

REVISTA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA RADIOLÓGICA

RSEER

Órgano Oficial de la Sociedad Española de
Enfermería Radiológica

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

Dirigida a:

Profesionales de enfermería que realizan su actividad
principal en radiología, medicina nuclear y radioterapia.

Correspondencia Científica:

Sociedad Española de Enfermería Radiológica
Redactor Jefe Revista
Pujades, 350 08019 Barcelona
jcordero@enfermeriaradiologica.org

Periodicidad:

Cuatrimestral

Suscripciones:

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

Tarifa de suscripción anual:

Miembros numerarios	36 €*
Miembros asociados	25 €
Miembros agregados	18 €
Entidades e instituciones	52 €

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

Revista indexada en base de datos:

CUIDEN www.index-f.com

Disponible en Internet:

www.enfermeriaradiologica.org

Junta directiva de la SEER

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

Vocales Asociaciones Autonómicas:

Aragón: Gema López-Menchero Mínguez
Castilla León: Clemente Álvarez Carballo
Valencia: Luis Garnés Fajardo
Navarra: M^a Ángeles Betelu
Cataluña: Laura Pla Olivé
Andalucía: Inma Montero Monterroso
Galicia: Gonzalo Maceiras Galarza

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



Gráficas
Servi-Offset, s.a.

SERVICIO INTEGRAL EN ARTES GRÁFICAS

Catálogos, folletos, papelería comercial, carteles, formularios
en continuo, talonarios, revistas...

C/ Pujades, 74-80, 3º 5ª - 08005 Barcelona
Tel. 93 309 49 80 - Fax 93 485 34 79 E-mail: servioff@gmail.com



ARBU DISEÑO GRÁFICO

Diseño y comunicación visual

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

Imprime: **Gráficas Servioffset** Diseño: **ARBU Diseño Gráfico**

SUMARIO

REVISTA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA RADIOLÓGICA

Rev. Soc. Esp. Enf. Radiol., 2010; nº2

51	Editorial
52	Carta del Presidente de la SEER
53	Artículos originales Puesta en marcha de RM FUNCIONAL en una nueva Unidad de Resonancia Magnética. <i>Isabel Palomares Casado y Guadalupe Delgado Bartolomé.</i>
59	Artículos originales Demencias geriátricas en las urgencias radiológicas. <i>Marín Sánchez, Juana y Ledesma Figueroba, Adoración.</i>
63	Artículos originales Atención integral del paciente con Ca. de próstata en radioterapia. <i>Agustín López-Espinosa Plaza. et al.</i>
68	Artículos originales Stent colónico. Un recurso de la Radiología Intervencionista. <i>Esteve Moreno, Narcís. et al.</i>
74	Noticias RSEER
84	Bolsa de trabajo
88	Actos científicos
92	Enlaces Internet
94	Información para los autores
95	Solicitud de ingreso

COMITÉ EDITORIAL

REVISTA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA RADIOLÓGICA

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

Redactor Jefe:

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

Coordinador Editorial de la revista:

Ignacio Liarte Trias
Hospital de Bellvitge. Barcelona.

Comité Asesor:

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

D. Joan Pons i Camprubí
Vicepresidente de la SEER.

Dña. Inma Montero Monterroso
Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Dña. Gema López-Menchero Mínguez
Hospital Provincial Nuestra Señora de Gracia. Zaragoza.

D. Luis Ganes Fajardo
Hospital de Castellón.

D. Gonzalo Maceira Galarza
Hospital Meixoeiro. Vigo.

Comité Editorial:

D. José Manuel Sánchez Pérez
Hospital Povisa. Vigo.

D. Jorge Casaña Mohedo.
ERESA. Valencia.

Dña. M^a Angeles Betelu Oronoz
Clínica Universitaria de Navarra.

D. Angel Benedit Gómez
Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Dña. Carmen María Bento Rodríguez
Hospital Meixoeiro. Vigo.

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.


SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA
RADIOLÓGICA

Encaramos un nuevo verano y con él, un nuevo periodo vacacional el cual, nos merecemos disfrutar a tope. Estos días de descanso nos harán cargar pilas para retomar la segunda parte del año.

Desde la SEER queremos y esperamos que lo paséis lo mejor posible aun en los tiempos de crisis en que nos encontramos. Y aunque nosotros también descansaremos, ya estamos trabajando para ofrecer las mejores actividades científico-formativas posibles. Como podréis ver en la publicidad de este número, el 6 de noviembre realizaremos la jornada de Formación Continuada que cada año llevamos a cabo. En esta ocasión nos desplazaremos a Vigo, en donde nuestros compañeros de la Asociación Gallega están llevando a cabo un trabajo formidable para que, como siempre, estas jornadas queden en nuestro recuerdo con un grato recuerdo. El tema de dicha jornada serán los cuidados enfermeros en el cáncer colo-rectal dentro de las tres disciplinas que forman la Sociedad. Os esperamos a todos vosotros para que, una vez más, el nivel de conocimiento de nuestro colectivo sea más elevado si cabe.

Y para que ese nivel se profesionalice, el próximo curso iniciaremos el Master en Enfermería Radiológica. Destacar que se trata de un Master completamente on-line donde se pretende que el alumno interactúe de forma activa desde el inicio hasta el final para que consolide, en caso de que sea un profesional activo de la especialidad, los conocimientos que ya posee, y en caso de sea un profesional recién salido del grado pueda encaminar su futuro profesional. Además, remarcar que está homologado con 30 créditos ECTS. A continuación nuestro presidente nos hace una presentación exhaustiva del mismo.

Y como no, desde que acabamos el XIV Congreso en Lanzarote, nuestros compañeros de la Asociación Valenciana están trabajando duramente para que, en la primavera del próximo año 2011, podamos asistir al que será XV Congreso Nacional de la SEER y que se celebrará en la ciudad de Castellón. Me consta, ya que estoy en contacto continuo con ellos, que están esforzándose al máximo y poniendo mucha ilusión para que todos los que asistamos quedemos lo más satisfechos posible. No se debe olvidar que estamos en época de crisis, lo que dificulta aun más poder organizar dicho evento.

Tal y como empecé esta editorial, termino deseándoos un feliz verano y espero y deseo que disfrutéis de vuestras vacaciones.

Hasta la vuelta!!!!

Jose A. Cordero Ramajo
Redactor Jefe de la RSEER

CARTA DEL PRESIDENTE DE LA SEER

Apreciado/a Socio/a,

Nuestras áreas de conocimiento dentro del Radiodiagnóstico, Medicina Nuclear y Radioterapia son poco conocidas y reconocidas. Sin embargo, la realidad de estos departamentos sanitarios demanda de nuestra atención y profesionalidad para poder garantizar la continuidad del plan de cuidados y atender las necesidades humanas y técnicas que se desarrollan.

En la carrera base de Enfermería, a excepción de algunas universidades, no cumplen la legislativa EURATOM, que obliga a dar conocimientos base de radioprotección. Y si añadimos el desconocimiento general por muchos docentes y grandes pensantes de nuestra profesión, de las tareas específicas que llevamos a cabo en estos departamentos, nos encontramos con la sensación de ser considerados/as como “bichos raros” dentro de nuestra Profesión.

Todo trabajador, Enfermero o de cualquier disciplina, precisa de unos conocimientos teóricos base para desarrollarse como un excelente profesional y mejorar en la práctica diaria con la ayuda de los compañeros mas expertos. Aunque nuestro futuro más inmediato parecía que era el desarrollo de la especialidad Médico-quirúrgica, nos encontramos con la dura realidad de no saber cuando verá la luz, ni siquiera en qué condiciones lo haría.

Así, por todos los motivos expuestos, la SEER ha decidido embarcarse en la formación directa de nuestras especialidades de Radiodiagnóstico, Medicina Nuclear y Radioterapia a través de un Máster Académico, respaldado por la Universidad de Barcelona y al que puede acceder cualquier enfermero del territorio nacional, porque se trata de una formación On-Line.

No es fácil condensar unas áreas de conocimiento tan extensas en un solo curso de Máster. Y menos con el desarrollo on-line innovador de la Universidad de Barcelona, que huye de típicos cursos formatos PDF y apuesta por una formación más dinámica y atractiva, que obliga a los autores a buscar alternativas de presentación.

Nuestra formación debe facilitar la incorporación de la nueva enfermería obteniendo los conocimientos base para poder acceder a los servicios de radiología, con una titulación específica que acredite dichos conocimientos. Y concretamente, este Máster se ha diseñado con la nueva normativa europea y ha sido homologada a una carga lectiva de 30 créditos ECTS.

Como siempre, hemos negociado duro para permitir un descuento a los socios de la SEER, ya que no podía ser de otra manera si nuestra Sociedad es la promotora de dicho Máster.

Esperamos que encuentres atractiva la idea y desarrollo de la propuesta, y la puedas hacer extensiva a demás compañeros/as que pudieran estar interesados/as.

Recibe un cordial saludo,

Jaume Roca Sarsanedas
Presidente de la SEER

ARTÍCULOS ORIGINALES

Puesta en marcha de RM FUNCIONAL en una nueva Unidad de Resonancia Magnética.

Isabel Palomares Casado, Guadalupe Delgado Bartolomé.
OSATEK, S.A. Hospital de Santiago. Vitoria-Gasteiz

e-mail: dayip1@yahoo.es

Recibido: 26/11/2009

Aceptado: 23/01/2010

Este trabajo fue galardonado con el segundo premio de comunicación oral en el XIV Congreso Nacional de la Sociedad Española de Enfermería Radiológica celebrado en octubre de 2009 en Lanzarote.

Resumen

A lo largo de éste año, y tras la puesta en marcha de una nueva máquina de Resonancia Magnética por parte de OSATEK en la unidad del Hospital de Santiago, se crea la necesidad del aprendizaje de nuevas técnicas de Resonancia y habilidades para el personal de Enfermería, como es el caso de la RM Funcional.

El personal de Enfermería de dicha unidad decidió actualizarse en cuanto a conocimientos y factores necesarios, que llevasen a obtener la pericia y profesionalidad adecuada en materia de RM Funcional. Todo ello encaminado a elaborar una metodología de trabajo adecuadas a la unidad de Resonancia, al equipo utilizado para la exploración de RM Funcional, a los usuarios a los que se les fuese a realizar dicha técnica, y por consiguiente a obtener resultados óptimos tras la realización de la prueba.

Palabras clave:

Resonancia Magnética Funcional (RMf), Resonancia Magnética (RM), Paradigma, Personal de Enfermería.

Summary

Throughout this one year, and after the beginning of a new machine of Magnetic resonance on the part of OSATEK in the unit of the Hospital of Santiago, it is created the necessity of the learning of new techniques of Resonance and skills for the personnel of Nursary, as it is the case of the Functional RM.

The personnel of Nursary of this unit decided to update as far as knowledge and necessary factors, that they took to obtain the skill and professionalism adapted in the matter of Functional RM. All this directed to elaborate a methodology of suitable work to the unit of Resonance, the equipment used for the Functional exploration of RM, to the users to whom one went away to them to realise this technique, and therefore to obtain optimal results after the accomplishment of the test.

Keywords:

Functional magnetic resonance (RMf), Magnetic resonance (RM), Paradigm, Personnel of Nursary.

Introducción

Cuando realizamos una actividad el cerebro se activa en puntos determinados en función de la tarea realizada. (Foto nº 1)

La Resonancia Magnética Funcional (RMf) es un procedimiento no invasivo relativamente nuevo que utiliza imágenes de Resonancia Magnética (RM) para medir los pequeños cambios metabólicos (oxiHb-deoxiHb y aumento de perfusión) que ocurren en una parte activa del cerebro, y por lo tanto demostrar la función cerebral con localización neuroanatómica a tiempo real.

Para obtener las imágenes de RMf se utilizan secuencias eco planar y eco de gradiente, que fusionadas con imágenes

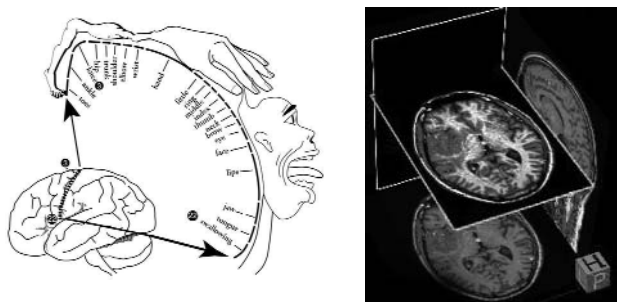
estructurales dan lugar a las imágenes definitivas de RMf. (Foto nº 2).

Para obtener la activación cerebral se utilizan los llamados paradigmas, que son un conjunto de estímulos, organizados en determinadas pautas temporales, y que consisten en una serie de actividades que debe realizar el sujeto al que se le realiza una RMf. El objetivo del paradigma es poner en marcha procesos cognitivos, motores o sensoriales específicos, que permitan localizar el área cerebral activado.

La utilidad de RMf pueden englobarse en:

- Localizar regiones de cerebro implicadas en la percepción, la acción, la memoria, el lenguaje o la emoción, entre otros.

- Diagnóstico: demostrar el funcionamiento anormal de estructuras.
- Creación de mapas corticales prequirúrgicos: detectar áreas de riesgo antes de procedimientos quirúrgicos (área lenguaje, corteza motora, visual) y determinar el hemisferio dominante del lenguaje o la memoria (masas en la corteza cerebral, aneurismas).
- Evaluar: la respuesta terapéutica (rehabilitación), pronóstico de pacientes y otros como la disfunción o enfermedad psiquiátrica.



Fotos 1 y 2.

Objetivos

- Mostrar la metodología empleada en una nueva unidad de RM para realizar RMf.
- Exponer el papel del personal de Enfermería ante la realización de RMf.

Metodología

Se realiza una revisión de la literatura con términos relacionados con RMf, en bases de datos especializados en Enfermería CINAHL y CUIDEN, así como en otras con información biomédica donde se filtró con el proceso de Enfermería: EMBASE, MEDLINE, Pascal Biomed o Índice Médico Español. Además se consulta a personal familiarizado con RMf. Todo ello para el desarrollo y puesta a punto de un protocolo útil a la hora de realizar RMf en nuestra nueva unidad de RM.

Equipo Básico Necesario para RM Funcional

El equipo utilizado en nuestra unidad para realizar RMf es un equipo superconductor de 1,5 Tesla (Magnetom Avanto-Siemens), aunque también es posible utilizar un equipo de 3 Teslas. (Foto nº 3)

El equipo debe tener unos gradientes potentes, selectivos y rápidos. Debe estar dotado de una estación de trabajo con monitor, ventana, teclado y altavoz que permitan visualizar al usuario y ponerse en contacto con él. (Foto nº 4)

Es necesario disponer de una antena de cráneo multicanal (Foto nº 5), con espejo para que el paciente pueda visualizar instrucciones, e incluso sentirse más cómodo y seguro. Así como auriculares a través de los cuales el paciente pueda escuchar las instrucciones del personal de enfermería, y a su vez pueda aislarle del ruido que produce el equipo de RM cuando realiza las secuencias de resonancia.

Para asegurar que el paciente no se mueve cuando realiza alguno de los paradigmas que se le indica, también es necesario utilizar sacos y cintas de sujeción (Foto nº 6), teniendo en cuenta que la comodidad del paciente es una de las prioridades para el personal de enfermería, ya que si éste no está cómodo tenderá a moverse.

Y por último, y para que el paciente pueda sentirse seguro y cómodo, debe disponerse de un timbre a través del cual pueda comunicarse con el personal de enfermería. En algunas ocasiones pueden utilizarse pelotas de espuma para poder realizar algunos paradigmas relacionados con la función motora.

Todo éste equipo lo podríamos considerar como básico para realizar una exploración de RMf simple, y en el caso de nuestra unidad de RM del Hospital de Santiago así es. Pero yendo más allá, hoy día existen equipos y soportes informáticos más sofisticados que ayudan y hacen posible la realización de la técnica RMf con posibilidad de realizar diversos paradigmas que hoy por hoy, en nuestro caso, no podemos realizar, como es el caso de estimulación olfatoria y visual.

A continuación hacemos un breve resumen de éstos equipos especializados



Foto 3.



Foto 4.



Foto 5.



Foto 6.

Equipo Especializado para RM Funcional

Se trata de un sistema de estimulación audiovisual que reproduce las tareas-paradigmas dentro de la sala de exploración. Resulta fácil de colocar al paciente, compatible con RM, adaptable a la bobina de cráneo y permite la comunicación bidireccional enfermera-paciente.

Este equipo constaría de:

- Un equipo de audio (auriculares). (Foto nº 7)
- Un equipo visual: gafas con lentes adaptables a la graduación del paciente, conectadas a un equipo informático que presenta imágenes al paciente (letras, palabras, imágenes fotográficas, dibujos, vídeos..) (Foto nº 8). Éste equipo también podría sustituirse por uno de fabricación casera consistente en un retro proyector enfocado a una pantalla que pudiera visualizar el paciente a través del espejo situado en la antena de cráneo.
- Equipo mano-brazo: que detecta y verifica el movimiento del paciente ante tareas motoras. (Foto nº 9)
- Equipo activación sistema olfativo: olfatómetro que emite distintos aromas al paciente.

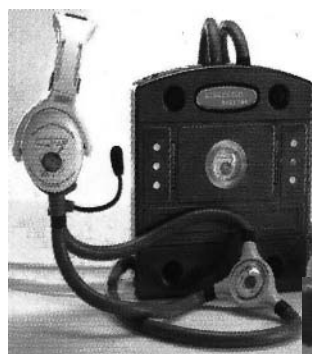


Foto 7.



Foto 8.

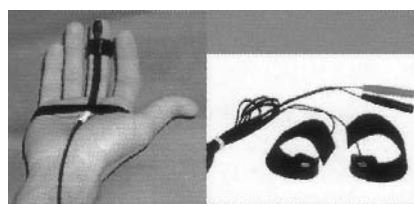


Foto 9.

Paradigmas empleados en RMf

Dependiendo del estudio que se quiera realizar, y en función de la localización de la corteza cerebral que interese estudiar existen diversos paradigmas a utilizar. Así pues para el estudio del Área del Lenguaje (estudiamos áreas de Broca y Wernicke situados en la parte anterior y profunda del lóbulo temporal) (Foto nº 10) se pueden utilizar:

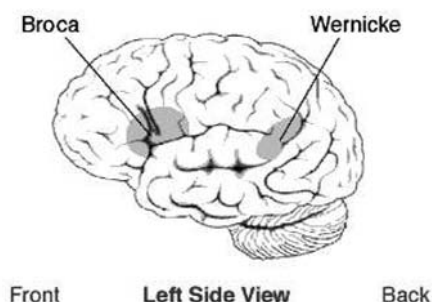


Foto 10.

- La Asociación de palabra-Verbo: escoba, bolígrafo, silla, cama, piscina...y el paciente tiene que asociar un verbo a cada una de las palabras que se le dicen.
- Relacionar nombres: vehículos (marcas de vehículos), colores(amarillo, azul, rojo...), animales (vaca, perro, gato...),comida (pan, leche...), deportes (golf, ciclismo, natación ...), países (España, Francia, Alemania...).
- Letras-Inicio de Palabra, o palabras que contengan esa letra: R,C,S,A,M...

- Lectura de un texto y comprensión del mismo: la enfermera lee los párrafos de un texto a lo largo de la secuencia bold deRMf, con intervalos de descanso dentro de ésta misma secuencia, y al finalizar la prueba se le hacen preguntas sencillas al paciente a cerca del texto leído para ver si ha habido atención, comprensión y retención del mismo.

En cuanto al Área Motora (regula los movimientos y locomoción de las personas, situada en el Lóbulo Frontal):

- Podemos realizar el paradigma denominado "Tapping", que consiste en tocar el dedo pulgar con el resto de los dedos alternativamente.
- El "Fist Clencking", en el que el paciente debe abrir y cerrar la mano alternativamente. Esto se realiza de tal manera que primero mueva una mano y posteriormente la otra, o incluso mover una mano y la otra no mover.
- Movimiento alternativo de los pies.

Y por último, y no por ello menos importantes, estaría la estimulación del Área Sensitiva, en los que se emplean equipos más especializados anteriormente descritos, consistentes en:

- Presentar olores a través de un olfatómetro (activación del área cerebral situada en la parte anterior y profunda del lóbulo temporal), y en el que el paciente debe discriminar olores
- Presentar estímulos visuales (activación de la parte posterior del lóbulo occipital) como reconocer formas, colores, movimientos (cuadros de ajedrez, fotos, dibujos).

No hay que olvidar que todos éstos paradigmas emplea-

dos deben utilizarse siempre adaptados al paciente al cual se le va a realizar la prueba, y para ello es muy importante realizar una valoración inicial del mismo en la que se identifiquen la edad, sexo, aficiones, ocupación-trabajo...

Preparación del Usuario para la RMf y papel de la Enfermería

Es importante tener siempre presente que una buena preparación es la base fundamental para una correcta realización y obtención de un estudio de RMf.

Debe existir una buena comunicación del equipo interdisciplinar formado por la enfermera y radiólogo. Tiene que haber un consenso a la hora de seleccionar el tipo de paradigmas a utilizar en el estudio de RMf, teniendo en cuenta el tipo de patología que presente el paciente, el área anatómica a estudiar y la valoración inicial que realiza la enfermera del paciente. Ese consenso debe ser tal que cuando se le vayan a dar las instrucciones al paciente para la prueba, no haya incongruencias entre las indicaciones dadas por del radiólogo y la enfermera. En cuanto a la preparación del paciente:

- Citamos al paciente unos cuarenta minutos antes, para realizar una anamnesis del mismo, en la que valoramos posibles incompatibilidades con la RM, intervenciones previas, patologías, alergias, edad, sexo, aficiones, ocupación-trabajo (para adecuar los paradigmas a utilizar en la prueba).
- Se le da la información necesaria respecto a la prueba que se le va a realizar.
- Se le instruye a cerca de las tareas que debe realizar durante la exploración, de forma sencilla, clara y concisa, asegurándonos siempre de que haya comprendido nuestras indicaciones.
- Posteriormente el paciente vuelve a la sala de espera, donde debe asimilar y recapitular sobre la información recibida anteriormente.
- A continuación se le pasa al vestuario, donde se le proporciona una bata, calzas y un gorro para cubrir la cabeza. En él se le pregunta por posibles dudas que le hayan surgido y se le aclaran las mismas.
- Seguidamente se le acompaña a la sala de RM, donde se le sitúa en la camilla de exploración, utilizando el material de sujeción (sacos y cintas en piernas, pies, brazos), así como material que le permita al paciente estar más cómodo (auriculares, alza bajo las piernas). Mientras se realiza ésta tarea hay que recordar y adiestrar al paciente en las tareas que debe realizar durante la exploración, explicarle qué parte del cuerpo debe mover y cómo, y lo importante que es realizar alguna acción cuando se lo indiquemos. También hay que recordarle la importancia de permanecer muy quieto durante la exploración.

- No hay que olvidar que el centraje del paciente dentro de la antena de cráneo debe ser siempre correcta, manteniendo la cabeza en una ligera hiper extensión, bien alineada. También tendremos en cuenta la comodidad del paciente, consultándole por ella en todo momento, porque si no fuese así podría llegar a moverse durante la exploración.
- Es muy importante motivar al paciente en todo momento, antes, durante y posteriormente al finalizar la prueba. Indicarle que está haciendo bien la prueba (cuando así sea).

Programación de Secuencias en RMf

Inicialmente se realiza una secuencia "localizador" en tres planos, axial, coronal y sagital. Visualizamos que la colocación y el centraje de la cabeza del paciente es correcto. En caso contrario se recolocaría al paciente para dejar la cabeza en una buena posición.

Sobre esa primera secuencia se continúa la exploración de la siguiente manera:

- Posteriormente se realiza una secuencia T1 mpr sagital 3D (TR 199ms, TE 2.91 ms, cortes por bloque 176, grosor de corte 1mm, factor distancia 50, n° adqs.1, n° concatenaciones 1, Fov lectura 50mm, Fov fase 100 mm, resolución 256/96/81,TA 5.15 minutos) que aporta información anatómica y es necesaria para realizar el post procesado final.(Foto n° 11)

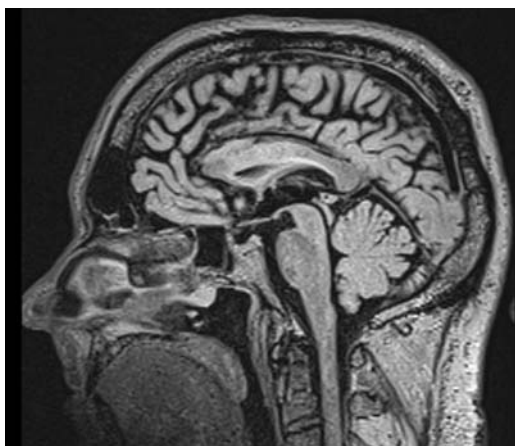


Foto 11.

- Se continúa haciendo la secuencia Gre-field-mapping (TR 477ms, TE 4.76ms, n° de cortes 38, factor distancia 25, grosor de corte 3, n° adqs. 1, resolución 64/100, Fov 230/100, TA 1.04 minutos). Esta secuencia es muy importante ya que sobre ella se realizará la fusión de las secuencias bold y el post procesado. El resto de las secuencias que se realizan posteriormente no debe tener mayor Fov que ésta. (Foto n° 12)

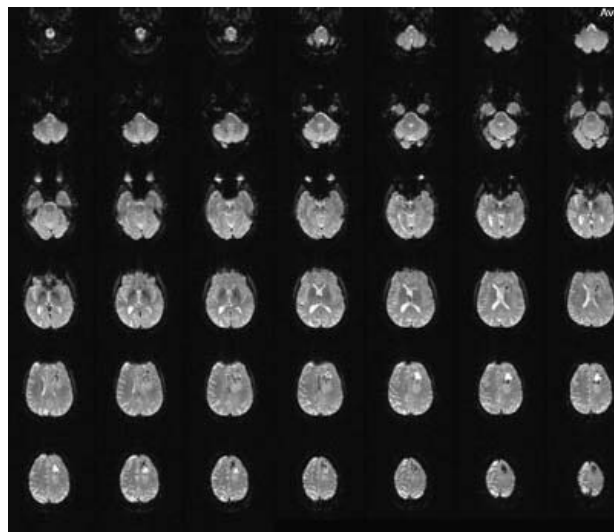


Foto 12.

- Seguidamente se realiza la secuencia bold-eco planar, la secuencia propiamente funcional, ep2d-pace-dynt (TR 4260ms, TE 50ms, n° de medidas 60, retardo en TR 440, n° de cortes 45, grosor de corte 3, factor distancia 0, resolución 64/100, tamaño de paradigma 20, FVL 192, FOVF 100, TA 4.21 minutos). Se debe copiar el posicionamiento con la secuencia anterior. Ésta será la secuencia que utilizaremos para realizar los diferentes paradigmas, dejando las primeras 10 medidas como línea base, y de la 11 a la 20 como activación cerebral.

- Y para finalizar, o intercalando entre paradigmas para que el paciente descanse, se realiza la secuencia de tractografía epi2d-diff-mddw-20-T2 (TR 2700ms, TE 88ms, promedios 4, concatenaciones 1, cortes 19, grosor de corte 5mm, factor distancia 30, resolución 128/100, facto b: 0 y 1000, TA 3.56 minutos). En éste caso también hay que copiar el posicionamiento y orientación de los cortes con la secuencia gre-field-mapping. (Foto n° 13)

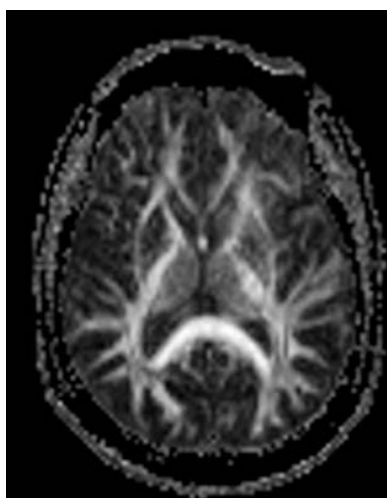


Foto 13.

Finalización de la prueba de RMf atención de Enfermería

Una vez finalizada la prueba, y después de asegurarnos que el paciente se encuentra bien (no está mareado), pasaremos a realizarle una pequeña entrevista, con la que intentaremos averiguar:

- Si ha tenido alguna dificultad a la hora de comprender las indicaciones.
- Si las indicaciones han sido claras, confusas, o si la vocalización ha sido correcta (en nuestro caso).
- Si ha podido oír bien las instrucciones.
- Si ha tenido algún problema para realizar algún movimiento (de pies o manos).
- Si ha estado incómodo con la postura o con las sujeciones utilizadas.

.... todas ellas encaminadas a mejorar futuras exploraciones.

Para finalizar, acompañaremos al paciente al vestuario y le agradeceremos su colaboración.

Postprocesado de la RMf

Tras realizar la prueba llega el trabajo en pantalla, en el que se debe procesar las imágenes obtenidas durante la exploración.

Para ello disponemos de un soporte informático adecuado, que combina las secuencias T1 mpr sagital, gre-field-mapping, la secuencia ep-2d funcional y la tractografía para poder obtener imágenes como las que se muestran a continuación. (Foto nº 14, nº 15)

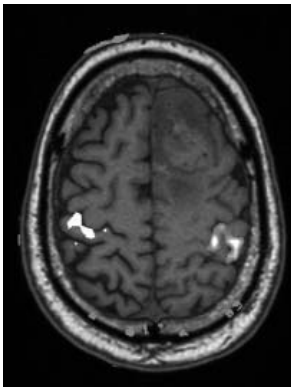


Foto 14.

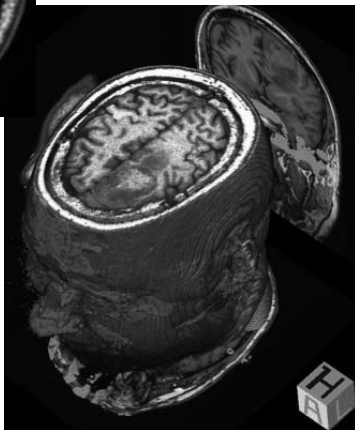


Foto 15.

Resultados

El personal de Enfermería ha elaborado una metodología de trabajo adecuada para realizar MRf en una nueva unidad de RM. Para ello ha tenido en cuenta posibles factores personales de cada paciente (proceso patológico, motivo de consulta, edad, sexo, aficiones, factores individuales...), el material disponible en la unidad de RM y las evidencias bibliográficas encontradas.

El personal de Enfermería ha contribuido activamente en la puesta en marcha y optimización del manejo del paciente y realización técnica de las pruebas de RMf, lo cual ha sido posible gracias a los conocimientos, experiencia, observación, reacción y actitud proactiva ante nuevos retos planteados, en éste caso la RMf.

Conclusiones

Para el estudio y tratamiento de determinadas patologías es necesario saber cómo funciona el cerebro ante determinados estímulos.

La RMf es una técnica que permite localizar las áreas del cerebro estimuladas a tiempo real.

La presencia del personal de Enfermería en un servicio de Resonancia Magnética, se hace necesaria para la planificación, puesta en marcha y la correcta aplicación de la metodología en la RMf, así como para dar los cuidados, de manera integral, a los pacientes sometidos a una prueba de RMf..

Bibliografía

- Baert AL, Knauth M, Sartor K. Clinical Functional MRI. Editor C. Stippich. Editorial: Presurgical, Functional Neuroimaging, Medical Radiology, año 2007.pg 2-9, 53-86, 87-134, 149-190, 229-250.
- Thulborn Keith R. Imagen de RM funcional clínica. Atlas Scott W.: RM de Cabeza y Columna, Volumen 2. Editor: Atñlas SW, Capítulo 33, año 2004.pg. 1973-1992.
- Rosales MR, Resonancia Magnética Funcional: una nueva herramienta para explorar la actividad cerebral y obtener un mapa de su corteza. Revista Chilena de Radiología, 2003; 9(2):86-91.
- Ríos-Lago M. Neuropsicología y resonancia magnética funcional: conceptos generales. Radiología, 2008;50 (5):351-364.
- Hennig J, Speck O, Koch MA, Weiller C, Funcional Magnetic Resonance Imaging: a Review of Methodological aspects and clinical applications, 2003; 18 (1-15).

ARTÍCULOS ORIGINALES

Demencias geriátricas en las urgencias radiológicas.

Marín Sánchez, Juana y Ledesma Figueroba, Adoración.
Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Correspondencia: enjuana@hotmail.com

Recibido: 14/01/2010
Aceptado: 23/03/2010

Resumen

Introducción

El envejecimiento poblacional aumenta la esperanza de vida, pero también se hace más frecuente enfermedades como las demencias que representan aproximadamente el 50% de las incapacidades observadas después de los 65 años. Es necesario definir conceptos como: Deterioro cognitivo leve (DCL) como "pérdida reciente y ligera de memoria, más allá de la pérdida que cabría esperar considerando la edad y el nivel educativo del paciente". Enfermedad de Alzheimer como "una entidad clinicopatológica degenerativa del cerebro que afecta especialmente a las áreas asociativas corticales y parte del sistema límbico".

Objetivo

Conocer algunas características del enfermo geriátrico con demencia a su paso por las urgencias de radiología.

Material y método

Estudio descriptivo transversal. La población de estudio son los mayores de 65 años que acuden a urgencias radiológicas entre el 16 y el 31 de marzo del 2009.

Resultados

Se percibe una correlación entre la variable dependiente "deterioro cognitivo" y la variable independiente "edad" ($p=0,0003$). También se ha detectado otras asociaciones con el estado anímico del paciente ($p=0,0000$), con el motivo de consulta ($p=0,0047$), con la respuesta al estímulo verbal ($p=0,0000$), con el medio de desplazamiento hasta las urgencias radiológicas ($p=0,0260$).

Conclusiones

La patología cognitiva es más frecuente en ancianos mayores de 81 años tanto en Alzheimer como en DCL; siendo el motivo de consulta más frecuente, las caídas seguidas del dolor abdominal por ello, son enfermos que acuden mayoritariamente a la sala de radiología en camilla para hacerse radiografías "AP tórax directo" y "AP y axial de caderas". Llegan con cierta frecuencia dando gritos, quejándose o llorando y no suelen responder a preguntas o estímulos verbales.

Palabras clave:

Urgencias Radiológicas, enfermería radiológica, demencias.

Abstract

Introduction

The population aging increases the life expectancy, but also diseases becomes more frequent as the dementias that represent approximately 50 % of the disabilities observed after 65 years. It is necessary to define concepts as:

Cognitive slight deterioration (DCL) as "recent and light loss of memory, beyond the loss that would be necessary to wait considering the age and the educational level of the patient". Alzheimer's disease as "an entity clinicopatológica degenerative of the brain that affects specially to the associative areas corticales and part of the system límbico".

Aim

Know some characteristics of the geriatric patient with dementia to his step for the urgencies of radiology.

Material and method

Descriptive transverse Study. The population of study they are the major ones of 65 years that come to radiological urgencies between 16 and on March 31, 2009.

Results

A correlation is perceived between the dependent variable "cognitive deterioration" and the variable independent "age" ($p=0,0003$). Also other associations have been detected by the mental condition of the patient ($p=0,0000$), by the motive of consultation ($p=0,0047$), by the response to the verbal stimulus ($p=0,0000$), by the way of displacement up to the radiological urgencies ($p=0,0260$).

Conclusions

The cognitive pathology is more frequent in 81-year-old major elders both in Alzheimer and in DCL; being the motive of the most frequent consultation, the falls consecutive by the abdominal pain for it, they are sick that come for the most part to the room of radiology in stretcher X-ray photographs to be done "AP direct thorax" and "AP and axial of hips". They come with certain frequency giving shouts, complaining or crying and they are not in the habit of answering to questions or verbal stimuli.

Keywords:

Radiological Urgencies, radiological nursing, dementia.

Introducción

El siglo XX ha vivido una revolución de la longevidad que explica el envejecimiento.

Los cálculos estadísticos en esta primera década del siglo XXI, son reveladores. La población mayor de 65 años ha aumentado (desde 1999 al 2009) en algo más de 1.000.000 personas; mientras que, el número de mayores con más de 80 años lo ha hecho en casi 700.000 personas con lo que su ritmo de crecimiento en esta franja de edad es muy superior al del grupo a partir de 65 años. En sólo una década, la cantidad de mayores de 80 años se ha multiplicado por un 46% al pasar de 1,5 millones a 2,3 millones de personas^{1,2}. Las previsiones hablan de que en 2016 habrá 2,9 millones, lo que supone el 6,1% del total de la población; es decir, tres de cada diez personas mayores de 65 años, superarán, a su vez, los 80 años. Por tanto, la población española sufre lo que se conoce como "envejecimiento dentro del envejecimiento", es decir, el gran aumento que va a experimentar el colectivo de población mayor de 80 años³.

Como consecuencia directa a la vejez poblacional, la esperanza de vida crece y se extienden patologías cada vez más abundantes en este tipo de población como son las demencias, representan aproximadamente el 50% de las incapacidades observadas después de los 65 años⁴. La prevalencia de la demencia en España está en torno al 6% en mayores de 65 años (22% son hombres y 30% mujeres). A medida que aumenta la edad, también lo hace el número de afectados. Cuando se superan los 85 años, las cifras se sitúan entre los 20 y los 27 afectados por cada 100.000 habitantes. Alrededor de 380.000 personas sufren hoy en día Alzheimer en España. Si se cumplen las previsiones respecto al envejecimiento de la población, esta prevalencia aumentará de forma considerable: para el año 2030, el Instituto Nacional de Estadística calcula que habrá más de 9.900.000 mayores de 65, con lo que el número de pacientes con demencia podrá alcanzar los 594.460 y para 2050, las 983.272 personas. Algunas estimaciones vaticinan que la realidad superará incluso estas cifras⁵.

Llegado este momento, creemos importante definir algunos conceptos relacionados con dicha temática. La demencia es síndrome clínico que se caracteriza por una pérdida adquirida de habilidades cognitivas y emocionales de suficientes severidad para interferir con el funcionamiento social, ocupacional, o ambos⁶. Pero, en nuestro estudio se distingue entre Deterioro Cognitivo Leve y Enfermedad de Alzheimer. Deterioro Cognitivo Leve (DCL) es la "pérdida reciente y

ligera de memoria, más allá de la pérdida que cabría esperar considerando la edad y el nivel educativo del paciente"⁷. En los pacientes con DCL no hay demencia ni tampoco afectación significativa de otras funciones cognitivas. Se trata de un cuadro que difiere de la simple pérdida de memoria asociada a la edad, que no suele ser progresiva. Aunque con dudas, el DCL podría catalogarse como un estado de transición entre la función cognitiva normal para la edad y un estado de demencia leve⁸.

Enfermedad de Alzheimer (EA) es una enfermedad neurodegenerativa irreversible con un grave deterioro de la función cognitiva, conductual y motora (una disminución de las funciones intelectuales lo suficientemente grave) que interfiere con la capacidad para realizar actividades de la vida diaria.

Si unimos estos datos a un mayor conocimiento de la red de recursos médicos y sociales destinados a esta franja poblacional, obtenemos que la población anciana española demande mayor asistencia sanitaria en todos sus niveles estructurales (primer, segundo y tercer nivel). Por ello, crecen las cifras de pacientes mayores de 65 años que acuden al servicio de radiología convencional de urgencias.

De ahí, nuestra preocupación por averiguar la peculiaridad neurológica de un colectivo de pacientes considerados frágiles, que precisan de una atención integral que, como enfermeros, estamos en la obligación, de brindar.

Objetivo

Conocer algunas características del enfermo geriátrico con demencia a su paso por las urgencias de radiología.

Material y método

Método. Se plantea un estudio descriptivo transversal.

Variables. Como variable independiente se recogen:

- Datos sociodemográficos
 - sexo (hombre, mujer)
 - franjas de edad (68 a 70 años, de 71 a 80 años, de 81 a 89 años, más de 90 años)
- Datos clínicos
 - Estado general del enfermo (llantos y lloros, no quejas, quejas verbales incoherentes y repetitivas)
 - Estimulación verbal (el enfermo responde a estimulación verbal, no responde)
 - Nivel de higiene (buena, mala o regular)

-Motivo de la consulta médica (ansiedad, caída, colocación SNG, disnea, dolor abdominal, patología ósea-articular, patología cerebrovascular, mareo, desvanecimiento o pérdida de conciencia)

- Datos radiológicos

-Tipos de exploración radiológica (Abdomen simple, Ap y L cráneo, Ap y transtorácica de hombro, Ap y L columna dorsolumbar, Ap y axial de caderas, Ap y L columna cervical, Ap y L huesos-manos, muñecas, dedos, rodillas, pies, tobillos), Ap y oblicua parilla costal, Serie obstructiva, Tórax directo y Ap y L tórax).

- Otros datos

-Medio de desplazamiento de la sala de urgencias hasta radiología (andando, camilla o silla)

-Acompañamiento del enfermo al servicio de radiología (sólo o con familiar/cuidador)

Como variable dependiente, tenemos el deterioro cognitivo (Alzheimer y DCL).

Muestra. Como criterio de inclusión se ha seleccionado los mayores de 65 años que acuden a urgencias radiológicas entre el 16 y el 31 de marzo del 2009. Se realiza un muestreo aleatorio de un total de 3569 personas seleccionando a 87 personas siguiendo los criterios estadísticos de precisión deseada del 0,1%, prevalencia esperada del 0,00% y nivel de confianza del 95%.

Análisis de datos. A continuación se introducen en una base de datos en formato Access (Microsoft), para análisis estadístico con el programa EpiInfo 3.2.

Se realiza una descripción aislada de cada una de las variables objeto de estudio compatibles con él; se llevará a cabo un análisis bivalente que relacione la presencia de un deterioro cognitivo con las variables independientes ensayadas.

Resultados

La muestra quedó conformada por 87 pacientes con una edad mediana de 80 años (la franja de edad más representativa fue la de 81 a 89 años con 37.95), 61 mujeres (70%). Un 23,3% de la muestra padece algún tipo de demencia mientras que un 76,6% no; lo que significa que aproximadamente 1 de cada 3 la padece. Si desglosamos los datos, vemos que un 17,4% sufre Alzheimer y un 5,8% DCL.

Los principales motivos de consulta médica fueron las caídas (28.9%), seguido de dolor abdominal (18.4%), patologías ósea-articular (14.9%) y con el mismo porcentaje disnea (12.6%) y mareo, pérdida de conciencia y desvanecimiento (12.6%). El 60.9% no emite quejas verbales al llegar a la sala de radiología y el 87.4% sí responde ante estímulos verbales cuando se efectúan. En general, el nivel de higiene es "regular" (64.4%) y se

emplea mayormente (50.6%) camillas para el transporte de dichos pacientes hasta la sala de exploración. Un 93.1% de los pacientes de la muestra viene acompañado con familiar o cuidador y las exploraciones radiológicas más realizadas son tórax directo (21.8%), Ap y L tórax (16.1%), serie obstructiva (12.6%), AP y axial de caderas (11.5%) y finalmente con un 8 % Ap y L huesos pequeños (como manos, muñeca, rodillas, pies, tobillos).

En la tabla 1 se muestran las características del grupo de 87 pacientes mayores de 65 años, objeto de estudio.

Al comparar la frecuencia de la variable dependiente "deterioro cognitivo" con la variable grupo de edad se obtiene datos de Alzheimer en personas mayores de 90 años (46.7%) y 46.7% en edades comprendidas entre 81-89 años. En cuanto al DCL, el 60% de las personas entre 81-89 años lo padecen ($p=0,0003$). Al comparar la variable dependiente con el motivo de consulta se ha obtenido una correlación ($p=0,0047$) donde las personas con patologías de Alzheimer consultan por caídas (60%), por colocación de SNG (20%) y por dolor abdominal (13.2%); mientras que los pacientes con DCL consultan por caídas (40%) y dolor abdominal (20%). Al comparar la variable dependiente con el estado del enfermo también se aprecia una correlación ($p=0,0000$) ya que en el diagnóstico del Alzheimer, un 53.3% emiten quejas verbales incoherente y un 26.7% llantos y llores; en cuanto al DCL un 80% quejas verbales. El resto de enfermos sin patología cognitiva no se queja (72.7%). Al comparar la variable dependiente con la respuesta a estímulos verbales, se obtiene una correlación ($p=0,0000$) donde los pacientes con Alzheimer no contestan a estímulos verbales en un 7.3% mientras que los DCL sí lo hacen en un 100%. Y finalmente, se ha encontrado una significancia entre la variable dependiente y el medio de desplazamiento empleado para llegar a sala de radiología ($p=0,0260$), los pacientes con Alzheimer acuden en un 86.7% en camilla y el resto en silla (13.3%) mientras que los DCL 60 % en camilla y el resto 40% en silla.

Características	Valor en frecuencia y porcentajes
Sexo (frecuencia H/M)	26/61
Edad (mediana en años)	80
Deterioro cognitivo	
Alzheimer	15 (17,4%)
DCL	5 (5,8%)
No deterioro	66 (76,7%)
Motivo de consulta médica (las 5 más frecuentes)	
Caída	25 (28.9%)
Dolor abdominal	16 (18.4%)
Patología ósea-articular	13 (14.9%)
Disnea	11 (12.6%)
Pérdida de conciencia, mareo, desvanecimiento.	11 (12.6%)
Estado del enfermo	
Llantos, llores	4 (4.6%)
No quejas verbales	53 (60.9%)
Quejas verbales incoherentes y repetitivas	30 (34.5%)
Estimulación verbal	
Sí contesta a estimulación verbal	76 (87.4%)
No contesta a estimulación verbal	11 (12.6%)
Nivel de higiene	
Buena	26 (29.9%)
Mala	5 (5.7%)
Regular	56 (64.4%)
Medio de desplazamiento hasta llegar a radiología	
Andando	8 (9.2%)
Camilla	44 (50.6%)
Silla	35 (40.2%)
Acompañamiento	
Familiar/cuidador	81 (93.1%)
Sólo	6 (6.9%)
Tipo de exploración radiológica (las 5 más frecuentes)	
Tórax directo	19 (21.8%)
AP y L tórax	14 (16.1%)
Serie Obstruktiva	11 (12.6%)
Ap y axial de caderas	10 (11.5%)
Huesos (muñeca, manos, rodillas, pies, tobillos)	7 (8%)

Tabla 1. Características de los pacientes mayores de 65 años (n=87)

Discusión

Los resultados de nuestro estudio nos permiten presentar evidencias sobre el objetivo planteado inicialmente.

Por un lado, la patología cognitiva es más frecuente en ancianos mayores de 81 años tanto en Alzheimer como en DCL, destacando a los mayores de 90 años en enfermos de Alzheimer. El motivo de consulta más frecuente de estos son las caídas seguido del dolor abdominal y de la colocación de la SNG por ello, son enfermos que acuden mayoritariamente a la sala de radiología en camilla para hacerse radiografías "AP tórax directo" y "AP y axial de caderas". Llegan con mucha frecuencia dando gritos, quejándose o llorando y no suelen responder a preguntas o estímulos verbales.

Para finalizar y a modo de conclusión, las personas mayores que visitan la sala de radiología convencional de urgencias presentan unas características muy peculiares del resto de pacientes, haciéndoles más vulnerables. Se identifican como enfermos frágiles que, evidentemente, precisan una adecuada asistencia sanitaria desde el primer momento de su llegada al centro de urgencias. Y, por tanto, queda ampliamente justificada, la presencia del personal de enfermería en estas salas de rayos X.

Bibliografía

- 1.- Instituto Nacional de Estadística. Explotación estadística del Padrón (1999). Resultados definitivos referidos a la población nacional. Disponible en <http://www.ine.es>. Consultado el 18 Septiembre de 2009.
- 2.- Instituto Nacional de Estadística. Avance explotación a 1 enero 2009. Resultados provisionales referidos a la población nacional. Disponible en <http://www.ine.es>. Consultado el 18 Septiembre de 2009.
- 3.- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro Blanco de la Dependencia. Capítulo I. Bases demográficas: estimación, características y perfiles de las personas en situación de dependencia. Madrid. 2004: 19-91.
- 4.- Zarit S.H, Reever K.E y Bach-Peterson J. Relatives of impaired elderly: correlates of feelings of burden. Gerontologist. 1980;20:649-55.
- 5.- Vejez y Vida. Saber cómo envejecer es la obra maestra de la sabiduría. Estadísticas de la vejez y el envejecimiento. Demencia en España. Disponible en <http://www.vejezyvida.com/demencia-en-espana/> Consultado el 22 septiembre de 2009.
- 6.- Cummings J. Y Benson F. Dementia: A clinical Approach. Plenum. USA. 1992.
- 7.- Petersen R.C., Doody R., Kurz A., Mohs R.C., Morris J.C., Rabins P.V., Ritchie K., Rosser M., Thal L., Winblad B. Current concepts in mild cognitive impairment. Arch Neurol. 2001; 58: 1985-1992.
- 8.- Gallego Sandín S., Novabos J y García G. A. Tratamiento del deterioro cognitivo leve. En: Fronteras en la enfermedad del Alzheimer de García G. A y Gandía L. Serie Científica Farmaindustria. Universidad Autónoma de Madrid. 2003. cap.14: 255-267.

ARTÍCULOS ORIGINALES

Atención integral del paciente con Ca. de próstata en radioterapia.

Autores: Agustín López-Espinosa Plaza, Encarnación Martín Sánchez, Juan Carlos Florido Martín.

Enfermeros del Servicio de Oncología Radioterápica. Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga.

Email: aguslep@gmail.com

Recibido: 17/04/2010

Aceptado: 31/05/2010

Este trabajo fue galardonado con el primer premio de comunicación oral en el XIV Congreso Nacional de la Sociedad Española de Enfermería Radiológica celebrado en octubre de 2009 en Lanzarote.

Resumen

Objetivos. El objetivo de la atención integral de enfermería en el paciente con cáncer de próstata es conseguir un mejor resultado terapéutico y disminuir la toxicidad derivada del tratamiento.

Material y método. Mostramos los cuidados de enfermería que recibe el paciente en cada una de las fases por las que pasa en nuestro servicio: Preparación para la simulación, realización de una tomografía computarizada (TC) de simulación y tratamiento de radioterapia (RT).

Conclusiones. Establecemos la figura de la enfermera referente, la cual hace la valoración inicial de enfermería, establece un plan de cuidados según directrices de la NANDA II y hace un seguimiento semanal durante todo el tiempo de tratamiento radioterápico. El resultado es la mejora de los cuidados de enfermería y, como consecuencia, una mejor atención al paciente.

Palabras clave:

Cáncer, Próstata, Cuidados, Simulación, Enfermería, Radioterapia.

Summary

Objectives. The objective of the nursing complete attention in the patient with prostate cancer is getting a better therapeutic result and to decrease the toxicity because of treatment.

Material and method. We show the nursing cares that patient receives in every phase in our department: Preparation for simulation, making of simulation computerized tomography (CT) and radiotherapy treatment (RT).

Conclusions. We establish the figure of reference nurse, who makes the nursing initial valuation, establishes a plan of cares according to NANDA II and makes a weekly checking during the radiotherapy treatment. The results are better nursing cares and, consequently, a better patient attention.

Keywords:

Cancer, Prostate, Cares, Simulation, Nursing, Radiotherapy.

Introducción

En los centros sanitarios de hoy día se trabaja en equipos multidisciplinares donde cada profesional debe tener una parcela de responsabilidad, coordinada con la de los demás.

En nuestro servicio de Radioterapia (RT) hemos establecido unos protocolos para la asistencia de los enfermos con cáncer de próstata donde los enfermeros jugamos un papel muy importante junto con médicos, técnicos de RT y auxiliares de enfermería.

Creemos que los cuidados de enfermería son fundamentales para obtener un buen resultado en los pacientes con adenocarcinoma de próstata sometidos a tratamien-

to de radioterapia.

Este beneficio se aprecia en cada una de las fases por las que pasan estos pacientes en nuestro servicio:

- Asistencia a la primera consulta médica y de enfermería.
- Realización de una tomografía computarizada (TC) de simulación.
- Aplicación del tratamiento de RT.

En todas ellas la enfermería está presente valorando necesidades básicas, educando sanitariamente, apoyando emocionalmente a paciente y familiares, administrando medicación y realizando un informe de continuidad de cuidados al alta (ICCA) para que el paciente pueda ser atendido por su enfermera comunitaria.

Objetivos

Nuestro objetivo principal es **disminuir la toxicidad** derivada de la RT y **mejorar la adherencia** del paciente al tratamiento. Para conseguirlo creemos muy importante la figura de la **enfermera referente**, que realiza un seguimiento del paciente durante todo el proceso de tratamiento y crea un vínculo beneficioso para él y su familia.

Lo que pretendemos, en definitiva, es realizar una **atención integral de enfermería**, donde se tengan en cuenta aspectos físicos y emocionales, sin olvidar en ningún momento la figura del cuidador, tan importante en el paciente oncológico.

Material y método

Detallamos la atención de enfermería que recibe el paciente en las tres fases bien diferenciadas por las que pasa desde que acude por primera vez hasta que recibe el alta:

• Primera consulta: Preparación para TC de Simulación.

El paciente acude al Servicio de RT, derivado por un urólogo, para la valoración de tratamiento de RT externa. Una vez visto por el oncólogo radioterapeuta acude a la consulta de enfermería para la preparación para la TC de simulación. Esto consiste en el adiestramiento de cómo debe tomar un regulador del tránsito intestinal (plántago ovata: Plantaben®) hasta finalizar la radioterapia, recomendación de una dieta pobre en residuos el día anterior a la prueba y la aplicación de un enema de limpieza (tipo Casen), si estreñimiento. Todo esto tiene la finalidad de conseguir un recto vacío de heces y gas, necesario para una buena planificación del tratamiento, como podemos ver en la figura 1: Diferencia de una mala preparación (imagen a) y buena preparación (imagen b) en cortes axiales de TC. En a) un recto lleno de heces y gas desplaza a la próstata de su posición natural (círculo amarillo) a otra posición más cercana al pubis (círculo rojo). En b) observamos un recto vacío y las posiciones naturales de próstata y vejiga urinaria (con contraste yodado).

El mismo caso en cortes sagitales medios (c y d): diferente situación de recto (marrón), vejiga (celeste) y próstata desplazada (rosa) o en posición correcta (amarillo).

Con una mala preparación irradiamos en mayor medida el recto y la vejiga, obteniendo, por tanto, mayor toxicidad rectal (diarrea, rectitis...) y urinaria (disuria, tenesmo, cistitis...).

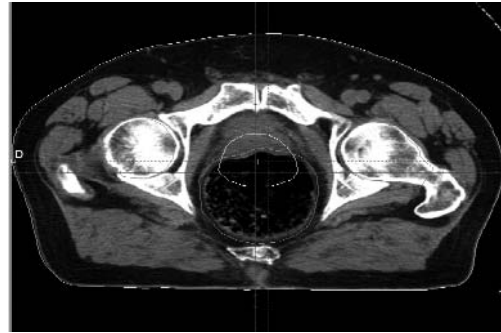


Imagen A.

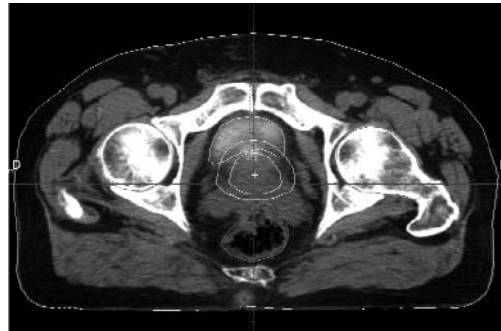


Imagen B.

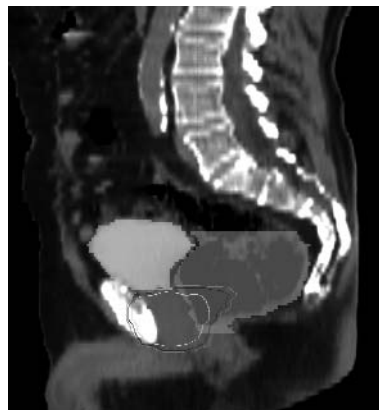


Imagen C.

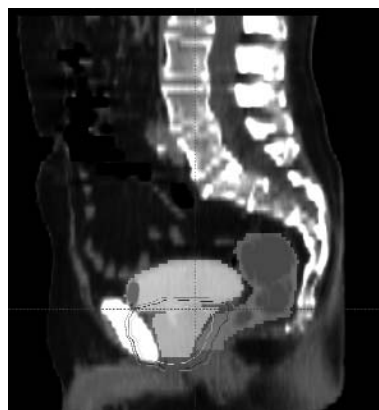


Imagen D.

Diferencia de situación de próstata según la preparación intestinal previa. Recto ocupado (imagen A y C). Recto vacío (imagen B y D).

• **TC de simulación⁽¹⁾.** Una semana después acude a nuestro servicio, con el recto preparado, para la realización de una TC (fig. 2) en las siguientes condiciones: Paciente relajado, en decúbito supino. Se le recomienda que realice una respiración suave para minimizar el movimiento abdominal. Correcta alineación mediante láseres longitudinales y transversales. Cortes de 5 x 5 (5 mm de grosor cada 5 mm de distancia), desde L2 hasta primer tercio femoral. Matriz 512 x 512 (hace referencia al tamaño de píxel). Administración de 70 ml de contraste yodado (iohexol) diluido al 3 % en vejiga, mediante sondaje vesical con

una sonda de Nelaton (calibre 6-8 Fr) con técnica estéril. Primero se vacía la vejiga para que quede sólo rellena de contraste y se retira la sonda antes de realizar la TC. (fig. 3).

Recomendación de beber abundantes líquidos al terminar la prueba, para forzar la diuresis y minimizar el riesgo de infección.

No es necesario acudir en ayunas puesto que no vamos a administrar contraste intravenoso ni oral.

• **Tratamiento de RT.** El día que inicia el tratamiento es recibido en la consulta de enfermería donde realizamos una **valoración inicial de necesidades básicas** siguiendo el modelo de V. Henderson⁽²⁾ (movilidad, elimina-



Figura 2. Colocación del paciente para TC.



Figura 3. Material necesario para el sondaje vesical.

HOSPITAL CARLOS HAYA DE MÁLAGA SERVICIO ANDALUZ DE SALUD		Nombre: Apellido 1º Apellido 2º Nº. H.C.: Nº. S.S.: Fecha Ingreso: Fecha Alta: Edad: Domicilio: Cuidador: Teléfono de contacto: Centro de Salud:	
CONSULTA DE ENFERMERÍA ONCOLÓGICA RADIOTERAPIA			
Diagnóstico Médico: Ca. de PRÓSTATA/VEJIGA.			
Valorar el NOC "entre 1 y 5" que refleje la Actividad de: Ingreso: ☐ Objetivo: ☐ Muestra: ☐ Fecha de evaluación de resultados: ☐ Grado de consecución al alta:			
Nombre de la enfermera referente:			
PROBLEMAS Y PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS EN LA CONSULTA DE ENFERMERÍA DE RADIOTERAPIA:			
DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS - NANDA			
F. inicio	DfE: Conocimientos deficientes (015) r/c administración de radioterapia.	In	Al
F. fin	NOC: Descripción de los beneficios del tratamiento de la enfermedad (111300) (de riesgo a seguro).	2	5
	Descripción del procedimiento terapéutico (111401) (de riesgo a seguro).	2	5
ENTREGA DE GUÍA INFORMATIVA DE CUIDADOS AL PACIENTE B			
NIC: Manejo de la radioterapia (6000): Observar si se producen alteraciones en la integridad de la piel y tratarlas adecuadamente. Evitar el uso de cremas adhesivas y demás sustancias irritantes para la piel. Proporcionar cuidados especiales a la piel en los pliegues de la ropa, que son propicios a la infección (pliegue inguinal, inguinal). Evitar el uso de desodorantes o lociones en la zona tratada. Comentar la necesidad de cuidados de la piel, como mantenimiento de marcas de tinta, protección del sol y evitar cualquier producto abrasivo. Fomentar una buena nutrición y de líquidos adecuada. Facilitar la expresión de los temores acerca del pronóstico o éxito de los tratamientos con radiación.			
Evaluación: procedimiento/tratamiento (2615): Determinar el nivel de conocimiento del paciente relacionado con el procedimiento/tratamiento. Explicar el propósito del procedimiento/tratamiento. Obtener el consentimiento informado del paciente del procedimiento/tratamiento de acuerdo con la política del centro.			
Evaluación: proceso enfermedad (362): Evaluar el nivel actual de conocimiento del paciente relacionado con el proceso de enfermedad. Proporcionar información a la familia acerca del proceso de enfermedad del paciente, signos y síntomas. Comentar los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones. Ayudar al paciente a resolver los problemas de forma constructiva.			
F. inicio	DfE: Riesgo de deterioro de la integridad cutánea / fisuras (0046) r/c Administración de tratamiento de Radioterapia	In	Al
F. fin	NOC: Lesiones cutáneas (110119) (de grave a ninguna)	5	5
		3	3
		4	4
Vigilancia de la piel (3380): Registrar el estado de la piel al ingreso y a diario utilizando una herramienta de valoración de riesgo establecida. Aplicar crema hidratante con aloe vera. Inspeccionar el estado de la piel por si presentara enrojecimiento, inflamación... Evitar agresiones, frotar en tejidos. No usar maquillaje ni esposas en la zona de tratamiento. Realizar lavado por presión. Evitar humedad en piel.			
F. inicio	DfE: Deterioro de la integridad cutánea / fisuras (0046) (0046) r/c Administración de tratamiento de Radioterapia	In	Al
F. fin	NOC: Lesiones cutáneas (110119) (de grave a ninguna)	5	4
Cuidados de las heridas (3603): Realizar la aplicación del tratamiento de la cura, según protocolo. Administrar medicación prescrita.			
Vigilancia de la piel (3380): Enseñar a familia y paciente: inspeccionar enrojecimiento, eritema, maceración, signos de dehiscencia. Registrar el estado de la piel al ingreso y a diario utilizando una herramienta de valoración de riesgo establecida. Aplicar crema hidratante con aloe vera. Evitar agresiones, frotar en tejidos. Evitar todo en pliegues. No usar maquillaje ni esposas en la zona de tratamiento. Realizar lavado por presión.			
F. inicio	DfE: Patrón sexual inefectivo (0063) r/c cirugía y/o hormonoterapia.	In	Al
F. fin	NOC: Aceptación de las propias limitaciones (12002). Verbalizaciones de autoconciencia (120501).	2	2
		2	2
		3	3
		4	4
NIC: Aseveramiento sexual (2125): Proporcionar intimidad y asegurar confidencialidad. Informar al paciente, que la enfermedad, el tratamiento y el estrés a menudo alteran la función sexual. Ayudar al paciente a manifestar normalmente los miedos y a hacer preguntas. Disponer de recursos de consulta con otros miembros del equipo de cuidados, si procede. Implicar a la pareja lo máximo posible, si es el caso. Asesorar al paciente sobre la sexualidad (2125): Valorar la comprensión del proceso de enfermedad. Ayudar al paciente para que manifieste sentimientos y miedos, y una descripción realista del cambio de rol. Evaluar la capacidad del paciente para tomar decisiones, animándolo a identificar sus capacidades. Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico. Ayudar al paciente a resolver los problemas de forma constructiva. Ayudar al paciente a identificar sistemas de apoyo disponibles y a utilizarlos.			
F. inicio	DfE: Temor (0048) r/c diagnóstico y/o tratamiento de RT	In	Al
F. fin	NOC: Búsqueda de información para reducir el miedo (14063). Controlar la respuesta de miedo (14067).		
NIC: Aumentar el afrontamiento (2130): Valorar la comprensión del proceso de enfermedad. Ayudar al paciente a encontrar una descripción realista del cambio de rol. Evaluar la capacidad del paciente para tomar decisiones, animándolo a identificar sus puntos fuertes y sus capacidades. Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico. Ayudar al paciente a resolver los problemas de forma constructiva. Ayudar al paciente a identificar sistemas de apoyo disponibles y a utilizarlos.			

Figura 4. Hoja de registro del plan de cuidados.

ción,...), una **valoración nutricional** (screening nutricional)⁽³⁾, damos información oral y escrita de las **recomendaciones de enfermería** (tabla 1) para paliar los efectos secundarios del tratamiento y, por último, establecemos un **plan de cuidados** siguiendo los criterios de la NANDA II⁽⁴⁾. Esto último, se recoge en una **Hoja de registro del plan de cuidados** (Fig.4): En el encabezamiento recogemos los datos de filiación, nombre del cuidador, centro de salud, fechas de inicio y fin de tratamiento, nombre de la enfermera referente (quien hace la valoración inicial y el seguimiento),... Más abajo recogemos los diagnósticos de enfermería (DdE) detectados, las intervenciones NIC⁽⁵⁾ que realizamos para resolverlos y los resultados NOC⁽⁶⁾, con las valoraciones que hacemos semanalmente, del 1 al 5 (se reflejan en los recuadros).

- **Cuidados de la piel:** crema radioprotectora (aloe vera, urea), higiene adecuada, evitar agentes agresivos,...
- Tomar **regulador intestinal** (plantago ovata), si no hay diarrea.
- **Aumento de frecuencia y disminución de cantidad** de la dieta.
- **Disminución de alimentos estimulantes** del tránsito (café, te) y de fibra en la dieta.
- Ingesta de **abundantes líquidos** (2-3 L./día).
- **Dieta astringente**, si diarrea.
- 30 min. antes de cada sesión de RT, realizar una **micción y beber 2 vasos de agua** (para reproducir las condiciones en que se realizó TC de simulación).

Tabla 1. Recomendaciones de enfermería.

Durante el período de tratamiento realizamos un **seguimiento semanal** para valorar la toxicidad en piel y mucosas, patrón de eliminación urinaria y rectal, dolor, estado anímico, estado nutricional, etc.

Al finalizar el tratamiento se hace una última valoración de enfermería y un **informe de continuidad de cuidados al alta (ICCA)**, del cual hacemos una copia para el paciente, otra para la historia clínica y una tercera se envía al centro de salud correspondiente, para hacer un seguimiento en Atención Primaria de los diagnósticos que permanecen sin resolver.

Resultados

Hemos hecho el estudio con 64 pacientes sometidos a RT prostática entre enero y septiembre de 2009 (tablas 2 y 3). Los DdE. más prevalentes han sido **Conocimientos deficientes** (00126) relacionados con la administración de RT y **Riesgo de deterioro de la integridad cutánea/tisular** (00046) r/c la administración de RT (100 % de los casos).

Le siguen en frecuencia, **Incontinencia urinaria de urgencia** (00019), **Temor** (00148) y **Ansiedad** (00146), en un tercio de los casos, aproximadamente.

Hay que aclarar que el DdE. **Patrón sexual inefectivo** (00065) aparece minusvalorado pues, aunque se registró sólo en el 3,12 % de los casos, afecta al total de los tratados con bloqueo androgénico. La mayoría de los pacientes no hicieron mención del problema, algunos por su edad avanzada, otros por timidez.

Entre los problemas de colaboración, el más frecuente (19 %) fue **diarrea**, seguido a distancia por **estreñimiento y depresión** (tabla 4).

En algunos pacientes permanecen DdE. sin resolver en el momento del alta y deben ser trabajados por los equipos de Atención Primaria, los cuales reciben un ICCA donde quedan reseñados, junto con las intervenciones realizadas y el nivel de consecución de objetivos. Los más habituales, en orden de importancia (Tabla 5), fueron **Deterioro de la integridad cutánea** (00048), **Incontinencia urinaria de urgencia** (00019), **Temor** (00148), **Intolerancia a la actividad** (00018) y **Diarrea** (00013).

- **Conocimientos deficientes** (00126) r/c administración de RT.
- **Riesgo de deterioro de la integridad cutánea/tisular** (0046) r/c la administración de RT.
- **Deterioro de la integridad cutánea/tisular** (00048) r/c la administración de RT.
- **Temor** (00148) r/c el diagnóstico y/o tratamiento de RT.
- **Ansiedad** (00146) r/c diagnóstico y/o tratamiento de RT.
- **Intolerancia a la actividad** (00118) r/c el tratamiento de RT.
- **Incontinencia urinaria de urgencia** (00019) r/c tratº. de RT.
- **Patrón sexual inefectivo** (00065) r/c cirugía y/o bloqueo androgénico completo .
- **Diarrea** (00013) r/c la administración de RT.

Tabla 2. DdE. prevalentes.

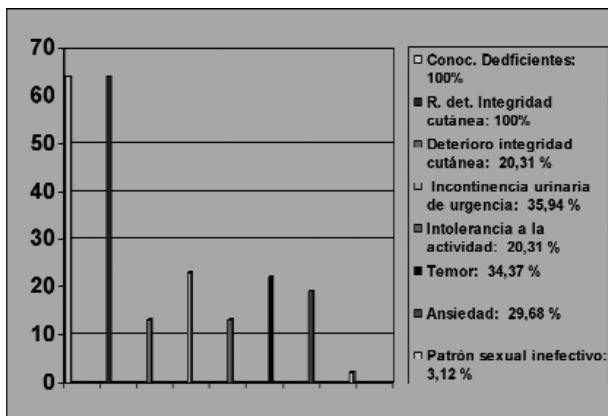


Tabla 3.

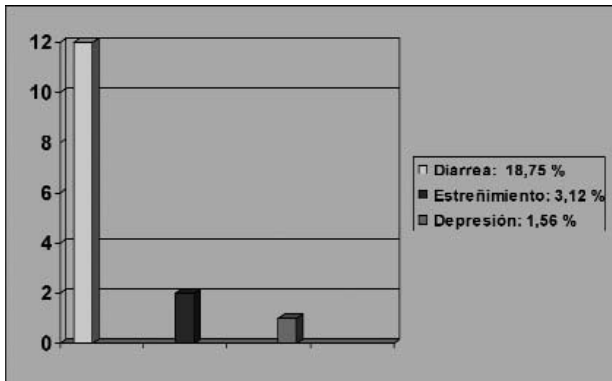


Tabla 4.

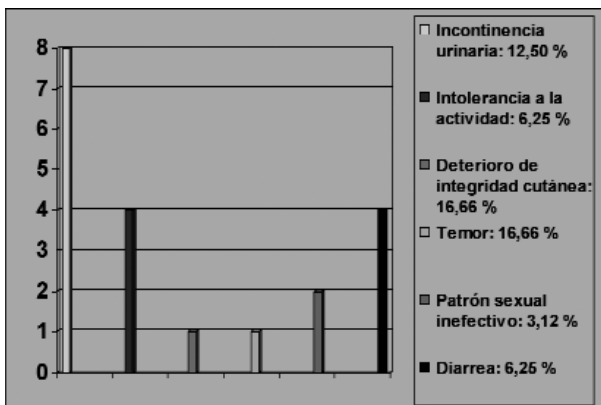


Tabla 5.

Bibliografía

1. Palacios Eito, A; Vargas Fresno, J. y cols. Aproximación a la radioterapia para técnicos especialistas. .Edit. Just in time, 2008. Capítulo 23, pag. 304.
2. Jiménez López, FR. Los cuidados enfermeros básicos en el marco de las necesidades de Virginia Henderson. Edit. Sistemas de Oficina de Almería, SA. 1ª Edic. 2007.
3. Alastrue Vidal A, Sitges Serra A, Jaurieta Mas E, Sitges Creus A [Anthropometric parameters for a Spanish population (author's transl)]. Med Clin (Barc) 1982; 78 (10): 407-15.
4. NANDA. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación. Edit. Elsevier. 2006.
5. Mc Closkey, JC; Bulechek., GM. Clasificación de intervenciones de enfermería (CIE). Edit. Harcourt,
6. Johson, M; Maas, M; Moorhead, S. Clasificación de resultados de enfermería (CRE). Edit Harcourt. 3ª Edic. 2003

Conclusiones

El paciente dispone de una **enfermera referente** durante todo el proceso de radioterapia, la cual le realiza una **valoración inicial de enfermería**, establece un **plan de cuidados** en base a los DdE. detectados, con las intervenciones (NIC) que cree oportunas para resolverlos y, en base a unos indicadores, hace valoraciones semanales del nivel de objetivos (NOC) conseguidos.

El resultado de esta atención integral, que contempla aspectos psicofísicos, es una mejor planificación, mejor resultado terapéutico y menor toxicidad derivada del mismo.

ARTÍCULOS ORIGINALES

Stent colónico. Un recurso de la Radiología Intervencionista.

Autores: Esteve Moreno, Narcís. Rodríguez Martín, Anabel. Lema Garrido, Fernando. Hidalgo Gibert, Cristina. Hospital Germans Trias y Pujol. Badalona (Barcelona).

Email: flgarrido@hotmail.com

Recibido: 23/01/2010

Aceptado: 23/03/2010

Resumen

Objetivo

Dar a conocer los avances en la implantación del Stent Colónico en aquellos pacientes con obstrucción intestinal por algunas patologías como neo colon que antes precisaba de intervención quirúrgica, mucho más agresiva para el paciente.

Material y Métodos

Guías hidrofílicas de distintas rigideces, un catéter recto, un catéter con curva multipropósito, un introductor de 45 cm de 6 Fr. y una solución de 1000 ml con 1/4 parte de contraste yodado hidrosoluble. Angiógrafo digital.

Stent colónico es una malla metálica cilíndrica y autoexpandible montada sobre un catéter portador Sonda Foley para impedir el retroceso del contraste.

Insertaremos, mediante una guía, el introductor anteriormente citado para iniciar las maniobras de canulación de la obstrucción, lo que nos permitirá implantar el stent.

Resultados

Desobstrucción total o parcial del intestino con un alivio rápido de la sintomatología del paciente.

Conclusiones

Este intervencionismo es un tratamiento de elección en estos casos, presentando un balance coste-beneficio óptimo, contribuyendo a obtener mejores resultados clínico-quirúrgicos.

* (R.V.I.) Radiología Vascular Intervencionista

Summary

Objective

Giving you the progress in implementation of Sten colon in patients with intestinal obstruction due to colon pathologies like neo previously required surgery, much more aggressive for the patient.

Material and Methods

Guides hydrophilic of different rigidities, a rectal catheter, a multipurpose curved catheter, an introducer 45 cm 6 Fr and a solution of 1000 ml with 1/4 part water-soluble iodinated contrast. Digital angiography.

colonic stent is a cylindrical metal mesh self expandable carrier mounted on a catheter

Foley catheter to prevent the decrease of contrast.

Insert, using a guide, the aforementioned sheath to start maneuvers cannulation of the obstruction, allowing us to deploy the stents.

Results

Patency total or partial bowel with rapid relief of symptoms of the patient.

Conclusions

This intervention is a treatment of choice in these cases, showing an optimal cost-benefit balance, contributing to better clinical and surgical results.

* (RVI) Vascular Interventional Radiology

Introducción

La Radiología Vascular Intervencionista (RVI) está ampliando día a día su campo de actuación en patologías que hasta hace bien poco tiempo sólo se resolvían con la cirugía.

El carácter versátil que le proporcionan el utillaje y los diferentes materiales que viene utilizando en la realización de múltiples intervencionismos vasculares así como la multiplicidad de recursos han convertido las unidades de RVI en un elemento cada vez más necesario para colaborar en la resolución de patologías agudas con carácter urgente, en pacientes que dada su patología requieren una respuesta terapéutica que no admite dilaciones. Este es el caso de la obstrucción intestinal. Estos pacientes cuando acuden al hospital, presentan cuadros de mal estado general, postración, deshidratación y desequilibrios electrolíticos.

El empleo de stents metálicos (sobre cuya naturaleza y carácter se hablará más adelante) para el tratamiento de la obstrucción neoplásica del colon es una práctica que va en aumento. Su colocación se lleva a término con fines preoperatorios o paliativos, consiguiendo además en ambas situaciones un alivio rápido de la sintomatología.

Hasta hace poco el tratamiento de esta patología era casi exclusivamente la cirugía urgente, lo cual, hacía aumentar de forma sensible el índice de morbi-mortalidad. No hay que olvidar que estos pacientes en muchos casos acaban de debutar como tales y poca cosa se conoce de su historial clínico; a lo que hay que sumar su mal estado general, aspecto que hace más arriesgada la cirugía. También hay que señalar que la cirugía de urgencia conlleva la realización de una colostomía, ya que la resección y la anastomosis primaria está asociada a una alta mortalidad (12%) y morbilidad del (39%) según varios autores.

Objetivo

La principal ventaja de la implantación de un stent colónico es sin duda la conversión de la cirugía urgente en cirugía electiva, lo cual permite el vaciado del intestino y su limpieza, así como la estabilización del paciente; de esta forma la tasa de morbi-mortalidad se ve reducida a (23%) y a (3,5%). El stent metálico como tratamiento temporal, permite programar la cirugía resectiva con anastomosis en el mismo acto quirúrgico, evitando la colostomía. En pacientes con tumores irresecables o con contraindicaciones absolutas para la cirugía, el stent se contempla como tratamiento paliativo y definitivo.

Material y método de implantación

¿Qué es un stent colónico? Un stent colónico es una malla metálica cilíndrica y auto expandible montada sobre un catéter portador. El material con que está fabricado el stent suele ser nitinol. Éste es un metal con memoria de forma, que al ser liberado recupera su tamaño y forma primitivos, proporcionando una fuerza radial considerable, aunque no siempre restablece completamente el lumen intestinal por la compresión-ocupación de éste por la masa tumoral existente. El catéter o mecanismo portador alberga la malla, y mediante una guía lo podemos hacer progresar por el intestino y posicionar en el lugar de la lesión. Existen en el mercado stents recubiertos con material de distintos tipos que emplearemos para el sellado de fistulas. En el caso de la obstrucción tumoral del colon, la malla descubierta debe ser suficiente para obtener una óptima desobstrucción.

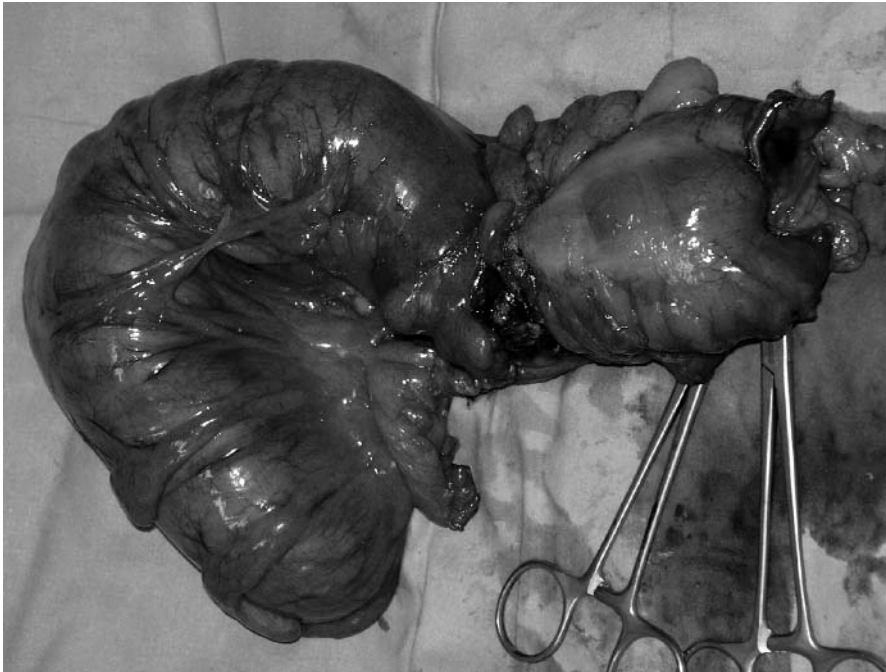
Para la realización de este intervencionismo debemos disponer del material necesario además de contar con un angiógrafo digital:

Material

Guías hidrofílicas de distintas rigideces, un catéter recto, un catéter con curva multipropósito, un introductor de 45 cm de 6 Fr. y una solución de 1000 ml con 1/4 parte de contraste yodado hidrosoluble.

Metodología

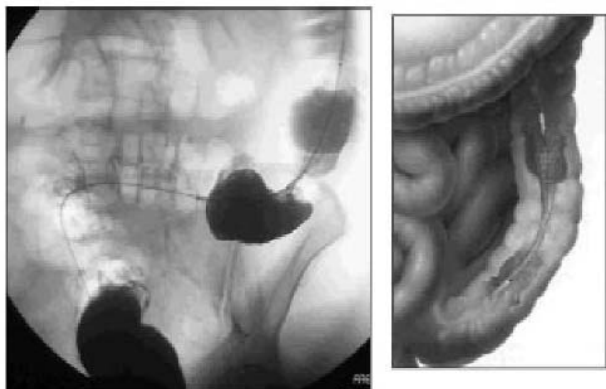
Introduciremos parte de esta solución poco opacificante mediante una sonda Foley cuyo globo impedirá, en parte, la salida al exterior de la solución de contraste, que mantendremos abierta hasta que nos dibuja la silueta de la lesión. El paciente debe colocarse en la mesa de exploración en decúbito lateral izquierdo, monitorizado y desprovisto de ropa interior; deberemos preparar la superficie de la mesa con empapadores impermeables para evitar -en la medida de lo posible- el desparramamiento de materia fecal. En paralelo insertaremos, mediante una guía, el introductor anteriormente citado para iniciar las maniobras de canulación de la obstrucción, lo que nos permitirá implantar el stent.



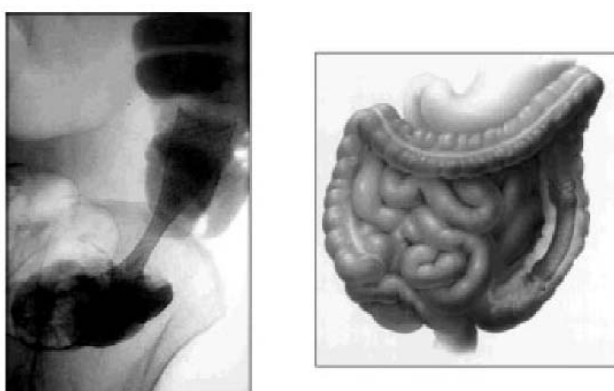
En estas imágenes, fig 1 y 2, de un segmento de intestino grueso apreciamos: En la primera la lesión neoplásica y en la segunda el mismo segmento diseccionado que nos muestra el stent que se implantó en fase aguda para descomprimir el colon.

No se recomienda la dilatación con balón después de haber implantado el stent, ya que con el paso que hemos abierto con el stent debe ser suficiente para la desobstrucción del intestino; y, además, la dilatación con balón puede producir perforación intestinal, ya que

dicha perforación abocaría al paciente a una cirugía urgente. Se recomienda realizar al paciente una radiografía simple de abdomen a las 24 horas para comprobar que el stent no ha migrado.



En la fig 3 vemos que la guía ha sobrepasado la obstrucción que está delimitada mediante el medio de contraste.



En la fig.4 vemos el paso de contraste, lo que indica que el intestino podrá descomprimirse. Obsérvese el emplazamiento del stent: El posicionamiento del mismo que además de tratar la lesión, queda implantado de forma que alcanza los extremos tanto distal como proximal, lo que asegura un buen anclaje de éste.

Las principales complicaciones que pueden presentarse durante y después de la implantación de un stent colónico son principalmente dos:

- 1) La migración de la malla es la que con más frecuencia se da. Ello puede ser debido a que no se ha calculado correctamente la medida necesaria de stent para tratar la lesión obstructiva. Se debe ser muy cuidadoso en este extremo ya que de lo contrario podemos tener asegurado el fracaso con la consiguiente pérdida de un stent y de tiempo de ocupación de la sala de Rx. Y no solucionaríamos el problema.
- 2) La perforación intestinal por maniobras excesivamente agresivas intentando la canulación de la lesión. El tamaño del stent una vez implantado debe sobrepasar la lesión tumoral tanto proximal como distalmente si queremos obtener un óptimo resultado.

Conclusiones

Cabe decir que la implantación del stent de colon en el paciente con oclusión intestinal es una técnica en auge que resuelve la obstrucción y mejora sensiblemente la clínica de dicho paciente, permitiendo que --en la mayoría de los casos-- la implantación y posterior descompresión del colon sea un puente que permita la cirugía electiva, evitando los problemas mencionados al inicio: lo que hace que este intervencionismo sea el tratamiento de elección en estos casos, presentando con un balance coste-beneficio óptimo y contribuye a obtener mejores resultados clínico-quirúrgicos.

La función de la Enfermería radiológica es fundamental en este tipo de procedimientos intervencionistas para una correcta realización del mismo, tanto en la preparación del paciente, del material y el exhaustivo conocimiento de todos los pasos y fases del intervencionismo. La Enfermería radiológica debe conocer la anatomía, la naturaleza de patología que se va a tratar y los fines que persigue este tipo de intervencionismo.

Bibliografía

- De Gregorio MA, Tejero E. Et al. Acute colorectal obstruction: stent placement for palliative treatment-results of a multicenter study Radiology 1999; 210:65-69
- MainarA, Tigre E, Maynar M, Ferral H, Castaneda Zuñiga. W. colorectal obstruction: treatment with metallic stents. Radiology 1996; 198:761-764.

IL3-UB MÁSTERS Y POSTGRADOS

MÁSTER EN ENFERMERÍA RADIOLÓGICA

NOVIEMBRE '10
MODALIDAD ON-LINE

Descúbrelo en:
www.il3.ub.edu

Llámanos
902 373 376

10%
de descuento
en la matrícula
a los miembros
de la Sociedad
Española
de Enfermería
Radiológica

***Acreditación del Consejo de Seguridad Nuclear
para operar con equipos de radiodiagnóstico.***



UNIVERSITAT DE BARCELONA



IL3

Institute for LifeLong Learning
Institut de Formació Continua
Instituto de Formación Continua
Universitat de Barcelona

*Quien piensa en grande
piensa en la UB*

IL3 MÁSTERS Y POSTGRADOS
Ciutat de Granada, 131
08018 Barcelona

Cupón de pedido libros Fuden de Apoyo al Diagnóstico



Datos personales

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

DATOS DEL PEDIDO

Elige título

Elige título

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

FORMA DE PAGO

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

FIRMA Y FECHA

ADJUNTAR DOCUMENTO ACREDITATIVO DEL PAGO

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

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

NOTICIAS RSEER

1.- La radioterapia no es necesaria para muchas pacientes con cáncer de mama mayores de 70 años

Fuente: JAN0.es 01 Junio 2010

Una investigación demuestra que no hubo diferencias significativas entre las pacientes tratadas con tamoxifeno más radioterapia y las tratadas solamente con el fármaco.

Un nuevo estudio proporciona más apoyo a la idea de permitir que las mujeres mayores de 70 años con cáncer de mama en etapa temprana eviten la radioterapia, si se han sometido ya a una tumorectomía y al tratamiento con el fármaco tamoxifeno. Así se expuso en la reunión anual de la American Society of Clinical Oncology, celebrada en Chicago (Estados Unidos).

"El estándar de cuidado para las mujeres de 70 años que tienen tumores muy pequeños que son positivos en estrógeno y negativos en ganglios, el mayor grupo de pacientes de cáncer de mama de edad, había sido la tumorectomía y la radioterapia", explicó el autor principal del estudio, el doctor Kevin Hughes, del Massachusetts General Hospital, Estados Unidos.

"Los informes anteriores de este estudio con un período de seguimiento medio menor han demostrado que el riesgo de recurrencia sin radiación sólo es ligeramente peor que con radiación, pero existía la preocupación de que un seguimiento más largo mostraría un incremento de la recurrencia", señaló. "Este estudio confirma que para las mujeres mayores que tienen cáncer de mama en etapa primaria, la tumorectomía sin radioterapia es una alternativa viable, y el tamoxifeno puede sustituir la necesidad de radiación". El estándar para las mujeres jóvenes con cáncer de mama en fase inicial siempre ha sido recibir radioterapia después de una tumorectomía.

Los investigadores llegaron a estas conclusiones después de asignar aleatoriamente a 636 mujeres con cáncer de mama en fase inicial -todas ellas de 70 años o más- para recibir tamoxifeno (319 pacientes), o tamoxifeno más radioterapia (317 pacientes).

Tras una media de seguimiento de más de 10 años, los investigadores encontraron que el riesgo de recurrencia era menor entre las que recibieron ambos tratamientos (2 %) en comparación con las que recibieron solo el medicamento (8%). Pero ambos grupos no eran significativamente tan diferentes en términos de supervivencia global y con riesgo de morir por cáncer de mama.

2.- Estados Unidos limita las mamografías a mujeres de alrededor de 40 años

Fuente: JAN0.es 04 Marzo 2010

Una guía de salud preventiva, que eleva la edad del control a los 50 años, podría ser usada para negar la cobertura de salud a las más jóvenes.

Algunos Estados estadounidenses comenzaron a usar controvertidas guías para el control del cáncer de mama, dejando de ofrecer mamografías de rutina a las mujeres de alrededor de 40 años sin cobertura médica, según un sondeo de la Avon Foundation for Women.

El estudio, entre más de 150 educadores de la salud y proveedores de más de 48 estados y Washington, D.C., halló que un cuarto de los estados redujeron o eliminaron los controles por mamografía y otros métodos de detección temprana en mujeres menores de 50 años.

El sondeo volvió a plantear el temor de que las guías de la Preventive Services Task Force (USPSTF) de Estados Unidos, que elevó la edad recomendada para el control del cáncer mamario a 50 años, puedan ser usadas para negarle cobertura de salud a las mujeres.

"Los legisladores deben actuar ahora para garantizar que estas recomendaciones no hagan más daño, y que las mujeres tengan un acceso pleno a las mamografías", manifestó el Dr. James Thrall, presidente del Directorio de Cancilleres del Colegio Estadounidense de Radiología, en un comunicado.

Las guías, que fueron emitidas en noviembre, desataron fuertes críticas de parte de oncólogos y grupos dedicados a la prevención de la enfermedad, que dijeron que los cambios podían provocar un aumento de las muertes por cáncer mamario.

Algunos legisladores también se quejaron de que los nuevos parámetros podían ser usados para racionar el sistema de salud. "Nuestro sondeo nos permite ver cómo las personas que trabajan en las líneas de educación del cáncer de mama, el control y el tratamiento evalúan las guías recomendadas", explicó Marc Hurlbert, director de la Cruzada contra el Cáncer de Mama de la Avon Foundation for Women.

Las respuestas del sondeo están basadas en una amplia variedad de fuentes, desde pequeños grupos comunitarios hasta los principales centros oncológicos del país,

NOTICIAS RSEER

como la Johns Hopkins University, de Baltimore. Las respuestas provenientes de Alaska, California, Florida, Illinois, Michigan, Mississippi, Missouri, Nebraska, Nueva York y Washington, D.C., sugirieron que hubo cambios en los programas de detección temprana del cáncer mamario y cervical, por los cuales las mamografías y otros servicios fueron reducidos o eliminados en mujeres menores de 50 años.

Los programas, financiados tanto con fondos estatales como federales, ofrecen a las mujeres de bajos ingresos y sin cobertura acceso a controles del cáncer de mama y del cuello uterino.

En noviembre, la secretaria de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, Kathleen Sebelius, dijo que la USPSTF no estableció una política federal y sus hallazgos no deberían afectar los servicios financiados por el Gobierno.

El Colegio Estadounidense de Radiología, que rechazó las guías de la USPSTF, instó a los legisladores a excluir oficialmente las recomendaciones del panel acerca de la cobertura de los programas de las aseguradoras estatales y federales.

3.- Crean la Wikipedia de las enfermedades respiratorias

Fuente: JAN0.es 06 Mayo 2010

Pneumowiki es una herramienta de consulta de contenidos actualizados y revisados por expertos sobre las diversas temáticas neumológicas.

Un equipo de neumólogos ha creado Pneumowiki, una enciclopedia online de neumología de libre acceso donde encontrar, y completar, información de diversos ámbitos de la neumología y las enfermedades respiratorias.

Pneumowiki pretende ser una herramienta de consulta de contenidos actualizados y revisados por expertos sobre las diversas temáticas neumológicas. Anatomía, Fisiología, Semiología y Signos Clínicos, Técnica Diagnóstica, Radiología, Enfermedades Respiratorias y Tratamientos son las categorías en las que queda dividida la información recogida en esta web, en la que se pueden añadir y rectificar los contenidos publicados por otros usuarios, tal como sucede en la enciclopedia online Wikipedia. "Pneumowiki surge de la idea de crear un portal que estuviera dedicado exclusivamente a la difusión de los conocimientos científicos relacionados con la

neumología, de una manera sencilla y actualizada. El uso masivo de internet permitirá la promoción de nuestra especialidad al público general y a la vez tendrá la calidad suficiente para servir como herramienta de ayuda profesional". Explica el doctor Josep Morera, Jefe del Servicio de Neumología del Hospital Germans Trias i Pujol de Badalona, Presidente del comité organizador y científico del symposium y responsable del proyecto de la enciclopedia online.

Este recurso se presentará durante el simposio que tiene lugar en Barcelona, desde hoy y hasta el sábado, con el fin de formar y actualizar a los neumólogos en enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). El evento, organizado por el Hospital Germans Trias i Pujol con el aval de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) y la Sociedad Catalana de Pneumologia (SOCAP), abordará diferentes aspectos de esta enfermedad, que se caracteriza por un bloqueo persistente y progresivo del flujo de aire a los pulmones, está íntimamente ligada al tabaquismo y afecta a cerca del 10% de la población española de entre 40 y 80 años.

De forma paralela al simposio, el Hospital Germans Trias i Pujol y el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, presentarán mañana una sesión antitabaco, moderada por Eduard Monsó, Presidente de la Sociedad Catalana de Pneumologia (SOCAP).

Bajo el título Tabaquismo: la responsabilidad siempre aplazada, el doctor Morera analizará el lobby existente detrás de la industria de los cigarrillos y planteará una reflexión sobre la responsabilidad de las compañías tabacaleras. A continuación, Esteve Saltó, Responsable de Investigación e Información en Educación Sanitaria del la Direcció General de Salut Pública de la Generalitat de Catalunya iniciará una ponencia con el nombre ¿El marco regulatorio europeo es necesario y suficiente para seguir avanzando en el control del tabaquismo en España?, donde abordará los retos en materia de legislación para afrontar la problemática del tabaco y se analizarán diversas acciones como, por ejemplo, la instauración de un perímetro de seguridad sin tabaco alrededor de las escuelas, el fomento de la iniciativa de los "hospitales libres de tabaco" y la subvención de los tratamientos para dejar de fumar, además de limitar los puntos de venta del tabaco o incrementar los impuestos sobre el mismo. Ambas sesiones están abiertas a todo el público y no solo a especialistas sanitarios.

NOTICIAS RSEER

4.- El número de muertes por cáncer de mama en España se reduce casi a la mitad en los últimos 25 años

Fuente: JAN0.es y agencias 01 Junio 2010

Con 19 muertes por cada 100.000 habitantes, nuestro país tiene la tasa de fallecimientos más baja de toda la Unión Europea por este tipo de cáncer, según un estudio del Instituto de Salud Carlos III.

La mortalidad por cáncer de mama en España ha disminuido un 45% en los últimos 25 años (1,8% anual) hasta alcanzar la tasa de fallecimientos más baja de los 27 países de la Unión Europea (UE), con 19,2 muertes por cada 100.000 habitantes, según destacan los resultados del análisis La situación del cáncer en España, 1975-2006, realizado por el Instituto de Salud Carlos III (ISCIII).

Según el informe publicado hoy por el ISCIII, dependiente del Ministerio de Ciencia e Innovación, la mortalidad por cáncer general en mujeres disminuyó un promedio de un 1% anual, de donde destaca, además de la caída en la mortalidad del cáncer de mama, la "pronunciada caída" de los tumores de piel, vesícula, estómago y huesos, con decrecimientos anuales por encima del 3%. Por contra, aumentó la mortalidad por cáncer de páncreas (1,3%) y por melanoma (0,6%).

Respecto a la incidencia, en todos los registros españoles, el cáncer de mama es el tumor más frecuente en mujeres, responsable de más del 25% de los casos de cáncer. Así, la evolución de la prevalencia del cáncer de mama observada ha registrado un aumento de hasta un 70% en el período estudiado, dependiendo de los registros. No obstante, los expertos subrayan que, a pesar de este aumento global, se detecta un cambio de tendencia "significativo" en el año 2000, en el que las tasas se estabilizan.

Por su parte, en la última década, la mortalidad por cáncer en los hombres españoles sufrió un descenso medio de un 1,3% anual, caída que se pone de manifiesto en la mayoría de los tumores en mayor o menor grado. Solamente los cánceres de intestino delgado, colon y recto, melanoma y páncreas sufrieron un ligero incremento de mortalidad anual (inferior al 2%).

En este sentido, se confirma que entre los hombres disminuye la incidencia del cáncer de estómago, con una caída en la mortalidad del 3,7% anual desde 1997, así como el de próstata, que aumenta su incidencia pero reduce su mortalidad en un 3,6% anual desde 1998.

Incidencia superior a la media europea en hombres
Cuando se compara la incidencia de cáncer en hombres, con la de los países de nuestro entorno, España presenta unas tasas superiores a las del promedio de la UE. Sin embargo, en mujeres, España muestra tasas de inciden-

cia muy bajas en relación a otros países de la UE.

Respecto a la supervivencia relativa en los pacientes españoles es similar a la de los países de la UE. La peor supervivencia corresponde a los tumores de páncreas, esófago e hígado, para los que la probabilidad de sobrevivir cinco años tras el diagnóstico es igual o menor al 10%.

Le siguen el cáncer de pulmón, los tumores de sistema nervioso y el cáncer de estómago, con supervivencias relativas inferiores a 30% a los cinco años. Entre los tumores más frecuentes, destaca la alta supervivencia del cáncer de mama en mujeres (71%). La supervivencia global es menor en hombres (40% a los 5 años) que en mujeres (52%), ya que los tumores masculinos con mayor incidencia tienen un comportamiento "más agresivo", explica el informe.

5.- El 30% de las pruebas radiológicas que se realizan en los centros de salud y hospitales son innecesarias

Fuente: JAN0.es 03 Junio 2010

La presión asistencial, la exigencia de los pacientes o la decisión de algunos radiólogos de optar por exámenes más complejos motivan este exceso, según los expertos. El 30% de las pruebas radiológicas que se realizan en los centros de salud y hospitales son completamente innecesarias. Así lo aseguró Javier Rodríguez Recio, Jefe del Servicio de Radiodiagnóstico del Complejo Asistencial de Segovia durante el XXX Congreso de la Sociedad Española de Radiología Médica (SERAM), celebrado en A Coruña entre el 27 y el 31 de mayo.

La presión asistencial de determinados servicios, las exigencias de los propios pacientes a sus médicos e incluso la decisión de algunos radiólogos de desechar pruebas simples a favor de pruebas más complejas, son causas de este problema. "Hablamos como innecesarias de todas aquellas pruebas cuyo resultado, positivo o negativo, no contribuye a modificar la conducta diagnóstico-terapéutica del médico, o no ayuda a confirmar el diagnóstico", explica el doctor Rodríguez, que a través de diversos estudios ha podido constatar que más de una cuarta parte de las pruebas que se solicitan a los radiólogos podrían evitarse porque no son realmente necesarias. Ni siquiera la modernización de los equipos y la evolución de las nuevas pruebas de alta tecnología han disminuido la realización de las anteriores, asegura.

Riesgo para los pacientes

La ejecución de estos exámenes supone un importante gasto económico para los centros, pero más grave es, aún, el potencial peligro para los pacientes. Algunas de

NOTICIAS RSEER

las pruebas emiten una radiación que puede ser sumamente perjudicial para el enfermo si se da de forma continuada, mientras que existen otros riesgos derivados de uso de contrastes y de las técnicas utilizadas. "Es decir, que no sólo estamos gastando un dinero que podríamos invertir, por ejemplo, en la gestión de las pruebas inútiles, sino que además podemos provocar al paciente alguna patología que requiera más pruebas, con lo que seguiríamos gastando más dinero y exponiendo más al paciente", asevera el doctor Rodríguez Recio.

En algunos casos, la situación llega, incluso, a niveles extremos, como en el caso de las resonancias magnéticas de columna lumbar, que no están justificadas en el 60% de los casos. Y esta es una prueba "muy cara y que puede conllevar complicaciones para el paciente".

Posibles soluciones

Para el doctor Rodríguez Recio, la solución al exceso de pruebas pasa, obligatoriamente, por la elaboración a nivel nacional de guías y protocolos para la realización de pruebas de diagnóstico por imagen, como ya existen en Estados Unidos y en Europa.

Otra opción propuesta es la de potenciar al radiólogo en la toma de decisiones. De hecho, la propia legislación española recoge que la decisión de realizar determinadas pruebas está en manos de los radiólogos, pero actualmente no se cumple.

El doctor Rodríguez Recio apuesta por identificar, en primer lugar, qué pruebas son realmente innecesarias, pero estructurando las situaciones, motivaciones, cuándo y por qué se producen, etc. "La meta no es la desaparición total de lo inútil, sino la reconstrucción en lo posible en medidas útiles para el beneficio de los pacientes", señala. El reconocimiento de la labor de los radiólogos también ayudaría. "La población debería saber que no porque a alguien le hagan muchas pruebas eso signifique que está mejor atendido".

Eduardo Fraile, nuevo presidente de los radiólogos

En el marco del congreso, el doctor Eduardo Fraile fue elegido como nuevo presidente de la Sociedad Española de Radiología Médica (SERAM), en sustitución del doctor Luis Martí-Bonmatí, que ha dirigido esta entidad durante los dos últimos años.

Natural de Madrid (1955), Fraile cursó los estudios de Medicina en la Universidad Complutense de Madrid (UCM) y se doctoró en Medicina por la Universidad de Alcalá. Su trayectoria profesional se ha desarrollado fundamentalmente en el seno del Hospital Universitario Príncipe de Asturias de Alcalá de Henares y desde hace dos años, es director técnico de la Unidad Central de Radiodiagnóstico de la Comunidad de Madrid.

Tras la votación, la junta directiva de la SERAM tiene

ahora como vicepresidenta a Carmen Ayuso; secretario general Miguel Ángel López; responsable de finanzas Dulce Gómez; responsable de asuntos profesionales Ginés Madrid; de publicaciones Antonio Talegón; de formación Ángel Gallette; de comunicaciones Carmen Martínez; responsable estratégico Pablo Valdés; responsable científico Luis Cerezal y de asuntos sociales Yolanda Pallardó.

6.- El cáncer de pulmón en mujeres aumenta en España

Fuente: JANO.es 04 Junio 2010

Los expertos advierten que este tumor, relacionado con el tabaquismo, aparece cada vez a edades más tempranas.

El cáncer de pulmón ha invertido su tendencia y en los últimos años, está aumentando la incidencia en mujeres, mientras disminuyen los casos en hombres. La principal causa de este tipo de cáncer es el tabaco, al cual la mujer es más susceptible. Las características de este tumor son diferentes en mujeres y en hombres y, aunque el tabaquismo tiene la misma influencia negativa en los dos sexos, hay estudios que indican que a igual exposición al tabaco, las mujeres tienen más riesgo de desarrollar cáncer de pulmón.

El presidente de SEOM, doctor Emilio Alba, destaca que "en España se están observando cambios en la incidencia de este cáncer, con una disminución en varones y un aumento en mujeres y con su presentación a edades más tempranas, una tendencia que seguirá en los próximos años, sobre todo en relación con el hábito del tabaquismo". Ante este problema de salud de género, la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), el Ministerio de Sanidad y Política Social y el Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT), se han unido para hacer un llamamiento de concienciación social, coincidiendo con la reciente celebración del Día Mundial sin Tabaco, que este año se ha centrado en la mujer.

"Actualmente las mujeres no son conscientes del riesgo de cáncer de pulmón que tienen -prosigue el doctor Alba-. Según estudios recientes, la mujer tiene una mayor susceptibilidad al tabaco, lo que se traduce en que el riesgo es mayor con menos tiempo o cantidad de tabaco fumado, en comparación con los hombres".

Según datos de SEOM, se diagnostican unos 20.000 casos de cáncer de pulmón cada año en España, lo que representa el 12% de todos los cánceres y el 18,4% de los tumores entre los hombres (18.000 casos) y el 3,2% entre las mujeres (2.000 casos). Es decir, anualmente

NOTICIAS RSEER

aparecen 68 nuevos casos en hombres y 14 nuevos casos en mujeres por cada 100.000 habitantes. Además, según datos del INE, en 2006 (último año registrado) murieron en España 19.703 personas por esta enfermedad.

Las europeas del sur, más fumadoras.

Según un informe sobre la salud de las mujeres europeas, existe gran discrepancia entre los distintos países europeos tanto en patrones de incidencia como de mortalidad debida al cáncer de pulmón en relación con el hábito tabáquico de los 20-30 años anteriores. Así, las tendencias más altas de mortalidad de la Unión Europea se sitúan en Holanda, Polonia, Noruega, Suecia y Gran Bretaña. Sin embargo, el tabaquismo en mujeres es hoy en día más prevalente en las europeas del sur que en las del norte, lo que hace predecir un aumento de la mortalidad en los países del Sur de Europa, entre los que se encuentra España.

También según este informe, el tabaquismo es la causa prevenible de enfermedad y muerte más importante en Europa. La prevalencia de mujeres fumadoras para el período 1996-2003 osciló entre el 6,8% de Portugal y el 32% de Austria pero informes recientes sugieren que está en aumento y se encuentra alrededor del 20% en la mayoría de países europeos. "En España, remarca el presidente de SEOM, para el período 2002-2005, la prevalencia en mujeres fue superior al 20% y lo más preocupante, al 30% en las adolescentes".

Como consecuencia del incremento constante en el número de mujeres diagnosticadas de cáncer de pulmón que acuden a las consultas de oncología en los últimos años en España, en el año 2007 se puso en marcha un proyecto auspiciado por la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) y liderado por las doctoras Pilar Garrido, Dolores Isla, Enriqueta Felip y Nuria Viñolas, como oncólogas especialistas en cáncer de pulmón.

El proyecto, denominado World 07, es una base de datos prospectiva, epidemiológica y multicéntrica desarrollada que recoge datos demográficos, hábitos, características clínicas y tratamientos de mujeres con cáncer de pulmón diagnosticadas en 36 hospitales de España. El objetivo es analizar un total de 2.000 pacientes para valorar las diferencias entre sexos, habiéndose incluido desde octubre de 2007 hasta la actualidad más de 500 pacientes.

La mayoría presentaban la histología de adenocarcinoma (74%), 43% no fumadoras, 42% con historia familiar de cáncer (un tercio de cáncer de pulmón), con una supervivencia mediana para carcinoma no microcítico avanzado de 17 meses, confirmando el mejor pronóstico para mujeres conocido ya por otras series. El mejor conoci-

miento de las diferencias por sexo puede contribuir a la administración de una estrategia terapéutica que sea más eficaz.

7.- El chocolate reduce el colesterol en determinados pacientes

Fuente: JANO.es 04 Junio 2010

El consumo de cacao sólo resulta útil en personas con factores de riesgo de colesterol y si se ingiere en cantidades moderadas, según un estudio.

Comer chocolate podría reducir los niveles de colesterol pero sólo en pequeñas cantidades y en algunas personas, de acuerdo a un análisis de ocho estudios realizado por el equipo del doctor Rutai Hui, de la Academia de Ciencias Médicas de China y la Facultad de Medicina Peking Union en Pekín.

El informe, publicado en el American Journal of Clinical Nutrition, halló que el chocolate sólo ayudaba a las personas que ya tenían factores de riesgo de la enfermedad cardíaca y, solamente, cuando se consumía en cantidades moderadas. Un consumo moderado de cacao sería "un enfoque nutricional válido" para prevenir el alto colesterol en ciertos grupos de personas, concluyen los investigadores.

Anteriormente, diversos estudios han sugerido que el chocolate podría ser bueno para la salud. Uno de las investigaciones, realizadas el pasado mes de marzo, demostró que entre 19.300 personas, aquellas que comían más chocolate tenían una menor presión arterial y eran menos propensas a sufrir un accidente cerebrovascular o un ataque cardíaco en los siguientes 10 años.

El equipo de Hui buscó entre la literatura médica estudios que analizaran qué cantidad de cacao afecta las grasas en sangre, o lípidos, y encontró ocho ensayos que incluían a 215 personas.

Cuando analizaron todos los resultados juntos, los investigadores descubrieron que comer cacao reducía los niveles de colesterol "malo" (LDL), en alrededor de 6 mg por dl y el colesterol total en la misma proporción. Aunque, por otra parte, en los tres estudios de mayor calidad se observó que el cacao no tuvo ningún efecto en el colesterol.

Nuevos análisis mostraron que sólo las personas que comían pequeñas cantidades, es decir, porciones con 260 mg o menos de polifenol, experimentaban efectos reductores en el colesterol. Aquellos que consumían más no tenían ningún tipo de beneficio.

"Las investigaciones futuras deberían concentrarse en

NOTICIAS RSEER

ensayos aleatorios de mejor calidad y más rigurosos, con seguimientos más prolongados para resolver la incertidumbre en torno de la efectividad clínica", dijo el equipo de Hui.

8.- Identifican la función de una proteína capaz de proteger contra el cáncer

Fuente: JANO.es 07 Junio 2010

El descubrimiento podría abrir las puertas a nuevos enfoques para el estudio de la enfermedad.

La proteína p53 desempeña una importante función en la protección contra el cáncer, ya que evita la acumulación de mutaciones que lo desencadenan y su inactivación está estrechamente relacionada con la proliferación de los tumores. Un equipo internacional de investigadores, en el que ha participado el profesor de la Universitat Autònoma de Barcelona (UAB), el doctor Ignasi Roig, ha descubierto que esta proteína tiene un rol fisiológico inesperado: se activa también en el proceso de formación de los óvulos y los espermatozoides, según informa la UAB en su página web. El descubrimiento, que se publica en la revista Science, podría abrir las puertas a nuevos enfoques para el estudio de la enfermedad.

La proteína p53 se conoce como el guardián del genoma debido a que es fundamental para mantener su integridad, impidiendo la acumulación de mutaciones, originadas ya sea por mecanismos propios a la célula, como por la acción de agentes externos a ella. La proteína se activa como respuesta a determinadas señales, como son las roturas en el ADN. Esta activación supone una ralentización del ciclo celular para permitir a la célula reparar este daño. En caso de que el daño no sea reparado a tiempo, la activación de p53 acaba conduciendo a una muerte celular programada, llamada apoptosis. Este hecho hace que el gen que la codifica, llamado en humanos TP53, sea considerado un gen supresor de tumores, ya que su inactivación puede facilitar la progresión de muchos tipos de células tumorales.

Desde hace tiempo se especulaba sobre el origen, en algún momento de la evolución, del gen de p53. Desde un punto de vista evolutivo es comprensible pensar que la aparición de p53 precedía su función como gen supresor de tumores y que, por tanto debían existir otras funciones que desarrollara la proteína, hasta ahora desconocidas.

Activación en la meiosis.

Mediante la observación de moscas modificadas genéticamente para señalar la activación de p53, el equipo,

dirigido por el doctor John Abrams de la Universidad de Texas Southwestern Medical Center, en Dallas, Estados Unidos, ha descubierto que p53 se activa durante la formación de los gametos -espermatozoides y óvulos-. En concreto se activa durante la meiosis, el proceso de división celular que genera los gametos. Se trata de un momento en el que la célula se autoinflige roturas de ADN a lo largo de todo su genoma. La reparación de estas roturas, crucial para el buen desarrollo de la meiosis, debe estar muy controlada para impedir la acumulación de mutaciones y su posible fijación en la descendencia, y el gen p53 desarrolla un mecanismo de control del proceso.

Además, los investigadores han descubierto que este rol de p53 -su activación durante la gametogénesis- está altamente conservado a lo largo de la evolución. El equipo investigación ha observado una activación similar de p53 durante la formación de espermatozoides de ratón, lo que reafirma la importancia del mecanismo de control. Los resultados son muy relevantes, ya que ayudan a entender mejor la función de esta proteína esencial para detener la progresión tumoral y, por tanto, podrían abrir las puertas a nuevos enfoques en el estudio del cáncer. La investigación describe por primera vez un rol fisiológico de p53 en el desarrollo de la meiosis, y sugiere que la función del gen supresor de tumores puede ser una evolución de unas actividades primitivas relacionadas con la progresión de la meiosis.

Science (2010): Vol. 328. no. 5983, pp. 1278 - 1281; doi: 10.1126/science.1185640

9.- La detección precoz del cáncer de ovario está cada vez más cerca

Fuente: JANO.es 09 Junio 2010

Un modelo matemático detecta con precisión el cáncer de ovario de etapa inicial en mujeres con un riesgo medio de desarrollar la enfermedad.

Una reciente investigación, del University of Texas M.D. Anderson Cancer Center, Estados Unidos, sugiere que un nuevo método escalonado detecta con precisión el cáncer de ovario de etapa inicial en mujeres de edad avanzada que tienen un riesgo medio para esta enfermedad.

El Risk of Ovarian Cancer Algorithm (ROCA), que usa un modelo matemático, se ha diseñado específicamente para las mujeres posmenopáusicas con un riesgo medio de la enfermedad. Los hallazgos se han presentado en la reunión anual de la American Society of Clinical Oncology (ASCO), de Chicago.

NOTICIAS RSEER

"Este algoritmo ROCA representa otro ejemplo más de la medicina personalizada. Esto está personalizado hacia una estrategia de evaluación de un cáncer grave", explicó el doctor Douglas W. Blayney, presidente de la ASCO. Sin embargo, los expertos están esperando los resultados de un ensayo mucho más grande que debería salir en 2015 antes de recomendar este modelo como procedimiento rutinario.

"Esto no va a cambiar la práctica en este momento" aseguró la doctora Karen Lu, autora principal del estudio y profesora de oncología ginecológica del University of Texas M.D. Anderson Cancer Center.

"El cáncer de ovario es el cáncer ginecológico más grave y la cuarta causa principal de muerte por cáncer en las mujeres", aseguró la profesora Lu. "Más del 75% de los casos se presentan con enfermedad en etapa avanzada, cuando el índice de curación es inferior a un 35%. No hay una buena prueba exploratoria efectiva en este momento". Medir los niveles de una proteína de la sangre conocida como CA-125 puede ayudar a detectar el cáncer de ovario, pero el marcador está lejos de ser perfecto.

En este estudio participaron más de 3.200 mujeres posmenopáusicas entre 50 y 74 que no habían sufrido cáncer de ovario y que no tenían antecedentes familiares significativos de cáncer de ovario o de mama. Las mujeres comenzaron recibiendo una prueba de sangre CA-125 cada año. Si la prueba indicaba bajo riesgo, las mujeres podían esperar otro año antes de la prueba siguiente. Si los niveles estaban elevados, se las ponían en la categoría de riesgo intermedio. Sin embargo, se programaba una prueba de seguimiento tres meses después. Si esa prueba también era elevada, se consideraba que las mujeres estaban en riesgo elevado y se sometían a sonografía transvaginal (STV) o ultrasonido y se remitían a un oncólogo ginecológico, que decidía si la cirugía era necesaria.

Durante los nueve años del ensayo, el 6,8% de las voluntarias se pasaron al grupo de prueba con CA-125 durante tres meses, mientras que apenas el 1% se remitió a STV y a un oncólogo. En total, ocho de las más de 3.200 mujeres se sometieron a la cirugía recomendada. Tres de ellas tenían cáncer de etapa inicial (las tres se habían sometido a tres años de pruebas con CA-125 antes de pasar al siguiente grupo); dos tenían tumores de ovario "en el límite"; y las otras tres tenían tumores ováricos benignos.

La especificidad del método ROCA fue de 99,7%, lo que significa que virtualmente no hubo falsos positivos. Ninguna de las mujeres que tenía cáncer de ovario dejó de ser detectada por la prueba, aseguró la profesora Lu.

Si los resultados del ensayo ROCA de mayor tamaño, que se realiza actualmente en Gran Bretaña, son estimulantes, el método podría llegar al consultorio de los médicos en un futuro no muy lejano, como "parte de los exámenes de salud de rutina para mujeres posmenopáusicas", aseguró el doctor Blayney.

10.- Una terapia consigue retrasar en más de un año la progresión del cáncer de pulmón en no fumadores

Fuente: JANO.es 09 Junio 2010

El 15% de estos tumores no está provocado por el tabaco, sino por diferentes mutaciones genéticas.

La quimioterapia puede tener las horas contadas en el tratamiento del cáncer de pulmón en pacientes no fumadores, ya que una terapia biológica ha conseguido en solitario retrasar en más de un año la progresión de la enfermedad en quienes presentaban una mutación del gen EGFR, la más frecuente cuando el tabaco no es el desencadenante del tumor.

Pese a que el tabaco es la causa más común del cáncer de pulmón, entre un 10% y 15% de estos tumores se detecta en personas que no fuman. En muchos de ellos todavía no se ha detectado la causa de la enfermedad, pero en hasta un 37% de los pacientes se ha comprobado que es una anomalía en el EGFR la que "provoca que la célula se comporte como maligna, crezca más, se divida más y tenga capacidad de invasión y metástasis", según explica el jefe de Servicio de Oncología del Hospital Universitario Virgen del Rocío, Luis Paz-Ares.

Hasta el momento, el tratamiento de estos pacientes conllevaba el uso de quimioterapia para tratar de detener el crecimiento del tumor, si bien después de 5 ó 6 meses, la enfermedad volvía a progresar.

Sin embargo, un grupo cooperativo americano ha demostrado en el último congreso de la Sociedad Americana de Oncología Médica (ASCO), celebrado en Chicago, que el uso del anticuerpo monoclonal erlotinib en combinación con la quimioterapia, e incluso sin ella, puede hasta triplicar la supervivencia libre de progresión del tumor en estos casos (17,2 meses con quimioterapia y 16,4 meses en monoterapia).

Además, la supervivencia global de estos pacientes tam-

NOTICIAS RSEER

bién se triplica, de uno a tres años. Como explica el doctor Paz-Ares, que coordina un estudio similar con erlotinib en pacientes con esta mutación, "esta terapia corrige la anomalía molecular y, además, sólo afecta a las células que tienen estos receptores, de ahí que sea bastante bien tolerado".

La terapia biológica puede ser "suficiente"

En el estudio también se ha comprobado que "la quimioterapia no añade más eficacia" al uso de erlotinib, comercializado por Roche con el nombre de Tarceva, ya que la diferencia es de menos de un mes, lo que demuestra que la terapia biológica puede ser "suficiente" en estos casos.

El estudio que coordina Paz-Ares, promovido por el Grupo Español de Cáncer de Pulmón (GECP), debe ser el que confirme estos datos, ya que comparará directamente el uso de quimioterapia o erlotinib en primera línea. "El reclutamiento de pacientes acabará después del verano y poco después se conocerán los primeros datos", ha reconocido este experto, que confía en que la mediana de progresión sea de un año y medio.

Por otro lado, en el marco del encuentro anual de ASCO 2010 en Chicago también se han presentado resultados prometedores de supervivencia con un inhibidor de la traslocación del gen ALK, otra alteración genética identificada en los pacientes no fumadores con cáncer de pulmón, aunque en menos casos que el EGFR, en torno a un 10%.

Estos y otros avances van a propiciar que, al menos en estos tumores por mutación, los pacientes se puedan beneficiar de un "tratamiento más personalizado" que inhiba tales mutaciones, concluye Paz-Ares.

dad, y luchar contra ella con los fármacos más eficaces y seguros de los que podemos disponer", aseguró el doctor Manuel Monreal, Jefe de Sección de Medicina Interna en el hospital universitario Germans Trias i Pujol de Badalona. El término de paciente médico se refiere a la persona que debe permanecer en cama durante "más de tres días".

"Sabemos que el encamamiento supone un riesgo de contraer una trombosis venosa y una embolia en el pulmón" si bien matizó que "en nuestra experiencia con más de 30.000 pacientes con trombosis venosa y/o embolia pulmonar hemos aprendido que no todas las embolias tienen la misma gravedad", informó el doctor Monreal y especificó que "la que aparece en pacientes médicos es mucho más grave, porque produce la muerte mucho más a menudo ya que la propia enfermedad que obliga al encamamiento sitúa al paciente en una situación de fragilidad que le impide luchar contra la embolia y superarla".

El especialista señaló que la embolia pulmonar es una enfermedad frecuente, grave y prevenible: "frecuente porque uno de cada 100 pacientes ingresados en hospitales españoles se van de alta con el diagnóstico de embolia pulmonar y/o trombosis venosa profunda, y grave porque produce la muerte en un 6% de los casos". Asimismo destacó que "es prevenible porque en situaciones de riesgo podemos tratarles con anticoagulantes y disminuir así el riesgo".

La situaciones de riesgo más frecuentes son las operaciones quirúrgicas, especialmente las de cadera o rodilla, el embarazo, los viajes largos en avión y las inmovilizaciones prolongadas, ya sea una inmovilización por una férula o yeso, o bien un encamamiento superior a 3 días.

11.- Una de cada cuatro embolias pulmonares se produce durante la convalecencia

Fuente: JANO.es 08 Junio 2010

Una de cada cuatro embolias pulmonares se produce durante la convalecencia. Esta es una de las principales conclusiones expuestas en la III Reunión de la Sección de Hemostasia, Medicina Transfusional y Fluidoterapia Perioperatoria de la SEDAR (Sociedad Española de Anestesiología y Reanimación) celebrada recientemente en Madrid.

En concreto, "una de cada cuatro embolias pulmonares aparece en pacientes médicos y la mitad de las muertes por embolia pulmonar aparece también en éstos. Por este motivo, es tan importante reconocer a los pacientes encamados con más riesgo de contraer la enferme-

12.- Un nuevo tratamiento consigue frenar el cáncer colorrectal metastásico sin utilizar quimioterapia

Fuente: JANO.es y agencias 08 Junio 2010

El uso de un antiangiogénico como terapia de mantenimiento consigue una supervivencia global de los pacientes de 22 meses de media.

Un estudio del grupo cooperativo español para el Tratamiento de Tumores Digestivos (TTD) puede abrir una vía en el tratamiento del cáncer colorrectal metastásico, ya que han conseguido prolongar la supervivencia de estos pacientes utilizando un anticuerpo monoclonal como terapia de mantenimiento en lugar de quimioterapia, según los resultados presentados en la reunión anual de la Sociedad Americana de Oncología

NOTICIAS RSEER

Médica (ASCO).

Actualmente, en estos pacientes se suele utilizar la quimioterapia en combinación con terapias biológicas hasta que el tumor comienza a crecer. Sin embargo, en este estudio independiente, en el que han participado un total de 56 hospitales españoles y 470 pacientes, se pretendía comprobar la eficacia de fijar unas "vacaciones de quimioterapia" y continuar sólo con una terapia biológica hasta la progresión de la enfermedad. "Es la primera vez que se utiliza una terapia biológica como mantenimiento ya que la opción siempre había sido continuar con la quimioterapia", ha explicado el jefe de Servicio de Oncología Médica del Hospital Clínico San Carlos de Madrid y uno de los coordinadores del estudio, Eduardo Díaz-Rubio.

En concreto, se probó la eficacia del antiangiogénico de Roche, bevacizumab, comercializado con el nombre de Avastin, administrándolo en combinación con la quimioterapia durante seis ciclos para luego seguir en solitario hasta que la enfermedad progresase.

Los resultados, presentados estos días en la reunión de ASCO en Chicago, han sido "muy prometedores" ya que la enfermedad tardó una media de 9,7 meses en progresar y, al mismo tiempo, los pacientes obtuvieron una supervivencia global "muy alta", de casi dos años de media (22 meses).

De este modo, y en virtud de estos datos, "no se observan diferencias significativas" en comparación con aquellos pacientes que sí mantuvieron la quimioterapia hasta el final, que presentaron una supervivencia libre de progresión de 10,4 meses y una supervivencia global de 23 meses.

En cambio, el estudio sí que revela diferencias en cuanto a la toxicidad que, como añade el jefe de Servicio de Oncología Médica del Hospital Reina Sofía de Córdoba, Enrique Aranda, "eran esperables" ya que "al utilizar durante más tiempo un régimen de quimioterapia con oxaliplatino y capecitabina se detecta más neurotoxicidad o fatiga".

Enfermedad crónica.

"Al estar cronicándose la enfermedad", como reconoce Aranda, "se necesitan buscar esquemas de tratamiento que permitan, una vez que se induce la respuesta, poder mantener la enfermedad sin progresar y la supervivencia del paciente con la menor toxicidad posible" ya que, asegura, esto hace que "aumente su calidad de vida". Además, la buena respuesta que ha ofrecido esta combinación de tratamientos ha propiciado que en algunos casos no se descarte un tratamiento de por vida "siempre que no haya progresión".

De hecho, asegura Aranda, "en el estudio hay pacientes que ya llevan tres años con esta terapia de mantenimiento", mientras que en torno a un 10% consiguió incluso ser candidato a cirugía con finalidad curativa.

La quimioterapia, aún necesaria

No obstante, ambos expertos reconocen que la quimioterapia es necesaria en el primer momento del tratamiento para hacer frente al tumor y mejorar la eficacia de la terapia biológica que se utilice. De hecho, en el caso de Avastin, éste lo que hace es "mantener en el tiempo la respuesta de la quimioterapia", explica Díaz Rubio.

En cualquier caso, el estudio ha revelado unas de las tasas de supervivencia -tanto global como libre de progresión- más altas que se conocían en estos tumores, lo que demuestra también que "el nivel de la oncología en España es muy bueno y se hace un ajuste de los tratamientos a los pacientes muy adecuado".

En el estudio han participado centros hospitalarios de Madrid, Catalunya, Valencia, Andalucía, Aragón, País Vasco, Navarra, Galicia, Murcia, Canarias, Castilla La Mancha, Baleares y Cantabria.

13.- Un método de diagnóstico por imagen podría ayudar a detectar el Alzheimer en etapas tempranas

Fuente: JANO.es y agencias 08 Junio 2010

Este hallazgo abre vías al desarrollo de medidas preventivas para los pacientes que presentan este desorden neurodegenerativo.

Científicos del Centro de Investigación en Imagen Clínica de la Universidad de Washington, en Estados Unidos, han mostrado sus progresos en el uso de imágenes PET para seguir las etapas tempranas de la enfermedad de Alzheimer. Este hallazgo podría llevar al desarrollo de medidas preventivas que beneficiarán a millones de pacientes que presentan este desorden neurodegenerativo crónico, según ha presentado el equipo investigador en el 57 Encuentro Anual SNM, que se celebra en Salt Lake City hasta este miércoles, 9 de junio.

Según el profesor de Radiología Mark Mintun, director del Centro de Investigación en Imagen Clínica de la Universidad de Washington, "el Alzheimer es una enfermedad implacable que mata una vez instalada en el cerebro, pero de la que estamos muy próximos a conseguir una cura".

"La acumulación de una proteína creada de forma natural y denominada beta-amiloide parece estar asociada con el inicio de esta enfermedad. Existe un gran interés

NOTICIAS RSEER

por entender cómo se presenta este proceso y por desarrollar fármacos que puedan prevenir o eliminar proteína beta-amiloide del cerebro antes de que aparezca la demencia", ha explicado este investigador.

Estudio longitudinal.

En uno de los pocos estudios longitudinales realizados a gran escala sobre este fenómeno, los científicos usaron una tomografía por emisión de positrones (PET) para documentar los cambios que se producen durante la acumulación de beta-amiloide, que forman placas en los tejidos neuronales de los pacientes a los que se les diagnostica Alzheimer.

La investigación reveló que, en el momento en el que se diagnostica la enfermedad y la primera neurona sana comienza a deteriorarse, puede ser demasiado tarde para que los tratamientos sean efectivos y se pueda restaurar la función cerebral.

El PET y otras técnicas de imagen molecular ayudan a los investigadores a entender el inicio de la patología para determinar el mejor tratamiento para cada paciente, incluso antes de que aparezcan síntomas como la pérdida de memoria, las dificultades para pensar o la habilidad para realizar tareas simples. Según Mintun, "con este tipo de investigaciones, los médicos podrán recomendar el tratamiento antes de que se den daños irreversibles en el cerebro del afectado".

Un total de 129 personas, con edades entre los 45 y los 86 años y sin síntomas de presentar un desorden cognitivo, participaron en este estudio. Se sometieron a escáneres con PET en un periodo de cinco años, usando el Pittsburgh Compound-B (11C-PIB), un agente de imagen PET que muestra los beta-amiloide en el cerebro.

El tiempo medio entre escáneres fue de dos años medio. Los cambios en los depósitos beta-amiloide documentados se usaron para determinar la progresión de la potencial enfermedad preclínica.

Los resultados revelaron que los depósitos de beta-amiloide eran anormalmente altos en 19 de 129 sujetos en el primer escáner, mientras que en ocho de los restantes 110 individuos se convirtió en anormal en el segundo escáner. En estos 27 pacientes con depósitos anormales de proteína beta-amiloide había incrementos significativamente altos de los niveles de esta sustancia entre los dos escáneres.

Los investigadores esperan poder usar estos y otros datos para desarrollar un método para detectar la aparición y desarrollo de las primeras etapas del Alzheimer.

14.- Logran el primer embarazo en España con una nueva técnica de diagnóstico preimplantacional

Fuente: JANO.es y agencias 09 Junio 2010

El método permite la detección de anomalías genéticas y cromosómicas en el embrión, antes de transferirlo al útero materno.

La Unidad de Reproducción de la Clínica Ginecológica Bilbao y el Laboratorio de Genética Reprogenetics han conseguido, por primera vez en España, el primer embarazo mediante el análisis de todos los cromosomas utilizando 'microchips' o 'arrays' de hibridación genómica comparada (aCGH) en el Diagnóstico Genético Preimplantacional (DGP).

Según informaron responsables de los citados centros, el Diagnóstico Genético Preimplantacional (DGP) es una técnica innovadora que permite la detección de anomalías genéticas y cromosómicas en el embrión, antes de transferirlo al útero materno.

Hasta ahora, para el análisis de anomalías cromosómicas numéricas (aneuploidías) se podían analizar entre 9 y 12 de los 24 cromosomas humanos mediante la técnica de Hibridación in Situ Fluorescente (FISH). Ahora, con la técnica de 'microchips' o 'arrays' de Hibridación Genómica Comparada (aCGH24) únicamente aplicada en España por Reprogenetics, se pueden analizar todos los cromosomas con resultados a las 24 horas.

Esta técnica, destacaron, constituye "una gran esperanza para casos difíciles, en los que las anomalías cromosómicas son la causa de la infertilidad o esterilidad, como abortos de repetición (RAB), fallos repetidos de implantación (RIF), edad materna avanzada (AMA) y factor masculino (FMASC)".

El tratamiento de reproducción asistida se llevó a cabo en la Unidad de Reproducción de la Clínica Ginecológica Bilbao y en el laboratorio de DGP de Reprogenetics se analizaron una célula de cada uno de los embriones obtenidos mediante FIV-ICSI con la nueva técnica de 'microchips' o 'arrays' de CGH (aCGH24). Se obtuvo resultado de los cinco embriones analizados, resultando uno de ellos ser cromosómicamente normal. Este embrión se transfirió a la paciente y dio como resultado un embarazo.

La gestante, paciente de la Unidad de Reproducción de la Clínica Ginecológica Bilbao donde se ha logrado el embarazo y que había tenido cuatro abortos, actualmente está en la semana 20 de gestación, y tanto ella como el feto se encuentran en perfecto estado. La fecha probable de parto será en octubre.

BOLSA DE TRABAJO

COORDINADOR DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA

-Nº plazas: 1
 -Administración convocante: Comunidad Autónoma de Andalucía.
 Servicio Andaluz de Salud
 -Boletín: Boletín Oficial de la Junta de Andalucía. Número: 115.
 Fecha: 14/06/2010,
<http://benasque.aragob.es:443/cgi-bin/CONV/BRSCGI?CMD=VEROBJ&MLKOB=529481091615>
 *Plazo de presentación: 04/07/10
 Fuente: Gobierno de Aragón

SUPERVISOR DE ENFERMERÍA

-Nº plazas: 1
 -Administración convocante: Comunidad Autónoma de Andalucía.
 Servicio Andaluz de Salud
 -Boletín: Boletín Oficial de la Junta de Andalucía. Número: 115.
 Fecha: 15/06/2010,
<http://benasque.aragob.es:443/cgi-bin/CONV/BRSCGI?CMD=VEROBJ&MLKOB=529484123837>
 *Plazo de presentación: 05/07/10

ANUNCIO DEL DIARIO OFICIAL DE CASTILLA LA MANCHA: CONVOCATORIA DE PUESTOS PARA UNIVERSIDAD DE CASTILLA LA MANCHA

Fuente: Colegio Profesional de Fisioterapeutas de Castilla y León
 - Diario Oficial de Castilla-La Mancha el 24/05/2010
 - II. Autoridades y Personal
 - C. Oposiciones y concursos
 - UNIVERSIDAD DE CASTILLA-LA MANCHA
 - Resolución de 10/05/2010, de la Universidad de Castilla-La Mancha, por la que se convoca el concurso nº 1/11 para la provisión de plazas de profesores asociados de ciencias de la salud adscritas a las titulaciones de Enfermería, Fisioterapia, Terapia Ocupacional y Logopedia e instituciones sanitarias concertadas. VER ENLACE (CPFcyL.COM)
 - Fuente: Colegio Profesional de Fisioterapeutas de Castilla y León

Enfermer@ de empresa (DUE) 16 horas/semana para IK

vía InfoJobs.net: EmpleoEnfermer* el 29/05/10
 Zaragoza (Zaragoza)
 Empresa: IKEA - Zaragoza
 Descripción: Realizar las tareas propias de enfermería dentro de la planificación de Vigilancia de la salud para los empleados. Asistir en accidentes sufridos por trabajadores, en las instalaciones de la ...
 Requisitos: Diplomatura en Enfermería - Valorable título superior en Prevención de Riesgos Laborales - Experiencia de al menos 1 año en puesto similar. Capacidad de adaptación y aprendizaje. Habilidades en planificación y Organización. Mentalidad de Servicio. Capacidad para tomar decisiones y dar soluciones a posibles incidencias.

DUE de Empresa

vía InfoJobs.net: EmpleoEnfermer* el 28/05/10
 Ibiza (Illes Balears)
 Empresa: SOCIEDAD DE PREVENCIÓN DE FRATERNIDAD MUPRESA
 Descripción: Sociedad de Prevención de Fraternidad Muprespa, S.L.U. selecciona a un/a: DUE DE EMPRESA para su centro de trabajo de Ibiza. Se ofrece: - Estabilidad laboral. - Plan de conciliación de la vida ...
 Requisitos: - Titulación de Diplomado/a en Enfermería. - IMPRESCINDIBLE Especialidad de Enfermería del Trabajo o DUE de Empresa.

Due Exámenes de Salud (plaza temporal)

vía InfoJobs.net: EmpleoEnfermer* el 28/05/10
 Sabadell (Barcelona)
 Empresa: Unipresalud
 Descripción: Buscamos DUE para realizar lo reconocimientos médicos en nuestro centro de Sabadell Las principales funciones son:
 - Revisiones médicas: extracciones, espirometrías, ECG, audiometrías, etc. - ...
 Requisitos: Diplomatura de Enfermería

DUE de empresa (Estable)

vía InfoJobs.net: EmpleoEnfermer* el 28/05/10
 Palencia (Palencia)
 Empresa: SOCIEDAD DE PREVENCIÓN DE ASEPEYO
 Descripción: La SOCIEDAD DE PREVENCIÓN ASEPEYO selecciona DUE para su delegación de PALENCIA, con la especialidad de enfermería de empresa. Funciones: - Su trabajo se centrará en la realización de las ...
 Requisitos: - Imprescindible disponer de la especialidad DUE de empresa. - Experiencia mínima de 1 año realizando tareas similares. - Imprescindible disponer de vehículo propio para posibles desplazamientos a empresas clientes. - Dominio paquete office.

DUE ASISTENCIAL

vía InfoJobs.net: EmpleoEnfermer* el 28/05/10
 Sevilla (Sevilla)
 Empresa: MC Mutual
 Descripción: Somos la mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales número 1 de España, y la que atesora más años de experiencia en el sector. Contamos con un equipo formado por más de 1.900 ...
 Requisitos: - Diplomatura en Enfermería. - Experiencia en servicios de urgencias de hospital o en atención primaria.

ENFERMERA SERVICIO ATENCION AL VIAJERO INTERNAC.

vía InfoJobs.net: EmpleoEnfermer* el 28/05/10
 Barcelona (Barcelona)
 Empresa: Barnaclínic
 Descripción: Barnaclínic (Corporación Sanitaria Clínic) precisa para su Servicio de Atención al Viajero Internacional : 1.- DUEs con formación y/o experiencia en Servicios de Atención al Viajero Internacional ...
 Requisitos: - Diplomado en Enfermería - Recomendable Master en Medicina Tropical . - Experiencia en Salud Internacional y Medicina Tropical (otros servicios de Atención al Viajero, etc...)

Enfermera

vía InfoJobs.net: EmpleoEnfermer* el 28/05/10
 Pamplona (Navarra)
 Empresa: SANITAS RESIDENCIAL SL.
 Descripción: Conjuntamente con el Equipo Multidisciplinar se encargará de la elaboración de los PAI's además del resto de funciones propias del puesto: consultas, tratamientos farmacológicos, etc.
 Requisitos: Permiso de trabajo y residencia en la UE y título homologado.

DUE Sant Boi

vía InfoJobs.net: EmpleoEnfermer* el 28/05/10
 Sant Boi (Barcelona)
 Empresa: GRUPO MGO
 Descripción: Servicio de Prevención Ajeno a nivel nacional Busca: Diplomado/a en Enfermería para SANT BOI: 21 horas semanales (3 días de 8 a 15) Funciones: reconocimientos médicos para trabajadores
 Requisitos: Diplomado/a en Enfermería SANT BOI. Disponibilidad 21 horas semanales. 3 días de 8 a 15

BOLSA DE TRABAJO

TUTOR/A DE ALUMNOS ÁREA ENFERMERÍA.MEDIA JORNADA

vía InfoJobs.net: Empleo enfermer* el 28/05/10

Zaragoza (Zaragoza)

Empresa: MASTER DISTANCIA S.A. - Zaragoza

Descripción: Empresa de formación abierta, líder en el sector a nivel nacional e internacional en pleno proceso de expansión, necesita incorporar en su delegación central en Zaragoza, un TUTOR/A DE ALUMNOS que ...

Requisitos: - Diplomado en Enfermería o Licenciado en Medicina. - Se valorará la experiencia docente y en el área sanitaria. - Manejo a nivel usuario de herramientas Office.

Oferta de empleo ATS para piscina. Meses verano -

vía Yakaz : Enfermer* el 28/05/10

Buitrago del Lozoya 28730 unique empresa de trabajo temporal, especialista en recursos humanos, ...lozoya. se requiere titulación en enfermería y residencia en zona ...

DUES ASISTENCIALES

vía InfoJobs.net: Empleo enfermer* el 28/05/10

A Coruña (A Coruña)

Empresa: MEDYCSA

Descripción: MEDYCSA, Servicio de Prevención Ajeno de Riesgos Laborales líder en ámbito de la Salud Laboral y en las Especialidades Técnicas por sus procedimientos, metodología y calidad. Precisa incorporar ...

Requisitos: -Diplomado en Enfermería. -Disponibilidad dentro del horario establecido.

DIPLOMADOS/AS EN ENFERMERIA Barcelona

vía InfoJobs.net: Empleo enfermer* el 28/05/10

Barcelona (Barcelona)

Empresa: Grupo SAR

Descripción: Grupo SAR, primera empresa nacional en Asistencia Integral a Personas Mayores, selecciona ENFERMEROS/As para sus Centros Residenciales en BARCELONA REQUISITOS: - Diplomatura en enfermería, ...

Requisitos: -DIPLOMATURA EN ENFERMERÍA EN ESPAÑA O TÍTULO HOMOLOGADO. - Experiencia en ámbito socio-sanitario, hospitalario. - Persona organizada, metódica, responsable, resolutive y con capacidad para trabajar en equipo. Permiso de trabajo a tiempo completo FUNCIONES PRINCIPALES: - Atención personalizada a los/las usuarios/as en cuidados de enfermería. OFRECEMOS: Incorporación Inmediata Adaptación horaria a disponibilidad de Candidato/a

ENFERMERA

vía InfoJobs.net: Empleo enfermer* el 27/05/10

L'Hospitalet De Llobregat-Sant Boi De Llobregat (Barcelona)

Empresa: PRYTANIS HOSPITALET SA

Descripción: ENFERMERA DE PLANTA EN CENTROS SOCIOSANITARIOS PRYTANIS CONCERTADO CON EL SERVEI CATALÀ DE LA SALUT.

Requisitos: ÁMBITO DE LA GERIATRÍA

DUE

vía InfoJobs.net: Empleo enfermer* el 27/05/10

La Cala De La Vila Joiosa (Alicante/Alacant)

Empresa: GRUPO BALLE SOL

Descripción: GRUPO BALLE SOL, líder en el sector de residencias geriátricas, selecciona DUEs para la nueva residencia en La Cala de La Vila Joiosa. Disponibilidad incorporación inmediata. Jornada parcial de 24 ...

Requisitos: -Diplomado en Enfermería. En caso de extranjeros, título homologado y permiso de trabajo para todas las actividades. - Disponibilidad de incorporación inmediata

DUE's Quirófano

vía InfoJobs.net: Empleo enfermer* el 27/05/10

Barcelona (Barcelona)

Empresa: CENTRO MEDICO TEKNON

Descripción: Centro Médico Teknon precisamos incorporar DUE's para: Responsabilizarse de la atención integral y cuidados del cliente en el área quirúrgica, antes, durante y después del acto quirúrgico, ...

Requisitos: Diplomatura en Enfermería Valorable postgrado en Quirófano

Enfermero/a Técnico

vía InfoJobs.net: Empleo enfermer* el 27/05/10

Alicante (Alicante/Alacant)

Empresa: Randstad Trabajo Temporal

Descripción: Se requiere un ayudante técnico que reporte al Jefe Regional de Operaciones y que realice las descargas de estudios clínicos de sueño y valoración de su idoneidad, así como el apoyo logístico en ...

Requisitos: Diplomatura en enfermería. Experiencia en puesto similar.

Enfermeros/as prestigioso hospital en Londres

vía InfoJobs.net: Empleo enfermer* el 27/05/10

Londres Y Alrededores (Madrid)

Empresa: CLR-Healthjob

Descripción: The National Hospital for Neurology and Neurosurgery in London provides the most comprehensive range of neuroscience clinical services throughout Europe. The NHNN is one of the top three centres ...

Requisitos: -Nivel de inglés MEDIO-ALTO -Experiencia MINIMA de 1 año -Motivación REAL por desarrollar y crecer profesionalmente en UK

ENFERMEROS/AS Centros Residenciales en Barcelona

vía InfoJobs.net: Empleo enfermer* el 26/05/10

Barcelona (Barcelona)

Empresa: Grupo SAR

Descripción: Grupo SAR, primera empresa nacional en Asistencia Integral a Personas Mayores, selecciona ENFERMEROS/As para sus Centros Residenciales para Mayores en BARCELONA REQUISITOS: - Diplomatura en ...

Requisitos: -DIPLOMATURA EN ENFERMERÍA EN ESPAÑA O TÍTULO HOMOLOGADO. - Experiencia en ámbito socio-sanitario, hospitalario. - Persona organizada, metódica, responsable, resolutive y con capacidad para trabajar en equipo. Permiso de trabajo a tiempo completo FUNCIONES PRINCIPALES: - Atención personalizada a los/las usuarios/as en cuidados de enfermería. OFRECEMOS: Incorporación Inmediata Adaptación horaria a disponibilidad de Candidato/a

ENFERMERO/A CC

vía InfoJobs.net: Empleo enfermer* el 26/05/10

Vilanova Y La Geltrú (Barcelona)

Empresa: MC Mutual

Descripción: Importante empresa del sector servicios precisa para su centro de Vilanova y la Geltrú: Enfermero/a Contingencias Comunes, se responsabilizará de: ofrecer soporte administrativo al médico/a, ...

Requisitos: - Diplomatura Enfermería. - Conocimientos ofimática. - Experiencia mínima de 2 años en puesto similar.

Personal enfermería con experiencia en seguros(Madrid)

vía Yakaz : Enfermer* el 26/05/10

Madrid 28 ...oferta de empleo de personal enfermería con experiencia en seguros en madrid startpeople busca en madrid (madrid): importante ...

BOLSA DE TRABAJO

DUE (enfermera) para temporada de verano

vía InfoJobs.net: Empleo enfermer* el 26/05/10
Granada (Madrid)

Empresa: Bologna Health Jobs

Descripción: Se oferta un puesto de empleo para 1 enfermera (DUE) para un parque acuático situado en la provincia de Granada que se encuentre colegiada. El trabajo es para la temporada de verano del 17 de ...

Requisitos: La enfermera debe de estar colegiada en cualquier colegio profesional de España. Será valorable que ya tenga experiencia en servicios de primeros auxilios.

DUEs Fines de semana/Festivos

vía InfoJobs.net: Empleo enfermer* el 26/05/10
Madrid (Madrid)

Empresa: PREVILABOR Grupo SIGESAL

Descripción: SIGESAL-Previlabor, empresa especializada en Prevención de Riesgos Laborales y Vigilancia de la Salud, con acreditación nacional como Servicio de Prevención Ajeno. SELECCIONA PARA UNO DE SUS ...

DUE Residencia de Mayores

vía InfoJobs.net: Empleo enfermer* el 26/05/10
León (León)

Empresa: CARE

Descripción: El grupo CARE requiere incorporar una enfermera en su Residencia de Mayores de León. Las funciones a desarrollar serán las siguientes: -Vigilar y atender a los residentes en función del ...

Requisitos: Diplomado universitario en enfermería

DUE

vía InfoJobs.net: Empleo enfermer* el 26/05/10
Ávila (Ávila)

Empresa: SOCIEDAD DE PREVENCIÓN DE FRATERNIDAD MUPRESA

Descripción: Sociedad de Prevención de Fraternidad Muprespa, S.L.U. selecciona un/a: DUE para su centro de trabajo de Ávila. Se ofrece: Contrato eventual de 2 meses aproximadamente. Jornada: De lunes a ...

Requisitos: - Diplomatura en Enfermería (DUE).

Enfermera (Teruel) - 21.000

vía Yakaz : Enfermer* el 25/05/10

Teruel 44 se precisa due, responsable y con capacidad para trabajar ...los usuarios en cuidados de enfermería de una residencia de ...

DUE para servicio médico durante parada industrial

vía InfoJobs.net: Empleo enfermer* el 25/05/10
Hospitalet De L'Infant (Tarragona)

Empresa: ADECCO MEDICAL & SCIENCE

Descripción: Medical & Science, línea especializada en la búsqueda y selección de perfiles de las áreas Sanitaria, Científica, Farmacéutica y Preventiva, selecciona enfermeros/as para realizar el servicio ...

Requisitos: Título oficial de Diplomado en Enfermería. Título de Enfermero/a homologado en España.

Enfermero/as

vía InfoJobs.net: Empleo enfermer* el 25/05/10
Madrid (Madrid)

Empresa: Residencias Asistidas - Grupo Los Nogales

Descripción: Los Nogales precisa incorporar varias/os Enfermeras/os en sus residencias, situadas en Madrid. Imprescindible el título de Diplomados/as en Enfermería Incorporación inmediata

Requisitos: - Diplomatura Universitaria en Enfermería - Incorporación inmediata

DUE TURNO NOCHE

vía InfoJobs.net: Empleo enfermer* el 25/05/10
Madrid (Madrid)

Empresa: GRUPO BALLE SOL

Descripción: GRUPO BALLE SOL, líder en el sector de residencias geriátricas, selecciona DUE para el turno de noche en una de sus residencias ubicada en Madrid. Horario: 21.30-07.30 (ABSTENERSE CANDIDATOS QUE ...

Requisitos: -Diplomado en Enfermería. En caso de extranjeros, título homologado y permiso de trabajo

DUE (Residencia Tercera Edad)

vía InfoJobs.net: Empleo enfermer* el 25/05/10
Zona Goierri /Zona Debagoiena (Guipúzcoa)

Empresa: GESTION SERVICIOS RESIDENCIALES

Descripción: Empresa dedicada a la actividad sociosanitaria y ubicada en la CAV y La Rioja que está teniendo un crecimiento muy importante. DUE en Residencia de Tercera edad realizando funciones de ...

Requisitos: Disponer de la titulación de enfermería. Persona Responsable y con motivación para comenzar en un proyecto joven en una empresa que está en crecimiento.

FRATERNIDAD MUPRESA PREVENCIÓN (Servicio de Prevención de riesgos laborales) busca D.U.E. para realizar actividades de vigilancia de la salud en una UNIDAD MOVIL de reconocimientos médicos
Fuente: Colegio Oficial de Diplomados en Enfermería de Madrid

CONSORCIO ARAGONES SANITARIO DE ALTA RESOLUCION

selecciona MATRON/AS para el Hospital de Alta Resolución del Pirineo, Ubicado en Jaca (Huesca)

(Leer más... |

Fuente: Consejo de Colegios Oficiales de Diplomados en Enfermería de Castilla y León

RESIDENCIA SANTA MARÍA DEL CAMINO, CARRIÓN DE LOS CONDES. PALENCIA

Desde la Residencia Santa María del Camino , centro privado concertado en Carrión de los Condes, ofertamos un puesto de trabajo para un/a enfermera/o.

Leer más... |

Fuente: Consejo de Colegios Oficiales de Diplomados en Enfermería de Castilla y León

SOCIEDAD DE PREVENCIÓN DE FRATERNIDAD, S.L.U. ÁVILA

OFERTA DE EMPLEO: ATS O DUE PARA ÁVILA, HORARIO DE MAÑANA

Leer más... |

Fuente: Consejo de Colegios Oficiales de Diplomados en Enfermería de Castilla y León

Enfermero/a Para Impartición de Curso

vía Ofertas de www.tutrabajo.org. el 14/06/10

Descripción:

ENFERMERO/A DOCENTE PARA LA IMPARTICIÓN DE CURSO DE AYUDA A DOMICILIO. EXPERIENCIA DOCENTE DE AL MENOS UN AÑO.

BOLSA DE TRABAJO

Enfermero/a Centro Residencial Mayores MÁLAGA

vía InfoJobs.net: Empleoenfermer* el 14/06/10

Benalmádena (Málaga)

Empresa: Grupo SAR

Descripción: Grupo SAR, primera empresa nacional en Asistencia Integral a Personas Mayores, selecciona ENFERMERO/A para Centro Residencial para Mayores en MÁLAGA, contrato 5h semanales REQUISITOS: - ...

Requisitos: -DIPLOMATURA EN ENFERMERÍA EN ESPAÑA O TÍTULO HOMOLOGADO. - Experiencia mínima de 2 años en ámbito socio-sanitario, hospitalario. - Persona organizada, metódica, responsable, resolutiva y con capacidad para trabajar en equipo. FUNCIONES PRINCIPALES: - Atención personalizada a los/las usuarios/as en cuidados de enfermería. 1h/ día

DUE

vía InfoJobs.net: Empleoenfermer* el 11/06/10

Aluche (Madrid)

Empresa: GRUPO BALLE SOL

Descripción: GRUPO BALLE SOL, líder en el sector de residencias geriátricas, selecciona DUE para el turno de tarde en su residencia de Aluche. Horario:14.30-21.30h Incorporación a plantilla

Requisitos: -Diplomado en Enfermería. En caso de extranjeros, título homologado y permiso de trabajo

D.U.E. de Empresa

vía InfoJobs.net: Empleoenfermer* el 11/06/10

Barcelona (Barcelona)

Empresa: El Corte Inglés - Hipercor - Cataluña

Descripción: El Corte Inglés selecciona un/a diplomado en enfermería con especialidad en ENFERMERÍA DEL TRABAJO, para incorporar al Servicio Médico de uno de sus centros en Barcelona capital. Se valorará ...

Requisitos: Diplomatura en Enfermería con especialidad en Enfermería del Trabajo. Disponibilidad para trabajar de lunes a sábados en turno de mañanas.

Due Madrid: Formación domiciliaria de pacientes.

vía InfoJobs.net: Empleoenfermer* el 10/06/10

Madrid Y Comunidades Limítrofes (Madrid)

Empresa: GRUPO EXPANSIS - Madrid

Descripción: Grupo Trebalia, para su división de Programas de Apoyo Sociosanitario a Pacientes, selecciona DIPLOMADOS/AS EN ENFERMERÍA para dar formación domiciliaria a pacientes. Se requiere capacidad de ...

Requisitos: - Diplomado Universitario en Enfermería y colegiado (se requerirá titulación). - Informática Conocimientos básicos. Se requiere disponer de ordenador propio y de conexión a Internet. - Carnet de conducir.

Enfermera/o

vía Ofertas de www.tutrabajo.org. el 10/06/10

Descripción:

Centro Hospitalario Benito Menni precisa DUE para cobertura de vacaciones en los meses de julio, agosto y septiembre. Horario rotativo en turnos de mañana y tarde.

Enfermero

vía InfoJobs.net: Empleoenfermer* el 10/06/10

Zaragoza (Zaragoza)

Empresa: emergencias del noroeste

Descripción: Enfermero para trabajar en UVI MOVIL para el transporte de pacientes criticos en la Comunidad de Aragon

Requisitos: Experiencia en el ambito de Urgencias.

Coordinadoras/es de enfermería (área quirúrgica)

vía Yakaz : Enfermer* el 8/06/10

Barcelona 08 ...incorporar : 2 coordinadoras/ es de enfermería : en dependencia de la ...del personal del área de enfermería. realizará un seguimiento de ...

Diplomados/as Enfermería

vía Yakaz : Enfermer* el 8/06/10

Mataró 08 ...de mataró, diplomados/as en enfermería. *funciones a desarrollar. propias del puesto *horario: de lunes a viernes de 14 a ...

DUE para sustitucion vacaciones Centro de día.

vía InfoJobs.net: Empleoenfermer* el 9/06/10

Parla (Madrid)

Empresa: MAPFRE QUAVITAE

Descripción: MAPFRE Quavita selecciona y contrata un Diplomado en Enfermería para Centro de día de Personas Mayores situado en Parla El puesto es para sustitución de vacaciones del 1 al 15 de Julio Horario ...

Requisitos: - Diplomatura en Enfermería - Título homologado (en el caso de extranjeros)

ENFERMERA

vía InfoJobs.net: Empleoenfermer* el 9/06/10

Madrid (Madrid)

Empresa: GRUPO COSMOS

Descripción: Importante clínica de estética situada en la zona de Nuñez de Balboa necesita incorporar una enfermera para turno de tarde. Incorporación inmediata.

Requisitos: -Titulación Enfermería. -Buena presencia y amabilidad. - Actitud comercial. -Orientación al paciente. -Incorporación inmediata.

Enfermero/a

vía InfoJobs.net: Empleoenfermer* el 9/06/10

León (León)

Empresa: Isolux Corsan

Descripción: CORSAN CORVIAM CONSTRUCCIÓN, empresa constructora, necesita contratar un Diplomado en Enfermería titulado y colegiado para ocuparse de la gestión de emergencias y colaborar en la implantación del ...

Requisitos: - Experiencia en ambulancias

Diplomado/a en enfermería

vía InfoJobs.net: Empleoenfermer* el 9/06/10

Sevilla (Sevilla)

Empresa: MC Prevencion

Descripción: MC PREVENCIÓN, Importante servicio de prevención ajeno de ámbito nacional , vinculado a MC MUTUAL y perteneciente a CORPORACIÓN MUTUA precisa incorporar en su centro de trabajo ubicado en Sevilla ...

Requisitos: Diplomatura en Enfermería. Experiencia en extracciones sanguíneas. Carné de conducir y vehículo propio. Disponibilidad de incorporación el día 1 de julio del 2010.

Diplomados/as enfermería para Francia

vía InfoJobs.net: Empleoenfermer* el 8/06/10

Madrid (Madrid)

Empresa: ADECCO MEDICAL & SCIENCE

Descripción: Adecco Medical & Science, consultora especializada en la selección de perfiles sanitarios, científicos y preventivos, selecciona para diversas clínicas ubicadas en diferentes provincias de ...

Requisitos: -Diplomado/a en enfermería. -Movilidad geográfica al extranjero. -En caso de candidaturas extranjeras homologación del título de enfermería y permiso de residencia y trabajo para la comunidad europea. -Nivel de frances medio-alto.

ACTOS CIENTÍFICOS

Congresos

XV CONGRESO DE CALIDAD ASISTENCIAL

-Almería, 16-19 de noviembre de 2010.
-Organiza: SADECA, Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial.
+Información: <http://www.sadeca.es/congreso/index.php>
Fuente: correo directo

I JORNADA DE ENFERMERÍA DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS DE CASTILLA Y LEÓN

-Ponferrada, 22 de octubre de 2010.
+Información: <http://www.semescyl.org/node/5056>
Fuente: Enfermería facultativa

I CONGRESO IBEROAMERICANO DE PSICOLOGÍA Y SALUD

-La Coruña, 7-9 de octubre de 2010.
<http://www.usc.es/suips/congreso.html>

XXXII CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA UROLÓGICA - ENFURO

-Málaga, 20-22 de octubre de 2010.
<http://www.enfuromalaga2010.com/>

IX JORNADAS ANDALUZAS SALUD INVESTIGA

-Cádiz, 20-22 de octubre de 2010.
<http://www.jornadasaludinvestiga.es/>

XXXV CONGRESO NACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA NEFROLÓGICA, SEDEN

-Granada, 20-23 de octubre de 2010.
<http://www.seden2010.com/modules.php?name=webstructure&idwebstructure=449&n=1264507600>

CONGRESO NACIONAL DE EDUCACIÓN TERAPÉUTICA EN DIABETES Y ENFERMEDADES CRÓNICAS

-Oviedo, 27-29 de octubre de 2010.
-Organiza: ENFEDEC, Enfermeras Expertas en Diabetes y Enfermedades Crónicas
<http://www.feaed.org/cursosycongresos/congreso2010/triptico.pdf>

CONGRESO NACIONAL DE EDUCACIÓN TERAPÉUTICA EN DIABETES Y ENFERMEDADES CRÓNICAS

-Oviedo, 27-29 de octubre de 2010.
-Organiza: ENFEDEC, Enfermeras Expertas en Diabetes y Enfermedades Crónicas
+Información:
<http://www.feaed.org/cursosycongresos/congreso2010/triptico.pdf>
Fuente: Rol

XII Coloquio panamericano de investigación en enfermería Florianópolis (Brasil) del 29 de agosto al 2 de septiembre de 2010

Información: Secretaría Ejecutiva: Océano Eventos.
Tel.: +55 48 33222-1021
Fax: +55 48 3222-3985
E-mail: faleconosco_coloquiopanamericano2010@ccs.ufsc.br

Congreso nacional de educación terapéutica en diabetes y enfermedades crónicas

Oviedo del 27 al 29 de octubre de 2010
Información: Viajes Hispania. Dpto. de Congresos.
Avda. Maisonnave 11, 7º. 03003 Alicante
Tel.: 965 22 83 93 - 965 22 98 88
E-mail: congresos@viajeshispania.es

XV Congreso nacional de enfermería hematológica

Tarragona del 14 al 16 de octubre de 2010
Información: Secretaría Técnica: ANEH. Párroco González Abato 6, Bajo D. 41013 Sevilla
Tel.: 954 12 52 77 - 690 66 87 16
Fax: 954 12 52 77
tarragona2010@aneh.es, secretaria@aneh.es

Congreso de la Asociación Mundial de Psiquiatría "Migración, salud mental y transcultural en el siglo XXI"

Barcelona del 30 de octubre al 1 de noviembre de 2010.
Información: secretaria técnicas: Reunions i Ciencia SL.
C/ Calàbria, 273-275, Entl. 1ª.08029 Barcelona.
Tel.: 93 410 86 46
Fax: 93 430 32 63
E-mail: wpa2010@reunionsciencia.es
Web: <http://www.reunionsciencia.es>

Primer Congreso Global de Salud Materno-Infantil

Barcelona del 22 al 26 de septiembre de 2010
Información:
Secretaría Científica: Matres Mundi. C/ Londres, 6, p.8 08029 Barcelona.
Tel: 93 419 00 15
Fax: 93 419 00 15
E-mail: barcelona2010@matres-mundi.org
Web: <http://www.globalcongress2010.com/>

XXIV Congreso nacional de la Asociación Española de Enfermería de Anestesia, Reanimación y Terapia del Dolor

Tenerife del 13 al 15 de octubre de 2010
Información: Secretaría Técnica: Eventia. C/ Gran Vía 81, 5º Dpto. 6. 48011 Bilbao
Tel.: 94 405 14 00 E-mail: aseedar2010@eventia.es

X Congreso Estatal de Infancia Maltratada. Construcción del Bienestar y Buenas Practicas en la Atención a la Infancia

Sevilla (Hotel Hesperia) del 4 al 6 de noviembre de 2010
Plazo de inscripción: Hasta el 15 de septiembre de 2010
Dirigido a: Todas aquellas personas, profesionales y organizaciones sociales interesadas en el buen trato a la infancia (políticos, trabajadores / as y educadores / as sociales, psicólogos / as, médicos, personal de enfermería, docentes, jueces, fiscales, abogados, cuerpos de seguridad, sociólogos, periodistas, miembros de ONGs...)
Descripción: Valoración de estado actual de los Derechos de la Infancia en España. Identificar necesidades actuales en los sectores implicados en la promoción del buen trato infantil y las buenas practicas en la atención a la infancia. Promocionar la participación infantil en todos los aspectos de la vida pública.
Información: (FAPMI) FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES PARA LA PREVENCIÓN DEL MALTRATO INFANTIL
Tel.: 957 49 76 79
stecnica.xcongreso@congresofapmi.es <http://www.congresofapmi.es/>

II Congreso nacional de Enfermería en Cirugía

Madrid (Palacio Municipal de Congresos)
del 9 al 11 Noviembre 2010
TFNO: 913 190 400
FAX 917 022 519
<http://www.cncirugia2010.com>

ACTOS CIENTÍFICOS

Cursos, becas y premios

XI Congreso Español de sexología

Santiago de Compostela del 30 de septiembre al 2 de octubre de 2010

Información: Comité Científico: Secretaría General de la FESS.

Plaza Cortes Leonesas, 9-6º Dcha. 24003 León

Tel: 987 26 15 62

E-mail: secretaria@fess.org.es

14th Research Congress of the Workgroup European Nurse Researchers, Older Persons: the future of care

Organizado por: Foundation European Nursing Congress

Lugar de celebración: Rotterdam

Fecha de inicio: 04-10-2010

Fecha de finalización: 07-10-2010

Más información: PO Box 16065 2301 GB Leiden

The Netherlands

Web: <http://www.rotterdam2010.eu>

Teléfono: 00 31 71 514 8203

E-mail: info@rotterdam2010.eu

MASTER DE METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN EN CIENCIAS DE LA SALUD. 2ª ed.

-Semipresencial, preinscripción hasta el 5 de septiembre de 2010.

-Organiza: Universidad de Huelva.

+Información: <http://www.uhu.es/mastermics/>

Fuente: correo directo

LAS NORMAS DE BUENA PRÁCTICA CLÍNICA: DE LA ÉTICA A LA TÉCNICA

-Pesencial y on-line, 27 de septiembre-25 de octubre de 2010.

-Organiza: Institut Borja de Biética (Universidad Ramon Llull)

+Información:

<http://www.ibbioetica.org/es/modules/tinycontent/index.php?id=51>

Fuente: correo directo

ATENCIÓN DOMICILIARIA AL PACIENTE TERMINAL: CUERPO Y MENTE.

Curso de Verano Universidad de Salamanca

-Piedrahita, Ávila, 3-4 de septiembre de 2010.

-Dirigido a: médicos, ATS, enfermería atención primaria y cualquier interesado en el tema.

Más información:

<http://212.128.129.103:666/servlet/Cext.Cext>

DRUGDEPENDENCIAS. Cursos de Verano de la Universidad de Murcia, Universidad Internacional del Mar

-Blanca, Murcia, 13-17 de septiembre de 2010.

-Dirigido a: Estudiantes de Medicina, Odontología, Farmacia, Biología, Bioquímica, Criminología, Derecho, Enfermería, Fisioterapia, Psicología. Médicos, Farmacéuticos, Psicólogos, Trabajadores sociales, Criminólogos, Abogados, Psiquiatras y personas interesadas en el tema.

Inscripción: Del 01/04/2010 al 06/09/2010

Duración: 30 horas.

Número máximo de alumnos: 100

Número mínimo de alumnos: 20

Créditos de libre configuración: 3

PRECIO PÚBLICO: 95

Más información:

<http://www.um.es/unimar/ficha-curso.php?estado=V&cc=50590>

ACTIVIDAD FÍSICA Y SALUD: ALGIAS VERTEBRALES Y ESCUELA DE ESPALDA

Fechas de realización: Del 15-09-2010 al 18-09-2010

Sede: CARTAGENA Lugar: CAJAMURCIA. C/Puertas de Murcia, 22

Inscripción: Del 01/04/2010 al 08/09/2010

Objetivos

Presentar desde un punto de vista interdisciplinar las frecuentes algias o dolores que asientan en la columna vertebral, así como los distintos modelos, actividades, fundamentos y técnicas aplicables en las "Escuelas de Espalda". Establecer las relaciones entre las Ciencias de la Salud (Medicina, Enfermería, Fisioterapia y Psicología) y las de la Actividad Física (Entrenamiento, Educación y Promoción) para prevenir y tratar las lumbalgias, dorsalgias y cervicalgias. Exponer las últimas evidencias científicas y utilidades de la Escuela de Espalda. Establecer las indicaciones y técnicas de la TERAPIA ACUÁTICA, musculación, estiramientos y cinesiterapia en el tratamiento de alteraciones músculo esqueléticas vinculadas al dolor vertebral.

Dirigido a Estudiantes, titulados universitarios y personas interesadas en el tema

Duración: 30 horas

Número máximo de alumnos: 80 Número mínimo de alumnos: 40

Créditos de libre configuración: 3

Precios

PRECIO PÚBLICO: 95

PRECIO PÚBLICO MAYORES DE 50 AÑOS: 47.5

Más información:

<http://www.um.es/unimar/ficha-curso.php?estado=V&cc=50610>

Diploma de Formación Superior en Metodología Cualitativa de Investigación Social en Salud. I Edición

Madrid de octubre de 2009 a mayo de 2010

Fecha de preinscripción: del 15 de julio al 15 de septiembre de 2009

Matrícula: del 1 al 30 de octubre de 2009.

Plazas limitadas.

Curso Intervención interdisciplinar en el programa de atención temprana de Aragón (Curso de verano universidad de zaragoza)

Jaca. Huesca (IES Domingo Mira) 2 y 3 de septiembre de 2010

Dirigido a: Los alumnos derivaran de las ramas de Educación, Ciencias de la Salud (especialmente Fisioterapia y Terapia Ocupacional), Medicina y Trabajo Social, ya que son las áreas de conocimiento que están directamente relacionadas con el campo de la Atención Temprana También podrán acceder aquellos profesionales que ejerzan su labor en relación directa o indirecta con el campo de la Atención Temprana.

Descripción: Dar a conocer a los futuros profesionales de la educación, el trabajo social, la terapia ocupacional, la fisioterapia, la medicina, etc...; la atención temprana como un campo específico de trabajo con niños de 0 a 6 años. Dar a conocer el funcionamiento de un CDIAT (centro de desarrollo infantil y atención temprana) y de su equipo. Profundizar en las diferentes técnicas de trabajo que se llevan a cabo dentro de un CDIAT. Concienciar de la importancia de la coordinación entre todos los profesionales que atienden a los niños, para favorecer el mejor desarrollo del mismo, implicando en ello a profesionales que ejercen en distintos campos. Exponer las habilidades y capacidades básicas necesarias para trabajar en el campo específico de

Cursos, becas y premios

la Atención Temprana, así como los conocimientos, procedimientos y actitudes necesarias de manera que el alumno que opte por esta opción pueda ir diseñando su propia estrategia de carrera profesional. Posibilitar al alumno el conocimiento "vivenciado" de un centro de Atención Temprana.

Información: CURSOS EXTRAORDINARIOS DE VERANO DE LA UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA

Edificio Interfacultades, 3ª planta. C/ Pedro Cerbuna, 12. 50009 ZARAGOZA

Tels.: 976 76 10 47 (directo) / 97 676 10 00 (extensión 3586)

Fax: 976 762 050

cex@unizar.es - resijaca@unizar.es

<http://moncayo.unizar.es/cv/cursosdeverano.nsf>

Especialista en terapias acuáticas

Valencia (Piscina caxton college sports center de puzol. Centro formamed) del 3 de septiembre de 2010 al 23 de enero de 2011
Plazo de inscripción: hasta el 1 de Septiembre de 2010

Dirigido a: fisioterapeutas, licenciados en ccafd, terapeutas ocupacionales

Descripción: Aplicar el Programa de los 10 puntos en actividades terapéuticas en pacientes ortopédicos, neurológicos o reumáticos. Reconocer el problema de equilibrio en personas sanas y discapacitados. Manejar personas en el agua eficazmente. Utilizar las técnicas de tratamiento del Sistema de Terapia Acuática Específica

Información: FORMAMED VALENCIA.

Tel: 609 34 51 69 info.formamed@gmail.com <http://www.formamed.es/>

PREMIOS DE INVESTIGACIÓN TEAM, Terapia Endovascular & Miocárdica

-Plazo de presentación: 1 de septiembre de 2010.

-Objeto: fomentar aquellas actividades de investigación, docentes o asistenciales, técnicas o estrategias diagnósticas o terapéuticas relacionadas con la hemodinámica y cardiología intervencionista, que redunden en un mejor diagnóstico o tratamiento por medios endovasculares de los pacientes con enfermedades cardiovasculares.

-Dirigidos a: se concederán dos premios: uno a trabajos de investigación médicos y otro a trabajos de investigación de enfermería.

Mas informacion: <http://www.teamgrupo.es/bases.asp>

III PREMIO "ELENA ESCANERO GELLA" DE INVESTIGACIÓN EN CIENCIAS DE LA SALUD

-Plazo de presentación: 15 de septiembre de 2010.

-Objeto: incentivar la investigación de calidad en el ámbito de los cuidados de salud, con especial referencia a los jóvenes comprometidos con la innovación y la generación de conocimiento solidario.

-Convoca: Fundación Index y la Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud de la Universidad de Zaragoza.

Mas informacion: <http://www.index-f.com/escanero.php>

V PREMIO BETADINE DE ENFERMERÍA 2010

-Plazo de presentación: 30 de septiembre de 2010.

http://www.ulceras.net/novedades/2_Anuncio-Premio%20Betadine%202010.pdf

XVII PREMIO ÁMBITO DE LAS PERSONAS MAYORES

-Plazo de presentación: 30 de septiembre de 2010.

-Convoca: Fundació Agrupació Muútua

-Objeto: premiar un proyecto de investigación de base científica en el ámbito de la gente mayor en diferentes ámbitos: enfermedades o deterioros de especial incidencia en la vejez, alimentación y dietética, actividad física, hábitat y otros equivalentes.
http://fundacio.agrupaciomutua.es/ES/pdf/bases/Convocatoria_premio_Personas_Mayores_%202010.pdf

XIV PREMIO ÁMBITO INFANCIA

-Plazo de presentación: 30 de septiembre de 2010.

-Convoca: Fundació Agrupació Muútua

-Objeto: premiar un proyecto de investigación de base científica en el ámbito de la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y accidentes en el ámbito de la infancia
http://fundacio.agrupaciomutua.es/ES/pdf/bases/Convocatoria_premio_Infancia_2010.pdf

III PREMIO ÁMBITO DE LA DISCAPACIDAD

-Plazo de presentación: 30 de septiembre de 2010.

-Convoca: Fundació Agrupació Muútua

-Objeto: premiar un proyecto de investigación de base científica con el objetivo de favorecer y promocionar la autonomía de las personas que presenten una discapacidad o un trastorno mental severo a partir de proyectos dirigidos a promover su inclusión social y laboral.

http://fundacio.agrupaciomutua.es/ES/pdf/bases/Convocatoria_premio_Discapacitados_2010.pdf

II Premio ISEP de Investigación en Psicología

Barcelona (Instituto Superior de Estudios Psicológicos)

3 de septiembre de 2010

Plazo de inscripción:

La fecha máxima de presentación es el 3 de septiembre de 2010.

Fallo del jurado: La Comisión comunicará los trabajos premiados el día 28 de septiembre de 2010. La decisión de la Comisión será inapelable.

Descripción: finalidad de reconocer la labor de todos aquellos alumnos de último curso o recién licenciados que han orientado su practicum a la investigación. Además de este reconocimiento, el ISEP también pretende fomentar la difusión, el estudio y los avances en nuevas áreas específicas, y en estrategias de evaluación y/o de intervención propias de la disciplina.

Participantes: Alumnos de último curso o licenciados en Psicología máximo en el año académico 2007-2008.

Dotación:

· 1er premio: 1.500 + un año de formación en el ISEP

· 2do premio: 750 + un año de formación en el ISEP

· 3er premio: un año de formación en el ISEP

Información: INSTITUTO SUPERIOR DE ESTUDIOS PSICOLÓGICOS.

Comisión Premio ISEP de Investigación en Psicología.

C/ Berlín, 9, bajos. 08014 BARCELONA

Tel. 93 487 77 77

premioinvestigacion@isep.es

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

V Certamen nacional de enfermería Raquel Recuero Díaz

Talavera de la Reina (Toledo) 20 de septiembre de 2010
Fecha límite envío trabajos: 31 de mayo
Información: Fabula Congress S.L. C/ Las Naves 13, 3º 2. 28005 Madrid
Tel./fax: 91 473 50 42
E-mail: certamenenfermeriarrdv@gecoe.es
Web: www.gecoe.es

IV Certamen científico de enfermería Castilla y León

Valladolid hasta las 18.00 horas del 15 de septiembre
Dotación: 4.000 el primer premio y 1.000 cada uno los dos accésit
Fecha límite de envío de proyectos: las 18.00 horas del 15 de septiembre
Información: Consejo de Colegios Profesionales de Castilla y León.
C/ Santiago 25, 5º A. 47001 Valladolid
Web: www.enfermeriacyl.com

Premios Metas de Enfermería 2010

hasta el 30 de septiembre
Dotación: 6.000 euros
Fecha límite de envío de proyectos: 30 de septiembre
Bases:
- Pueden optar a este premio todos los profesionales enfermeros (españoles y extranjeros), a excepción de los miembros que componen el jurado.
- La participación puede ser a título individual o colectivamente.
- Los trabajos, que deberán ser inéditos y escritos en lengua castellana, podrán versar sobre cualquier área de conocimientos de la enfermería. Se presentarán de forma anónima o bajo seudónimo, incluyendo en el envío un sobre cerrado donde constarán los datos de la/s persona/s autoras (nombre y apellidos, domicilio completo actual, centro y puesto de trabajo y teléfono/s de contacto); como única referencia externa, el sobre podrá llevar, en su caso, el seudónimo elegido para personalizar el trabajo.
- Los premios se fallarán por un jurado compuesto de siete miembros, de los cuales, cinco deberán pertenecer a los Comités de Dirección, Asesor y Científico de Metas de Enfermería y dos serán delegados por el Consejo de Administración de DAE (Difusión Avances de Enfermería).
- El fallo del jurado se hará público a través de la revista Metas de Enfermería en el mes de diciembre de 2009. Metas de Enfermería se reserva el derecho a difundir mediante algún otro tipo de actividad los premios otorgados.
- El fallo del jurado será inapelable, pudiendo dejar desierto el premio convocado si, a su juicio, los trabajos presentados no reúnen la calidad científica para merecerlo.
- Los trabajos enviados al presente premio pasarán a ser propiedad de Metas de Enfermería, la cual se reserva el derecho a publicar el trabajo galardonado, así como los trabajos presentados al concurso que reúnan los requisitos para ello, citando siempre la autoría, e informando previamente a los autores/as de las posibles modificaciones que pudieran, en su caso, ser necesarias.
- La presentación de los trabajos a concurso implica la aceptación de las presentes bases.
(ver bases en www.enfermeria21.com)

X Premio "Vida y Salud de Relatos"

Alicante del 9 abril al 3 septiembre 2010
Información.: ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERIA. APDO DE CORREOS, 99 E-03080 ALICANTE
TFNO:96 -5903518
Email: vidaysaludnarrativa@yahoo.es
Premio Nobecutan de Enfermería 2010
del 1 de abril al 15 de septiembre de 2010
Fecha límite de recepción de trabajos: 15 de septiembre
Dotación: 1er Premio 3.000 euros / 2º Premio 2.000 euros
Más información: Revista Rol de Enfermería.
C/ Sepulveda, 45-47. Esc. B, entlo.2ª 08015 - Barcelona
Web: <http://www.e-rol.es>
E-mail: maria_aguilera_rubio@yahoo.es

Premio en el Ámbito de la discapacidad 2010

Barcelona hasta el 30 de septiembre de 2010
Plazo de inscripción: hasta el 30 de septiembre de 2010.
Fallo del jurado: La decisión del jurado, que será inapelable, se dará a conocer en el transcurso del mes de noviembre del 2010
Descripción: La finalidad de esta convocatoria es premiar un proyecto de investigación de base científica que se quiera llevar a cabo con el objetivo de favorecer y promocionar la autonomía de las personas que presentan una discapacidad o un trastorno mental severo a partir de proyectos dirigidos a promover su inclusión social y laboral.
- Participantes: Podrán optar al premio todos los profesionales titulados, bien de forma individual o en equipo, así como las personas jurídicas, públicas o privadas, que desarrollen su actividad dentro del ámbito del estado español.
- Dotación: 15.000 euros.
Información: FUNDACIÓ AGRUPACIÓ MÚTUA Pau Claris, 102 5è 2a 08009 BARCELONA
Tel. 93 482 67 01 - Fax. 93 482 67 00
fundacio@agrupaciomutua.es
<http://www.fundacioagrupacio.es>

XVI Certamen Nacional de Enfermería Ciudad de Sevilla

Organizado por: Colegio de Enfermería de Sevilla
Fecha de inicio: 01-04-2010
Fecha de finalización: 31-10-2010
Plazo de entrega: 31-10-2010
Dotación: Primer premio: 3.600 euros
Segundo premio: 1.800 euros
Tercer premio: 1.200 euros
Accésit Enfermería Joven: 1.000 euros
Más información: Colegio de Enfermería de Sevilla
Avda. Ramón y Cajal, 20-acc., 41005 Sevilla
Web: <http://www.colegioenfermeriasevilla.es>
Teléfono: 954 933 800
Fax: 954 933 803
E-mail: Colegio@icoe.es

ENLACES INTERNET

www.nursingworld.org/about/	www.enfermeriaencardiologia.com/revista/
http://www.cna-nurses.ca/cna/	www.um.es/eglobal/
www.aamatronas.org/	www.oiiq.org/publications/periodiques.asp
www.matronas-cv.org/	www.medspain.com
www.serie.es	freemedicaljournals.com
www.aeev.net	www.icn.ch
www.aep.es	www.who.int
www.enfermeriadeurgencias.com	www.internationalmidwives.org
www.seden.org	www.ocenf.org
www.gneaupp.org	www.msc.es
www.enfermeriacomunitaria.org	www.hon.ch/HONmedia
http://www.enfersalud.com/	www.mic.ki.se/Mediaimages.html
http://www.enfermeria21.com/	www.caribjsci.org/epub1/temario.htm
www.fisterra.com/recursos_web/enfermeria/entrada.htm	www.infodoctor.org/bandolera
http://www.guiadeenfermeria.com	www.index-f.com/evidencia.htm
www.hon.ch/MedHunt	www.seei.es/web-socios/ebe/index.html
www.lib.uiowa.edu/hardin/md	www.infermeriactiva.org
www.doc6.es/index	http://www.elsevier.es
www.isciii.es/investen	www.seei.es
www.bireme.br/bvs/E/ebd.htm	http://www.medicinatv.com/
www.ncbi.nlm.nih.gov/Pubmed	http://medinfo.ufl.edu/
www.scu.edu.au/schools/nhcp/aejne/	www.webgenericos.com/paciente/idiomas/default.asp
www.enfermeriacomunitaria.org/boletin/BEC.html	www.alar-dxi.org
www.cfnavarra.es/salud/publicaciones/ESPEJO/SUMARIO.HTM	

ENLACES INTERNET

Otras Asociaciones de Enfermería

Asociación Andaluza de Enfermería Radiológica
www.digprint.com/falcarri/aaer.index.html

Asociación Española de Enfermería Docente
E-mail: aced@anit.es

Asociación de Enfermería Comunitaria
www.enfermeriacomunitaria.org

Sociedad Española de Enfermería experta en estomatoterapia
www.estomatoterapia.com

Varios sobre enfermería y sus asociaciones
www.enfermeria.com

Otros Portales

Red de Enfermería
www.redenfermeria.com

Hardin Med
www.lib.uiowa.edu/hardin/md

Busqueda

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

Bdie
bdie.isciii.es/buscador_BDIE.htm

Revistas electrónicas de acceso libre y texto completo

Enfermería Integral
www.enfervalencia.org/ei/

Nurse-Beat
www.nurse-beat.com/

Online Journal of Nursing Informatics
cac.psu.edu/~dxm12/OJNI.html

Otros Organismos

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

Imágenes Médicas

Bristol Biomed Image Archive:
www.bris.bio.ac.uk

Enfermería TV
www.enfermeria.tv

Diccionarios y glosarios.

Multilingual Glossary of technical and popular medical terms in nine European Languages
allserv.rug.ac.be/~rvdstich/eugloss/welcome.html

List and Glossary of medical terms: Spanish
allserv.rug.ac.be/~rvdstich/eugloss/ES/lijst.html

Investen: Lista de discusión sobre investigación en enfermería
www.redirs.es/list/info/investen.es.html

Otras direcciones de interés

Revista Metas de Enfermería
www.metas.org

Revista Rol
www.readysoft.es/rol

Revista Hiades
www.arrakis.es/~hiades

Enfermería Clínica, Enfermería Intensiva o Gerokomos
www.doyma.es

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

Imágenes radiológicas.
www.med.ufl.edu/medinfo/rademo/ltfaorta.html

Tomografía Computerizada
www.xtec.es/~xvila

Historia de la Enfermería Española
www.hcabuenes.es/enfermeria/paginae.htm

Radiaciones Ionizantes
www.alar-dxi.org

INFORMACIÓN PARA LOS AUTORES

INFORMACIÓN PARA LOS AUTORES

La RSEER (Revista de la Sociedad Española de Enfermería Radiológica) es el portavoz oficial de la Sociedad Española de Enfermería Radiológica.

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

PRESENTACIÓN DEL MANUSCRITO

Estructura

1. Artículos Originales.

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

2. Cartas al Director.

La extensión máxima será de 600 palabras.

3. Imágenes de interés.

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

4. Formación Continuada, Informes y Editoriales.

Son encargadas directamente por Comité Editorial.

Artículos Originales

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

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

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

En esta misma página se indicarán de 3 a 5 palabras clave (keywords) que identifiquen el trabajo. A continuación seguirán las hojas con el texto del artículo y la bibliografía.

3. Seguidamente se incluirán las tablas ordenadas correlativamente.

4. Por último se incluirán las gráficas y las imágenes con una resolución de 300 puntos por pulgada, de 10 a 12 cm de ancho y preferiblemente en formato TIF, con los correspondientes pies explicativos. Las imágenes

serán de buena calidad y deben contribuir a una mejor comprensión del texto. La edición de imágenes en color tendrán un coste adicional a cargo de los autores.

Bibliografía

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

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

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

Remisión de trabajos

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

jcordero@enfermeriaradiologica.org

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

Sociedad Española de Enfermería Radiológica
Redactor Jefe de la Revista de la SEER
C/ Pujades, 350 08019 Barcelona

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

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

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

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

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

SOLICITUD DE INGRESO

(No escribir)

Apellidos o Empresa/Entidad Protectora (1-ver dorso)

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

NIF

Domicilio (calle/plaza/avenida, número, escalera y piso)

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

Teléfono

Población

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

Código Postal

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

Móvil

Colegio Oficial de (Profesión)

Población

Número Colegiado

e-mail (escribir en mayúsculas)

Lugar de trabajo

Demanda:

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

☐

Expone:

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

Comunica:

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

Solicita:

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

Nombre entidad bancaria

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

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

Firma (y sello en caso de Empresas)

Fecha solicitud



1. Entidades o Empresas protectoras

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

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

2. Clases de miembros

- A. Miembro Numerario:** Diplomado de Enfermería/ATS que desarrolla su actividad profesional en el campo de Radiodiagnóstico (DxI, Intervencionista, etc.), Medicina Nuclear o Radioterapia.
- B. Miembro Asociado:** Personas que desarrollen su actividad profesional en el campo de la Enfermería y/o Ciencias afines. Se requiere presentar la solicitud avalada por dos miembros numerarios.
- C. Miembro Agregado:** Estudiantes Universitarios que no estén desarrollando actividad profesional. Se requiere presentar la solicitud avalada por dos miembros numerarios.
- D. Miembro Protector:** Personas Físicas o Jurídicas, públicas o privadas, que colaboren en el sostenimiento y desarrollo económico de la Sociedad.

(Rellenar solamente en caso de Miembros Asociados y Agregados)

Avalado por:

Nombre y Apellidos

Firma:

Nombre y Apellidos

Firma: