

## 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](http://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](mailto:jcordero@enfermeriaradiologica.org)

#### Periodicidad:

Cuatrimestral

#### Suscripciones:

Srta. Laura Rausell  
Teléfono 93 212 81 08  
Fax 93 212 47 74  
[lrausell@coib.org](mailto:lrausell@coib.org)  
[www.enfermeriaradiologica.org](http://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](http://www.index-f.com)

Disponible en Internet:  
[www.enfermeriaradiologica.org](http://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: [spjimpresion@gmail.com](mailto:spjimpresion@gmail.com)



Diseño y comunicación visual

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

Imprime: **Clau Impresió** Diseño: **ARBU Diseño Gráfico**

# Sumario

REVISTA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA RADIOLÓGICA

**Rev. Soc. Esp. Enf. Radiol., 2013; n°1**

**3**

## **Editorial**

**4**

## **Artículos originales**

Evaluación de la eficacia de enfermería en la valoración de la necesidad de petición de radiografía desde triage.  
*Ana María Regidor, M<sup>a</sup> Roser García, M<sup>a</sup> Carmen González, Jaume Roca Sarsanedas..*

**8**

## **Artículos originales**

Hemorragia digestiva baja (HDB): puesta al día.  
*Narcís Esteva Moreno, Anabel Rodríguez Martín.*

**14**

## **Imágenes de interés**

Espondilodiscitis tuberculosa.  
*Virginia Vallejos Burgaleta, M<sup>a</sup> Belén Carcavilla Val, Carlos Orte Serrano, Nerea Remón Castillo, Virginia Gil Álvarez, Laura Burgos Arnedo.*

**16**

## **Artículos originales**

Técnica de HSG: función del personal de enfermería.  
*Jorge Casaña Mohedo, Laura Alcalá García.*

**28**

## **Noticias RSEER**

**36**

## **Bolsa de trabajo**

**38**

## **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. Jaime 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 Garnes 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<sup>a</sup> 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.*

**E**mpezamos un nuevo año y, desafortunadamente, seguimos en la misma situación, o incluso peor, que el año que dejamos atrás. Nuestra situación laboral sigue en pésimas condiciones y parece que no hay visos de mejoría a corto plazo. No obstante, hemos de tener confianza en el futuro y esperar que la situación mejore.

Como siempre os digo desde esta columna, no me cansaré de repetir y recalcar que somos nosotros los únicos que podemos sacar adelante nuestro colectivo aunque sea a base de mucho sacrificio y esfuerzo. Y entre otras cosas, a parte de nuestra labor asistencial diaria, es la de reflejar por escrito todos aquellos procedimientos que realizamos a diario. Os animo a que enviéis vuestros trabajos para que el resto de compañeros pueda enriquecerse continuamente.

Por otro lado, no quiero dejar de resaltar el enorme esfuerzo que están llevando a cabo nuestros compañeros de la Asociación Aragonesa para celebrar nuestro próximo congreso en la ciudad de Zaragoza los días 8,9 y 10 de mayo. Todos somos conscientes del enorme esfuerzo que nos supone el poder asistir, mas si cabe que este año nos han quitado muchos días personales que, en la mayoría de casos, servían para poder asistir a este tipo de eventos. Os animo a que vengáis a pasar unos días con nosotros y podáis seguir enriqueciéndoos con la puesta en común de nuestros conocimientos.

Asimismo, la tercera edición del Master de Enfermería Radiológica organizado por la SEER y que incluye al radiodiagnóstico, medicina nuclear y radioterapia, ya está en marcha con un buen número de alumnos inscritos. En nuestra pagina web tenéis toda la información al respecto por si estáis interesados en próximas ediciones. Os recuerdo que es una titulación que tiene 60 créditos ECTS, paso fundamental para convertirse en Master oficial, lo que le otorga una gran importancia en cuanto a formación continuada se refiere.

Os dejo con el contenido de este número, el cual creo que será de vuestro agrado por el alto nivel científico de los artículos presentados. Os recuerdo que el próximo número estará dedicado íntegramente al Congreso nacional.

Saludos cordiales

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

La SEER quiere expresar sus condolencias a compañeros, familiares y amigos, por la temprana desaparición de Benjamín Carballo Cáceres. Uno de los miembros más activos y antiguos de nuestra entidad, y que además ostentaba la presidencia de la Sociedad Española de Radiología Intervencionista en Enfermería. Descanse en paz.

## Artículos Originales

# Evaluación de la eficacia de enfermería en la valoración de la necesidad de petición de radiografía desde triage.

Ana Maria Regidor<sup>1</sup>, M<sup>a</sup> Roser García<sup>1</sup>, M<sup>a</sup> Carmen González<sup>1</sup>,  
Jaume Roca Sarsanedas<sup>2</sup>

(1) Servicio de Urgencias. Hospital Dos de Mayo, Barcelona.

(2) Servicio de Radiología. Hospital Sant Pau, Barcelona.

Dirección de correspondencia

Dirección de correspondencia  
Email: amregidorb@ono.com  
Telf.: 629437849

Enviado: 29/09/2012  
Aceptado: 12/12/2012

### Resumen

**Objetivo:** Evaluar la eficacia de enfermería en la solicitud de radiografía desde triage según la valoración clínica.

**Método:** Estudio descriptivo, transversal y retrospectivo. Se incluyeron en el estudio todos aquellos pacientes que acudieron a nuestro servicio de urgencias por una consulta traumatológica entre el 1 y el 31 de enero del 2012. CUAP (Centro Urgente de Atención Primaria) del Hospital Dos de mayo situado en Barcelona. Basándonos en la ficha de demanda radiológica desde triage y en la clínica de los pacientes se valora la eficacia de enfermería a la hora de solicitar la radiografía. Valoramos como dato significativo que la mayoría de todos aquellos pacientes cuyo diagnóstico final fue fractura la radiografía había sido solicitada por enfermería desde triage.

**Resultados:** Se analizaron 1217 consultas cuyo motivo fue traumatológico, de las cuales 935 se dan por válidas y se desechan 282 por falta de registro escrito desde triage. Del total de 65 fracturas diagnosticadas el 73,84% se solicitó radiografía desde triage y al otro 26,16% fue solicitada tras la valoración médica. Del resto de las 870 urgencias, al 32,75% se realizó la petición de radiografía desde triage, al 23,44% posterior a la valoración médica y el 43,81% no se precisó radiografía alguna.

**Conclusión:** Dado los resultados, enfermería tiene una elevada eficacia a la hora de solicitar radiografías desde triage.

### Palabras clave:

Enfermería, triage, Radiografía

### Abstract

To evaluate the effectiveness of nursing in relation to radiography requests from triage, according to clinical assessment.

**Method:** Descriptive, cross-sectional and retrospective study. Patients included in the study are those who attended our emergency department, CUAP (primary care emergency center) Dos de Mayo Hospital situated in Barcelona, in connection with an orthopedic assessment between the first and 31st of January 2012. Based on the radiological file demand from triage and the state of the patient we evaluated the efficiency of the nursing from the time the patient requested radiography. We place considerable value in the fact that most patients whose final diagnosis were fractures, a radiography had been previously been requested by the nursing through triage.

**Results:** 1217 visits with trauma motives were analyzed, which of these, 935 were considered genuine and 282 were dismissed on accounts of lack of registry. In the 65 diagnosed fractures, 73.84% sought radiography through triage and the other 26.16% were requested after a medical evaluation. In the remaining 870 emergencies, 32.75% undertook the radiography request from triage, 23.44% after a medical assessment and 43.81% did not carry out any at all.

**Conclusion:** Given the results, nursing has a high efficiency when soliciting radiography from triage.

### Keywords:

Nursing, Triage, Radiography

## Artículos Originales

### Introducción

Durante el periodo de invierno existe una mayor afluencia del volumen de pacientes que acuden a los centros de urgencias. Recalcar el dato de que solo durante el mes de enero se atendieron 4079 urgencias, de las cuales clasificamos aquellas cuya entrada es una patología traumatológica que correspondería a 1217 urgencias. Aumentando con ello el tiempo de espera para ser atendidos.

En nuestro centro se utiliza el MAT (Modelo Andorrano de Triage) a través del programa web\_e-PAT, siendo la definición de triage de urgencias un proceso de valoración clínica preliminar que ordena los pacientes en base a su grado de urgencia, de forma que en una situación de saturación del servicio, los pacientes más urgentes son tratados los primeros, y el resto son controlados continuamente y reevaluados hasta que los pueda visitar el equipo médico. Dado que nuestro servicio es un centro de urgencias de atención primaria carece de especialista de Traumatología, durante el día han de ser localizados en el centro hospitalario y durante el turno de noche no hay presencia física. Por lo que un diagnóstico rápido favorece considerablemente la disminución del tiempo de espera, puesto que si se evidencia fractura u otra patología sensible de ser valorada por un especialista puede agilizarse la consulta o el traslado si fuera preciso.

Teniendo en cuenta que centramos nuestro estudio en las fracturas como dato fundamental para valorar la eficacia, no es menos significativo que muchos del resto de estudios radiológicos que se realizan desde triage están altamente justificados por el motivo de entrada. Por ejemplo, las radiografías protocolizadas de columna cervical en accidentes de tráfico, aunque ello no se traduzca en una fractura posterior.

Las pruebas radiológicas se solicitan a través de un programa informático denominado VEGA (figura 1), en el que las peticiones corresponde a tipos genéricos sin especificar proyecciones sino solamente la zona anatómica. Dejando la decisión de la proyección al personal de enfermería o técnico especialista en radiología, a pesar de que el programa permite especificar proyecciones.

El motivo de este estudio es confirmar que la enfermería realiza un papel importante dentro del proceso de urgencias, en el triage como primer punto de valo-

ración, en el seguimiento del paciente del proceso de urgencias para minimizar los tiempos de espera, y sobretodo en la toma de decisiones, avalados con protocolos y conocimientos.

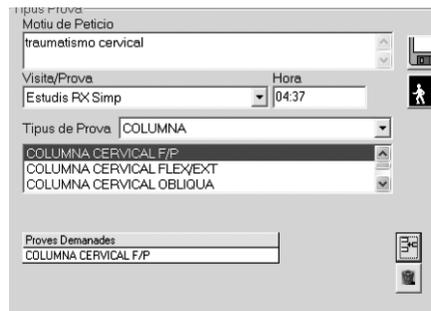


Figura 1



Figura 2

### Método

Estudio descriptivo, transversal y retrospectivo. El estudio se realiza en la CUAP (Centro de Urgencias de Atención Primaria) del Hospital Dos de Mayo de Barcelona. La característica específica de este servicio con respecto a otras CUAPs es que tiene soporte hospitalario en el que existe la especialidad de traumatología y cirugía ortopédica. Sin embargo, la asistencia urgente es atendida por médicos de familia.

Existe una diferenciación dependiendo la hora de la urgencia, siendo que durante el día es posible consultar al especialista del propio centro y en las horas nocturnas para una valoración por el traumatólogo ha de ser trasladado a otro centro hospitalario. Enfermería realiza la solicitud de radiología desde triage, basándose en el protocolo interno de solicitud de radiología (la ficha de demanda radiológica) y en la clínica del paciente, realizando la petición a través de

## Artículos Originales

un programa informático denominado VEGA.

En el estudio se incluyeron todas las consultas urgentes realizadas durante el mes de enero del 2012, siendo estas de 4079 urgencias. De las cuales 1217 su motivo de entrada eran causas relacionadas con traumatología sin distinción de sexo ni edad. De las 1217 excluimos 282 por falta de registro de enfermería desde triage, lo que imposibilita saber el momento en que se solicita la radiografía, o porque la aportan de otro centro. Como dato central del estudio incluimos aquellos pacientes cuyo diagnóstico de alta era una fractura, de esta forma podemos valorar la eficacia de enfermería a la hora de solicitar radiografías siendo un diagnóstico potencialmente importante susceptible de precisar un traslado intercentro con la disminución del tiempo de espera para su tratamiento.

Se realiza un estudio cuantitativo mediante porcentajes. Definiendo dos variables principales: Diagnóstico y profesional que solicita la radiografía.

### Resultados

A pesar de que las causas de consulta fueron variadas, el estudio trata de interrelacionar la solicitud de radiografía con el diagnóstico final, basándose en el motivo de asistencia y la clínica

En el periodo comprendido del mes de enero, enfermería realizó el triage a 1217 urgencias susceptibles del estudio. De las cuales 935 cuentan con el registro de enfermería de urgencias, en el que se hace constar la solicitud de radiografía.

De éstas se diagnosticaron en total 65 fracturas de las cuales al 73,84% la radiografía la había solicitado la enfermera desde triage y el otro 26.16% el médico tras valoración clínica. (Figura 3)

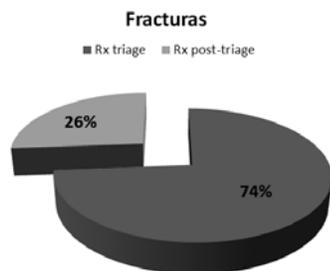


Figura 3

Las 870 restantes, al 32,75% se realizó la petición de radiografía desde triage, al 23,44% posterior a la valoración médica y el 43,81% no se le realizó radiografía. Los diagnósticos se repiten en todos los casos agrupándose en contusiones, cervicalgias, tendinitis, capsulitis, dolor...dejando la necesidad de petición de radiografía por la clínica que presenta a su llegada a nuestro servicio.

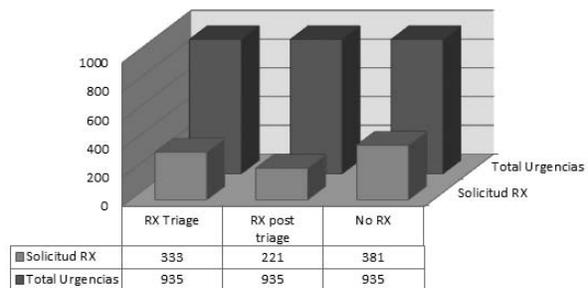


Figura 4. Distribución de la solicitud de radiografía del total de las urgencias.

### Conclusión

Tras los resultados creemos que enfermería tiene capacidad y demuestra su eficacia a la hora de solicitar radiografías desde triage. Siendo muy útil a la hora de minimizar considerablemente los tiempos de espera en situaciones de colapso, pudiendo tras un diagnóstico rápido adelantar el traslado o la derivación al especialista. De esa manera también podríamos disminuir el número de quejas que durante los meses de invierno suelen ser en gran medida por el tiempo hasta que se atiende la urgencia.

Aunque como dato más valorable hayamos escogido la fractura por ser el que requiere una atención especializada no es menos significativo el resto de datos que nos conlleva a valorar la necesidad de la realización de protocolos que unifiquen criterios a la hora de la necesidad de solicitar radiografías, evitando de esa manera posibles pruebas innecesarias. Sin dejar a un lado la experiencia, formación y capacidad de enfermería en la decisión de la solicitud de la prueba sin que ello merme la calidad de la asistencia, puesto que existe un segundo filtro que es la visita médica propiamente dicha, que valorara la necesidad de la prueba no solicitada.

## Artículos Originales

También y como tema importante consideramos la necesidad de aumentar los conocimientos en anatomía radiológica para enfermería. De esa forma podremos demostrar una mayor eficacia como parte del equipo asistencial para poder visualizar posibles lesiones que hagan priorizar la visita del médico de urgencias que es el encargado de realizar el diagnóstico y realizar la derivación si fuera necesario.

Así como la consideración muy importante del trabajo en equipo en estos servicios en los que es necesaria una estrecha colaboración entre el personal de urgencias y el personal de radiología.

### Bibliografía

- 1.-Programa de ayuda al Triage.  
<http://www.triageset.com/acerca/index.html>
- 2.- Triage Avanzado en el Traumatismo Menor. Área sanitaria Serranía de Málaga. Servicio Andaluza de Salud.  
<http://www.saludinnova.com/practices/view/689/>
- 3.-Proceso de Triage en urgencias. Servicio Riojano de Salud. <http://www.riojasalud.es/ficheros/triaje.pdf>
- 4.- El triaje de los servicios de urgencias hospitalarios: papel de la enfermera. M<sup>o</sup> del Carmen Álvarez Baza. DUE servicio de urgencias del Hospital de Cabueñes. Gijón. Asturias.

## Artículos Originales

# Hemorragia digestiva baja (HDB): puesta al día

**Narcís Esteva Moreno**  
DUE

**Anabel Rodríguez Martín**  
DUE

*Hospital Germans Trias i Pujol (Barcelona)*

Anabel Rodríguez Martín Pau  
Picasso, 20 1º4º Badalona  
08917 Barcelona  
Móvil: 636096947  
email: anabelroma@hotmail.com

Hospital Germans Trias y  
Pujol Carretera de Canyet  
s/n, Badalona 08916  
Barcelona

Enviado: 18/12/2012  
Aceptado: 8/01/2013

### Resumen

#### Introducción

Las necesidades asistenciales que cada vez con más frecuencia requieren una respuesta rápida, efectiva y fiable hacen que la RVI Radiología Vascul ar Intervencionista, juegue cada vez más un papel preponderante en el abanico de posibilidades terapéuticas que deben dar respuesta al sangrado agudo del aparato digestivo.

La existencia de enfermos con múltiples patologías que puedan descartar la cirugía como medio de tratamiento, hacen de las técnicas mínimamente invasivas el medio idóneo para el tratamiento de la HDB.

#### Objetivo

Principalmente dar a conocer y divulgar los avances en el diagnóstico y tratamiento de la hemorragia digestiva baja (HDB) que aporta la Radiología Vascul ar Intervencionista (RVI) poniendo de relieve la gran capacidad resolutive y terapéutica de los mismos así como el papel que desempeña la enfermería radiológica en el desarrollo de estos procedimientos. Destacar también la idoneidad de estos procedimientos frente al tradicional tratamiento quirúrgico que no siempre es posible realizar

#### Técnica

La canalización de una arteria apta para el procedimiento diagnóstico-terapéutico y el acceso a los troncos digestivos con un catéter adecuado es un procedimiento relativamente rápido y económico que nos permite establecer un diagnóstico delimitando el grado y magnitud de las lesiones causantes del sangrado. Hay ocasiones en que se requiere el uso de un micro catéter para hacer un tratamiento lo más selectivo posible evitando así lesiones isquémicas. Cada

### Summary

#### Introduction

*Increasingly a quick, effective and trustworthy response is necessary for medical care. Interventional vascular radiology plays a fundamental role in the wide range of therapeutic possibilities available which could solve digestive system bleeding. The existence of patients with multiple pathologies who disregard surgery as a means of treatment mean that minimally invasive techniques are the ideal treatment for HDB*

#### Objective

*The main objective is to study and put forward advances in diagnosis and treatment of the acute gastrointestinal bleeding. Vascular interventional radiology brings therapeutic and resolutive capacity. It is also important to emphasise as well the role that radiological nursing staff play in these procedures. We must highlight too the advantages of these procedures compared to traditional surgical treatment which it is not always possible to do.*

#### Technique

*Catheterization of an artery suitable for diagnosis and therapy, and accessing with a suitable catheter to the digestive trunk is a relatively quick and economical procedure, which allows us to establish diagnosis, decreasing the grade and magnitude of the causes of the bleeding. Sometimes a micro catheter is required for selective treatment, in this way avoiding ischemic problems. Each case requires a different strategy depending on the importance and position of the lesion. The use of catheters, guides and embolization material allows, in a short space of time, to establish diagnosis, treat the lesion or lesions causing HDB. This is the first step to stabilize the patient if the situa-*

## Artículos Originales

caso requerirá una estrategia distinta según la importancia y localización de la lesión

El uso de catéteres, guías y material de embolización, permite que en un corto espacio de tiempo podamos, además de establecer el diagnóstico, tratar la lesión o lesiones causantes de la HDB.

### Conclusiones

La HDB con o sin repercusión hemodinámica, la angiografía es el método más práctico y rápido, ofreciendo además la posibilidad de tratar las lesiones hemorrágicas que comprometen la estabilidad hemodinámica del paciente.

Hay que destacar que frente a la cirugía es un método menos cruento que lo convierte en la solución terapéutica más idónea y rápida para esta patología. Hay que destacar el papel de la enfermería en estos procedimientos, en los que se requiere un alto grado de destreza profesional para dar una respuesta rápida a la necesidad terapéutica, condiciones que solo se pueden dar si se cuenta con profesionales altamente cualificados. La enfermería de RVI es una pieza fundamental del equipo

La enfermería de RVI, deberá cuidar del confort del paciente en el caso del circulante y en el caso del que instrumenta, conocer la anatomía, el procedimiento y el material necesario así como su preparación.

### Introducción

Reciben este nombre las hemorragias que se originan entre el ligamento de Treitz y el ano y se deben a patologías colorectales como la enfermedad diverticular y las angiodisplasias en la mayoría de los casos. El sangrado agudo que tiene su causa en una de estas patologías, requiere un diagnóstico tanto topográfico como etiológico, que conseguimos mediante la colonoscopia, el angio-TAC y la angiografía, que en caso de sangrado activo igual o superior a 0,5 ml x minuto nos permitirá delimitar la zona de sangrado y proceder al tratamiento mediante embolización supraselectiva

En caso de sangrado activo con repercusión hemodinámica la angiografía es el medio de diagnóstico y potencial tratamiento que se perfila como más específico y resolutivo.

La elección de esta técnica radiológica-intervencionista permite obtener una tasa de éxito de entre un 70 y un 100% en la resolución del sangrado.

*tion is haemodynamically critical.*

### Conclusions

*For the HDB with or without hemodynamic effects, the angiography is the most practical and quick method, offering as well the possibility to treat the bleeding lesions when the patient has hemodynamic compromise. It must be emphasised that compared to surgery this is a less invasive method that converts it in the most ideal and quick solution for this pathology. Furthermore it should be noted we must highlight the role of the nursing staff in these procedures. It is necessary a high level of professional skill. The afore mentioned can only be the case when highly qualified professionals are available The nursing staff for vascular interventional radiology are a key element of the team. They should take care of the comfort of the patients and also know the human anatomy, the procedure and how to prepare the specific material.*

Estadística. Las HDB son el 25% de todas las HD. Menos de un 10% de los sangrados tiene su origen en el ID. La mortalidad de este tipo de patología oscila entre un 2% y un 4%.

### Breve recordatorio anatómico

#### INTESTINO GRUESO

Capas, serosa, muscular, celulosa y mucosa.

#### IRRIGACIÓN DEL INTESTINO GRUESO

La parte derecha del IG se nutre con ramas de la arteria Mesentérica superior (MS). A partir de la mitad del colon transversal, la parte izquierda recibe ramas de la arteria Mesentérica inferior (MI): Art. Cólica izquierda, sigmoidea y rectal superior.

Las ramas de las arterias MS y MI se anastomosan a nivel del colon Transverso.

Las venas llevan un recorrido análogo al de las arterias, para confluir en la Vena Mesentérica Inferior que se une a la Esplénica y Mesentérica superior para for-

## Artículos Originales

mar la vena Porta.

### IRRIGACIÓN DEL RECTO

El Recto está irrigado por: Arteria Hemorroidal superior, rama de la MI Arteria Hemorroidal media, rama de la arteria Iliaca interna. Arteria hemorroidal inferior que nace de la arteria Pudenda interna.

La arteria Hemorroidal media se anastomosa con ramas de las Hemorroidales superior e inferior.

### Objetivo

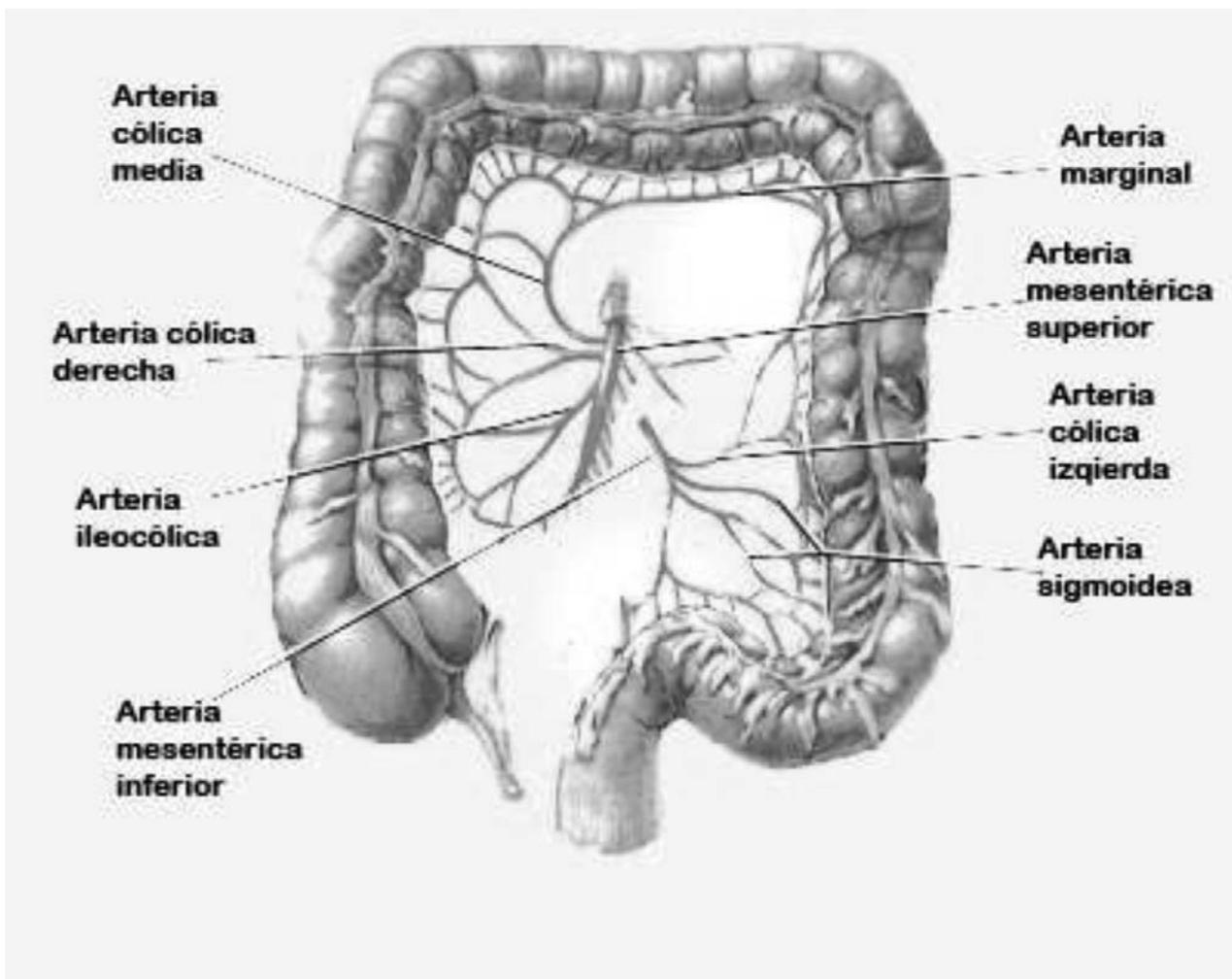
La angiografía en el enfermo con HDB masiva, es de gran utilidad para localizar el sitio de sangrado y permite la embolización supraselectiva, que ayudaran en el cese de la hemorragia. Teniendo cuenta, que la infusión de vasopresores o sustancias vasocons-

trictora en la zona de sangrado no garantiza una efectiva y duradera solución del problema, provocando además un elevado riesgo de efectos indeseables, debido a la acción sistémica de los vasopresores.

### Técnica

En muchas ocasiones es requerida la realización urgente de este tipo de exploraciones e intervenciones incluso más allá del horario habitual de trabajo, debiéndose trasladar al hospital fuera de turno un equipo de guardia que deberá dar pronta respuesta a una situación que en ocasiones es cataclísmica para el paciente.

Para la realización de una arteriografía diagnóstica de troncos digestivos, se precisa poco material (introduccionador, guía, catéter Simmons I y en alguna ocasión



## Artículos Originales

un catéter tipo Cobra). Llegado el caso en que haya que tratar una lesión hemorrágica habrá que preparar un microcatéter y el material elegido para efectuar la embolización. El angioradiólogo indicará cual es el medio de embolización que considere más adecuado para el caso, pudiendo ser:

- Coils
- Microesferas de 700-900 micras
- Micropartículas de PVA
- Glu-Bran® (Cianocrilato) mezclado con contraste liposoluble (Lipiodol®)

Para la realización de una arteriografía de troncos digestivos se accede a través de la arteria femoral derecha o izquierda. También se puede acceder por la arteria humeral o axilar izquierdas. La elección del acceso viene determinada por el grado de compromiso vascular del paciente, es decir, el grado de aterosclerosis que pueda presentar, en ocasiones dificulta el acceso por la existencia de obliteraciones arteriales. En cada caso se obrará de acuerdo con las posibilidades existentes.

Canalizada la arteria se alojará en ella un introductor del 5 fr. que nos permita cambiar de catéter, eligiendo en cada momento la curva que más se ajuste a la anatomía vascular del paciente, siendo el catéter de elección el Simons I.

Una vez canalizada la arteria con el introductor, se procederá a realizar distintas series con sustracción digital tanto de la MS, MI y dado el caso cateterizaciones supraseductivas para poder estudiar de forma más exhaustiva el árbol vascular en toda su extensión.

Las complicaciones que se pueden derivar del uso de esta técnica son las lesiones isquémicas segmentarias que pueden provocar perforación y estenosis.

La infusión de vasopresores en la zona de sangrado no garantiza una efectiva y duradera solución del problema teniendo además un elevado riesgo de efectos indeseables debido a la acción sistémica de los vasopresores.

Se hace evidente por tanto, que la enfermería de RVI es una pieza fundamental del equipo que requiere un alto grado de destreza profesional y cohesión, para dar una respuesta rápida a la necesidad terapéutica.

El equipo de enfermería radiológica en este caso deberá desdoblarse para asegurar los cuidados nece-

sarios para estabilizar al paciente junto al anestesiista o intensivista (monitorización, permeabilidad de vías, ventilación, preparación de medicación, etc.) asegurando al mismo tiempo el confort y tranquilidad del paciente, así como ayudar al anestesiólogo en todas las maniobras y procedimientos que sean precisos.

Al mismo tiempo se tendrá que proceder a la preparación de todos los materiales necesarios para realizar la angiografía y la embolización si es pertinente, teniendo a mano y localizados todos los materiales necesarios para ello.

La enfermería radiológica que desempeña su labor profesional en unidades de radiología intervencionista, debe conocer los materiales que se requieren para cualquier tipo de procedimiento que se vaya a realizar y en cada caso sabrá qué es lo que debe hacer y preparar, teniendo identificado el material que va a necesitar en cada intervencionismo.

No es menos importante el conocimiento de la anatomía del área sobre la que está contribuyendo a realizar el procedimiento, así como la finalidad de todas las maniobras y actos que se realizan y en los que el profesional enfermero toma parte.

### Conclusiones

El tratamiento de la HDB mediante las técnicas mínimamente invasivas que ofrece la Radiología Intervencionista es un sistema rápido y eficaz para tratar en fase aguda la HDB. El procedimiento mínimamente invasivo en ocasiones es la única forma viable y rápida para tratar el sangrado y evitar las consecuencias hemodinámicas que se puedan derivar del acto quirúrgico

La relación coste beneficio es claramente favorable a las técnicas intervencionistas por la economía de tiempo y material, evitando los largos y complicados procesos postoperatorios derivados de la cirugía que requieren prolongados ingresos en UCI.

## Artículos Originales

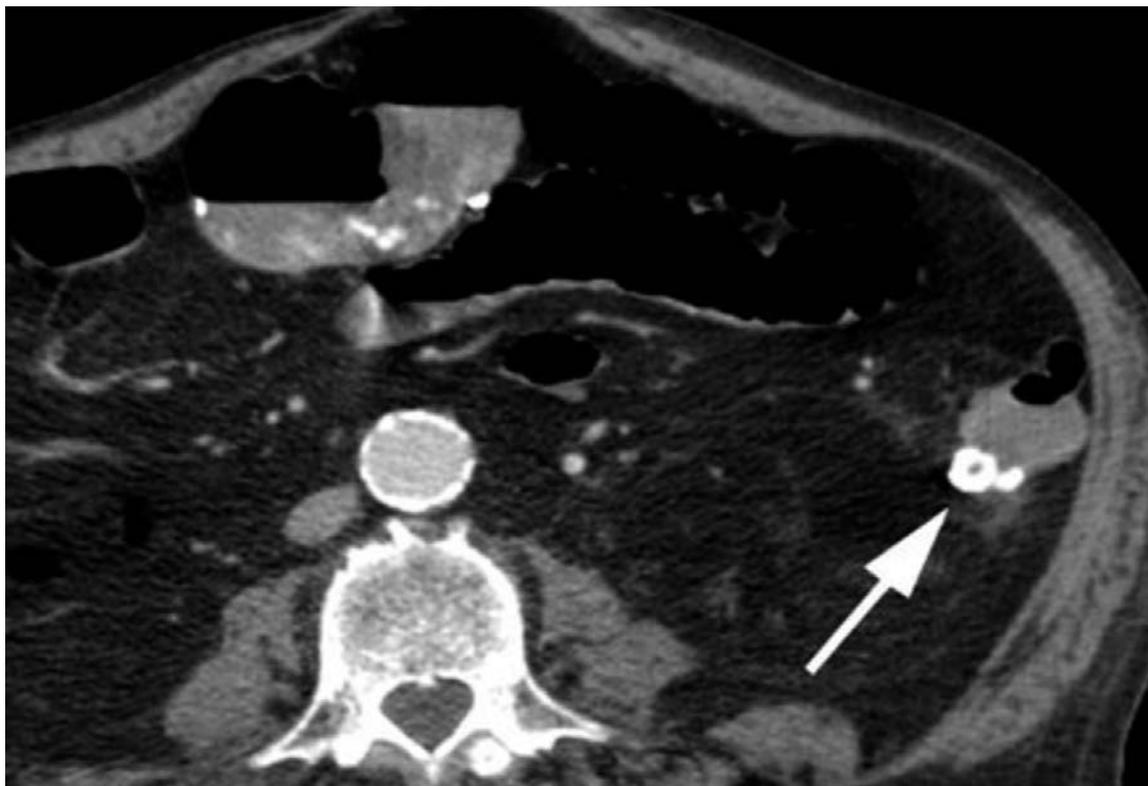


Fig.1 Imagen de TAC. La flecha señala la extravasación.

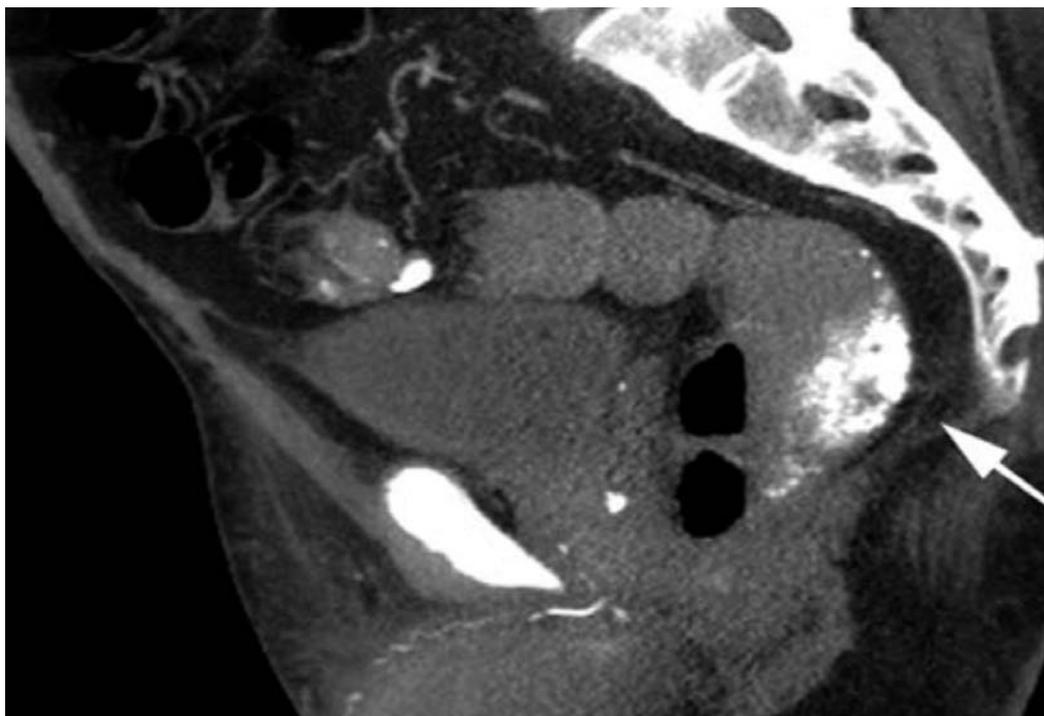


Fig.2 Imagen de TAC. Corte sagital la flecha señala el punto de sangrado.

## Artículos Originales



Fig.3 Imagen arteriográfica en la que se señala extravasación de contraste.



Fig.4 Imagen arteriográfica en la que se aprecia extravasación por lesión angiodisplásica

## Imágenes de Interés

# Espondilodiscitis tuberculosa

**Virginia Vallejos Burgaleta; M<sup>a</sup> Belén Carcavilla Val;  
Carlos Orte Serrano; Nerea Remón Castillo; Virginia Gil Álvarez;  
Laura Burgos Arnedo.**

*Hospital Reina Sofía de Tudela. Tudela. Navarra.*

Enviado: 21/01/2013  
Aceptado: 01/02/2013

Varón de 31 años procedente de Mali, residente en Navarra desde 2007. Acude a Urgencias por dolor lumbar, refiriendo desde hace un mes malestar general con pérdida de peso, astenia y tos ocasional.

Dolor lumbar derecho, de características mecánicas, irradiado a pierna derecha, sin déficit motor ni sensitivo. Dolor a la palpación en apófisis espinales lumbares.

Se realiza radiografía de columna lumbar, observándose pinzamiento de los espacios discales L3-L4 y L5-S1, llamativo para la edad del paciente. (Fig.1)

Posteriormente se realiza TC identificándose presencia de osteomielitis crónica en cuerpos vertebrales L4, L5 y S1, con focos osteolíticos, esclerosis reactiva y secundaria afectación de discos intervertebrales y partes blandas adyacentes, con invasión de canal y formación de voluminosos abscesos en ambos iliopsoas, de probable origen tuberculoso. Se completa estudio con RM, que identificó absceso epidural. (Figs.2-3)

Se confirmó origen tuberculoso con mantoux y baciloscopia en pus aspirado de absceso de psoas positivas.



Fig 1: Radiografía de Columna lateral: Disminución de altura de los espacios discales L3-L4 y L5-S1



Fig 2: TC abdomino-pélvico (corte coronal) con contraste i.v.: espondilitis lumbo-sacra evolucionada tuberculosa, con voluminosos abscesos iliopsoas bilaterales.

## Imágenes de Interés



Fig 3: RM columna lumbar: espondilitis lumbo-sacra tuberculosa complicada con abscesos de partes blandas en área prevertebral y espacio epidural.

### Bibliografía

1. Walter G.J. PUTSCHAR. The Skeletal Pathology of Tuberculosis en: Taveras J.M., Ferrucci J. T. editors. Radiology: Diagnosis, imaging, intervention. Philadelphia: J.B. Lippincott Company; 1999. p. 1-3.
2. Grossman R.I., Yousem D.M. Neurorradiología.. Madrid Marbán 2007: 17:795-799.

## Artículos Originales

# Técnica de HSG: función del personal de enfermería

**Jorge Casaña Mohedo, Laura Alcalá García.**

*Hospital Manises, Avda. Generalitat Valenciana, 50.  
Manises. Valencia.*

Dirección de correspondencia  
Jorge Casaña Mohedo  
C/ Jerte 14, urb. Masia de  
Traver.  
46190, Ribarroja del Turia,  
Valencia  
jcasamo@gmail.com

Enviado: 28/12/2012  
Aceptado: 28/01/2013

### Resumen

La histerosalpingografía consiste en la administración de contraste yodado a través del ostium cervical por medio de una sonda con el fin de poder valorar la cavidad uterina y la luz de las trompas de Falopio por medio de una técnica radiológica permitiéndonos comprobar la permeabilidad de dichas estructuras.

Es por ello una de las pruebas de elección en el caso de estudios de infertilidad o con el fin de valorar el éxito de intervenciones quirúrgicas encaminadas a conseguir la esterilización femenina.

Debido a la naturaleza de la prueba, la función de enfermería no es simplemente la de la canalización de la cavidad uterina y la introducción de contraste, la principal función es el apoyo psicológico y emocional que se le da a la paciente.

En el presente artículo pretendemos explicar el proceso y a la vez dar a conocer nuestra experiencia en el tiempo transcurrido desde la apertura de nuestro centro hasta el día de hoy.

### Palabras clave:

HSG, histerosalpingografía, enfermería, telemando, infertilidad, fertilidad, ESSURE.

### Summary

Hysterosalpingography involves the administration of iodinated contrast through the cervical ostium by means of a probe to be able to assess the uterine cavity and the light of the fallopian tube by means of an imaging technique allowing to check the functionality of such structures.

It is therefore a test of choice for studies of infertility or to assess the success of interventions aimed at achieving surgical female sterilization (ESSURE).

Due to the nature of the test, the nursing role is not simply the channeling of the uterine cavity and the introduction of contrast, the main function is the psychological and emotional support given to the patient.

In this article we explain the technique and also our experience in the time between the opening of our center until today.

### Keywords:

*Hysterosalpingography, nursing, infertility, fertility, ESSURE.*

## Artículos Originales

### Introducción

La histerosalpingografía (HSG) consiste en la administración de contraste yodado a través del ostium cervical por medio de una sonda con el fin de poder valorar la cavidad uterina y la luz de las trompas de Falopio por medio de una técnica radiológica permitiéndonos comprobar la permeabilidad de dichas estructuras.

Es por ello una de las pruebas de elección en el caso de estudios de infertilidad o con el fin de valorar el éxito de intervenciones quirúrgicas encaminadas a conseguir la esterilización femenina.

Debido a la naturaleza de la prueba, la función de enfermería no es simplemente la de la canalización de la cavidad uterina y la introducción de contraste, sino que además ofrecer el apoyo psicológico y emocional al paciente.

### Objetivos

- Explicar en qué consiste la HSG.
- Repasar la anatomía del sistema genital femenino.
- Exponer la técnica realizada para la realización de la HSG.
- Resaltar el apoyo psicológico de las pacientes que se van a realizar el procedimiento.
- Valorar la función del personal de enfermería en la realización de la prueba.
- Transmitir nuestra experiencia casuística desde la fundación de nuestro hospital hasta hoy.

### Material y métodos

La HSG consiste en la administración de contraste yodado a través del ostium cervical por medio de una sonda con el fin de poder valorar la cavidad uterina y la luz de las trompas de Falopio por medio de la combinación de escopia y radiología digital permitiéndonos comprobar la funcionalidad de dichas estructuras.

Debido a que es una prueba en la que hemos de manipular las zonas genitales de la mujer, hemos de ser sumamente cuidadosos durante todo el circuito de la prueba; es por ello que se hace imprescindible una explicación detallada de todo el procedimiento, la cual no sólo se ha de proporcionar antes de realizar la prueba, sino que es necesaria durante el procedimiento, explicando a la paciente paso a paso todo lo

que vamos a realizar. De este modo, no sólo logramos una notable reducción de la ansiedad que genera la prueba sino que, a su vez, obtenemos una mayor colaboración de la paciente.

Para poder comprender en toda su extensión este artículo consideramos necesaria la comprensión no sólo de la anatomía a estudiar sino de ciertos términos que tratamos de forma habitual durante la realización de la prueba.

A través de las imágenes contrastadas obtenidas en la HSG se muestra la cavidad uterina. Ésta posee un tamaño variable en función de la edad, peso y antecedentes de paridad de la persona. Su morfología es triangular, donde se diferencian dos partes: el cuello y el cuerpo. El cuello se encuentra en el vértice inferior, mientras que el cuerpo está en la base superior y forma en sus extremos los llamados cuernos uterinos, a través de los cuales conectan con dos conductos de aproximadamente 10-12 centímetros de longitud que constituyen las trompas de Falopio.

La esterilidad se define como la dificultad que presenta una pareja para lograr un embarazo de forma espontánea tras mantener relaciones sexuales frecuentes a lo largo de un año, próximas al día de ovulación y sin tomar medidas anticonceptivas.

La infertilidad se produce cuando en dos o más ocasiones se logra el embarazo pero no se lleva a término.

Las causas de infertilidad femenina son múltiples y su tratamiento dependerá de la causa. Cabe destacar de entre las diferentes causas:

- Las dependientes del sistema reproductor femenino (malformaciones uterinas, tumores, quistes ováricos, alteraciones del moco cervical, obstrucciones de las trompas...).
- Las enfermedades endocrinas (enfermedades de tiroides, tumores hipotalámicos, obesidad, enfermedades suprarrenales, diabetes).
- Los factores psicosociales (anorexia, alcohol, drogadicción, tabaquismo, edad de la paciente, estrés).

Realizando la HSG podemos detectar algunas de las causas dependientes de anomalías presentes en el sistema reproductor femenino que producen estos hechos. En concreto, se pueden identificar anomalías en la cavidad uterina, tubáricas y en la distribución del contraste a través de la cavidad peritoneal, cada

## Artículos Originales

una de ellas dando lugar a diferentes patologías causantes de esterilidad e infertilidad femenina.

Además, la HSG es la prueba de elección para confirmar la correcta funcionalidad del dispositivo de contracepción Essure. Se trata de un dispositivo que se introduce a través de la vagina en la luz de las trompas de Falopio, cuya finalidad consiste en ocluir el paso de espermatozoides y evitar el embarazo. A los tres meses de su inserción está indicado realizar una radiografía simple de pelvis en la que se confirme su correcta ubicación. En el caso de que se sospeche lo contrario, está indicado realizar la HSG, para valorar la posición del dispositivo en relación con los cuernos uterinos y la correcta oclusión tubárica, verificando que el contraste no es visible en las trompas más allá de microinserto. Para este propósito, la prueba se realiza mediante la misma técnica pero con baja presión de llenado.

### Material necesario

Para la realización del estudio utilizaremos el siguiente material:

- Telemando, en nuestro caso Precision Rxi® de G.E. (Imagen 1): Consiste en un aparato de rayos X que utiliza pequeñas dosis de radiación ionizante. Al contrario que cualquier equipo de radiología convencional, el telemando permite utilizar radiografías seriadas obteniendo un estudio en tiempo real de la zona anatómica a estudiar.
- Guantes estériles.
- 2 paños para colocar debajo y encima de la pelvis de la paciente.
- Gasas estériles.
- Pinzas Foerster.
- Jeringa de luer lock de 20ml.
- Contraste yodado (en nuestro caso Optiray® con una concentración de yodo de 320mg/ml.): El volumen a utilizar suele ser de 10 a 20 c.c. A medida que se va introduciendo rellena toda la cavidad uterina, después pasa a través de las trompas de Falopio a los ovarios difundiendo por el peritoneo. Al ser un fármaco hidrosoluble finalmente la mujer lo eliminará por la orina.
- Espéculo vaginal desechable del tamaño adecuado a la paciente.
- Lubricante hidrosoluble.
- Sonda de cateterización. Esta sonda consiste en un catéter radiopaco, flexible, de 20 centímetros de longitud, con 2 conductos de entrada en su extremo pro-

ximal: uno de ellos para hinchar el balón de fijación y el otro para la inyección del medio de contraste. En nuestro caso utilizamos de dos calibres distintos de catéter (5F y 8F), cuya elección dependerá de si la paciente es o no nulípara (Imagen 2).

Este tipo de procedimiento lo debe realizar personal cualificado y experimentado que permita obtener un nivel óptimo de calidad en el estudio evitando dosis innecesarias de radiación. El equipo estaría formado por un radiólogo experto conocedor de la anatomía ginecológica y de la semiología radiológica, un diplomado en enfermería capacitado y con experiencia en el manejo de la técnica del sondaje uterino y administración de contraste, y un técnico especialista en imagen para el diagnóstico con destreza en el manejo del equipo telemando.



Imagen 1: Telemando Precision Rxi® de G.E.



Imagen 2: Material utilizado en la realización de un estudio de HSG.

## Artículos Originales

### Preparación de la paciente

Es indispensable para realizar la prueba. Es necesario realizarla cuando la mujer se encuentre entre el séptimo y décimo día del ciclo menstrual, durante la fase proliferativa endometrial antes de la ovulación. De esta manera, evitamos la posibilidad de que exista riesgo de embarazo y además el grosor del endometrio es el adecuado para permitirnos una mejor interpretación de las imágenes (evitamos la presencia de coágulos dentro de la cavidad uterina debidos a una regla reciente). También es aconsejable que cuando se cite a la paciente se le recomiende abstenerse de mantener relaciones sexuales desde el primer día de la menstruación hasta el día del procedimiento o en su caso, que lo haga utilizando medios anticonceptivos fiables que ofrezcan la seguridad de que no esté embarazada en el momento de realizar la prueba.

Por otra parte, se recomienda el uso de un microenema de limpieza la noche previa a la prueba para evitar que las heces oculten información de interés para nuestro estudio.

También se le puede recomendar que tome un antiinflamatorio no esteroideo (AINE) treinta minutos antes de la prueba para aliviar las molestias que pueda ocasionarle la misma. Por lo general, las molestias o dolor leve que se les genera suelen remitir rápidamente sin más complicaciones aunque se pueden presentar casos de una respuesta vasovagal. (Roma, R. 2007)

Por último, y de forma rutinaria los ginecólogos peticionarios de la prueba deberán haberle pautado a la paciente un antibiótico de dosis única como es el Zitromax® 1 gramo, que deberá de tomar la noche antes de la prueba como profilaxis antibiótica para prevenir posibles infecciones.

Es importante hacer hincapié en los aspectos psicológicos y emocionales de las pacientes que se someten a este tipo de pruebas ya que la mayoría suelen ser mujeres afectadas por la dificultad que presenta el hecho de no poder quedarse embarazadas. Además en muchas ocasiones las pacientes acuden con muy mala predisposición y muchos temores debido a que personas cercanas a ellas que han sufrido una mala experiencia se lo han transmitido así o debido a que se documentan e informan de páginas de internet poco fiables. Es función de enfermería, informar y explicar a la paciente en que va a consistir la

prueba, solucionando cualquier duda que pueda tener o le pueda surgir durante el procedimiento. Mostrando signos de empatía con el paciente, amabilidad y un trato personalizado y humano ayudamos a su relajación, disminuimos su ansiedad y obtenemos de ellas una colaboración mucho más fructuosa que nos facilitará la realización de la técnica.

### Protocolo a seguir durante la prueba

Una vez la paciente se encuentre en el vestuario y tras haber explicado con detalle el procedimiento a realizar, haremos una anamnesis en la cual nos cercioremos de que ha realizado todas las pautas a seguir en la preparación para la prueba. También es muy importante ser conocedores del historial de alergias de la paciente y si previamente ya se había realizado algún estudio con medios de contraste iodados.

La paciente, como para cualquier exploración de la zona pélvica, se deberá desvestir de cintura para abajo y se deberá tumbar sobre la mesa del telemando en posición de litotomía o ginecológica con los pies apoyados sobre unos acoples dispuestos a tal fin. Para la mayoría de las mujeres esta situación se vive con apuro y vergüenza por lo que tomaremos una serie de medidas antes de comenzar el estudio como son:

- Cerrar la puerta de la sala.
- Dar aviso al resto de profesionales del tipo de prueba que se va a realizar para que no interrumpan el procedimiento ni se personen durante el mismo.
- Poner un parabán en la ventana de la sala que aíse a la mujer del resto del servicio.
- Ofrecerle una bata hasta el momento justo de tumbarse.
- Colocar un paño encima de las piernas y la zona pélvica mientras permanezca en posición de litotomía.
- Ajustar al máximo el tiempo de realización del estudio teniendo todo el material preparado y el personal requerido.

Para comenzar la técnica se realizará la limpieza antiséptica de los genitales externos y se colocarán los paños estériles.

Separando los labios vaginales y localizando el orificio de la vagina insertaremos lentamente el espéculo lubricado en posición vertical y una vez introducido lo giraremos horizontalmente. Abriremos las hojas y maniobramos de forma que se muestre visible el cuello del útero (Imágenes 3 y 4). Para ayudarnos a

## Artículos Originales

localizar el útero podemos solicitar a la paciente que realice la maniobra de valsalva o que tosa de forma continuada durante unos segundos ya que esto hace que el útero se pronuncie hacia fuera y sea más fácil visualizarlo. En los casos graves de retroversión, ante-roversión la colocación del espéculo y localización del útero puede llegar a ser muy complicada por lo que una ecografía realizada previamente a la técnica puede ser de gran ayuda para identificar la posición uterina. (Lindheim SR, 2006)

Localizado el orificio de entrada al cuello uterino, desinfectaremos la zona ayudándonos de las pinzas Foerster y procederemos a la colocación del catéter. Hasta el momento todos los pasos realizados en la técnica, seguramente sean conocidos por la paciente que se ha sometido a una exploración ginecológica rutinaria. Por lo que es ahora, en el momento del sondaje uterino, donde por desconocimiento la paciente de encuentra más susceptible, temerosa y predispuesta a sufrir dolor. Insistiremos de nuevo en la importancia de su colaboración y solicitaremos que mantenga relajado el abdomen y la pelvis para hacer más fácil el paso del catéter a través del cuello cervical. Informaremos que el sondaje es prácticamente indoloro y que solo se percatará de la manipulación de la zona. Avanzaremos el catéter hasta colocarlo dentro del canal cervical, e hincharemos el globo de fijación hasta que se muestre bien sujeto o en la medida que el paciente pueda tolerar. En ocasiones, uno de los errores que cometemos por evitar molestias a la paciente, es no hinchar lo suficiente el globo y al comenzar la inyección del contraste, éste refluye a través de la vagina. La experiencia nos ha demostrado que es uno de los momentos más molestos, informaremos a la paciente y continuaremos el procedimiento.

Coordinándonos con el técnico de rayos, comenzaremos la introducción del contraste de forma lenta, continua y a baja presión observando detalladamente el llenado de la cavidad uterina y el paso del contraste a las trompas utilizando la fluoroscopia. Previo al sondaje deberemos purgar bien el catéter para evitar introducir burbujas de aire al interior de la cavidad produciéndose artefactos que puedan invalidar la imagen obtenida.

Realizaremos siempre una secuencia básica de cinco imágenes radiológicas que ampliaremos en función de las necesidades de cada paciente. La primera ima-

gen se realizará previa a toda la técnica de sondaje para tenerla de referencia y visualizar posibles calcificaciones, dispositivos metálicos... La segunda se realiza al iniciar la inyección del contraste para evaluar defectos de repleción en la cavidad endometrial. La tercera debe incluir una repleción completa del útero y paso inicial del contraste hacia las trompas. En la cuarta se ha de visualizar la silueta de ambas trompas totalmente contrastadas hasta las fimbrias del oviducto. Y la quinta se realizará cuando se evidencia el paso bilateral del contraste a peritoneo (Imagen 5).

Ocasionalmente, a petición del radiólogo, se realizará otras proyecciones en posiciones diferentes para ayudarle a esclarecer dudas o evidenciar ciertas anomalías. En el caso que el globo ocupase gran parte de la cavidad uterina dejando parte de ella sin poder ser valorada, se realizara una proyección una vez deshinchado y a la vez que se introduce contraste y se retira la sonda para ver la totalidad de la cavidad contrastada. En casos de retroversión o ante-flexión muy pronunciada se realizará una proyección traccionando del cérvix, ayudándonos con unas pinzas o simplemente traccionando ligeramente del catéter fijado con el globo (Roma, R. 2007).

Cuando el examen finaliza, se deshincha el globo que fija el catéter y se retira la sonda cuidadosamente. Después se retira el espéculo avisando previamente al paciente para que se relaje y no le moleste.

La paciente se deberá incorporar lentamente. Aconsejaremos que se ponga una compresa dado que por la manipulación de la zona es posible que manche ligeramente de sangre. Es posible que tenga molestias o dolor leve similar al de la menstruación durante las próximas horas, en su caso podrá tomar algún AINE que le alivie. Si ocurriese un sangrado activo, dolor intenso que no cede con antiinflamatorio o apareciese cualquier otra complicación, aconsejaremos acudir de nuevo al hospital para ser valorada por un médico especialista.

## Artículos Originales



Imagen 3: Localización del cuello uterino



Imagen 4: Colocación del catéter.

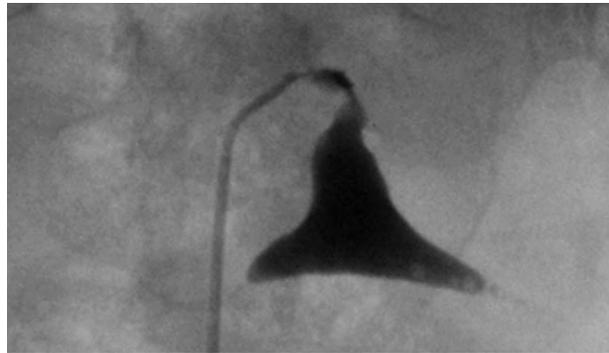


Imagen 5: Adquisiciones básicas en una HSG.

*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](http://www.il3.ub.edu)

Síguenos en:



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.

## Artículos Originales

### Métodos

Se evaluaron en forma retrospectiva 464 pacientes de sexo femenino con una edad media de 34,87 años.

Todas las pacientes firmaron previamente un consentimiento informado.

Todos los estudios se realizaron en la fase folicular del ciclo menstrual.

La técnica utilizada para la realización de los estudios se puede observar en la Tabla 1.

Los criterios de exclusión fueron:

- Presencia de embarazo.
- Infección pelviana activa.
- Aquellos casos en que la paciente se encontrara en una fecha posterior al día 11 del ciclo menstrual habiendo mantenido relaciones sexuales los días previos.

Modo de adquisición	Kv	mA
Fluoroscopia	76	3,7
Radiografía	80	320

### Resultados

De las 464 pacientes estudiadas entre el 26/5/2009 hasta el 30/03/2012 hemos obtenido los siguientes resultados:

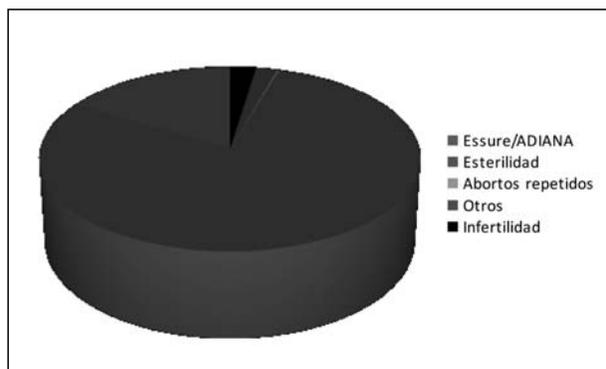
- El principal motivo de la petición de la HSG es el estudio de esterilidad suponiendo un 78,89% del total de las peticiones (Tabla 2).

Motivo	Cantidad	Porcentaje
Essure/ADIANA	74	16,44
Esterilidad	355	78,89
Abortos repetidos	1	0,22
Otros	9	2,00
Infertilidad	11	2,44

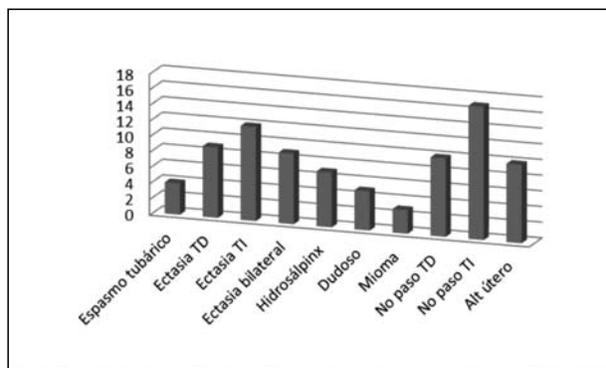
- El 16,44% de las peticiones es la comprobación de la buena colocación de los dispositivos de contracepción, normalmente por el método ESSURE, si bien en los últimos meses hemos realizado estudios a mujeres a las que se les ha realizado con el dispositivo ADIANA.

- El resto de casos son motivos diversos como puede ser el estudio de infertilidad, abortos repetidos... (Gráfica 1).

- De las 355 exploraciones realizadas por esterilidad hemos encontrado un total de 270 casos con un diagnóstico normal, mientras que hemos podido observar 86 casos con hallazgos patológicos (Gráfica 2), destacando ectasias unilaterales o bilaterales de las trompas de Falopio, miomas, etc (Tabla 3).



Gráfica 1: Motivo HSG.



Gráfica 2: Resultados patológicos en estudios por esterilidad.

Normal	270
Patológico	86
Espasmo tubárico	4
Ectasia TD	9
Ectasia TI	12
Ectasia bilateral	9
Hidrosálpinx	7
Dudoso	5
Mioma	3
No paso TD	17
Alteraciones uterinas	10

## Artículos Originales

En la HSG las trompas de Falopio aparecen como líneas lisas que se ensanchan en su porción ampular, siendo su localización y tortuosidad variables. Debe observarse un pasaje libre de material de contraste desde ellas a la cavidad peritoneal. Las anomalías tubáricas pueden clasificarse en congénitas (muy infrecuentes), espasmos, obstrucciones e infecciones. Más allá del tipo de enfermedad que padezcan, las trompas reaccionan de dos formas limitadas: obstrucción o dilatación (Yoder IC. 1991).

Nos encontramos pues con ectasias tanto de una como de ambas trompas de Falopio (Imagen 6). Es necesario conocer que el espasmo tubárico se produce por la contracción del músculo liso uterino que rodea a la porción intersticial de la trompa de Falopio anulando el paso del contraste a porciones tubarias distales, siendo indistinguible de una verdadera obstrucción a menos que revierta durante la realización del estudio ya sea de forma espontánea o tras la administración de algún antiespasmódico. (Stoisa, D. 2008).

Dentro de las anomalías hemos encontrado anomalías müllerianas que las definimos como defectos de formación de los ductos müllerianos dando lugar a una clasificación realizada por la "American fertility Society" en 1988 (Beguiría, R, 2009):

Clase I: Hipoplasia/ agenesia: se produce por la ausencia total de los conductos de Müller

Clase II: Útero unicorne (Imagen 7): es el resultado de un desarrollo incompleto de uno de los conductos de Müller puede provocar abortos recurrentes y partos prematuros (Pérez Agudelo, L.E. 2007).

Clase III: Útero didelfo (Imagen 8): Se produce por el déficit de unión lateral de los conductos de Müller con la consiguiente duplicación de los mismos (Imagen).

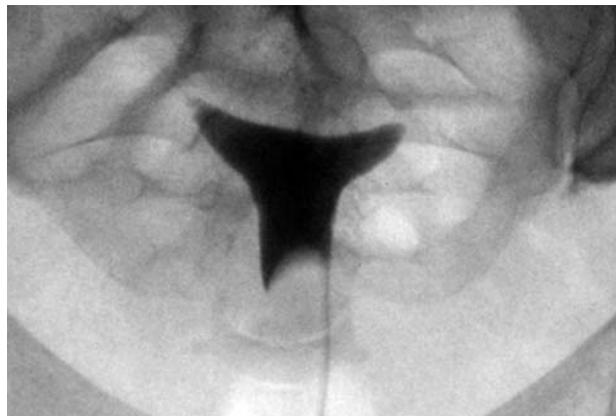
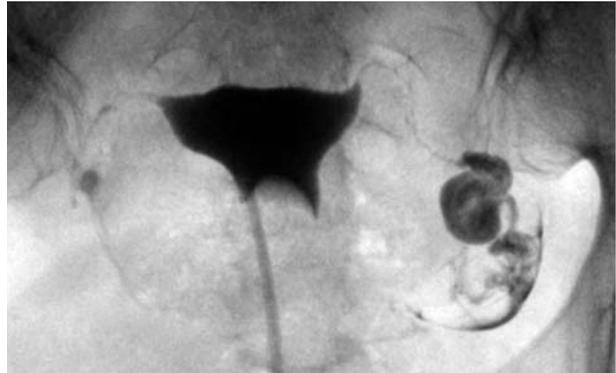


Imagen 6: Podemos objetivar el paso a través de la trompa izquierda en la imagen de la izquierda, mientras que en la segunda imagen podemos observar que no existe paso en ninguna de las trompas.

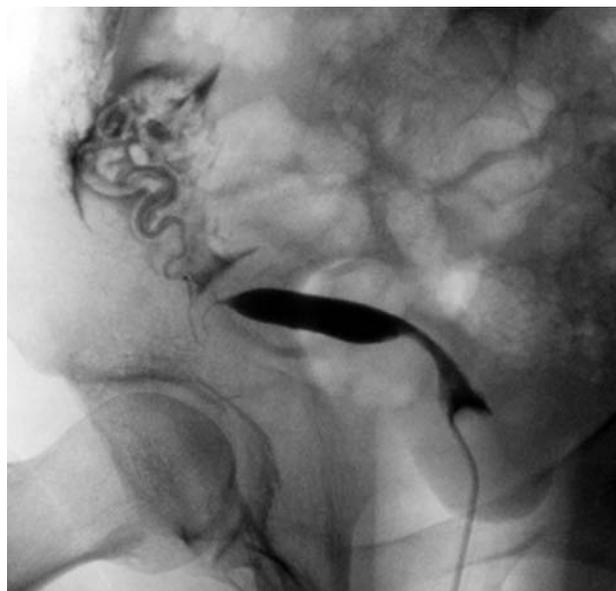


Imagen 7: Visión de un útero unicorne.

## Artículos Originales

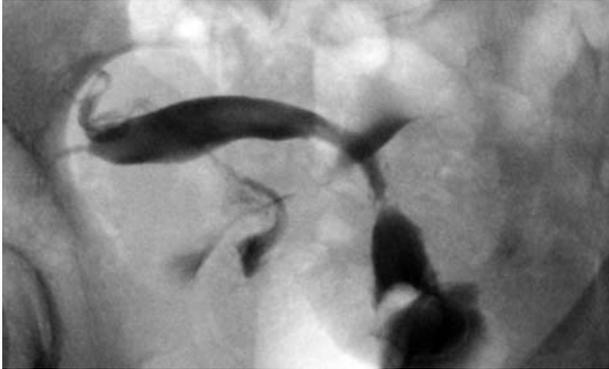


Imagen 8: Visión de un útero didelfo.

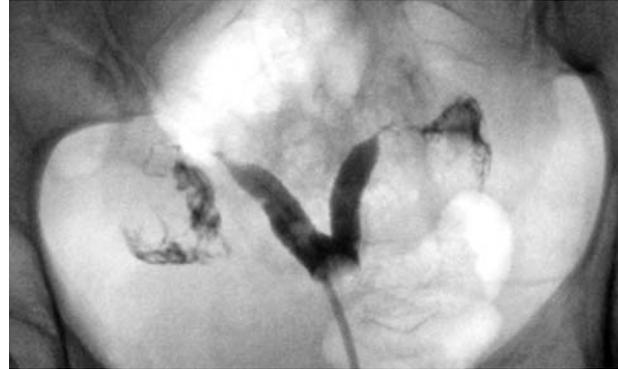


Imagen 10: Visión de un útero septado.

Clase IV: Útero bicorne (Imagen 9): Comprende la fusión incompleta de los dos conductos a nivel de fundus uterino pero permaneciendo la conexión entre las dos cavidades a nivel ístmico, se asocia con abortos de repetición (Imagen).

Clase V: Útero septado (Imagen 10): La base de su aparición es el fallo de reabsorción del tabique utero-vaginal, de manera que persiste un septo en el interior de la cavidad uterina (Imagen).

Clase VI: Útero arcuato (Imagen 11): Se considera una variante de la normalidad y se debe a la casi completa absorción del septo uterovaginal.

Si bien no es la prueba de elección para el diagnóstico de patología tumoral, nos hemos encontrado de forma casual con la aparición de miomas (Imagen 12).

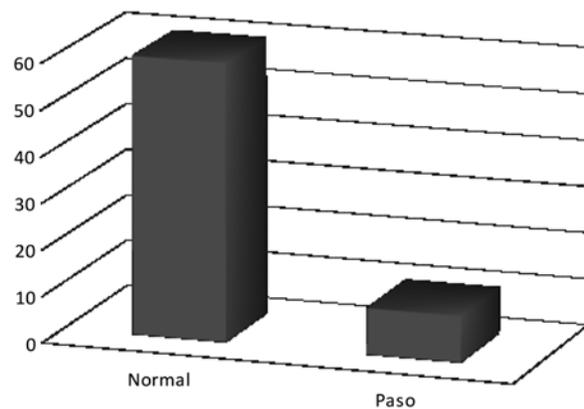
En los casos de comprobación de la buena colocación de los dispositivos de contracepción, hemos encontrado tan sólo 10 casos en los que las técnicas no han resultado efectivas, obteniendo la gráfica 3.



Imagen 9: Visión de un útero bicorne.



Imagen 11: Visión de un útero arcuato.



Gráfica 3: Resultados tras ESSURE/ADIANA.

## Artículos Originales

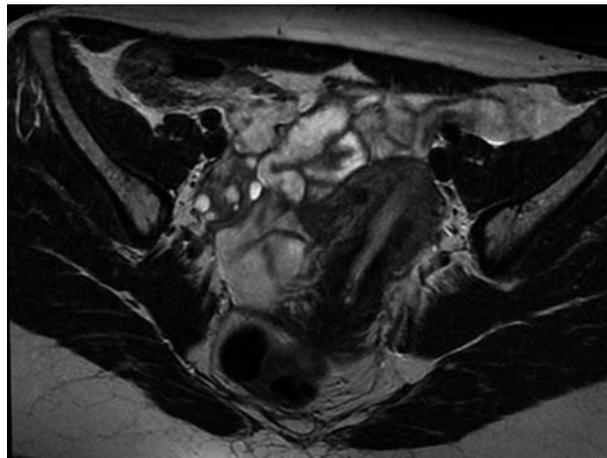
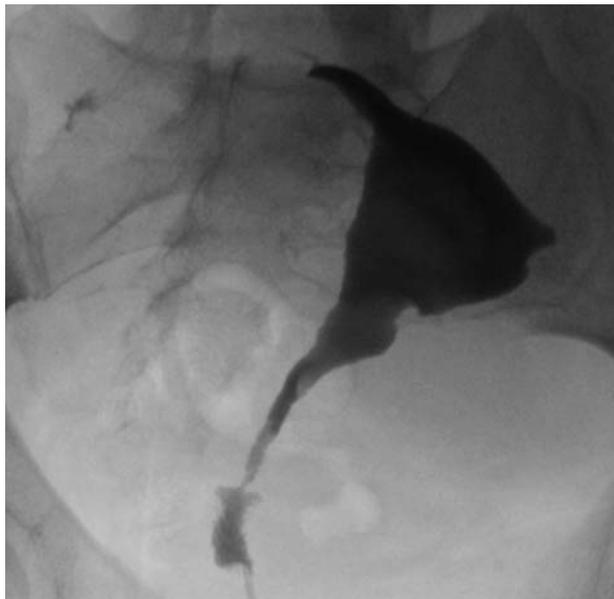


Imagen 12: Hallazgo casual de mioma en HSG confirmado por RM.

### Conclusión

La HSG es en la actualidad el estudio de elección para valorar la funcionalidad de las trompas de Falopio, siendo de gran utilidad en la evaluación de la cavidad uterina. Nos da una información fiable y precisa en casos de estudios de infertilidad y nos ofrece una valoración exacta en la comprobación de colocación de métodos anticonceptivos.

Gracias al rol que desempeñamos el personal de enfermería, conseguimos reducir la ansiedad y el rechazo que supone que le hagamos la prueba.

En nuestra experiencia hemos obtenido gran variedad de resultados que van desde la normalidad (en un alto porcentaje) hasta la demostración de alteraciones que pudiesen explicar el motivo de la infertilidad.

Estamos, por tanto, ante una técnica mínimamente invasiva, que requiere de una atención y explicación por parte del personal de enfermería a la paciente y que es capaz de obtener unos resultados altamente satisfactorios.

### Bibliografía

1. Roma, B. Úbeda, P. Nin Garaizabal. Histerosalpingografía: ¿cómo, cuándo, para qué? Radiología. 2007; 49 (1): 5-18.
2. Lindheim SR, Sprague C, Invierno TC 3er. (2006) La histerosalpingografía y sonohisterografía: lecciones de técnica. AJR Am J Roentgenol 186: 24-9.
3. William L. Simpson, Jr, Laura G. Beitia, Jolinda Mester. Hysterosalpingography: A reemerging Study. RadioGraphics. 2006; 26: 419-431.
4. Stoisa, D. Lucena, M.E. Villavicencio, R.L. Utilidad de la histerosalpingografía como método diagnóstico en la infertilidad. 2008; 72 (2): 169-176.
5. Yoder IC, Hall DA. Hysterosalpingography in the 1990s. Am J Roentgenol AJR 1991; 157: 675-683.

## Noticias SEER

### **Elsevier publica una nueva edición de la obra Diagnósticos Enfermeros. Definición y Clasificación 2012-2014.**

Fuente : Por Grupo Elsevier

Publicada: 10/01/2013

Noticias de Enfermería , Noticias de Libros Medicina , Noticias Enero 2013

Elsevier publica una nueva edición de la obra 'Diagnósticos Enfermeros. Definición y Clasificación 2012-2014'.

- Esta última edición añade nuevos diagnósticos y revisa algunos ya existentes
- La obra va dirigida al personal de Enfermería, a los estudiantes y profesores

Madrid, enero de 2013.- Elsevier ha publicado la nueva edición en castellano de la obra 'Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2012-2014', de la asociación de Enfermería NANDA Internacional (NANDA-I). Esta última edición ha sido revisada y coordinada por un grupo de expertos pertenecientes a la junta directiva de la Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería (AENTDE).

Los diagnósticos enfermeros se consideran la clave para el futuro de los cuidados profesionales de este colectivo, basados en la evidencia y la forma de satisfacer más eficazmente las necesidades de los pacientes.

En este sentido, 'Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2012-2014' es la guía definitiva de los diagnósticos enfermeros revisados y aprobados por NANDA-I. Así, cada uno de ellos es sometido a un riguroso proceso de valoración por parte del Comité de Desarrollo del Diagnóstico de NANDA-I, con estrictos criterios para evaluar la solidez del nivel de evidencia en que se basa.

En opinión de Aurora Quero, presidenta de AENTDE, una de las principales aportaciones de esta nueva versión es que, "además de los 16 nuevos diagnósticos y los 11 diagnósticos revisados, se presentan una serie de capítulos introductorios, escritos por algunos de los expertos más eruditos en desarrollo, evaluación y uso de los diagnósticos enfermeros".

Además, según explica esta experta, "desde la década de los 90, los textos y publicaciones de NANDA

International han sido los documentos de cabecera para el personal de Enfermería español. Dar nombre al área específica de Enfermería y utilizar estos lenguajes, ha contribuido de forma fundamental a la elaboración de los programas informáticos que se utilizan en las áreas clínicas actualmente".

Por otra parte, la participación de AENTDE ha enriquecido el contenido de la obra, facilitando su uso por parte de los usuarios. En este sentido, su presidenta resalta que "las etiquetas diagnósticas aparecen ordenadas por orden alfabético de concepto en español dentro de cada clase, lo que facilita la localización de los diagnósticos".

La obra está dirigida a estudiantes, profesores, enfermeras/os asistenciales, enfermeras/os gestoras/es e informáticas/os.

#### NANDA International

AENTDE lleva más de 20 años colaborando con NANDA International. La continuidad en el trabajo, así como la asistencia a las reuniones y congresos de NANDA-I, han conformado un nivel de relación y de trabajo en común, que tuvo su reflejo en un simposium conjunto, celebrado en mayo de 2010 en Madrid y al que asistieron más de 1.000 enfermeras/os de todo el mundo.

---

### **El CECOVA insta al Consell a adoptar medidas para restituir las condiciones profesionales y económicas de las enfermeras de la Comunidad Valenciana**

Fuente: Por Consejo de Enfermería de la Comunitat Valenciana

Publicada: 9/01/2013

Noticias de Enfermería , Noticias de Medicina , Noticias de Economía y Medicina , Noticias Enero 2013

El CECOVA insta al Consell a adoptar medidas para restituir las condiciones profesionales y económicas de las enfermeras de la Comunidad Valenciana

En un nuevo informe profesional que recoge la cronología de los recortes sufridos por la Enfermería autonómica entre mayo de 2010 y diciembre de 2012

Valencia, enero de 2013.- El Consejo de Enfermería de la Comunitat Valenciana (CECOVA) y los Colegios de Enfermería de Alicante, Valencia y Castellón han emplazado a la Generalitat a adoptar medidas para restituir las condiciones profesionales y económicas de las enfermeras de la Comunidad Valenciana.

## Noticias SEER

Esta reclamación está incluida en el apartado de conclusiones y valoraciones de un nuevo informe profesional, el octavo, confeccionado por la Organización Colegial de Enfermería de la Comunidad Valenciana, titulado Cronología de los recortes sufridos por las enfermeras valencianas desde mayo de 2010 hasta diciembre de 2012, que realiza un estudio detallado cronológico de todas las normas y decisiones adoptadas por los ejecutivos central y autonómico, desde mayo de 2010 con la aprobación del Real Decreto-Ley 8/2010 que rebajó el sueldo de los empleados públicos por primera vez en España, hasta la última agresión a las retribuciones de las enfermeras de la Agencia Valenciana de Salud (AVS) y de otras Administraciones Públicas con la suspensión de la paga extraordinaria de diciembre de 2012.

El presidente del CECOVA, José Antonio Ávila, explicó que “han transcurrido algo más de dos años entre una medida y otra, durante los cuales el colectivo de Enfermería de la Comunidad Valenciana ha soportado sucesivas y continuas mermas en sus condiciones laborales, profesionales, sociales y retributivas por parte tanto del Gobierno de la Nación, de un signo político y de otro, así como a instancias del Consell de la Generalitat Valenciana”.

Además, Ávila señaló que en la reciente reunión mantenida con el conseller de Sanidad, Manuel Llombart, la Organización Colegial de Enfermería demandó que 2013 “no suponga más recortes económicos en el colectivo de Enfermería, sino que, al contrario, se avance en sentido inverso para ir compensando paulatinamente la pérdida de poder adquisitivo”. En este sentido, el presidente del CECOVA apostó por la unión de todos los representantes del colectivo enfermero para devolver a Enfermería las condiciones laborales, profesionales, sociales y retributivas anteriores a las medidas de ajuste”.

La Organización Colegial de Enfermería de la Comunidad Valenciana recordó que durante el año 2013 los empleados públicos en general, y las enfermeras de la Comunidad Valenciana en particular, volverán a tener congeladas sus retribuciones económicas, por lo que la pérdida de poder adquisitivo se irá incrementando conforme avance el año.

Por ello, el CECOVA y los Colegios de Enfermería de Alicante, Castellón y Valencia demandan compensar el último recorte retributivo (supresión de la paga extra de

diciembre) y restituir las cantidades dejadas de percibir como consecuencia de la suspensión del 50% de la cuantía del complemento de carrera profesional para evitar el doble castigo sufrido por las enfermeras de la Comunidad Valenciana, mientras que varios gobiernos autonómicos (Andalucía, Madrid o Cataluña) han tenido mayor sensibilidad y han eliminado o reducido los recortes retributivos.

Con respecto a la supresión de la paga extraordinaria de diciembre, requieren a la AVS y al resto de Administraciones Públicas y entidades afectadas donde trabajan enfermeras, que abonen la parte proporcional de la misma del período generado entre el 1 de junio y el 14 de julio de 2012, ya que es manifiestamente justa y acorde con la legalidad vigente esta exigencia pues el Real Decreto-Ley que suspendió esta paga entró en vigor el 15 de julio de 2012 no pudiendo aplicarse con carácter retroactivo esta medida y teniendo en cuenta que el derecho al cobro de la paga extra de diciembre empieza a generarse el 1 de junio.

Además, la Organización Colegial Autonómica de Enfermería también insta a la Generalitat Valenciana a mejorar las retribuciones del personal de Enfermería de la AVS con el fin de equipararlas con las retribuciones de las enfermeras del resto de los Servicios Autonómicos de Salud; y, en el mismo sentido, requiere a la Generalitat Valenciana a aumentar la ratio del personal de Enfermería por cada 100.000 habitantes al objeto de homologar esta ratio con el resto de Servicios Autonómicos de Salud.

Finalmente, en las conclusiones y valoración del informe profesional, el CECOVA y colegios de Enfermería también solicitan, tanto al Ejecutivo Central como al Consell, que “adopten medidas a corto-medio plazo con la finalidad de ir recuperando el poder adquisitivo perdido desde el año 2010 hasta la actualidad”.

---

### **El Tribunal Constitucional declara obligatoria la colegiación para los empleados públicos.**

Fuente: diario de enfermería DICEN .

El Tribunal Constitucional ha declarado inconstitucional y nula la colegiación libre que existía hasta el momento en Andalucía, para profesionales que realizan actividades de su propia competencia y que desempeñan su labor en las Administraciones Públicas,

## Noticias SEER

estimándose que esta sentencia se aprobará en el futuro en el resto de Comunidades. El Tribunal anula así la Ley de la Junta de Andalucía del 2001 que hizo voluntaria la colegiación de médicos y enfermeras, entre otros. Ante el pronunciamiento del Tribunal Constitucional sobre dicho inciso, la Consejería de Salud de Andalucía ha declarado que se trata de un debate superado y que, en la elaboración de la futura Ley, continuará manteniendo su posición respecto a la no necesidad de la colegiación obligatoria para el personal funcionario, estatutario o laboral de las administraciones públicas de Andalucía.

### Ocho hospitales catalanes ya disponen de 500 butacas de pago

Fuente : Europa Press  
BARCELONA, 21 Ene.

El Hospital de l'Esperança es el primero de Barcelona en aplicar la medida y duplica el precio

Ocho hospitales de Cataluña disponen ya de cerca de 500 butacas abatibles de pago para los acompañantes de pacientes que quieran pasar la noche de forma más confortable, han explicado este sábado a Europa Press fuentes de la empresa Decam, con sede en Sant Feliu de Guíxols (Girona), y que comercializa estos sillones.

Los ocho hospitales que han incorporado el sistema disponen de entre 35 y 80 butacas por centro y, aunque la mayoría de ellos las instalaron en 2011, el modelo sigue extendiéndose, después de que el Hospital de l'Esperança de Barcelona se haya convertido la semana pasada en el primero de la capital catalana en incorporarlo.

En una comunicación interna a sus empleados, el Parc Salut Mar --consorcio del que depende l'Esperança-- justifica la medida en ofrecer un "mejor confort" a los acompañantes de los pacientes, y explica que el uso de las butacas se puede realizar tras comprar una tarjeta específica en una máquina expendedora.

La novedad de l'Esperança radica en que, si bien hasta ahora los hospitales cobraban 5 euros por

noche --20 euros en caso de que se utilice durante cinco noches consecutivas--, el hospital barcelonés ha subido la tarifa hasta 10 euros por 20 horas de uso ininterrumpido, un precio que baja a 30 euros para siete días seguidos en la unidad de cuidados paliativos.

Fuentes del Parc Salut Mar han detallado a Europa Press que se trata de una experiencia piloto --el hospital dispone de 120 camas y ha instalado por el momento 35 butacas abatibles--, que se ha llevado a cabo en el momento de sustituir sillones antiguos.

"Se valoró que quizás habría personas que podrían estar interesadas y podrían asumir el coste que representa esta opción", han añadido las mismas fuentes, que han subrayado que el pago es tan solo opcional, y en caso de que no se quiera reclinar la butaca no hay que abonar nada, pese a que se puede utilizar igualmente.

Por ello, equiparan este nuevo servicio a otros ya existentes como la televisión o el teléfono, ya que "el hospital en ningún caso puede hacerse cargo económicamente de esta prestación complementaria".

De hecho, otros hospitales disponen de un número más elevado de butacas de este tipo, instaladas en siete centros que son igualmente de titularidad concertada: el Hospital de La Seu d'Urgell (Lleida), cuatro de la provincia de Barcelona --Vic, Sant Pere de Ribes, Berga y Sant Celoni--, y otros dos hospitales de Girona --Campdevàrol y Blanes--.

### "GRATUITO" PARA EL ENFERMO

Fuentes de la empresa Decam han explicado a Europa Press que la compañía cede en régimen de depósito un "mobiliario nuevo de última tecnología", y que actualmente los hospitales no pueden comprar, para que éstos cobren por su uso al acompañante del paciente, solo cuando éste quiera tumbarse.

Las mismas fuentes han insistido en que para el enfermo este servicio es "totalmente gratuito", ya que el personal de enfermería del centro cuenta con tarjetas para poder utilizarlas en caso de que sea necesario para el paciente --aunque éste ya dispone de una cama--.

El proyecto inicial, según Decam, era vender las butacas a los hospitales, pero la dificultad económica que atraviesan los hospitales ha impuesto un régimen de cesión en depósito, en que la empresa se queda con

## Noticias SEER

la aportación monetaria del usuario, una parte de la cual también se la puede llevar el hospital en función de la cantidad de butacas encargada.

---

### El consejero vasco de Salud continúa con la ronda de encuentros con los colegios profesionales

Fuente :BILBAO, 18 Ene. (EUROPA PRESS) -

El consejero vasco de Salud, Jon Darpón, prosigue con las reuniones de toma de contacto con los colegios profesionales sanitarios que inició ya, la pasada semana, con los Colegios Oficiales de Médicos.

En esta ocasión, ha mantenido encuentros con los presidentes de los Colegios Oficiales de Farmacéuticos y las presidentas de los de Enfermería, según ha informado el Gobierno vasco.

En la reunión con los presidentes de los Colegios Farmacéuticos; Pedro Rivero, del Colegio de Farmacéuticos de Álava; Virginia Cortina, del Colegio de Farmacéuticos de Bizkaia y Angel Garai, del Colegio de Farmacéuticos de Gipuzkoa, han estado, además del consejero, Guillermo Viñegra, viceconsejero de Sanidad e Iñaki Betolaza, Director de Farmacia.

Este mediodía ha tocado el turno a los Colegios Oficiales de Enfermería. El consejero, acompañado del viceconsejero y de Carmen Yarritu, directora de la Escuela de Enfermería de Osakidetza, ha recibido a los representantes de Enfermería de los tres Colegios Vascos.

Así, han acudido a la cita, Osana Parra, Presidenta del Colegio de Enfermería de Álava; M<sup>a</sup> Jose García Etxaniz y Manuel Guerro, presidenta y vicepresidente, respectivamente, del Colegio de Enfermería de Bizkaia y, Pilar Lecuona y M<sup>a</sup> Jesús Zapirain, presidenta y presidenta saliente, del Colegio de Enfermería de Gipuzkoa.

En ambos encuentros, Jon Darpón ha expuesto las líneas generales a desplegar esta legislatura en Salud y ha escuchado el sentir de estos dos colectivos. Todos los representantes sanitarios han expresado su satisfacción por esta toma de contacto. La próxima semana, el consejero de Salud tiene previsto seguir con su ronda de contactos.

### Salvar la vida de una sola persona ya justifica la existencia de los puntos de atención continuada

Fuente: departamento de Comunicación.

Ciudad Real 22/01/2013.

El Colegio de Enfermería de Ciudad Real se suma a las muestras de apoyo de los ciudadanos de Castilla La Mancha en defensa de una asistencia sanitaria igual para todos los ciudadanos con independencia del lugar de residencia, conforme a los principios de universalidad y equidad de la Ley General de Sanidad y la Constitución. Asimismo se congratula por la decisión del Tribunal Superior de Justicia de Castilla La Mancha de suspender cautelarmente el cierre de los Puntos de Atención Continuada dispuesto por el gobierno regional.

El presidente del Colegio de Enfermería, José Medina Mingallón ya ha puesto el acento sobre esta defensa pública en diversas manifestaciones hechas en varias intervenciones ante los medios de comunicación, ante los cuales ha manifestado su rechazo a que los profesionales de enfermería, y por extensión todos los ciudadanos que han sufrido en sus carnes los recortes económicos y de servicios, sean los principales damnificados por el despilfarro cometido por quienes tenían la responsabilidad de gestionar la sanidad pública.

Los recortes que afectan a la salud, la seguridad y el estado de bienestar de las personas no pueden ni deben ser la acción prioritaria en el ahorro para el cumplimiento político de un determinado objetivo de déficit, sin duda existen otras partidas económicas con un menor coste para la sociedad civil que pueden y deben ser reducidas.

El Colegio de Enfermería de Ciudad Real estima que en la toma de estas decisiones los gestores, profesionales y ciudadanos deben ser conscientes y ponderar la relación coste-beneficio. En lo que respecta al cierre de los puntos de atención continuada en varios pueblos de nuestra región, pensamos que el disponer los medios adecuados para salvar la vida de una persona es un planteamiento político que justifica por sí solo el coste en recursos humanos y materiales que conlleva.

## Noticias SEER

### El Hospital de Ciudad Real ha alcanzado la cifra de 10.000 cateterismos

Fuente : Europa Press CIUDAD REAL, 22-01-2013.

El Hospital General Universitario de Ciudad Real, centro dependiente del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM), ha practicado, "con éxito", un nuevo cateterismo, alcanzando la cifra de 10.000 desde que el servicio de Hemodinámica comenzase su andadura en mayo de 2006.

Este cateterismo ha sido realizado en una paciente sexagenaria, logrando la recuperación de la arteria coronaria obstruida. Concretamente la intervención realizada, ha sido una angioplastia, intervención que representa el 46 por ciento de los cateterismos practicados en el Hospital de Ciudad Real.

Los cateterismos cardiacos se realizan en su mayoría en pacientes que padecen una enfermedad arterial coronaria consistente en la obstrucción parcial o total de las arterias coronarias que irrigan el corazón. Para su realización se introduce un catéter por la ingle o muñeca, que lleva un pequeño globo en la punta y que se infla en el lugar de la arteria donde se encuentra la obstrucción.

El Hospital de Ciudad Real realiza dos tipos de cateterismo. Por un lado el diagnóstico que, como su nombre indica, diagnostica la enfermedad coronaria y cuya duración oscila entre 20 o 30 minutos; por otro, el intervencionista o angioplastia, en el que se procede al tratamiento de la enfermedad coronaria mediante catéteres balón y casi siempre, se implanta uno o más stents o prótesis introcoronarias, variando la duración del tratamiento entre 30 minutos y 2 horas.

Igualmente en el Servicio de Hemodinámica se realizan intervenciones más complejas e infrecuentes que afectan a enfermedades estructurales del corazón, como pueden ser valvuloplastia mitral, cierre de comunicación interauricular o de foramen oval permeable, o implantación de prótesis valvular aórtica percutánea.

"Entre los mejores del país"

El servicio de Hemodinámica del Hospital de Ciudad Real realiza anualmente alrededor de 1.600 cateterismos, siendo la media diaria de 6 o 7 intervenciones. "Este número elevado de cateterismos practicados, lo sitúa entre los 15 hospitales del país que más inter-

venciones de este tipo lleva a cabo", asegura la Junta.

El jefe del Servicio de Hemodinámica, Fernando Lozano, asegura que el Hospital General Universitario de Ciudad Real realiza la implantación desde un primer momento de un sistema de angioplastia primaria como tratamiento del infarto agudo de miocardio. Un sistema consistente en la realización de un cateterismo urgente en la primera hora del infarto, consiguiendo la apertura de la coronaria obstruida en más de un 95 por ciento de los casos, y consiguiendo con ello aumentar la calidad de vida de los pacientes.

Los recursos humanos de este servicio lo integran 3 facultativos hemodinamistas, 3 enfermeros, 3 auxiliares de enfermería, 1 celador y una secretaria.

---

### Los recortes sanitarios pueden propiciar un descenso de la esperanza de vida en España

Fuente: Europa Press

La Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP) ha realizado un informe que muestra que el porcentaje del PIB per cápita destinado a sanidad está directamente relacionado con la esperanza de vida de los ciudadanos y, en este sentido, augura que los continuos recortes en materia sanitaria con motivo de la crisis pueden causar un descenso en la esperanza de vida en España.

Así lo ha asegurado el portavoz de esta entidad, Marciano Sánchez Bayle, durante la presentación del informe 'La salud y el sistema sanitario en las comunidades autónomas, una visión global antes de la crisis y la privatización generalizada', elaborado a partir de datos de 2009, que muestra como ya entonces existían "enormes desigualdades" entre comunidades que se han ido ampliando en los últimos años.

Dicho estudio, que ha analizado diversos indicadores como la esperanza de vida, el gasto sanitario y farmacéutico por habitante, la utilización de la Atención Primaria y la hospitalaria o el rendimiento y calidad de las prestaciones.

De este modo, revela que Navarra, Aragón, País Vasco y Cataluña eran las regiones con mejor salud y

## Noticias SEER

sanidad entonces, mientras que en el lado opuesto se encontraban Murcia, Comunidad Valenciana, Galicia y Canarias.

Además, el informe muestra diferencias "significativas" en indicadores clave como la esperanza de vida, que varía hasta en 2,8 años en función de la comunidad autónoma analizada, pasando de los 80,5 años de media de Andalucía a los 83,3 años de Navarra y Madrid. Igualmente, si se tiene en cuenta la esperanza de vida con buena salud se observa como hay comunidades cuyo índice está en los 68 años de media, caso de Asturias o Baleares, muy lejos de otras como Galicia (52,5 años de media) o Extremadura (52,6).

Cuando se analiza el gasto sanitario por habitante también se observan "graves desigualdades", pasando de los 1.595,9 euros de media por habitante en País Vasco o los 1.575 de Extremadura a los 1.125,3 de Comunidad Valenciana o los 1.135,5 de Madrid.

"Hay mucha evidencia de que hay relación entre el PIB per cápita y la esperanza de vida, y dado que la crisis económica ha producido una disminución importante de este factor, es previsible que esto afecte a la esperanza de vida", según Sánchez Bayle.

De hecho, este experto ha destacado que hay estudios que constatan esta relación y, como ejemplo, ha destacado que cuando cayó el muro de Berlín y la desmembración de la URSS hubo una disminución importante de la situación económica de los países soviéticos y, como consecuencia de ello, la esperanza de vida disminuyó en más de 10 años.

Las CC.AA. más pobres recurren más a la Atención Primaria. Por otro lado, el estudio también muestra como en Andalucía, Canarias, Cantabria, Castilla-La Mancha, Extremadura, Galicia y Murcia tienen un número de consultas de Atención Primaria superiores a la media e ingresos hospitalarios inferiores a la media. Lo contrario sucede en Aragón, Asturias, Baleares, Cataluña y Navarra.

Esto muestra, según ha explicado, como "las comunidades más pobres tienden a mejores indicadores en recursos de Atención Primaria y a mayor utilización poblacional de este nivel asistencial, mientras las más ricas acusan un hospitalocentrismo financiero y una mayor utilización de la atención especializada hospitalaria".

Asimismo, el estudio también refleja "grandes variaciones en la práctica clínica" para muchos procesos asistenciales, a su juicio "injustificada" en algunos procedimientos frecuentes como partos mediante cesárea, uso de TAC o intervenciones quirúrgicas.

"Quizá el más inexplicable es el porcentaje de cesáreas, que es más del doble entre el mínimo (País Vasco, con un 14,3% de los nacimientos) y el máximo (Comunidad Valenciana, con 30%)", según Sánchez Bayle.

Asimismo, también hay "diferencias muy notables" en mortalidad prematura por cáncer (máximo 128,4 en Baleares y mínimo 93,5 en Castilla-La Mancha), cardiopatía isquémica (28,2 en Asturias frente a 15,2 en Navarra), diabetes (13 en Canarias frente a 1,7 en Madrid) y enfermedad cardiovascular (16,3 en Andalucía frente a 6,6 en Madrid).

---

### **Bruselas avisa de que los recortes en seguridad del paciente pueden aumentar el coste sanitario a largo plazo**

Fuente :Europa Press  
BRUSELAS, 15-11-2012.

La crisis no debería poner en riesgo la seguridad de los paciente, por preservar su salud y porque los tratamientos que no son seguros tienen un coste

La Comisión Europea ha avisado este de que los recortes presupuestarios por la crisis en seguridad de los pacientes sometidos a tratamiento hospitalario pueden traducirse en un aumento de los costes a largo plazo. España ha aplicado la mayoría de las recomendaciones de la UE para evitar infecciones hospitalarias, según un informe publicado por Bruselas.

El estudio muestra que "la crisis económica ha ralentizado la aplicación" de las recomendaciones de la UE "debido a un cambio en las prioridades de salud pública".

"La crisis no debería poner en riesgo la seguridad de los pacientes: por el bien de los pacientes y porque los tratamientos que no son seguros tienen un coste. La investigación muestra que entre el 13% y el 16% de los costes hospitalarios se deben a enfermedades relacionadas con el tratamiento sanitario", ha explicado el Ejecutivo comunitario en un comunicado.

"En el actual contexto financiero es crucial reducir los cos-

## Noticias SEER

tes de tratamientos no seguros y desarrollar programas rentables de seguridad de los pacientes", reclama la Comisión.

Ningún Estado miembro ha aplicado las 13 medidas recomendadas por la UE para reducir las infecciones hospitalarias. Un total de 9 países, entre ellos España, han puesto en práctica entre 12 y 10 medidas. Los Estados miembros más retrasados son Grecia y Rumanía.

---

### **El Hospital de Tomelloso crea una Comisión de Cuidados Enfermeros que une pautas asistenciales para pacientes ingresados**

Fuente: Europa Press

El Hospital de Tomelloso (Ciudad Real), dependiente del Gobierno de Castilla-La Mancha, ha creado la Comisión de Cuidados Enfermeros en Hospitalización con el fin de unificar pautas de trabajo, cuidados asistenciales y atención al paciente ingresado.

Esta iniciativa, puesta en marcha por la dirección de Enfermería en las últimas semanas, pretende que el paciente reciba los mismos cuidados independientemente del área en el que se encuentre hospitalizado, de forma que siempre se le garantice una asistencia continua con las máximas garantías de calidad y eficiencia, ha informado el SESCOG en nota de prensa. La Comisión de Cuidados está compuesta por las supervisoras de las unidades de hospitalización, una representación del personal de Enfermería y auxiliares, y está previsto que participen periódicamente otros profesionales, de forma que esta iniciativa adquiera un carácter multidisciplinar.

Asimismo, la creación de este equipo de trabajo permitirá unificar criterios asistenciales entre profesionales y fijar protocolos en la atención de enfermería hospitalaria.

La finalidad, añade Cebrián, es establecer un sistema de trabajo "innovador", en el que se implica a los profesionales de forma directa en la gestión hospitalaria.

Así se consigue disminuir la diversidad de criterios entre los profesionales, garantizando una respuesta asistencial unificada que cumpla los estándares más exigentes de calidad.

### **La Consejería de Sanidad se compromete con el Consejo Gallego de Enfermería a convocar una OPE en el segundo semestre del año**

Fuente: Departamento de Comunicación

El presidente del Consejo Gallego de Enfermería y del Colegio de Enfermería de A Coruña, Sergio Quinteiros, acompañado de los presidentes de las entidades colegiales de Lugo, Ourense y Pontevedra, se reunió la pasada semana con la Consejería de Sanidad, Rocío Mosquera, para exponerle los principales problemas y retos a los que enfrenta la enfermería gallega.

Uno de los compromisos adquiridos por la Consejería con los representantes de la enfermería gallega fue el de convocar en el segundo semestre del año una Oferta Pública de Empleo (OPE), además de un nuevo concurso de traslados a lo largo del año. En este sentido, los enfermeros reclamaron a la titular de Sanidad una actualización del baremo utilizado para los concursos de traslados y que a través del Consejo Interterritorial de Salud se unifiquen estos criterios en todas las comunidades autónomas.

El Consejo Gallego de Enfermería quiere contribuir a la búsqueda de soluciones que garanticen la estabilidad del sistema público de salud gallego. Por ello anunció a la Consejería que en los próximos meses le entregará un estudio que pretende ser una radiografía de los problemas y soluciones que desde la enfermería se pueden ofrecer para superar la situación actual, tanto financiera como organizativa. Para la elaboración del estudio, el Consejo comenzará en breve a mantener reuniones de trabajo con directivos de enfermería, sociedades científicas y asociaciones profesionales que quieran participar en este trabajo.

Para los presidentes de los colegios de enfermería gallegos, el Sergas invertiría mejor sus recursos si emplease al personal en todas las funciones para las que están capacitados. Los enfermeros, que en la actualidad cursan cuatro años de estudios sin tener en cuenta los posteriores años de formación para ser especialistas, están "perfectamente capacitados para asumir competencias de gestión en muchos servicios de Atención Primaria, aunque para ello es imprescindible que puedan prescribir medicamentos y tengan acceso al historial completo del paciente", explican.

Los representantes de las entidades colegiales añaden

## Noticias SEER

que "el Sergas ahorraría muchos recursos si contase con los enfermeros para gestionar áreas como las de pacientes crónicos, programas de atención a la mujer, recién nacidos o en los servicios de admisión". "Es necesaria una reestructuración urgente de las competencias de la enfermería en Atención Primaria, porque es la base del sistema sanitario", reclamaron. Los presidentes de los Colegios de Enfermería también mostraron a la Consejería su preocupación por la situación de desempleo en el sector y por los recortes que, dicen, "afectan gravemente a la calidad asistencial".

### El Nobel James Watson su hipótesis sobre el papel de los antioxidantes en la última etapa de cáncer

Fuente: Europa Press

El premio Nobel James D. Watson ha publicado un artículo en 'Open Biology' sobre lo que denomina su "trabajo más importante desde la doble hélice", en referencia a una nueva hipótesis acerca del papel de los oxidantes y antioxidantes en los cánceres que son actualmente incurables, sobre todo en la última etapa de los metastásicos. En el núcleo de su tesis está el grupo de moléculas que los científicos denominan especies reactivas del oxígeno o ROS, en sus siglas en inglés.

Watson llama a ROS "una fuerza positiva para toda la vida", debido a su papel en la apoptosis, un programa interno que las células utilizan para suicidarse. Es uno de los mecanismos clave que han surgido a través de millones de años de evolución para descartar esta disfunción biológica, que representa una amenaza para la supervivencia de los organismos.

Por otro lado, ROS también son conocidas por "su capacidad para dañar irreversiblemente proteínas clave y las moléculas de ácido nucleico [por ejemplo, ADN y ARN]", destaca este investigador. En circunstancias normales, ROS son constantemente neutralizadas por anticuerpos antioxidantes de proteínas.

A menudo se nos insta a comer alimentos ricos en antioxidantes como los arándanos, pero si la hipótesis de Watson sobre el papel de los ROS y los antioxidantes en la última etapa del cáncer es correcta, como él mismo escribe, "es mejor que se coman arándanos por su buen sabor, no porque su consumo conduzca a

reducir el cáncer". El papel central de Watson es entender por qué los antioxidantes pueden promover la progresión del cáncer en la última etapa.

Este experto propone que la capacidad de destrucción celular se utiliza actualmente en las terapias contra el cáncer, agentes quimioterapéuticos tóxicos tales como Taxol, así como el tratamiento de radiación, principalmente por la acción de ROS para inducir la apoptosis o muerte celular programada. Esto podría explicar "por qué los cánceres que se vuelven resistentes a control quimioterapéutico se convierten igualmente resistentes a la radioterapia" por una característica común: su dependencia de una ROS mediada por mecanismo de destrucción celular.

Watson, que es rector emérito del Laboratorio Cold Spring Harbor, tomó el caso de las células de cáncer debidas en gran parte a proteínas mutantes tales como RAS y MYC, de las que señala que a menudo son las más difíciles de conseguir que respondan al tratamiento, según sugiere, debido a sus altos niveles de ROS que destruyen antioxidantes.

Así, cita una investigación reciente que muestra la regulación de un factor de transcripción del gen Nrf2, llamado cuando las células proliferan, así como cuando oncogenes como RAS, MYC y RAF están activos. Nrf2 controla la síntesis de antioxidantes y, tal y como escribe Watson, "esto tiene sentido porque queremos que los antioxidantes presentes cuando las funciones del ADN hagan más de sí mismos".

Tras pedir "un calendario mucho más rápido para el desarrollo de drogas anti-metastásicas", el premio Nobel quiere que aquellos que lean su nuevo artículo consideren una propuesta que cree extremadamente poco explorada: "A menos que podamos encontrar la manera de reducir los niveles de antioxidantes, la última etapa del cáncer de unos diez años a partir de ahora será tan incurable como lo es hoy".

"Aunque la mortalidad de muchos tipos de cáncer ha ido disminuyendo, sobre todo los de la sangre [es decir, las leucemias], la estadística más importante puede ser que los cánceres epiteliales (carcinomas) y todos los tipos de cáncer mesenquimal (sarcomas) siguen siendo en gran medida incurables", afirma este científico.

## Bolsa de trabajo

### Se necesitan 25 enfermeras para residencias y centros asistenciales

ID : 1913

Fecha: 22/01/2013

Nombre de la empresa: Baker Street International

Salario aproximado: 24-26.000 euros/año

Población: : Reino Unido

Provincia : Fuera de España

Especialidad: Geriátría

Jornada laboral: N/D

Experiencia mínima: Doce meses de experiencia

Estudios mínimos:

Diplomado universitario en enfermería

Se ofrece:

- 25 puestos para enfermeras en residencias y centros de la empresa Four Seasons.
- Se ofrece contrato indefinido.
- Un mes de alojamiento, training y viaje pagado.

Requisitos mínimos:

- Doce meses de experiencia.
- Nivel B1 de inglés.
- Currículum en inglés.

---

### Jornadas de orientación e información para trabajar en Alemania

Fecha: 21/01/2013

La Red Europea EURES, del Servicio Extremeño Público de Empleo (SEXPE), y la Agencia Federal de Empleo Alemana organizan unas jornadas de orientación e información sobre el ámbito laboral en Alemania.

Estas jornadas están dirigidas a personal sanitario como médicos o enfermeros, ingenieros industriales, aeroespaciales, químicos, informáticos, medioambiental, mecánicos, soldadores, torneros, cocineros, recepcionistas, etc., que hablen alemán o inglés.

Las jornadas tendrán lugar el 29 y 30 de enero en Badajoz, y los días 31 de enero y 1 de febrero en Cáceres.

Aquellos que estén interesados en acudir a alguna de estas jornadas, se podrán dirigir a los siguientes contactos: [marisa.corderog@extremaduratrabaja.net](mailto:marisa.corderog@extremaduratrabaja.net) (teléfono 924 010162) para Badajoz o [victormmanuel.garcias@extremaduratrabaja.net](mailto:victormmanuel.garcias@extremaduratrabaja.net) (teléfono 927 005923) para Cáceres.

Job Impulse GmbH es una consultora internacional de RR.HH. con más de 4.500 trabajadores en 9 países y un total de 31 oficinas en Europa y Mexico. Para nuestro cliente en Estados Unidos buscamos:

### Enfermeros y enfermeras – Ref. 5991-001445

Los requisitos a cumplir son los siguientes:

- Diplomatura o Grado de Enfermería
- Formación complementaria en UCI o Cardiología se valorará positivamente
- Nivel alto o muy alto de inglés (C1)
- Necesaria experiencia en UCI
- Experiencia en cardiología se considerará un plus

Tus tareas:

- Observación, asesoramiento, diagnóstico, planificación, intervención y evaluación de cuidados
- Formación y asesoramiento en enfermedades, fomento de la salud y prevención de enfermedades y dolencias
- Administración de medicamentos y tratamientos prescritos o recetados por un facultativo autorizado por la Ley del Estado de Florida a prescribir estos tratamientos y medicamentos
- Supervisión y entrenamiento teórico y práctico de personal en las tareas descritas

¿Crees que eres adecuado/a para el puesto?

¿Estás interesado/a en un nuevo reto en una empresa internacional de éxito? Nos encantaría recibir tu candidatura (CV cronológico y certificados).

Escríbenos indicando el número de referencia 5991-001445, tus expectativas salariales y la disponibilidad de incorporación preferiblemente por Email a:

Daniel Hita

Job Impulse GmbH

Zur Laubenheimer Höhe 19, D-55129 Mainz

[recruitment@job-impulse.com](mailto:recruitment@job-impulse.com)

Job Impulse

## Bolsa de trabajo

### Hospital de Essex, Reino Unido, precisa 50 enfermeros

Hospital de Essex, en Reino Unido, precisa hasta 50 enfermeros para todos los servicios hospitalarios. El hospital pertenece al sistema público de salud, el NHS y tiene 800 camas, siendo hospital de referencia para la zona. Se encuentra a menos de 40 minutos del centro de Londres, cerca del aeropuerto de Stansted y es líder mundial en cuidados críticos y trauma.

Se ofrece:

- Contrato Indefinido
- Ayuda con alojamiento
- Entrevistas en España
- Salario de 22-29000 libras/año (Band 5/6)
- Incorporación Febrero / Marzo 2013

Requisitos:

- Nivel B2 de inglés
- 12 meses de experiencia hospitalaria o
- 24 meses de experiencia en total (sin contar prácticas)
- En trámites con el NMC (demostrable con PRN o PIN)
- Nacionalidad de la UE

Si te interesa, debes enviar tu CV en inglés a [info@bkstreet.com](mailto:info@bkstreet.com) antes del 14 de enero, indicando:

- PRN o PIN
- Skype
- No más de 3 páginas y 300kb incluyendo foto
- Formato de texto (.doc o .odt), no pdf.
- Con tu nombre "Alicia\_BlancoCV.doc"
- En "asunto" nombre, apellido -ESSEX

Se ofrece:

Requisitos mínimos:

- Se requiere diplomatura en enfermería con un año de experiencia.
- Nivel medio de francés en comprensión y expresión oral.
- Vocación de servicio y atención al paciente. Capacidad de adaptación a nuevos entornos y culturas.
- Haber trabajado previamente en Francia.

---

### Diez enfermeros con nivel medio de francés

ID : 1858

Fecha: 24/01/2013

Nombre de la empresa: Adecco Medical & Science

Salario aproximado: N/D

Población: : Francia

Provincia : Fuera de España

Especialidad: Sin definir

Jornada laboral: Completa

Experiencia mínima:

Al menos un año y haber trabajado previamente en Francia

Estudios mínimos:

Diplomado universitario en enfermería

## Actos científicos

### **12 Jornadas de Enfermería Quirúrgica de la Comunidad Valenciana**

Valencia 22 y 23 de febrero de 2013

Información:

Secretaría Técnica: Sanicongress. Calle Santiago de Les, 8. 46014 Valencia.

Fax: +34 902 190 850

Tel.: +34 902 190 848

E-mail: [sanicongress@aeqcv.org](mailto:sanicongress@aeqcv.org)

Web: <http://www.aeqcv.org/congresos/12jornadas>

---

### **XVI Jornadas sobre el Cáncer de Mama**

Barcelona 22 de febrero de 2013

Información:

Secretaría Técnica: Parc Salut Mar. Passeig Marítim, 25-29. 08003 Barcelona.

Tel.: 93 248 30 00 / 93 248 32 54

E-mail: [webinfo@parcdesalutmar.cat](mailto:webinfo@parcdesalutmar.cat)

Web:

[http://www.parcdesalutmar.cat/es\\_agenda/view.php?ID=77](http://www.parcdesalutmar.cat/es_agenda/view.php?ID=77)

---

### **XIII Jornadas de Ética. "Cuidando a nuestros mayores: aspectos éticos"**

Madrid 26 y 27 de febrero de 2013

Organización: Comité de Ética de la Provincia de Castilla de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, con la colaboración de la Fundación San Juan de Dios. Información: Secretaría Científica: Fundación San Juan de Dios. Escuela de Enfermería y Fisioterapia San Juan de Dios, Universidad Pontificia Comillas. Avenida San Juan de Dios, 1. 28350 Ciempozuelos (Madrid).

Tel.: 91 387 44 89

E-mail: [fsjd.secretaria@hsjd.es](mailto:fsjd.secretaria@hsjd.es)

---

### **9º Congreso Nacional de Enfermería Quirúrgica**

Córdoba del 6 al 8 de marzo de 2013

Información:

Secretaría Técnica: Sanicongress. Edificio Expo. Inca Gracilaso, s/n. Isla de la Cartuja. 41092 Sevilla.?

Tel.: +34 902 190 848

Fax: +34 902 190 850?

E-mail: [sanicongress@9enfermeriaquirurgica.com](mailto:sanicongress@9enfermeriaquirurgica.com)

Web: <http://www.9enfermeriaquirurgica.com/>

---

### **VII Congreso Español de Lactancia Materna. V Reunión de Bancos de Leche Humana**

Madrid del 7 al 9 de marzo de 2013

Información:

Secretaría Técnica: Solespaña. Calle Trinidad Grund, 2. 29001 Málaga.

Tel.: +34 952 004 681/607 116 883

E-mail: [congresos.solespana@solceuta.com](mailto:congresos.solespana@solceuta.com)

Web: <http://ihan.es/congresos/index.asp>

---

### **XXIV Congreso Nacional de la Sociedad Española de Diabetes SED2013**

Sevilla del 11 al 13 de abril de 2013

Información:

Secretaría Técnica: Triana Congresos. Pagés del Corro, 80. 3ª planta. 41010 Sevilla.

Tel.: 954 57 42 40

Fax: 955 06 74 79

E-mail: [sed2013@viajestrana.com](mailto:sed2013@viajestrana.com)

Web: <http://www.trianacongresos.com>

---

### **XVI Congreso Nacional de Enfermería Radiológica**

Zaragoza del 8 al 10 de mayo de 2013

Información:

Secretaría Técnica: AC Consultores. Plaza de España, 5. 50001 Zaragoza.

Tel.: 976237670

Fax: 976237056

E-mail: [org-2013@enfermeriaradiologica.org](mailto:org-2013@enfermeriaradiologica.org)

Web:

<http://www.zaragoza2013.enfermeriaradiologica.org/principal.htm>

---

### **V CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL PARA ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA "CIUDAD DE GRANADA".**

Seguridad del Paciente

-En línea, 17-28 de mayo de 2013.

-Organiza:

Fundación para el Desarrollo de la Enfermería, FUDEN.

+Información: <http://www.congresoenfermeria.com/>

---

## Actos científicos

### **CONVOCATORIA DE BECAS SOBRE BIÓÉTICA 2012/2013**

-Plazo de presentación: 31 de mayo de 2013.  
-Objeto: cuatro becas para llevar a cabo cuatro proyectos de investigación con la finalidad de incentivar el estudio en el campo de la Bioética. Pueden participar en esta convocatoria los proyectos de investigación que se propongan desarrollar algún tema relacionado con la Bioética y su aplicación práctica. Los proyectos podrán llevarse a cabo individualmente o bien en equipo.

-Convoca: Fundació Grifols i Lucas

+Información:

<http://www.ficyt.es/oib/difusion/difusion.asp?Id=2834>

Fuente: OIB-FICTY

---

### **III INTERNATIONAL PUBLIC HEALTH NURSING CONFERENCE.**

The public health nursing contribution to primary health care

-Galway, Irlanda, 25-27 de agosto de 2013.

+Información: <http://www.iphnc2013.com/>

Fuente: Noosfera

---

### **XXV CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA VASCULAR Y HERIDAS**

-Gerona, 30-31 de mayo de 2013.

-Organiza:

Asociación Española de Enfermería Vasculuar, AEEVH

+Información: <http://www.aeev.net/congreso.php>

Fuente: Rol

---

### **V CONGRESO NACIONAL DE ATENCIÓN SANITARIA AL PACIENTE CRÓNICO**

-Barcelona, 11-13 de abril de 2013.

+Información: <http://v.congresocronicos.org/>

Fuente: SEAPA

### **XXII INTERNATIONAL CONFERENCE ON SPORTS REHABILITATION AND TRAUMATOLOGY**

-Londres, 20-21 de abril de 2013.

+Información:

<http://www.footballmedicinestrategies.com/en/>

Fuente: Archivos de Medicina del Deporte

---

### **XVIII ANNUAL CONGRESS OF THE EUROPEAN COLLEGE OF SPORT SCIENCE.**

Unifying sport science

-Barcelona, 26-29 de junio de 2013.

-Organiza:

European College of Sport Science, ECSS

+Información:

<http://www.ecss-congress.eu/2013/13/>

Fuente: Archivos de Medicina del Deporte

## 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.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://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](http://www.enfermeria.com)

### Otros Portales

Red de Enfermería  
[www.redenfermeria.com](http://www.redenfermeria.com)

### Busqueda

Enfispo  
[www.index-f.vom/ATT00004.htm](http://www.index-f.vom/ATT00004.htm)

Bdie  
[bdie.isciii.es/buscador\\_BDIE.htm](http://bdie.isciii.es/buscador_BDIE.htm)

### Revistas electrónicas de acceso libre y texto completo

Nurse-Beat  
[www.nurse-beat.com/](http://www.nurse-beat.com/)

### Otros Organismos

Orden de enfermeras y enfermeros del Québec  
[www.oiiq.org](http://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](http://www.enfermeria21.com)

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

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

Medicina TV.com - Canal Radiodiagnóstico.  
[www.medicinatv.com](http://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](mailto: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](http://www.enfermeriaradiologica.org), donde se encuentra toda la información necesaria para realizar el envío.



## 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 (Dxl, 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: .....