogerán aportaciones a las mismas a través de sus respectivas páginas web, donde los profesionales de Enfermería pueden descargarse el documento completo y realizar las aportaciones mediante el formulario habilitado a través del Observatorio Enfermero de los Recortes Sanitarios.

El presidente del CECOVA, José Antonio Ávila, explicó que “el conseller de Sanidad hizo hincapié en la reunión en que desde los colegios de Enfermería se aportarían todas aquellas propuestas de ahorro en las que la profesión enfermera tenga un papel protagonista”. Por ello, desde la Organización Colegial “queremos invitar a todo el personal de Enfermería a que haga todas aquellas propuestas que considere oportunas en las que se evidencie claramente la contribución enfermera a la reducción del gasto sanitario global”.

Rechazo frontal al Decreto-Ley 1/2012

La Organización Colegial de Enfermería ha reiterado

su rechazo frontal al Decreto-Ley 1/2012 de medidas urgentes para la reducción del déficit de la Comunitat Valenciana, ya que “Enfermería no tiene por que pagar la mala gestión realizada desencadenante del déficit económico en la Comunidad Valenciana, siendo partidaria de ejercer una crítica firme pero a la vez constructiva, y, por eso, colaborar para intentar minimizar el impacto de las medidas en Enfermería”.

Las personas interesadas en hacer propuestas de mejora del Plan o sugerencias alternativas a las previstas por la Conselleria de Sanidad pueden hacerlo a través del Observatorio Enfermero de los Recortes Sanitarios incluido en la web PortalCECOVA.es o en las páginas web de sus respectivos colegios.

Enfermería pide que se le devuelva el dinero de los recortes cuando mejore la situación económica.

Por Consejo de Enfermería de la Comunitat Valenciana
Publicada: 30/01/2012
Noticias de Enfermería, Noticias de Economía y Medicina , Noticias
Enero 2012

Alicante, enero de 2012.- El Colegio de Enfermería de Alicante acogió el pasado miércoles cuatro sesiones informativas con el objetivo de abordar el alcance de las medidas propuestas en el Decreto Ley 1/2012, del Consell, de medidas urgentes para la reducción del déficit de la Generalitat Valenciana, y de recoger las propuestas de los colegiados para buscar una solución alternativa a la situación provocada por el mismo.

En este sentido, cabe destacar que una de las medidas que se ha acordado trasladar a la Administración en el caso de que el citado decreto se aplique como está previsto hace referencia a la devolución del dinero que van a dejar de percibir las enfermeras a causa de los recortes una vez que mejore la situación económica que ha dado lugar a los mismos.

Como resumen de lo planteado en las asambleas se pueden concretar una serie de puntos que hacen referencia al rechazo y petición de retirada del Decreto Ley 1/2012, búsqueda de medidas alternativas al mismo, que se depuren responsabilidades entre los causantes de la actual situación económica de la Administración pública y la profesionalización de los cargos directivos.

Noticias SEER

Desde la Organización Colegial de Enfermería se rechaza que se cargue sobre los profesionales sanitarios el peso de los recortes económicos, ya que ellos no han sido los causantes de la actual situación. Un decreto que va a suponer, además de una importante reducción del poder adquisitivo de los profesionales sanitarios que trabajan para el sector público, una reestructuración de las condiciones laborales y reducción de personal, lo que puede afectar de forma negativa a la calidad asistencial y poner en peligro la seguridad de los usuarios.

La Organización Colegial de Enfermería en la Comunidad Valenciana ha puesto en marcha a través del portal web del CECOVA el Observatorio Enfermero sobre los Recortes Sanitarios a través del cual se van a recoger las situaciones que generen los recortes presupuestarios en los puestos de trabajo de las enfermeras, al tiempo que servirá para recoger aquellas iniciativas planteadas por los colegiados para reducir el gasto en el sector sanitario como alternativa a los recortes.

Ante los recortes, las enfermeras piden que se cumpla la jornada laboral "de forma estricta"

Fuente : Acta Sanitaria 21/02/2012

Según el Sindicato de Enfermería, SATSE, las enfermeras emplean, de media, unos 30 minutos en dar el cambio de turno que no computa como jornada laboral ni es retribuida económicamente; de ahí que ante los recortes de plantillas, salario e incremento de jornada y de trabajo, este colectivo pide cumplir su jornada laboral "sin regalar tiempo extra".

Madrid 21/02/2012

El Sindicato de Enfermería, SATSE, informa en una nota de prensa, que estudia recomendar a las enfermeras que dejen de hacer "el solape" -tiempo que emplean en dar el cambio de turno a los compañeros que los relevan en su puesto de trabajo y en el que se transmiten las incidencias tanto del Servicio o Unidad como de los tratamientos o incidencias de los pacientes a su cargo-, si no se les retribuye o computa como jornada laboral efectiva.

Las enfermeras explican que realizan más de las 35 horas semanales, ya que en ese cálculo no computa la media hora que, por término medio, emplean en transmitirse las incidencias que se producen en el Servicio o en los pacientes a su cargo (el denominado solape que se realiza tanto a la entrada como a la salida del

turno), por lo que realmente hacen 37,5 horas semanales, aunque sólo se les retribuyen 35 horas.

No realizar el solape -prosигuen- significa que se tiene que recoger, bien informáticamente o en papel, todas las incidencias que se producen tanto en el Servicio como entre los pacientes a su cargo. El hecho de transmitir las incidencias verbalmente, con soporte documentado, es algo imprescindible para el correcto funcionamiento del Servicio, ya que para enfermería es necesario indicar a quienes hacen el relevo, el estado de ánimo del paciente y los cuidados que se le han aplicado.

¿Jornada rentable?

El secretario general del Sindicato de Enfermería, Alejandro Laguna, considera que "si de verdad quieren optimizar los recursos asistenciales, pongan a funcionar a pleno rendimiento los hospitales durante el turno de mañana y tarde y obliguen a que todos los trabajadores, todos, realicen la jornada laboral marcada. La enfermería ya la cumple y con creces".

El portavoz sindical ha cuestionado si ampliar la jornada laboral de la enfermería será rentable para las gerencias de los hospitales "sobre todo porque nadie puede obligar a una enfermera a hacer una jornada superior a la que legalmente está establecida"; los problemas de comunicación entre turno saliente y entrante, así como el tiempo utilizado para leer los informes de las compañeras no podrá ser empleado para realizar labores asistenciales.

El PSOE recupera en el Congreso iniciativas en trámite sobre formación, enfermería y universalización.

Fuente: Acta Sanitaria 21/02/2012

El Partido Socialista (PSOE) presentó el pasado 16 de febrero en el Congreso de los Diputados cinco proposiciones no de ley que pretenden dar salida a algunos reales decretos que el Gobierno anterior dejó en tramitación sobre troncalidad, nuevas especialidades médicas y enfermería, además de defender el uso de la 'píldora del día después'.

Madrid 21/02/2012, Lucía Argos

El portavoz de Sanidad del PSOE, José Martínez Olmos, ex secretario general de Sanidad, será quien defienda las cinco proposiciones no de ley que deberán votarse en la Comisión de Sanidad.

La primera de ellas se refiere a la universalización de la

Noticias SEER

asistencia sanitaria pública. En cumplimiento de la Ley General de Salud Pública promulgada en octubre de 2011, que en su disposición adicional sexta establece la extensión de la asistencia sanitaria pública a todos los españoles residentes en territorio nacional, el PSOE insta al gobierno a desarrollar una reglamentación sobre los términos y condiciones de este derecho antes de abril de 2012.

Especialidades médicas y troncalidad

El Partido Socialista entiende en su proposición no de ley que, en la anterior legislatura, "se dieron "pasos decisivos en relación a la mejora del sistema formativo MIR", en el sentido de incorporar el concepto de troncalidad en la formación especializada y la creación de nuevas especialidades. Por ello, insta al Gobierno a aprobar el real decreto sobre troncalidad y el real decreto sobre las nuevas titulaciones de Enfermedades Infecciosas, Psiquiatría infanto-juvenil, Genética, y Urgencias y Emergencias.

La profesión enfermera

Otro proyecto de Real Decreto al que los socialistas piden salida inmediata es el que se refiere a las indicaciones, uso y autorizaciones de dispensación de medicamentos para el personal de enfermería, "definido en el artículo 77.1 de la Ley de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos sanitarios. Desde el 4 de octubre está en tramitación y el PSOE entiende que responde a una aspiración "ampliamente extendida" entre los profesionales de la enfermería y que responde a "una necesidad sanitaria".

Factura medicamentos a farmacias

La siguiente propuesta de proposición no de ley del PSOE tiene por objeto a las farmacias, muchas de ellas ahogadas por la deuda con las administraciones públicas. En esta línea se solicita "presentar al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud una iniciativa para que el pago de la factura farmacéutica a las oficinas de farmacia tenga igual prioridad que el pago de las nóminas de los profesionales sanitarios".

Píldora del día después

Fruto también de una decisión política en 2009, el partido socialista defiende el efecto y los resultados de la dispensación sin receta de la conocida como 'píldora del día después' en la disminución de los embarazos no deseados y, por tanto, de su interrupción. Por ello, la proposición no de ley "insta al

Gobierno a mantener el estatus de la anticoncepción hormonal de urgencia mediante la cual se puede acceder a la misma en las farmacias sin necesidad de receta médica".

La tomoterapia "puede ofrecer un potencial beneficio en pacientes oncológicos pediátricos"

La tomoterapia "puede ofrecer un potencial beneficio en pacientes oncológicos pediátricos", según el Grupo IMO. Esta técnica permite "escalar la dosis de radiación, administrando mayor dosis en la lesión tumoral y menor dosis en los tejidos sanos adyacentes al tumor", tal y como explican.

Europa Press

MADRID, 15-02-2012.

A partir de este tratamiento de radioterapia guiada por imagen, los profesionales pueden ajustar la radiación a la forma del tumor combinando en un mismo equipo un sistema de obtención de imagen por tomografía axial computerizada y un acelerador lineal que gira de forma helicoidal 360 grados alrededor del paciente.

Este avance es especialmente importante es los tumores de los niños, ya que sin esta técnica "no se podrían tratar de una manera satisfactoria", afirman. Los tejidos sanos de un niño en fase de desarrollo son especialmente sensibles, por lo que la reducción de la radiación hace que los efectos secundarios sean ahora menores.

Este sistema lo comenzó a desarrollar el Grupo IMO en la unidad de Radioterapia y Tomoterapia de la Clínica La Milagrosa de Madrid en el año 2006, siendo pionera en España. Una vez que el niño es ingresado en esta dependencia hospitalaria, el proceso continúa con el apoyo emocional y el tratamiento multidisciplinar por parte de los profesionales.

A nivel de enfermería, el tratamiento consiste en la realización de la historia clínica del paciente y en el seguimiento de su evolución a través de consultas periódicas. Durante las sesiones de radioterapia, la enfermera será la responsable de la medicación y del trabajo de los anestesiistas.

Por último, el Grupo IMO ofrece información y apoyo psico-oncológico al paciente y a sus familiares. Este servicio será prolongado tras la curación del menor.

Noticias SEER

La práctica de ejercicio físico mejora la tolerancia a los tratamientos en los pacientes con cáncer

La práctica de ejercicio físico mejora la tolerancia a los tratamientos en los pacientes con cáncer, según explican expertos de Sanitas Hospital. La compañía sanitaria está liderando un programa pionero de actividad física para pacientes oncológicos en sus dependencias en La Moraleja y La Zarzuela.

Europa Press

MADRID, 14-02-2012.

Estos tratamientos, que se están llevando a cabo en los servicios de la Unidad de Consejo y Cuidado Oncológico (UCCO) de Sanitas, "refuerzan la autoestima y mejoran la capacidad funcional y el estado de salud entre otros beneficios", explican desde los hospitales madrileños.

Además, el éxito han sido absoluto, ya que "el 100 por cien de los pacientes han presentado resultados positivos y mejorado su disposición a enfrentarse a la enfermedad", aseguran. Este nivel de aceptación se ha producido tras tan sólo un año de funcionamiento de este programa.

El proyecto se ha desarrollado en varias fases, en la que la primera ha contado con 26 pacientes. Éstos han notado una mejora en los niveles de fuerza, el sistema inmunitario y una disminución de la sensación de cansancio. "El objetivo es optimizar la calidad de vida y estado de salud de estos pacientes", afirma la jefa del Servicio de Oncología del Hospital Sanitas La Moraleja, Margarita Feyjóo.

Otro de los deseos del programa es que el paciente "aprenda a descubrir que su cuerpo todavía puede ayudarse a sí mismo a luchar contra la enfermedad" explica la doctora. Gracias a ello, "un 75 por ciento ha experimentado una mejoría en sus relaciones interpersonales".

Por último, Feyjóo subraya el hecho de que el proyecto liderado por Sanitas adapta la actividad física al perfil de cada paciente. Así, los especialistas diseñan sesiones individuales y grupales que obtienen los mejores resultados.

La organización colegial de enfermería destaca la necesidad de una regulación básica y definitiva de los derechos de los pacientes al final de la vida

Los ponentes han analizado qué significa la asistencia al paciente al final de la vida, destacando que nada tiene que ver con los conceptos de eutanasia o del suicidio asistido.

Se han inaugurado en el Palacio de Euskalduna de Bilbao las jornadas 'La enfermería ante el paciente al final de la vida', organiza-

das por el Colegio de Enfermería de Vizcaya junto a la Escuela de Ciencias de la Salud de la Organización Colegial de Enfermería, que reúnen, hasta mañana, a los más destacados expertos de toda España en este ámbito.

Departamento de Comunicación

MADRID, 14-02-2012.

Entre las ponencias celebradas ha destacado la conferencia inaugural, a cargo de Máximo González Jurado, presidente del Consejo General de Enfermería de España. González Jurado ha analizado la protección de los derechos de los pacientes en la actual coyuntura de crisis económica que azota toda Europa. Así, ha destacado la situación crítica que arrastra el Sistema Nacional de Salud que en la actualidad arrastra una deuda de 15.000 millones de euros que podría llevar a la quiebra el que es tesoro máspreciado de nuestro Estado de Bienestar. "Se hace necesario que Estado y las CC.AA. se sienten con los profesionales y los pacientes a impulsar cuanto antes un Pacto de Estado por la sostenibilidad del SNS y dejen ya de poner parches temporales, que lo único que hacen es prolongar la agonía. Debemos pactar entre todos", ha destacado.

Por su parte, la presidenta del Colegio de Enfermería de Vizcaya, María José García Etxaniz ha destacado que "no podemos olvidar que los problemas de los derechos de las personas ante el inevitable proceso de la muerte preocupan a toda la sociedad y acucian especialmente a los profesionales de la Enfermería, que quieren y deben caminar en este proceso con la conciencia de estar haciendo lo que deben hacer y de la manera más respetuosa con esos derechos, con el ordenamiento jurídico y con su propia conciencia".

Ambos presidentes de la Organización Colegial han señalado la necesidad de que las Administraciones públicas acaben la implementación de los registros de testamentos vitales en todas las regiones, una herramienta que permite a los sanitarios conocer, en caso de urgencia, la voluntad del paciente sobre aspectos tan importantes como medidas sedativas que pueden acortar su vida.

"Es necesario que los enfermeros puedan acceder a toda la documentación sanitaria del paciente, incluyendo su historia clínica y, sobre todo, a su testamento vital". Consideran fundamental la existencia de un registro único realizado según una normativa básica estatal consensuada con las CC. AA. para que "independientemente del territorio donde estén, los pacientes sean tratados de la misma manera al final de su vida y que, en caso de acci-

Noticias SEER

dente, los sanitarios de cualquier hospital conozcan la voluntad del paciente sobre los tratamientos a recibir".

Respecto a la asistencia sanitaria al paciente al final de la vida, Máximo González Jurado ha destacado que, en este proceso, son las enfermeras quienes han de liderar los procesos dentro del equipo multidisciplinar, ya que su asistencia es la más cercana y la más continuada estando en continuo contacto con el paciente y sus familiares.

También ha destacado la necesidad de que las enfermeras que prestan este tipo de asistencia estén especializadas, formadas y capacitadas adecuadamente porque deben afrontar una asistencia que requiere de cuidados muy específicos.

Sin embargo, ha incidido en que el personal "no está suficientemente preparado", por lo que ha defendido que "hay que darles mayor formación, empezando por la Universidad". Asimismo, ha señalado que existe un vacío legal que puede provocar inseguridad jurídica a los profesionales: "aunque haya ya algunas regulaciones autonómicas, resulta imprescindible que exista una ley básica para que todos los ciudadanos tengan los mismos derechos y para que todos los profesionales estén trabajando bajo los mismos criterios". A lo largo de la mañana, los expertos que han ido participando en las jornadas han analizado qué significa la asistencia al paciente al final de la vida, destacando que nada tiene que ver con los conceptos de eutanasia o del suicidio asistido. En este sentido, ha señalado que la definición más acorde con la realidad es la de "aquella muerte libre de angustia y sufrimiento para el paciente, familia, y los cuidadores en general, acorde con sus deseos y razonablemente coherente con los estándares clínicos, culturales y éticos".

Más de la mitad de los españoles cree que la asistencia sanitaria empeorará este año

Los datos del CIS confirman lo que ya pronosticaba el Estudio del Observatorio Sanitario del Consejo General de Enfermería, en el actual entorno de crisis económica, los ciudadanos están muy preocupados respecto a la asistencia sanitaria.

Más de la mitad de los españoles (55,2%) cree a lo largo de 2012 la asistencia sanitaria empeorará, mientras un 21,5 por ciento cree que se mantendrá igual. Solo un 16,5%, sin embargo, cree que incluso mejorará a pesar de la crisis, según el Barómetro de Enero del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS).

Europa Press

MADRID, 07-02-2012.

De hecho, según apunta este estudio realizado sobre 2.500 personas, tras las últimas medidas anunciadas por las distintas comunidades autónomas de posibles medidas de ajuste en la atención sanitaria a causa de la crisis, es el ámbito en el que más pesimistas son los españoles, por encima del propio paro, que un 46,7% cree que va a ir a peor este año; la vivienda (45,4%), la educación (42,1%) o las pensiones (40,8%).

En contrapartida, el 62,9 por ciento espera que su salud y su forma física se mantengan como el pasado año, y sólo un 9,2 por ciento teme que vaya a peor, frente a uno de cada cinco (20,2%) que se muestra optimista y cree que en 2012 se va a sentir mejor.

Y es que la salud es el aspecto más importante, junto con la familia (98,9%), en la vida de los españoles, como opina el 98,7%, por encima del bienestar económico (94,2%), el trabajo (94,1%), la pareja (88,6%) y los amigos (87,8%).

Entre los problemas que más les afectan personalmente, la sanidad se sitúa en cuarto lugar (7,1%), superada sólo por el paro (45%), los problemas económicos (43,3%) y las pensiones (8,2%). A nivel nacional, la sanidad, que ha escalado posiciones en los últimos estudios, se sitúa en el quinto lugar entre los principales problemas de España (8,1%), tras el paro (83,3%), los problemas económicos (53,7%), los políticos (17,8) y la corrupción y el fraude (12,3%).

Mato casi aprueba Por otra parte, la nueva ministra de Sanidad, Política Social e igualdad, Ana Mato, no es de las más conocidas del Gabinete a pesar de los años que lleva dedicada a la política como diputada, ya que un 47,9 por ciento de los consultados asegura no conocerla. A pesar de ello, y tras los escasos dos meses al frente del ministerio, consigue casi un aprobado, con una nota de 4,70, lo que la sitúa en la zona media de la tabla de ministros en un octavo puesto, superada por Alberto Ruiz-Gallardón (5,41), Soraya Sáenz de Santamaría (5,08), Ana Pastor (5,05), Cristóbal Montoro (4,87), José Manuel Soria (4,84), Miguel Arias Cañete (4,83) y José Manuel María Margallo (4,74).

Bolsa de trabajo

Adecco Medical & Science busca 20 fisioterapeutas y 30 enfermeras para trabajar en Francia.

Por Adecco Outsourcing

Publicada: 23/01/2012

Noticias Enero 2012, Noticias de Rehabilitación y Fisioterapia, Noticias de Enfermería

- Francia requiere estos profesionales sanitarios para cubrir puestos vacantes en residencias y hospitales públicos y privados de todo el país

- Se requiere formación universitaria en Fisioterapia o Enfermería, alto nivel de francés y se valorará tener una experiencia mínima de un año en el puesto y haber trabajado previamente en Francia

- Se ofrece contrato de trabajo temporal a jornada completa y un salario medio anual de 26.000 brutos, que variará en función de la experiencia y del convenio salarial del centro en el que trabajen Madrid, enero de 2012.- Cada vez son más los españoles que se marchan de nuestro país ante la imposibilidad de conseguir un empleo. Según los últimos datos del INE, más de un millón y medio de personas lo ha hecho ya. Por ello, para aquellos profesionales que estén planteándose iniciar una nueva andadura profesional fuera de nuestro país, Adecco les ofrece la posibilidad de hacerlo en el país vecino.

Tras el lanzamiento de propuestas anteriores, como la demanda de 50 ingenieros para trabajar en una empresa ubicada en la República Checa, en esta ocasión, es la división de servicios sanitarios, Adecco Medical & Science, la que traslada una oferta masiva procedente de Francia: se requieren 20 fisioterapeutas y 30 enfermeras para cubrir puestos vacantes en residencias y hospitales públicos y privados de todo el país.

Ambos puestos exigen formación universitaria en cada especialidad: Fisioterapia y Enfermería; resulta imprescindible disponer de un nivel alto de francés en comprensión y expresión oral (mínimo nivel B1); vocación de servicio y atención al paciente; capacidad de adaptación a nuevos entornos y culturas; capacidad de trabajo en equipo y se valorará haber trabajado previamente en Francia y tener una experiencia mínima de un año en el puesto ofertado.

Se ofrece contrato de trabajo temporal a jornada completa y un salario medio anual de 26.000 brutos,

que variará en función de la experiencia y del convenio salarial del centro en el que trabajen. Existe también la posibilidad de ayudas para el alojamiento de los candidatos durante su estancia en el país galo.

Para más información o consulta sobre la oferta, contactar con Loïc Patiño en la dirección loic.patino@adecco.com o bien registra tu CV aquí.

Sobre Adecco Medical & Science

Adecco Medical & Science es la línea de Adecco Professional especializada en la búsqueda y selección de perfiles de las áreas sanitaria, científica, farmacéutica y preventiva. Desde 1998, Adecco Medical & Science ofrece soluciones de recursos humanos especializadas a más de 15.000 empresas e instituciones del sector sanitario, farmacéutico y científico de todo el mundo mediante su presencia en más de 15 países.

En España, la división cuenta con 16 delegaciones repartidas por todo el territorio nacional. Además de los servicios en Consultoría de Selección, Adecco Medical & Science aporta soluciones de Consultoría de Formación y Prevención de Riesgos Laborales, Outsourcing y Trabajo Temporal Especializado en perfiles sanitarios y científicos.

Servicio de prevención de riesgos laborales precisa enfermero de empresa

ID : 1754 - Fecha: 16/02/2012

Nombre de la empresa: Servicio de prevención de riesgos laborales

Salario aproximado: Según convenio

Población: Palencia y Valladolid

Provincia: Palencia

Especialidad: Enfermería de empresa

Jornada laboral: Intensiva

Experiencia mínima: N/D

Estudios mínimos: Diplomatura en enfermería

Se ofrece:

- Horario de lunes a viernes de 8 a 15 horas y una tarde de 16.30 a 19.00 horas

- Salario según convenio

Requisitos mínimos:

- Diplomatura en enfermería

- Especialidad en enfermería de empresa

Bolsa de trabajo

Enfermeros para Alemania para asistencia domiciliaria

ID : 1753 - Fecha: 16/02/2012

Nombre de la empresa: Euro Jobs Europe

Salario aproximado: 1.800 _ b/m

Población: Nord-Westfalia

Provincia: Fuera de España

Especialidad: Domicilio

Jornada laboral: Completa

Experiencia mínima: N/D

Estudios mínimos: Diplomatura en enfermería

Se ofrece:

- Jornada completa
- Una vez en Alemania se estudiará un curso intensivo del idioma
- Alojamiento
- Curso de alemán
- Coche de empresa para cubrir los desplazamientos en horario laboral
- Sueldo de aproximadamente 1.800 euros brutos

Requisitos mínimos:

- Diplomatura en enfermería
- Nivel básico de alemán
- Nacionalidad dentro de la Comunidad Europea
- Preferiblemente mujeres

Enfermeros y futuros enfermeros para trabajar en hospitales públicos de Francia

ID : 1781 - Fecha: 13/04/2012

Nombre de la empresa: Laborare Consultores

Salario aproximado:

Más de 23.000 euros brutos anuales

Población: Fuera de España

Especialidad: Sin definir

Jornada laboral: 35 horas semanales

Experiencia mínima: N/D

Estudios mínimos: Diplomado o futuro diplomado universitario en enfermería

Se ofrece:

Contrato inicial de duración determinada de seis meses seguidos de un contrato fijo de duración indefinida. Posibilidad de acceder al estatuto de funcionario titular después de unos 12 meses.

Consideración de la antigüedad adquirida según disposiciones de la Función Pública Hospitalaria.

Los puntos adquiridos en estos hospitales puntuarán en la función pública española.

Requisitos mínimos:

Motivación para trabajar en Francia y aprender una lengua y una cultura nueva.

60 enfermeros para trabajar en centros de la tercera edad en el Reino Unido

ID : 1782 - Fecha: 16/04/2012

Nombre de la empresa: Baker Street International

Salario aproximado: 22.000-24.000 libras (equivalente a 1.700-1.900 euros mensuales netos)

Población: Zonas sur y oeste de Inglaterra y en Escocia

Provincia: Fuera de España

Especialidad: Geriátrica

Jornada laboral: 36-38 horas semanales

Experiencia mínima: 12 meses mínimo de experiencia

Estudios mínimos: Titulación en enfermería

Se ofrece:

28 días de vacaciones anuales, una semana de formación antes de comenzar a cargo de la empresa y posibilidades de promoción dentro del sector. También se paga el viaje de ida, un billete de vuelta y un mes de alojamiento.

Entrevistas previas por Skype y teléfono, y entrevistas presenciales en España en mayo. Incorporación en mayo y junio.

Se necesita supervisor para nuevo hospital en Dubai

Nombre de la empresa: People & Places SL

Salario aproximado: 56.000 USD

Población: Fuera de España

Especialidad: Emergencias

Jornada laboral: N/D

Experiencia mínima: Experiencia como supervisor, en urgencias y traumatología

Estudios mínimos: Diplomado en enfermería

Se ofrece:

Experiencia en supervisión de equipos de trabajo. Se valorará experiencia en trauma y urgencias.

Se ofrece coche de empresa. Dos años de contrato y alojamiento. Un vuelo de vuelta al año.

Requisitos mínimos: Nivel de inglés alto.

Bolsa de trabajo

Voluntarios para campaña sanitaria internacional (América)

-Nº plazas: 60

-Institución convocante: Asociación internacional de sanitarios en España (AISE), <http://www.aiseesp.org/>

-Requisitos: médicos de familia, médicos especialistas, enfermeras, farmacéuticas, psicólogos, trabajadoras sociales, pedagogos, educadores sociales. fisioterapeutas, odontólogos.

+Información:

http://www.hacesfalta.org/oportunidades/presencial/detalle/?utm_source=BandejaCorreo&utm_medium=Mailing&utm_campaign=BoletinHF&idOportunidad=71200

*Plazo de presentación: 20/07/12

Fuente: hacesfalta.org

IMPRESINDIBLE:

- Disponibilidad para el día 04 DE DICIEMBRE en horario de tarde: de 14:15 a 17:00 aproximadamente.

-Titulación de Enfermería y de Especialista en Radiología.

- Vehículo propio.

OFRECEMOS: contrato laboral, alta en Seguridad Social y atractiva remuneración.

Posibilidad de colaboración en todas las suplencias que se realicen en la zona.

REQUISITOS:

- Disponibilidad en los periodos y horarios marcados.

- Experiencia en servicios médicos de empresa.

- Se valorará experiencia en urgencias y emergencias.

Si está interesado en ampliar su información sobre nosotros puede visitar nuestra página web: www.medycsa.com

Due, Especialista En Radiología Para Suplencias

Título de la oferta: Due, Especialista En Radiología Para Suplencias

Fecha: 16/04/2012

Empresa: Medycsa, S.A.

Perfil del candidato

Área 1: Sanidad - Salud - Investigación

Profesión 1: Enfermería

Requisitos: Disponibilidad para incorporarse el día 04 de diciembre.

-Titulación mencionada.

Años de experiencia mínima: 1

Descripción de la oferta

Salario: A convenir

Tipo de jornada Laboral: Media Jornada

Tipo de contrato: A convenir

País puesto vacante: España

Provincia puesto vacante: Girona

Población: Girona

Funciones a desarrollar: Medycsa, Servicio de Prevención Ajeno, líder en el ámbito de la Salud Laboral por sus procedimientos, metodología y calidad. Precisa incorporar para realizar suplencias en un servicio médico de una importante entidad pública situada en GIRONA, a:

DIPLOMADA/O EN ENFERMERIA, ESPECIALISTA EN RADIOLOGÍA para suplencias en turno de tardes y noches.

Actos científicos

Cursos, becas y premios

AYUDA PARA DIPLOMADOS UNIVERSITARIOS INSTITUTO DANONE

-Plazo de presentación: 31 de mayo de 2012.
-Objeto: diplomados que hayan obtenido la titulación en una universidad española con posterioridad a 2006 en ciencias de la salud, ámbitos afines o ingenieros técnicos relacionados con los alimentos o la alimentación, para desarrollar tareas de investigación, a título individual formando parte de un equipo o grupo de investigación.

+ Información:

<http://www.institutodanone.es/cas/ayudas2.htm>

Fuente: OIB-FICTY

PREMIOS METAS DE ENFERMERÍA 2012

-Plazo de presentación: 10 de septiembre de 2012.
-Objeto: profesionales enfermeros (españoles y extranjeros). Los trabajos, que deberán ser inéditos y escritos en lengua castellana, podrán versar sobre cualquier área de conocimientos de la enfermería.

+ Información:

<http://www.enfermeria21.com/publicaciones/metaspremios>

AGENDA DE OPORTUNIDADES DE FINANCIACIÓN PARA LA I+D+i EN SALUD

-Recoge ayudas, tanto de entidades públicas como privadas, para la financiación de proyectos de investigación, la adquisición de equipamientos, la contratación y movilidad de recursos humanos.

-A través de la Fundación Progreso y Salud.

+ Información:

http://www.juntadeandalucia.es/fundacionprogresoysalud/index.php?option=com_content&task=view&id=36

AYUDAS A LA INVESTIGACIÓN MÉDICA Fundación Eugenio Rodríguez Pascual

-Plazo de presentación: sin limitación temporal.

-Objeto: convocatoria de ayudas dirigida a funcionarios, personal al servicio de las Administraciones Públicas y personal docente e investigador para la financiación de trabajos de investigación médica.

+ Información: <http://bit.ly/GliJDu>

Fuente: Fundación Progreso y Salud

XVI ENCUENTRO INTERNACIONAL DE INVESTIGACIÓN EN CUIDADOS

-Cartagena, Murcia, 6-9 de noviembre de 2012.

-Organiza: Investén-Isciii

+ Información:

<https://encuentros.isciii.es/murcia2012/es/index.html>

Fuente: correo directo

VIII CONGRESO NACIONAL DE ATENCIÓN SOCIO-SANITARIA

-Ibiza, 24-26 de octubre de 2012.

-Organiza: SEES, Sociedad Española de Atención Sociosanitaria

+ Información:

<http://www.sess.es/2012/www/>

Fuente: Rol

XXVIII CERTAMEN NACIONAL DE ENFERMERÍA CIUDAD DE SEVILLA

-Plazo de presentación: 31 de octubre de 2012.

-Convoca: Colegio Oficial de Enfermería de Sevilla.

-Objeto: autor o autores que mejor contribución aporten a la investigación y trabajos científicos de Enfermería.

+ Información:

<http://www.colegioenfermeriasevilla.es/Servicios/Certamen/index.php>

Fuente: Enfermería de Sevilla

V CONGRESO IBEROLATINOAMERICANO SOBRE ÚLCERAS Y HERIDAS

-Montevideo, 12-14 de septiembre de 2012.

+ Información:

<http://heridasenred.com/index.php/objetivos>

Fuente: Gerokomos

III CONCURSO DE FOTOGRAFÍA GNEAUPP

-Plazo de presentación: 15 de junio de 2012.

-Convoca: Grupo para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras Por Presión y Heridas Crónicas

- Fundación Sergio Juan Jordán

-Objeto: las fotografías deberán centrarse sobre cualquiera de las múltiples situaciones, acepciones o matices relacionados con los pacientes, cuidadores familiares o profesionales o el entorno de cuidados de aquellos aquejados por úlceras por presión u otras heridas crónicas o en situación de riesgo.

+ Información:

<http://fundacionsergiojuan.org/es/?module=blog&page=viewpost&post=3er-concurso-de-fotograf%C3%ADa-gneaupp.php&pageback=kop5.php>

Fuente: Gerokomos

Enlaces Internet

<http://www.nursingworld.org/default.aspx>
<http://www.cna-nurses.ca/cna/>
<http://www.aamatronas.org/web/>
<http://www.matronas-cv.org/>
<http://www.serie.es/>
<http://www.aeev.net/>
<http://www.aep.es/>
<http://www.enfermeriadeurgencias.com/>
<http://www.seden.org/>
<http://www.gneaupp.es/app/portada/>
<http://enfermeriacomunitaria.org/web/>
<http://www.enfersalud.com/>
<http://www.enfermeria21.com/>
http://www.fisterra.com/recursos_web/enfermeria/entrada.asp
<http://www.guiadeenfermeria.com/>
<http://www.hon.ch/HONsearch/Patients/medhunt.html>
<http://hardinmd.lib.uiowa.edu/>
<http://www.doc6.es/index/>
<http://www.isciii.es/>
http://bases.bvs.br/public/scripts/php/page_show_main.php?home=true&lang=es&form=simple
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>
<http://www.scu.edu.au/schools/nhcp/aejne/>
<http://www.cfnavarra.es/salud/publicaciones/ESPEJO/SUMARIO.HTM>

<http://www.enfermeriaencardiologia.com/revista/>
<http://revistas.um.es/eglobal/>
<http://www.oiiq.org/>
<http://www.medspain.com/>
<http://www.icn.ch/>
<http://www.who.int/en/>
<http://www.internationalmidwives.org/>
<http://www.msc.es/>
<http://www.infodoctor.org/bandolera/>
<http://www.index-f.com/oebe/inicio.php>
<http://www.seei.es/>
<http://medinfo.ufl.edu/>
<http://www.elsevier.es/es>
<http://www.medicinatv.com/>

Enlaces Internet

Otras Asociaciones de Enfermería

1.- Sociedad Española de Enfermería experta en estomatoterapia
<http://www.estomaterapia.es/sede/sede.nsf/?Open>

2.- Varios sobre enfermería y sus asociaciones
www.enfermeria.com

Otros Portales

Red de Enfermería
www.redenfermeria.com

Busqueda

Enfispo
www.index-f.vom/ATT00004.htm

Bdie
bdie.isciii.es/buscador_BDIE.htm

Revistas electrónicas de acceso libre y texto completo

Nurse-Beat
www.nurse-beat.com/

Otros Organismos

Orden de enfermeras y enfermeros del Québec
www.oiiq.org

Imágenes Médicas

<http://nematode.bio.bris.ac.uk/opportunities.html>

Diccionarios y glosarios.

Multilingual Glossary of technical and popular medical terms in nine European Languages
<http://helpdesk.ugent.be/webhosting/rugac.php>

Otras direcciones de interés

Revista Metas de Enfermería
www.enfermeria21.com

Revista Rol
<http://www.e-rol.es/>

Revista Hiades
<http://www.portalhiades.com/>

Medicina TV.com - Canal Radiodiagnóstico.
www.medicinatv.com

Información para los autores

La RSEER (Revista de la Sociedad Española de Enfermería Radiológica) 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, la RSEER 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 la RSEER. La RSEER 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.

Son encargadas directamente por Comité Editorial.

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.

Bibliografía

Se presentará según el orden de aparición en el texto con la correspondiente numeración correlativa en superíndice. No se emplearán frases imprecisas como «observaciones no publicadas», «comunicación personal» o similares. Los originales aceptados y no publicados en el momento de ser citados pueden incluirse como citas con la expresión «[en prensa]».

Las citas deberán comprobarse sobre los artículos originales, indicando siempre la página inicial y final de la cita y se elaborarán y ordenarán según las normas de Vancouver, disponible en: <http://www.icmje.org/>.

Se relacionarán todos los autores si son 6 o menos; si son más, relacionar los 6 primeros seguidos de la expresión «et al».

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 la RSEER. 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 la RSEER. 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 la Revista de la Sociedad Española de Enfermería Radiológica 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 la RSEER 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 o Empresa/Entidad Protectora (1-ver dorso)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

Demanda:

Pertenecer 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, 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:

Nombre entidad bancaria

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

* Las empresas o entidades que prefieran otra forma de pago, pónganse en contacto con la SEER.

Firma (y sello en caso de Empresas)

Fecha solicitud

1. Entidades o Empresas 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:** Diplomado de Enfermería/ATS que desarrolla su actividad profesional en el campo de Radiodiagnóstico (DxI, Intervencionista, etc.), Medicina Nuclear o Radioterapia.
- B. Miembro Asociado:** Personas que desarrollen su actividad profesional en el campo de la Enfermería y/o Ciencias afines. Se requiere presentar la solicitud avalada por dos miembros numerarios.
- 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: