

REVISTA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA RADIOLÓGICA

RSEER

Órgano Oficial de la Sociedad Española de
Enfermería Radiológica

Alcoi, 21 08022 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
Alcoi, 21 08022 Barcelona
seer@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: Joan Pons Camprubí
Vicepresidente: Jaume Roca Sarsanedas
Secretario: Antonio Hernández Martínez
Tesorera: Laura Pla Olivé

Vocales Asociaciones Autonómicas:

Aragón: Gema López-Menchero Mínguez
Castilla León: Clemente Álvarez Carballo
Valencia: Luis Garnés Fajardo
Navarra: Maite Esporrín Las Heras
Cataluña: M^a Antonia Gómez Martín
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@teleline.es



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., 2007; nº3

89	Editorial
90	Artículos originales Defecografía por RM. Cuidados enfermeros y conceptos básicos. <i>Lluesma Vidal, Marta et al.</i>
94	Artículos originales Cuidados de enfermería en el tratamiento de tumores neuroendocrinos con ¹³¹ I-MIBG. <i>R. Díaz et al.</i>
100	Imágenes de interés Malrotación intestinal. <i>Méndez V et al.</i>
101	Crónica de Actualidad
107	Noticias RSEER
117	Actos científicos
118	Enlaces Internet
120	Información para los autores
121	Solicitud de ingreso

EDITORIAL

COMITÉ EDITORIAL

REVISTA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA RADIOLÓGICA

Alcoi, 21 08022 Barcelona
Teléfono 93 253 09 83
Fax 93 212 47 74
www.enfermeriaradiologica.org

Redactor Jefe:

José A. Cordero Ramajo

Comité Asesor:

D. Joan Pons Camprubí
D. Jaume Roca Sarsanedas
D. Jordi Fernández López
Dña. Maite Esporrín Las Heras
Dña. Inma Montero Monterroso

Comité Editorial:

Jesús Díaz Pérez (Palencia)
F. Javier González Blanco (Salamanca)
Isabel Martín Bravo (Vigo)
Ana Labanda Gonzalo (Madrid)
Miguel Angel Ansón Manso (Zaragoza)
José Antonio López Calahorra (Zaragoza)
Jorge Casaña Mohedo (Valencia)
Carmen María Bento Rodríguez (Vigo)
María Isabel Garzón Mondejar (Madrid)
Hipólita Hernández Mocha (Valencia)
M. Asunción Azcona Asurmendi (Navarra)
M^a Angeles Betelu Oronoz (Navarra)



A la hora de abrir este número veréis que es el último del año. Y es que llegando a las postrimerías del año en curso es hora de hacer balance. ¿Quién en su vida personal y/o profesional no hace balance de lo que ha hecho, lo que no y lo que seguro que empieza a hacer a partir del día 1 de enero? Pues en la Sociedad no somos ajenos a este comportamiento social y hacemos balance.

Este año ha sido duro a nivel editorial porque los artículos originales y demás posibles publicaciones que han llegado a la redacción han sido a cuenta-gotas. En muchas ocasiones he sentido la necesidad de tirar la toalla, pero creo que el camino recorrido hasta ahora, a parte de ser arduo y farragoso, ha sido también fructífero y lleno de satisfacción y si hubiera optado por esta decisión, lo que hemos conseguido hasta ahora no hubiera servido de nada. Por tanto, aquí seguimos al pie del cañón. Pero mientras vosotros, los profesionales, no enviéis trabajos para publicar, esto no tirará adelante. A lo largo del año, en las diferentes editoriales, os he ido recordando esta necesidad. Pensar que en los momentos actuales nuestra posición a nivel profesional es, cuanto menos, difícil por diversos motivos que todos conocemos y que en mayor o menor medida nos afectan a todos. Pensar que la Sociedad, y su revista, son herramientas fundamentales en nuestra existencia como profesión y es esta representación la que ha de defender nuestros puestos delante de gerentes y jefes de servicio. Hemos de demostrarle que somos imprescindibles en la labor diaria de un servicio de diagnóstico por la imagen o de radioterapia. Y que mejor que vean que nuestros conocimientos los desarrollamos mediante artículos originales a través de un foro científico como es la revista de la SEER.

A pesar de que supone un esfuerzo extra, la satisfacción de ver un trabajo original publicado en una revista científica como la nuestra, de reconocida valía mediante su inclusión en diversas universidades, como la de Salamanca, o en bases de datos, como en CUIDEN, merece la recompensa a ese esfuerzo. Hemos de ser nosotros los que mantengamos a flote esta nave. Nadie nos va a salvar. Y, como he dicho anteriormente, la principal herramienta es la de publicar trabajos para que todo el mundo vea que hacemos cosas, y que además las hacemos muy bien.

Y, como no, la Sociedad no para. No sería de recibo exigirnos a vosotros un esfuerzo extra y que la Sociedad no trabajara por y para vosotros. A todos los niveles estamos en contacto con organismos oficiales para ver cual es la evolución de nuestra profesión en las ansiadas especialidades de enfermería. Y, por supuesto, seguimos trabajando en la organización de Jornadas de Formación Continuada y Congresos.

El enorme esfuerzo que nuestros compañeros de Córdoba están realizando en la organización del que será XIII congreso de la SEER, y que se celebrará los días 4 a 6 de junio de 2008 en dicha ciudad, se refleja en los buenos resultados obtenidos hasta el momento. Estoy convencido que será, de nuevo, un éxito. Y este éxito se refrendará con vuestra participación mediante comunicaciones orales y pósters.

No quisiera terminar esta editorial sin desearos que paseis unas felices fiestas navideñas en compañía de vuestros seres queridos y que el próximo año 2008 sea fructífero en todos los deseos que tengáis.

Jose A. Cordero Ramajo
Redactor Jefe de la RSEER

ARTÍCULOS ORIGINALES

Defecografía por RM. Cuidados enfermeros y conceptos básicos.

Lluesma Vidal, Marta. Bosque Hernández, Joaquin. Carmona Moreno, Alicia. Ruiz Gómez, Noelia.
Hospital Universitario "La Fe" de Valencia. Unidad de Resonancia Magnética. ERESA.

Objetivos

Presentar los conceptos básicos en cuanto a anatomía radiológica, indicaciones y realización de la defecografía por RM. Describir los cuidados y actuaciones de enfermería necesarios en esta exploración.

Material

- RM 1,5 Teslas SIEMENS AVANTO.
- Sonda vesical
- sonda rectal
- jeringas de 50 ml
- gel ecográfico (2-3 botes)
- vaselina o lubricante
- pañales y empapadores

Métodos

Presentamos nuestra experiencia en la realización de la defecografía por RM desde abril del 2001 hasta mayo del 2006, habiéndose practicado 26 exploraciones, excepto un paciente todas eran de sexo femenino con edades comprendidas entre los 37 y 78 años; con antecedentes de multiparidad y/ cirugía ginecológica.

Resultados

Se obtienen estudios de alta calidad, adecuadamente diagnósticos en la mayoría de las pacientes, excepto claustrofóbicos o muy poco colaboradores, en un tiempo inferior a 60 minutos.

La mayor ventaja de la técnica estriba en la valoración dinámica del suelo pélvico, al mismo tiempo que se observan con nitidez las estructuras anatómicas pélvicas y sus relaciones.

Es muy útil para planificar un tipo de cirugía compleja que requiere de la participación de proctólogos, ginecólogos, urólogos. Como inconvenientes figuran: exploración prolongada, coste elevado, y el hecho de que al realizarse en decúbito supino no se reproduce la postura anatómica de la defecación. La labor de enfermería es fundamental para conseguir la total colaboración del paciente así como imágenes de alta calidad.

Palabras clave: defecografía por RM, cuidados de enfermería.

Recibido: 20-10-07
Aceptado: 3-11-07

Objectives

To present the basic concepts related to radiological anatomy, indications and performance of defecography by MR. To describe the nursing care and assistance required in this examination.

Material

- 1.5 T SIEMENS AVANTO MR scanner
- Vesical probe
- Rectal probe
- 50 ml syringes
- Ultrasound gel (2-3 bottles)
- Vaseline or lubricant
- Nappies and moisture pads

Methods

We present our experience in 26 patients subjected to MR defecography from April 2001 to May, 2006. All patients except one were female, ranging from 37 to 78 years of age, with a clinical history, in most cases, of multiple childbirths and gynaecological surgery.

Results

Good quality, diagnostic studies are obtained in all non-claustrophobic, collaborative patients in less than 60 minutes.

The technique's greatest advantage is that it provides both anatomic and dynamic information about pelvic floor function not attainable by other imaging techniques.

It is very useful for planning complex surgery requiring the involvement of proctologists, gynaecologists and urologists. Its disadvantages include: lengthy examination, high cost and the fact that the patient is in the supine position, and therefore not reproducing the physiologic bowel evacuation posture. The nurse's work is essential to obtain the patient's full collaboration and high-quality images.

Key Words: MR defecography, nursing care.

Discusión:

En el momento en que el personal administrativo da la cita les explica que deben colocarse un enema de limpieza la noche anterior y otro por la mañana el mismo día de la prueba para poder realizar correctamente la exploración. Al llegar al servicio de RM las pacientes son recibidas por el personal administrativo que les entrega la hoja de consentimiento informado. Posteriormente son atendidas por el personal de enfermería que realiza una valoración general de la paciente mediante un cuestionario general común a todo tipo de pruebas y otro específico para la defecografía con el fin de conocer el nº de partos, si éstos fueron vaginales o no, si se realizó episiotomía, si padece estreñimiento y demás antecedentes de interés.

La exploración se divide en dos partes:

1. FASE CISTOGRAFICA en la cual adquirimos imágenes con la vejiga llena y el recto vacío,
2. FASE COLPO-PROCTOGRAFICA que consiste en la adquisición de imágenes con la vejiga vacía y el recto lleno de gel ecográfico que es introducido por una sonda rectal; si el paciente es una mujer se marca también la vagina mediante la colocación de la sonda vesical e introducción de gel ecográfico.

La labor de enfermería consiste tanto en la explicación de los diferentes movimientos que debe realizar el paciente durante la adquisición de las imágenes (maniobras de valsalva, retención y expulsión del gel ecográfico que simulan los movimientos en la defecación), como en realizar la propia exploración y preparar al paciente (sondajes, colocación de gel ecográfico). Primero adquirimos imágenes para evaluar el suelo pélvico con relleno de vejiga (fase cistográfica) posteriormente se para la exploración, se le pide a la paciente que vaya a orinar y se procede al relleno rectal mediante sondaje y se marca la vagina para su correcta localización (fase colpo-proctográfica). Se evalúan la función y motilidad del suelo pélvico, antes de proceder a la obtención de imágenes dinámicas de la expulsión del gel (fase defecatoria).

Cuidados de enfermería a la paciente en la defecografía por RM:

Lo primero es explicar y entrenar a la paciente en términos que puede comprender según su nivel socio-cultural (que será valorado durante la anamnesis) en qué consiste la prueba que se le va a realizar y las maniobras que debe realizar: valsalva, retención del contraste y expulsión total del mismo.

QUE DEBE SABER LA PACIENTE SOBRE LA EXPLORACIÓN:

La prueba que se le va a realizar no es invasiva ni dolorosa, tan sólo un poco molesta por lo que respecta a los sondajes: vaginal con sonda urológica y rectal. La cantidad de gel ecográfico que se le va a introducir en el recto es de 2 a 3 botes y una vez introducido la sonda es retirada; En la vagina tan solo una pequeña cantidad para marcarla. Es fundamental explicarle las maniobras que debe realizar (valsalva, retención y expulsión del gel) y cuando las debe realizar, el personal de enfermería una vez se inicie la exploración se lo iremos indicando a través de los auriculares. Debido a que la adquisición de imágenes por RM es muy sensible al movimiento se debe insistir en la importancia de que la respiración sea suave y que mientras realiza las distintas maniobras solo contraiga los músculos, no debe moverse.

Esta técnica requiere la total colaboración de la paciente para evitar artefactos de movimiento incluidos los respiratorios y para la realización correcta de las distintas maniobras, y dicha colaboración depende directamente de la labor de enfermería que no solo realiza las técnicas si no que debe reducir la ansiedad de la paciente y hacerla sentir cómoda.

Valoración del suelo pélvico

El suelo pélvico es el conjunto de músculos y aponeurosis que cierran la parte inferior del abdomen, comportándose como una hamaca flexible de apoyo para la vejiga, el aparato genital interno y el recto. Tiene por límites un marco osteofibroso de forma romboidal, constituido en su parte anterior por el borde inferior de la sínfisis del pubis y por las ramas isquiopubianas; y a nivel posterior, por el vértice del coxis y los ligamentos sacrociáticos mayores.

¿Cuáles son las causas que debilitan el suelo pélvico?

Embarazo: El peso creciente del útero durante el embarazo, los cambios hormonales y la dilatación que se produce durante el parto, son las causas fundamentales de debilitación de la musculatura pélvica. Mujeres de pelvis estrecha, partos múltiples, desgarros vaginales o recién nacido de alto peso, son factores que agravan o condicionan la aparición.

Parto: al pasar el bebé a través de la vagina.

Posparto: ejercitar precozmente abdominales o realizar saltos, practicar deportes o llevar pesos.

Deportes: en especial los de "saltos" y de "impacto" que aumentan la presión intraabdominal.

Menopausia: por los cambios hormonales, ya que provocan pérdidas de flexibilidad y atrofia e hipotonía.

Herencia: dos de cada diez mujeres tienen debilidad innata en los músculos del suelo pélvico.

Hábitos cotidianos: retener la orina, vestir prendas muy ajustadas, practicar canto, tocar instrumentos de viento.

Otras causas: obesidad, estreñimiento, tos crónica, estrés y otras.

En los hombres: la causa más frecuente es una hipertrofia prostática que presiona sobre la uretra y la vejiga, y no tanto el debilitamiento del suelo pélvico.

Patología más frecuente del suelo pélvico

Prolapso genital: el suelo pélvico sufre una pérdida de tensión y provoca el prolapso de los órganos pélvico hacia el exterior.

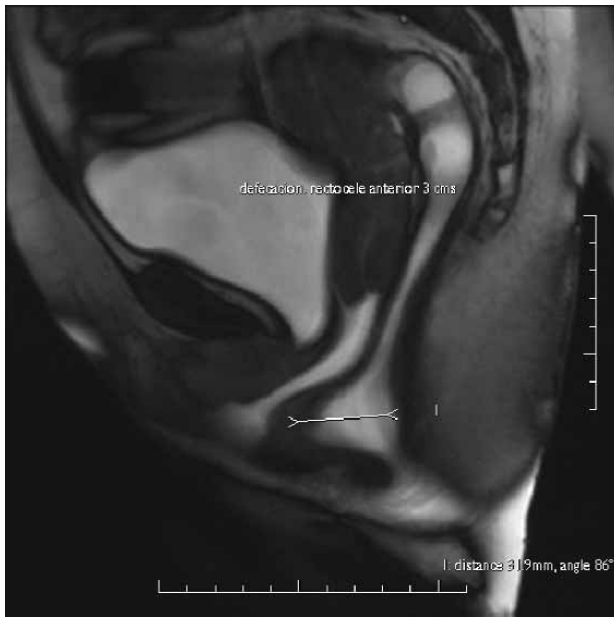
- Prolapso uterino: es el descenso del útero de su posición habitual; casi nunca es aislado y suele ir acompañado de cistocele y rectocele.
- Cistocele: protusión de la pared anterior de la vagina debido al descenso de la vejiga.
- Rectocele: descenso de la pared anterior del recto.
- Enterocelo: el descenso de peritoneo e intestino a través del fondo de saco vaginal posterior hacia la vagina.

Incontinencia urinaria: pérdida involuntaria de orina que se puede demostrar de forma objetiva y que constituye un problema social e higiénico. La más frecuente en la mujer es la de esfuerzo seguida de la de urgencia y la mixta. El número de partos vaginales, el peso del recién nacido y el tipo de parto tienen influencia en la génesis de la incontinencia, especialmente en la de esfuerzo o estrés. Los tipos de incontinencia son:

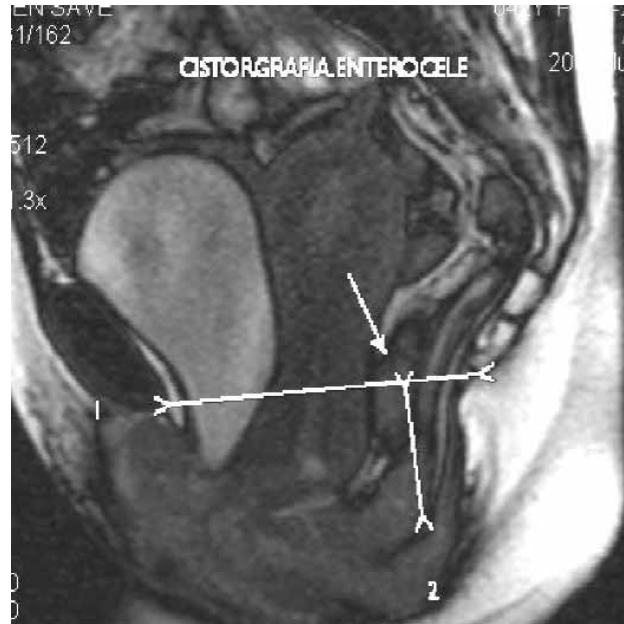
- De urgencia: pérdida involuntaria de orina asociada a un deseo intenso de orinar. Se puede asociar a hiperactividad del músculo detrusor (urgencia motora) o a hipersensibilidad (urgencia sensorial)
- De esfuerzo o estrés: es la pérdida involuntaria de orina durante el ejercicio físico debido a un aumento de

la presión intraabdominal.

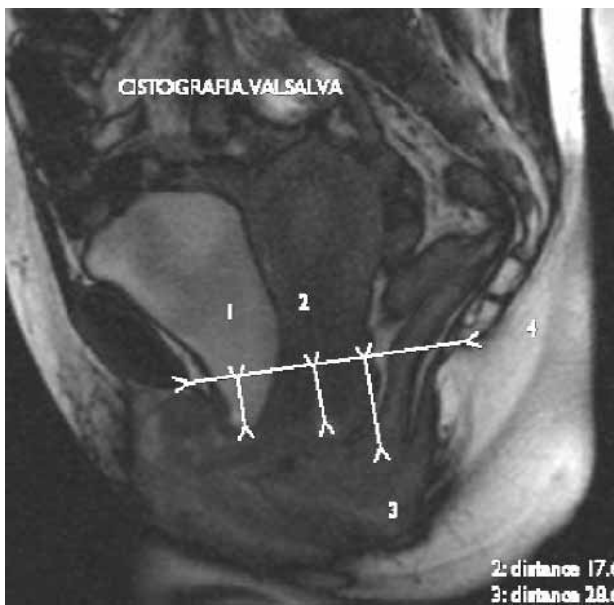
- Refleja: es la pérdida de orina debido a una hiperreflexia del músculo detrusor y/o relajación uretral involuntaria, en ausencia del deseo de orinar, generalmente se produce en pacientes con alteraciones neurológicas.
- Por rebosamiento: pérdida de orina asociada a una sobredistensión de la vejiga debida a una retención de orina. Este tipo es poco frecuente, se asocia a cirugía abdominal y a situaciones postcesárea.
- Inconsciente: no existe deseo de orinar, y el paciente no percibe el escape de orina. En este tipo se incluyen la enuresis, el goteo postmiccional y la fuga continua.



En esta imagen se aprecia un rectocele anterior. La cara anterior del recto se hunde dentro de la Vagina.



La línea 1 muestra la normal situación del suelo pélvico y como los órganos intraabdominales están descendidos respecto a dicha línea. 2 indica el prolapso del recto. También se aprecia un enterocele.



la línea horizontal indica la situación del suelo pélvico que va desde la sínfisis púbica hasta el coxis. 1 indica el prolapso de la vejiga, 2 el prolapso del útero y 3 el prolapso del recto.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pelvic Floor Imaging.
2. Geriatria y Gerontología. Atención integral al anciano. Juan Carlos Cobo Domingo. Logos.
3. Atlas de Anatomía Sobota.

ARTÍCULOS ORIGINALES

Cuidados de enfermería en el tratamiento de tumores neuroendocrinos con ¹³¹I-MIBG.

R. Díaz, F. Quílez, J. Pons, R. Vila, J. Tomas.

D.U.E. del Servicio de Medicina Nuclear del Hospital de Santa Creu y Sant Pau - Barcelona.

Resumen

El neuroblastoma, el tumor más frecuente en la edad pediátrica, es un tumor maligno originado en células nerviosas embrionarias que se localiza en estructuras del sistema nervioso autónomo, más frecuentemente en la médula suprarrenal, ganglios vecinos, mediastino superior y zona cervical.

El feocromocitoma, tumor raro de células cromafines, surge más comúnmente de la médula de la glándula suprarrenal.

Dichos tumores se estudian mediante la gammagrafía ósea y rastreo con ¹²³I-MIBG,

La ¹²³I-MIBG se utiliza a dosis terapéuticas como tratamiento de las metástasis.

Practicar exploraciones isotópicas en niños y/o adolescentes, presentan características diferenciales importantes.

PROPÓSITO

Presentar la metodología y las intervenciones de enfermería en las exploraciones y tratamientos con ¹²³I-MIBG, practicada mediante infusión lenta (i.v.) a pacientes que presentan dicha patología.

MATERIAL Y METODO

Previo a la administración del tratamiento es preciso, bloquear el tiroides mediante solución Lugol vía oral.

El paciente permanecerá ingresado en habitación aislada durante 3-4 días dependiendo del nivel de radiación. Una vez informado se formaliza su consentimiento.

Se canaliza una vía y mediante una bomba infusora de doble canal se programa la infusión lenta y continuamente 500 ml. de suero fisiológico en 6 horas. La dosis a administrar es de 200 mCi si el paciente es > 5 años y de 150 mCi si este es < 5 años.

Dentro de los 4 a 8 días, procederemos a valorar mediante rastreo corporal total la captación de las diferentes zonas o metástasis, que han acumulado dicho radiofármaco, para una futura valoración.

RESULTADOS

Actualmente y considerando que el Hospital de Sant Pau es un centro de referencia para este tipo de tratamientos hemos administrado dosis terapéuticas a 12 pacientes (3 hombres y 9 mujeres en edad comprendida entre los 5-73 años).

Summary

INTRODUCTION Neuroblastoma, the most frequent tumour in the paediatric age, The feocromocitoma, are (strange) tumour of cells cromafines, arises more commonly from the marrow of the adrenal gland.

The above mentioned tumours are studied by means of the bony (osseous) gammagrafía and I rake with ¹²³I-MIBG, ¹²³I-MIBG is in use to therapeutic doses as treatment of the metastasis.

INTENTION

To present the methodology and the interventions of infirmary (nursing) in the explorations and treatments with ¹²³I-MIBG practised by means of slow infusion (iv.) to patients who present the above mentioned pathology.

MATERIAL AND METHOD

Before the administration of the treatment is precise, the thyroid blocks by means of solution Lugol oral route.

The patient will remain deposited in room isolated for 3-4 days depending on the level of radiation.

Once informed his (her, your) assent is formalised.

A route is canalised and by means of a bomb infusora of double channel there is programmed the slow and constant infusion for 4 hours of the radioactive dose and simultaneously 500 ml. of physiological whey in 6 hours. The dose to administering is of 200 mCi if the patient is > 5 years and of 150 mCi if this one is <5 years.

Inside the 4 to 8 days, we will proceed to value by means of corporal total tracking the captain of the different zones or metastasis that have accumulated saying radiofármaco, for a future valuation

PROVED Nowadays and thinking that Saint Pau's Hospital is a center of reference to this type of treatments we have administered therapeutic doses to 12 patients (3 men and 9 women in age understood (included) between 5-73 years).

With this treatment there has been achieved 80-90 % reduced the tumour mass.

CONCLUSION

A correct procedure based on a good information and of creating a confidence environment there are minimised the disadvantages that the above mentioned treatment supposes to generally young patients and with general damaged enough condition (state).

Con este tratamiento se ha logrado reducir la masa tumoral un 80-90%.

CONCLUSIÓN

Un correcto procedimiento a base de una buena información y de crear un ambiente de confianza se minimizan los inconvenientes que supone dicho tratamiento a pacientes generalmente jóvenes y con estado general bastante deteriorado.

Saberse acompañado crea seguridad y proporciona un grado de compromiso y de colaboración para que el tratamiento obtenga sus objetivos.

Palabras clave: Radiofarmaco , radiotrazador , isótopo, radiación beta , radiación gamma , dosis , millicurie, ¹³¹I, ¹²³I, RCT(rastreo corporal total) , MIBG.

Recibido: 3/09/07
Aceptado: 20/09/7

Introducción

DEFINICIÓN DE LA MEDICINA NUCLEAR

Especialidad médica, que utiliza con fines diagnósticos y terapéuticos, la radiación que emiten los isótopos radioactivos. Estos son administrados solos o unidos a fármacos (radiofármacos).

-En el área del diagnóstico. Se utiliza la radiación gamma. Los isótopos radiactivos (radiofármacos) se administran al paciente, convirtiéndose éste en una fuente emisora de radiación (radiotrazadores), la cual es recibida por la gammacámara obteniéndose de esta manera una imagen diagnóstica funcional, del órgano o sistema en estudio. Este hecho permite detectar anomalías difíciles o imposibles de percibir con otras técnicas de diagnóstico por imagen, favoreciendo, el diagnóstico precoz, y en consecuencia posibilitando una mayor rapidez en el inicio del tratamiento de la enfermedad. Los estudios obtenidos mediante la gammacámara proporcionan una información funcional cuantitativa y cualitativa de gran exactitud. La reconstrucción tomográfica del estudio y su presentación tridimensional instantánea de los datos, permite la obtención de informes y análisis de gran fiabilidad, de forma rápida y eficaz.

-En el área de la terapia. Se utiliza la radiación Beta. La gran aportación es en el tratamiento selectivo y directo de tumores.

Conocido el mecanismo de fijación del radioisótopo, resultará fácil comprender el proceso terapéutico provocado por éste. Si para un estudio funcional o diagnóstico utilizamos, para conseguir una finalidad terapéutica, pequeñas dosis de radiotrazador, bastará aumentar por

To is known accompanied creates safety and provides a degree of commitment and of collaboration in order that the treatment obtains his (her, your) aims (lenses).

10 o por 100 la dosis para conseguir una radiación metabólica capaz de destruir las células que albergaran esta radioactividad.

El tema que nos ocupa, es el tratamiento de tumores neuroendocrinos mediante administración de ¹³¹I-MIBG:

Indicaciones:

Este tratamiento, está indicado en tumores neuroendocrinos principalmente feocromocitoma y neuroblastoma.

Contraindicaciones absolutas:

- Embarazo o lactancia
- Expectativas de vida < 1mes
- Mielosupresión
- Deterioro funcional renal

Contraindicaciones relativas:

- Que no haya posibilidades de aislamiento
- Incontinencia urinaria

A continuación, desarrollaremos varios conceptos sobre estas enfermedades.

Los tumores neuroendocrinos, son neoplasias derivadas de diversos tejidos estrechamente relacionados por un origen embriológico común en la cresta neural.

Se manifiestan con signos y síntomas no específicos, que dependen del compromiso local, invasión o existencia de metástasis y más específicamente, de las características bioquímicas de los productos segregados.

Estos tumores conservan la capacidad de sintetizar péptidos neurotransmisores y hormonas, así como de almacenar catecolaminas, y algunos expresan en sus membranas receptores de somatostatina. Este comportamien-

to permite a la Medicina Nuclear ayudar en el diagnóstico, pronóstico, seguimiento y tratamiento de estas patologías.

FEOCROMOCITOMA

Es un tumor poco frecuente que produce, almacena y segrega catecolaminas, proceden generalmente de la médula adrenal, aunque pueden desarrollarse a partir de las células cromafines, en los ganglios simpáticos de abdomen y tórax.

Signos y síntomas

De forma mayoritaria presenta la triada de hipertensión con cefalea, sudoración profusa y/o palpitaciones en el 89% de los casos.

- Taquicardia, arritmias, ansiedad, temblores
- Opresión precordial o torácica
- Lesión pulmonar directa.

Incidencia:

Puede aparecer a cualquier edad, aunque es más frecuente en jóvenes y en edad media con ligero predominio en mujeres.

Diagnóstico:

- Se realiza mediante determinaciones bioquímicas (aumento en la concentración plasmática y en la excreción urinaria durante 24 horas de catecolaminas).
- Realización del diagnóstico diferencial que incluye todos los tipos de hipertensión arterial esencial.
- Rayos X abdomen
- T.A.C./ R.M.
- RCT ¹²³I-MIBG : 100% de especificidad y 80% de sensibilidad.

NEUROBLASTOMA

Es una enfermedad en la cual se forman células malignas en el tejido nervioso de la glándula suprarrenal, el cuello, tórax o médula.

Signos y síntomas:

Dolor óseo

Masa en abdomen, cuello o tórax

Dificultad respiratoria en lactantes

Menos comunes: fiebre, cansancio, hematomas, petequias y diarrea severa

Incidencia

En niños < 5 años

Diagnóstico

Reconocimiento físico

Análisis orina 24 horas

Análisis de sangre

Rayos X y T.A.C./ R.M.

Gammagrafía ósea (*imagen n° 1*)

Biopsia

RCT con ¹²³I-MIBG.



Imagen 1.

Pronóstico:

Depende de la edad del niño y momento del diagnóstico. Estadío del cáncer. Ubicación del tumor en el cuerpo

Tratamiento:

Está basado en grupos de riesgo: estadio I, II, III, IV. Cirugía, RT, QT, tratamiento con ¹³¹I-MIBG.

El diagnóstico de este tipo de tumores está basado en la sospecha clínica, complementada por los antecedentes, el examen físico y cuantificación de hormonas y sus metabolitos en sangre/orina. Los procedimientos de diagnóstico por imagen, entre los que se incluyen los de Medicina Nuclear, cumplen una clara función en la localización de éstos.

Propósito:

Presentar la metodología y las intervenciones de enfermería en las exploraciones y tratamientos con el radiofármaco ¹³¹I-MIBG, a pacientes que presentan dicha patología.

Material y método:

Propiedades farmacológicas del MIBG (iobeguano)

La metayodobencilguanidina es un compuesto estructuralmente análogo a la guanetidina y a la noradrenalina, por lo que es captada por las vesículas de almacenamiento adrenérgico, probablemente de la misma forma que es captado el neurotransmisor.

El éxito del tratamiento estará condicionado por el nivel de captación, su homogeneidad, el tiempo de residencia de la ¹³¹I-MIBG en el tejido tumoral y el diámetro de las

lesiones. La emisión beta del ¹³¹I tienen una energía de 0,6MeV y un alcance tisular de 1-2 mm, por lo que irradia únicamente y de forma selectiva las áreas próximas al lugar donde es concentrado, destruyendo las células tumorales existentes.

Vía de eliminación farmacocinética.

Del 70 al 90% de la dosis se elimina por la orina en 4 días.

Distribución

Además de la médula adrenal, un 33% es captado por el hígado, un 3% por los pulmones, el 0.8% miocardio, 0.6% el bazo.

Dosimetría

La dosis efectiva en adulto es 0.14 mSv/MBq
200 mCi=7400 MBq

Presentación

Se presenta como una solución acuosa estéril de uso i.v., en un vial congelado en hielo seco. Necesita descongelarse a temperatura ambiente, suele tardar de una a dos horas y llega el mismo día del tratamiento.

Una vez descongelado debe administrarse dentro las 6 primeras horas.

Congelado caduca 2 días después de la calibración.

Emisión

- Beta principal de 0.606 MeV
- Gamma 364 KeV

Metodología del procedimiento

- Rastreo previo con ¹²³I-MIBG (radiación gamma) en el que se evidencie enfermedad metastásica (*imagen n° 2*)

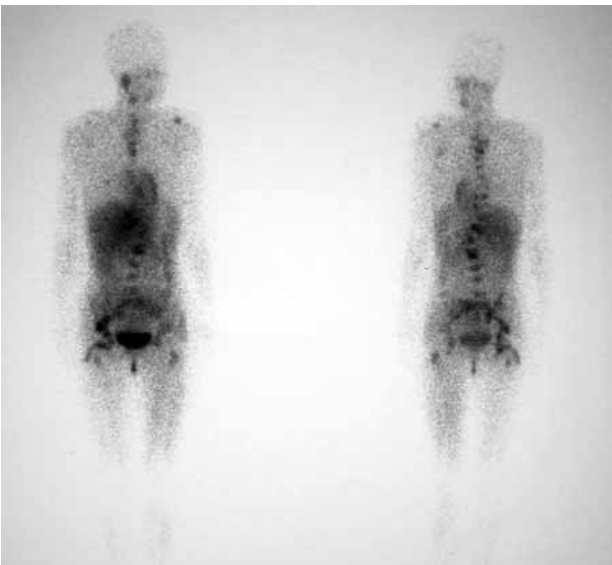


Imagen 2.

- Control hematológico y función tiroidea (previo al tratamiento y 6/7 semanas después).
- Administración de 200 mCi de ¹³¹I-MIBG (radiación gamma y beta) en infusión I.V. continua durante 4 horas con hidratación adecuada
- Niños < 5 años de 100 a 150 mCi ¹³¹I-MIBG

Preparación del radiofármaco

Se realiza dentro de la cámara caliente.

Llega a nuestro servicio en dos viales

(100mCi en 7.5ml en cada vial = 15ml) añadimos suero fisiológico hasta 80ml en total.

Colocamos una botella estéril y con vacío en un recipiente plomado diseñado especialmente para éstos tratamientos, dentro del castillo plomado y mediante vasos comunicantes logramos que el contenido del primer vial pase al segundo y éste pase a la botella plomada. (*imagen n° 3*).



Imagen 3.

Por otra parte, tenemos preparada una bomba de infusión de doble canal con un equipo de perfusión de medida suficiente para que el paciente pueda deambular por la habitación, en su extremo distal lleva un llave de tres pasos donde conectaremos el radiofármaco (IMBG) 25ml/h y por otro lado suero fisiológico 500ml (80ml/h). (*imagen n° 4*)

Preparación del paciente

En el caso de tratarse de un menor, a ser posible se ha de involucrar a la familia en el tratamiento.

El paciente estará ingresado en una habitación autorizada y con estricto cumplimiento de las normas de radioprotección establecidas por la Unidad de Protección Radiológica.



Imagen 4.

La captación tiroidea debe estar bloqueada mediante la administración de solución de lugol (2-3 gotas cada 8 horas 2 días antes del tratamiento. y hasta el 7 a 10 días después del tratamiento.)

Se le administrara protección gástrica.

Considerar posibles interferencias farmacológicas e interrumpir si es preciso:

antidepresivos, antihipertensivos, cocaína, simpaticomiméticos, etc.

Administración de la dosis

Revisar analítica, realizar test de embarazo (en caso de que la paciente sea mujer en edad fértil).

Explicar al paciente la duración del tratamiento, proporcionarle toda la información que nos solicite al respecto, acomodarle velando por su comodidad.

Obtener el consentimiento informado firmado.

Vigilancia y control de constantes (aunque el seguimiento del ingreso será responsabilidad de la enfermería de planta.

Canalizar vía e.v. a preferir en una zona lisa y sin articulaciones, comprobar su buena permeabilidad.

Una vez el paciente está preparado, procedemos a administrar el ¹³¹I-MIBG por medio de una bomba de infusión.

El tratamiento dura 6 horas (4 horas el paso del radiofármaco y 2 horas más el suero fisiológico, con el fin de que el paciente esté bien hidratado y asegurando la entrada de la dosis en su totalidad)

El enfermero/a de Medicina Nuclear encargado de poner el tratamiento y de atender al paciente deberá llevar delantal plomado.

Inmediatamente después de la administración de la dosis terapéutica se pondrá en la puerta de la habitación un cartel indicativo de tratamiento radioactivo según normativa, que alerte al personal de la unidad para que minimice su estancia en la habitación.

La estancia de familiares en la habitación terapéutica se

restringirá conforme a los criterios definidos por el servicio de protección radiológica. En caso de que el paciente sea un niño, se permite que un familiar directo adulto permanezca en la habitación siempre con delantal plomado y ubicado detrás de la mampara plomada. (en nuestro hospital, el primer día no se permite la estancia de la familia, excepto si el paciente es un niño. A partir de entonces, pueden estar 1h/día/persona.)

Alta del paciente

Podrá procederse al alta, salvo contraindicación médica, cuando la tasa de exposición a 1 metro sea de <20mSv. Antes de que el paciente abandone el hospital se le explicarán y entregarán por escrito las medidas de radioprotección que debe seguir en su domicilio en el periodo inmediato.

Al séptimo día se efectúa rastreo corporal post-terapia, con el fin de evaluar la captación del radiofármaco y comprobar las lesiones o focos patológicos. (imagen nº 5)

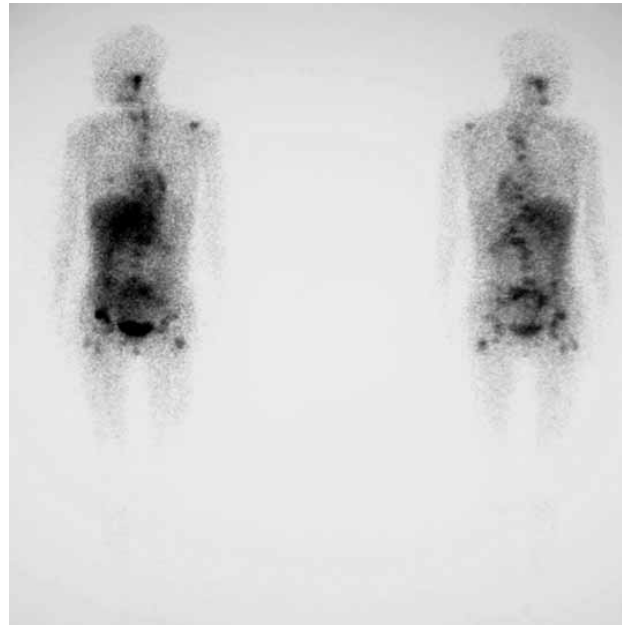


Imagen 5.

Recomendaciones tras la terapia

- Evitar el contacto prolongado con el público.
- Abstenerse en este intervalo de estar en contacto con mujeres embarazadas y niños de corta edad. Deberá preverse con antelación la suspensión de la lactancia.
- Dormirá solo o en camas separadas, estando prohibido los contactos sexuales en el periodo de una semana.
- Deberá tenerse especial precaución en evitar la contaminación con la orina. Tras hacer uso del inodoro, se vaciará varias veces la cisterna previa limpieza de salpicaduras y residuos post-miccionales. Se procederá al

lavado de las manos. De existir dos aseos en el domicilio se reservará uno para el uso exclusivo del paciente.

- Se asegurará una buena diuresis, indicando al paciente la ingesta diaria de abundantes líquidos.

- Se evitará compartir utensilios de menaje o higiene personal. Es recomendable el uso de pañuelos y servilletas desechables.

- Se citará al paciente al 7/8º día para realizar un rasero corporal total post-terapia.

Resultados:

Actualmente y considerando que el Hospital de Sant Pau es un centro de referencia para este tipo de tratamientos hemos administrado dosis terapéuticas a 12 pacientes (3 hombres y 9 mujeres en edad comprendida entre los 5 -73 años).

Con este tratamiento se ha logrado reducir la masa tumoral. (imagen nº 6)

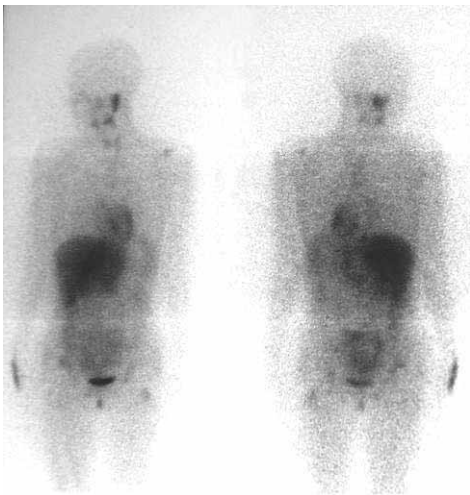


Imagen 6.

Conclusión:

- El tratamiento con ¹³¹I-MIBG es bien tolerado por los pacientes y no comporta importantes problemas metodológicos.

- Una buena atención de enfermería durante el ingreso mejora la estancia del paciente, disminuyendo la ansiedad propia ante un tratamiento desconocido.

- Una buena explicación a la familia por parte de enfermería, reduce los riesgos por irradiación.

BIBLIOGRAFÍA

Tratamiento Paliativo de Tumores de la Cresta Neural con ¹³¹I-MIBG.
A. A. Rodríguez, J. Fuertes, V. Camacho, M. Estorch, A. Flotats, A. Hernández, I. Carrió.

Servicio de Medicina Nuclear. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Scintigraphic Response by ¹²³I-Metaiodobenzylguanidine Scan Correlates With Event-Free Survival in High-Risk Neuroblastoma.

Howard M. Katzenstein, Susan L. Cohn, Richard M. Shore, Dianna M.E. Bardo, Paul R. Haut, Marie Olszewski, Jennifer Schmoltd, Dachao Liu, Alfred W. Rademaker, and Morris Kletzel.

MIBG and Somatostatin Receptor Analogs in Children: Current Concepts on Diagnostic and Therapeutic Use.

Farzana D. Pashankar, MD, MRCP1; M. Sue O'Dorisio, MD, PhD1; and Yusuf Menda, MD21Department of Pediatrics, University of Iowa Carver College of Medicine, Iowa City, Iowa; and 2Department of Radiology, University of Iowa Carver College of Medicine, Iowa City, Iowa.

Targeted radionuclide therapy for neuroendocrine tumours.

V J Lewington

Nuclear Medicine, Southampton University Hospitals NHS Trust, Tremona Road, Southampton SO16 6YD, UK

Recent advances in radiological and radionuclide imaging and therapy of neuroendocrine tumours.

Gregory Kaltsas, Andrea Rockall1, Dimitrios Papadogias, Rodney Reznick1 and Ashley B Grossman

Departments of Endocrinology and 1Academic Radiology, St Bartholomew's Hospital, London EC1A 7BE, UK.

IMÁGENES DE INTERÉS

Malrotación intestinal.

Méndez V; Méndez A; González N; Bueno MJ.

Servicio de Diagnóstico por Imagen. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid.

Virginia Méndez Poré. Diplomada Universitaria en Enfermería.

M^aAngeles Méndez Poré. Técnico Especialista en Radiodiagnóstico.

Noelia Gonzalez Cerrato. Diplomada Universitaria en Enfermería.

M^aJosé Bueno Ruiz. Técnico Especialista en Radiodiagnóstico.

Dirección de correspondencia:

Teléfono: 687417947

e-mail: vir-da@hotmail.com

Recibido 11/11/07

Aceptado 29/11/07

Paciente varón de 34 años que acude a consulta de digestivo en Abril 2007 remitido por MAP, por presentar diarrea de varios años de evolución.

Refiere episodios de 2-3 días de desarrollo y frecuencia variable (1-2 veces/semana máximo), realizando entre 8-9 deposiciones/día de consistencia blanda y líquida, y en alguna ocasión con sangre.

Antecedentes personales: no presenta alergias medicamentosas conocidas. Padece hernia de hiato y reflujo gastroesofágico (visto en EGD). Presenta antecedentes familiares de segundo grado de cáncer de colon.

Tratamiento actual: Omeprazol.

Exploración física normal.

Prescriben pruebas complementarias. Analítica de sangre y heces (normales). Colonoscopia en Mayo 2007, donde se diagnosticaron hemorroides internas, adenoma túbulo-vellosa con displasia de bajo grado y polipectomía endoscópica. Tránsito gastrointestinal en Septiembre 2007. En el estudio se evidenció malrotación intestinal con las asas del intestino delgado situadas en hemiabdomen derecho (Fig. 1) y la totalidad del marco cólico en el lado izquierdo (Fig. 2-3). La cámara gástrica y el marco duodenal ocupa una situación normal. Asas intestinales, incluido ileon terminal sin alteraciones morfológicas. En el estudio del tránsito superior se observa un píloro espástico sin otras alteraciones.

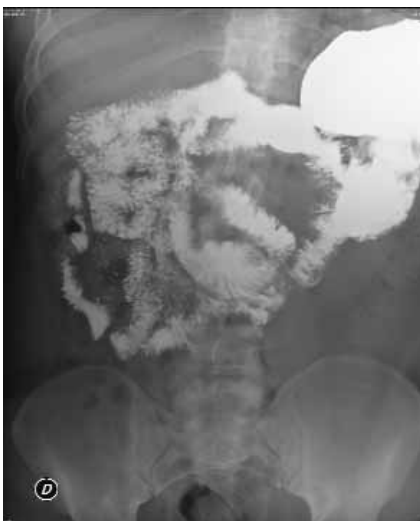


Fig. 1. Rx Abdomen en decúbito supino a los 20min.



Fig. 2. Rx Abdomen en decúbito supino a los 60min.



Fig. 3. Rx Abdomen en decúbito supino a la 1h 20min.

CRÓNICA DE ACTUALIDAD

La SEER acude a la jornada para la sensibilización de la enfermería en la seguridad del paciente.

Jaume Roca Sarsanedas



El pasado 13 de Noviembre, por iniciativa de la UESCE y del Ministerio de Sanidad y Consumo, se celebró una Jornada en el salón de actos del mismo Ministerio que, con el título de "**Jornada de Sensibilización en Enfermería sobre Seguridad del Paciente**" y bajo el paraguas del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud, pretendió dar unas propuestas para evitar -en la medida de lo posible- las principales causas de los Efectos Adversos (EA), en la práctica clínica.

La Jornada se dividió en tres bloques, aunque hubo una primera intervención a modo de acto inaugural, a cargo del Sr. Alberto Infante, *Director General de la Agencia de Calidad del SNS*, donde destacó que las tres principales causas -según diversos estudios nacionales e internacionales- que incidían directamente en los EA, son el **inadecuado manejo de los medicamentos, las infecciones nosocomiales y los actos quirúrgicos y post-operatorios**.

El primer bloque comenzó con la presentación de la estrategia que ha diseñado el Ministerio para conseguir el aumento de la seguridad del paciente, que presentó la Sra. Yolanda Agra, *Consejera Técnica de la Oficina de Planificación Sanitaria y Calidad*. En esta primera intervención se destacó la importancia de la formación de los profesionales y de los propios pacientes para una adecuada transmisión de conocimientos generales.

En los planes dirigidos a los pacientes, se pretende implicarlos directamente a éstos y a sus familiares,

mediante la cultura y la sensibilización en tres apartados: la Información, la Percepción y la Formación.

En relación a los profesionales, destaca la creación del Master en Seguridad del Paciente, el **libre acceso** a las bibliotecas virtuales de bases de datos de publicaciones científicas como la **Cochrane** (<http://www.cochrane.es>) y "**The Joanna Briggs Institute**" (**JBI**) (<http://es.jbi-connect.org>) de conjunto de recursos y herramientas basados en la evidencia, así como la creación del portal **Guía Salud** (<http://www.guiasalud.es>) de guías de prácticas clínicas.

Entre otras cosas se trabaja en la creación de un organismo que pueda recibir notificaciones de Efectos Adversos, en la potenciación en la investigación en este campo y en la realización de diversos estudios nacionales: ENEAS, APEAS y la Prevalencia de la Infección Nosocomial.

La segunda ponencia de este primer bloque, fue la presentación del estudio ENEAS, a cargo de la Sra. Jesús María Aranaz, del *Departamento de Salud Pública de la Universidad Miguel Hernández*. Este estudio estadístico es considerado el 5º en importancia Mundial por su magnitud. De una población de 5624 pacientes, se constataron la aparición de 1063 EA, de los cuales 523 estaban relacionados con la atención sanitaria directa. Como primeras recomendaciones están la **Identificación adecuada de los procedimientos clínicos diagnósticos y Asegurarse que se realizan a quién realmente lo precisa**.

En el debate posterior, cabe destacar una intervención en el que se relacionaba la calidad en la atención a los pacientes, con la actual carga de trabajo que existe entre los profesionales de enfermería, sin que hubiera una contestación positiva por parte de los ponentes.

En el segundo bloque participó como primer ponente la Sra. María del Mar Fernández, Técnica de *Apoyo Seguridad del Paciente de la Oficina de Planificación Sanitaria y Calidad*, que desarrolló el paciente como eje central de la seguridad. Destacó la importancia que dan los pacientes a la información que reciben cuando se produce un EA. Concretamente, ante un error que produce un daño, solicitan un **Reconocimiento del error y su disculpa, Conocer las causas y la Garantía que no volverá a suceder**. Propone un cambio cultural, que en vez del silencio y secreto, se pase a una actitud de transparencia y a la disculpa.

También son importantes los encuentros entre profesionales y pacientes y la implicación internacional sobre esta cuestión, tanto en Europa como en el resto del mundo. Destacó dos referencias internacionales, la **Declaración de Londres** del año 2006 y la colaboración con la **PAHO** (http://www.paho.org/default_spa.htm). Como ya habían hecho los anteriores ponentes, hizo mención del próximo encuentro Internacional en Seguridad de los Pacientes, en su tercera edición, los próximos 12, 13 y 14 de Diciembre, en Madrid (<http://www.msc.es>).

La segunda ponencia, sobre Responsabilidad Profesional y Seguridad del paciente, fue a cargo del Sr. Francisco Corpas, *Jefe de los Servicios jurídicos del Consejo General de Enfermería*, donde repasó la legislación más actual basándose, sobretodo, en la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias. Repasó la estadística de los pleitos -relacionados con denuncias por negligencia- que ha llevado a cabo el Consejo durante los últimos años. Hizo mención de los diferentes grados de responsabilidad que se deriva de una denuncia por EA, **La Responsabilidad Civil, la Responsabilidad Penal y la Responsabilidad Patrimonial**.

La tercera intervención de este bloque se centró en la importancia del lavado de manos - logotipo de la jornada - mediante la exposición de un estudio llevado a cabo en el Hospital del Mar de Barcelona, desde el año 2005. Expuesto por la Sra. Teresa Pi, *Coordinadora del programa de infecciones del Hospital del Mar*.

La prevalencia, en general, de la infección Nosocomial es del 8,10% y el mayor transmisor por parte de los pro-

fesionales son las manos. Destacó la **falta de costumbre en el lavado de las manos** y que en el estudio llevado a cabo sobre este tema era evidente, tanto en el campo profesional como personal y no había distinción entre las diferentes categorías profesionales. Destacó el proyecto **EPINE** sobre infecciones nosocomiales (<http://www.mpsp.org/mpsp/epine/index.html>).

En el debate posterior, se preguntó al Sr. Corpas sobre la capacidad autónoma del profesional de enfermería para decidir no realizar un acto sanitario mediante un aparato que no pudiera garantizar la seguridad del paciente, sin que hubiera una respuesta positiva. También se manifestó la necesidad de promover la cultura del lavado de las manos en la enseñanza reglada, desde la guardería hasta en la facultad.

En el tercer bloque se presentó la idea de utilizar recursos más seguros, pacientes más seguros, enfocado a los equipos de infusión, según la experiencia obtenida por el Sr. Vicente Ferrandis, *Subdirector de Enfermería Hospital General de Valencia*, en su centro hospitalario. Basado en la experiencia obtenida, concluía que resultaba **más seguro la utilización de equipos de infusión con válvula de seguridad** -para evitar la entrada de aire en el circuito- ante los equipos clásicos. También destacaba su beneficio en la consecuencia de no tener que manipular la vía endovenosa para cambiar el suero.

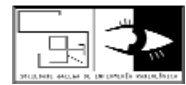
Como última ponencia, en la Seguridad clínica en enfermería, se presentó un análisis de puntos críticos en administración de fármacos, por la Sra. Ángeles Ibiricu, *Coordinadora de Enfermería de el área Básica de Cambrils* (Tarragona). Utilizando el método **AMFE** (Análisis Modal de Fallos y Efectos) "que consiste en sistematizar el estudio de un proceso/producto, identificar los puntos de fallo potenciales, y elaborar planes de acción para combatir los riesgos" (http://www.mtas.es/insht/ntp/ntp_679.htm).

La valoración general de las personas que asistimos al evento fue positiva. Además se valoró la necesidad de impartir formación continuada en temas relacionados con la seguridad del paciente, así como de los instrumentos y formatos de investigación para el futuro desarrollo de trabajos.

CRÓNICA DE ACTUALIDAD

Resumen de la junta ordinaria de la Sociedad Española de Enfermería Radiológica.

Antonio Hernández Martínez



El 27 de octubre del 2007 tuvo lugar en el Hospital de "Sant Pau" de Barcelona la Junta Ordinaria de la Sociedad Española de Enfermería Radiológica con participación de las diferentes asociaciones que se integran en ella, haciendo balance sobre las aportaciones de cuantos temas y acontecimientos se han suscitado desde la última reunión.

En representación de la Sociedad y de las diversas asociaciones autonómicas que la integran asistieron:

- | | |
|--|---|
| - Joan Pons Camprubí | Presidente de la S.E.E.R. |
| - Jaume Roca Sarsanedas | Vicepresidente de la S.E.E.R. |
| - Antonio Hernández Martínez | Secretario de la S.E.E.R. |
| - Laura Pla Olivé | Tesorera de la S.E.E.R. |
| - José Cordero Ramajo | Redactor-jefe entrante de la revista de la S.E.E.R. |
| - M ^a Antonia Gómez Martín | Vocal de la Asociación Catalana. |
| - Gema López Menchero Mínguez | Vocal de la Asociación Aragonesa. |
| - Jesús Inisterra Zerón | Asesor de la Asociación Aragonesa. |
| - Maite Esporrín Lasheras | Vocal de la Asociación Navarra. |
| - M ^a Angeles Betelu Oronoz | Asesora de la Asociación Navarra. |
| - Clemente Álvarez Carballo | Vocal de la Asociación Castellano-Leonesa. |
| - Luis Garnés Fajardo | Vocal de la Asociación Valenciana. |
| - Inma Montero Monterroso | Vocal de la Asociación Andaluza. |
| - M ^a Carmen Ramírez Lopera | Asesora de la Asociación Andaluza. |



Siguiendo el guión propuesto en la orden del día, se procedió al primer punto sobre la lectura y aprobación del acta anterior correspondiente al 26 de octubre del 2006 celebrada en el marco del XII Congreso de la SEER celebrado en A Coruña, tras lo cual se firmó por cada uno de los representantes asistentes.

El segundo punto hizo referencia al informe sobre la gestión del pasado año 2006 en el que el presidente de la SEER. Joan Pons i Camprubí puso un especial énfasis en la promoción y mantenimiento de la revista como medio de expresión de la Sociedad, tanto en su entorno más inmediato como el contenido científico que la caracteriza, invitando a los asistentes que dentro de su ámbito de trabajo difundan y animen a cuantas/os compañeras/os puedan aportar trabajos con que publicar en la misma.

El informe económico corrió a cargo de Laura Pla i Olivé, tesorera de la SEER, haciendo una exposición y balance del actual estado de cuentas con especificación de las entradas y salidas en él incluidas y dando un resultado positivo para la Sociedad.

El informe administrativo fue expuesto por Antonio Hernández Martínez, secretario de la SEER, resumiendo el conjunto de todas las actividades llevadas a cabo por la Sociedad tanto en el plano administrativo como social con los contactos establecidos con personas y entidades lo cual ha constituido un considerable incremento y desarrollo en la difusión para el conocimiento de la existen-



CURSOS A DISTANCIA PARA ENFERMERÍA

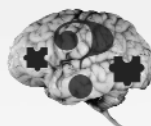
Válidos para cumplimentar la formación al acceso excepcional de Enfermero Especialista. (Real Decreto 450/2005). Puntuables en Concurso-Oposición, Bolsas de Contratación, Traslados, ...



CURSOS ACREDITADOS POR LA COMISIÓN DE FORMACIÓN CONTINUADA DE LAS PROFESIONES SANITARIAS (MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO).



DISPONEMOS DE MÁS DE 140 CURSOS
PARA DIFERENTES ESPECIALIDADES



SOLICITA YA GRATUITAMENTE Y SIN COMPROMISO NUESTRO CATÁLOGO COMPLETO, EL CUAL INCLUYE EL CONTENIDO DE LOS CURSOS, PRUEBAS EVALUATORIAS, PROMOCIONES, OFERTAS...



Logoss
FORMACIÓN CONTINUADA



902 153 130
953 245 500

Camino de las niñas, 12
Urb. Ciudad Jardín-Entrecaminos
23170 LA GUARDIA DE JAÉN (Jaén)
E-mail: formacion@logoss.net

 www.logoss.net

8 de cada 10 especialistas los recomiendan

9 de cada 10 los hacen expertos másters auxiliares



www.zonadesalud.org
902 108 801

NOVEDAD
Máster de enfermería en acción social
1565 h
2250 €

NOVEDAD
Máster en enfermería en oncología y cuidados paliativos
625 h
1150 €

Máster de enfermería en urgencias, emergencias y catástrofes sanitarias
1565 h
2500 €

Máster de enfermería en geriatría y gerontología. Envejecimiento con calidad de vida
925 h
1350 €

Experto de enfermería en enfermedades infecciosas
1150 h
1650 €

Experto de enfermería comunitaria y educación para la salud
1350 h
2150 €

Experto en gestión y prevención de riesgos laborales para enfermería
1050 h
1550 €

Experto en enfermería pediátrica
950 h
1350 €

Experto de enfermería deportiva
700 h
900 €

Experto de enfermería en alimentación y nutrición
950 h
1350 €

Experto de enfermería en emergencias avanzadas y cuidados críticos
1250 h
2200 €

...Y Si te matriculas antes del 31 de octubre en cualquier máster o experto

20% descuento + mp3



Reproductor Digital Mp3 Player 128 Mb con Grabador de Voz, Radio FM, Cable USB, Auriculares, Batería 1.5 AAA Duracell y Manual Driver en español y personalizado incluido completamente GRATIS con su pedido

40% descuento (versión pdf)

Descarga online del curso en versión pdf a través de internet

promoción especial grupos

a partir de 4 expertos, máster y/o auxiliares



42 cursos de la Comisión de Formación Continuada



Todos ellos BAREMABLES y PUNTUABLES en todas las Comunidades Autónomas para BOLSAS DE TRABAJO, OPOSICIONES, TRASLADOS...

(Ley 55/2003 del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud)

www.zonadesalud.org 902 108 801

SOLICITUD DE INFORMACIÓN

Envíe este cupón de solicitud relleno en mayúsculas, para recibir GRATUITAMENTE Y SIN COMPROMISO el catálogo detallado con todos los cursos expuestos

Deseo recibir información sobre el curso: _____

Mi profesión es: _____

Apellidos y Nombre: _____

Dirección completa: _____

Población y C.P.: _____ Provincia: _____

Teléfono de contacto 1: _____ Teléfono de contacto 2: _____

Fax: _____ Correo electrónico: _____

TODOS LOS CURSOS INCLUYEN ENVÍO URGENTE

Sus datos se integrarán dentro de nuestra base informática, para uso exclusivo de la gestión de cursos de Asociación Alcalá, protegiendo los mismos de cualquier otro uso. Le recordamos que podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación o cancelación de sus datos, remitiendo un escrito a C/ Ramón y Cajal, 30 en Alcalá la Real (Jaén). Incorporación de la Directiva 95/46 a la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre (LOPDAR).

¡solicite catálogo gratuito!

formación
alcalá



cia de la Enfermería Radiológica en el ámbito sanitario.

Se hace una especial mención a aquellos estudios y proyectos que permiten conocer, promocionar y difundir la profesionalidad y especialidad de la Enfermería Radiológica, y por tanto de la SEER, en el ámbito de la sociedad.

El informe de la revista fue realizado por Jose Cordero Ramajo, redactor-jefe de la revista de la SEER, haciendo hincapié en la orientación de carácter científico que tiene la revista publicada de forma cuatrimestral y que ha de ser la expresión de los valores del colectivo que se integra en la SEER; de ahí la importancia en la selección de los trabajos y proyectos que se han de publicar así como en la promoción de la misma como una ventana de la Sociedad por parte de todos los integrantes de la Enfermería Radiológica.

Se pone especial énfasis en la necesidad de artículos con que dotar la publicación, por lo que se comunica la necesidad de que los asistentes promuevan en su entorno más inmediato la posibilidad de dichas aportaciones, que por otra parte han de representar para los autores un reconocimiento específico incluido en su carrera profesional.

Para finalizar dicho punto se hizo balance del pasado congreso de A Coruña con aquellos aspectos positivos que han de permitir una continuidad en la estructura y organización de dichos congresos orientados hacia la formación continuada.

En el tercer punto Jaume Roca i Sarsanedas, vicepresidente de la SEER, tras efectuar un trabajo que permita actualizar poco a poco los reglamentos a la realidad de las necesidades de la Sociedad propone una serie de posibles cambios que es discutido y consensuado por los asistentes.

Como cuarto punto y dentro de la propuesta de objetivos para el 2007 - 2008, Inma Montero Monterroso (presidenta de la Asociación Andaluza y del Comité Organizador del XIII Congreso a celebrar en Córdoba), informa de las últimas novedades en cuanto a estructura y organización de dicho Congreso, así como M^a Carmen Martínez Lopera (presidenta del Comité Científico) hace exposición de las actividades y preparativos llevados a cabo así como la presentación póster y programa de dicho evento.

Jose Cordero Ramajo hizo una relación de los contactos mantenidos para posibilitar la promoción y realización



de jornadas de formación descentralizadas y que permitan una mayor difusión de la SEER en todo el territorio nacional.

Laura Plà i Olivé presenta el balance económico para el 2008.

Dentro del marco de relaciones de la SEER con la UESCE (Unión Española de Sociedades Científicas de Enfermería) a la que se está adherida, Joan Pons Camprubí y Jaume Roca Sarsanedas han mantenido reuniones que han tenido lugar en la sede de la UESCE (Consejo de Enfermería) en Madrid el 8 mayo y el 11 Septiembre del 2007 con la aportación de la propuesta del Área de Capacitación en Radiología (solicitada por la UESCE a título de justificación sobre la especialidad).

Por último y tras el informe de las respectivas Asociaciones Autonómicas se dio paso al último punto de la jornada referente a "ruegos y preguntas", planteando la próxima selección del congreso de 2010 y emplazando la próxima convocatoria de Junta Ordinaria para el mes de junio del 2008 dentro del XIII Congreso de la SEER que tendrá lugar en Córdoba.

Se agradece la participación y asistencia de los presentes así como de las aportaciones y sugerencias que han tenido lugar dando por finalizada la sesión.

Antonio Hernández Martínez
Secretario S.E.E.R.

NOTICIAS RSEER

1.- La CE paraliza la ley que limita la exposición a campos electromagnéticos porque impide las resonancias magnéticas.

La Comisión Europea ha anunciado que ha decidido retrasar durante cuatro años, hasta abril de 2012, la aplicación de la ley que limita los niveles de campos electromagnéticos a los que pueden estar expuestos los trabajadores debido a que los máximos que contempla la norma que debía entrar en vigor el año que viene impediría el empleo de las imágenes de resonancia magnética (IRM, en inglés) que se emplean para detectar tumores cerebrales y otras enfermedades graves.

Europa Press

BRUSELAS, 29-10-2007.

Bruselas indicó que los límites para los campos electromagnéticos se fijaron cuando la norma fue acordada en abril de 2006 en base a los conocimientos científicos que se tenía entonces sobre esta materia. Sin embargo, desde 2006 distintos sectores afectados por la ley, particularmente radiólogos, han venido advirtiendo a Bruselas de que los límites máximos de campos electromagnéticos que fija la nueva norma puede limitar la aplicación de la técnica IRM.

Ante estas notificaciones, la Comisión lanzó un estudio que se realiza en Reino Unido, Alemania, Bélgica y Francia sobre los problemas que puede suponer esta directiva para las IRM que estará listo en enero de 2008. Asimismo, en junio de este año las autoridades británicas publicaron otro informe en que indicaban que "la práctica de IRM podría efectivamente sufrir efectos negativos" con la nueva ley, que hizo que el comisario de Empleo y Asuntos Sociales, Vladimir Spidla, anunciara que el texto se modificará.

Bruselas reconoce que IRM es "actualmente la técnica más eficaz para la detección de tumores cerebrales y muchas otras patologías graves" y que de ella se valen alrededor de ocho millones de pacientes europeos al año. Se muestra "totalmente consciente de los beneficios considerables de la imagen por resonancia magnética así como de su inestimable utilidad para la salud pública" y recuerda que la UE ha destinado para 2007 seis millones de euros a la investigación de esta área.

Así, durante los cuatro años de plazo la Comisión investigará los efectos de esta directiva sobre la IRM y realizará modificaciones "sustanciales" de la misma para "garantizar la que los límites de exposición (a los campos electromagnéticos) no serán perjudiciales en la práctica de la IRM, al mismo tiempo que se asegura una protección apropiada del personal".

Según dijo, la reevaluación se llevará a cabo "en todos los sectores donde el personal esté expuesto a campos electromagnéticos en el ejercicio de sus funciones".

2.- Campaña de búsqueda y recuperación de fuentes radiactivas.

El Ministerio de Industria, Turismo y Comercio (MITYC), con el asesoramiento del Consejo de Seguridad Nuclear (CSN), ha puesto en marcha, tal como está previsto en el Real Decreto 229/2006, que transpone una Directiva Europea, una campaña de recuperación de "fuentes radiactivas huérfanas" (fuentes que por cualquier motivo no estén sometidas al sistema de control reglamentario establecido) que pudieran existir en España, procedentes de actividades llevadas a cabo fundamentalmente en el pasado. La realización de la misma ha sido encargada a la Empresa Nacional de Residuos Radiactivos, S.A. (ENRESA), quien la llevará a cabo entre los años 2007 y 2008 bajo la supervisión y control del CSN y del propio MITYC.

El desarrollo de esta campaña se basa en la colaboración de los diversos agentes y organizaciones en los que se encuentren o se puedan encontrar, de forma más o menos consciente y documentada, fuentes radiactivas de este tipo. ENRESA tratará de establecer contactos con todos ellos para facilitar las actuaciones necesarias para la búsqueda y recuperación de las eventuales "fuentes radiactivas huérfanas" que pudieran existir en sus centros o instalaciones.

Adicionalmente, se requiere la colaboración de las diversas Administraciones, así como de Entidades, Asociaciones científicas y profesionales y Organismos públicos y privados, apoyando la difusión de la campaña y aportando la información que puedan considerar de utilidad para el éxito de esta iniciativa.

Más información en www.enresa.es- Servicio Público Actividades- Campañas.

3.- Más hipertensión en personas que viven cerca de un aeropuerto

19 Noviembre 2007

Un estudio sueco realizado con más de 2.000 participantes a lo largo de diez años ha encontrado esta relación entre la contaminación acústica y las cifras tensionales

Las personas que viven cerca de un aeropuerto presentan un riesgo elevado de hipertensión debido a la contaminación acústica, según concluye un estudio sueco publicado en "Epidemiology" por investigadores del Instituto Karolinska de Estocolmo.

Llevaron a cabo el seguimiento de 2.027 varones a lo largo de una década y hallaron que aquellos que vivían en las áreas más cercanas al aeropuerto de Arlanda, cerca de la capital sueca, tenían mayor riesgo de desarrollar hipertensión arterial.

NOTICIAS RSEER

Ninguno de los participantes tenía cifras tensionales elevadas al inicio del estudio. Aquellos clasificados en el grupo más expuesto al ruido de los aviones presentaron 19% más probabilidades de desarrollar hipertensión en comparación con los participantes menos expuestos al ruido.

Otros factores considerados en la investigación, como la edad, el peso, los ingresos económicos y los hábitos de ejercicio, no alteraron la relación entre la contaminación acústica del aeropuerto y la presión arterial.

Para confirmar los resultados ya hay en marcha un estudio más amplio de ámbito europeo que se realiza en distintas ciudades.

Para los autores, es posible que el ruido constante de los aviones sea una fuente de estrés crónico para algunas personas, lo que a su vez conduce a una elevación de las cifras tensionales.

4.- Cáncer de mama y linfedema tras la cirugía

20 Noviembre 2007

Según un estudio de la Federación Española de Cáncer de Mama, el 75% de los casos de edema linfático aparece durante el primer año tras una intervención quirúrgica por cáncer de mama, en la que hay extirpación de los ganglios de la axila

El 75% de los casos de edema linfático aparece durante el primer año de intervención quirúrgica por cáncer de mama, en la que hay extirpación de los ganglios de la axila, según un estudio desarrollado por la Federación Española de Cáncer de Mama (FECMA).

Según recuerda la federación en un comunicado, se trata de una de las consecuencias y secuelas del cáncer de mama más frecuente que afecta a miles de mujeres. Además, repercute en gran medida a la esfera social y laboral de la mujer, ya que sus efectos psicológicos derivados del deterioro de la imagen corporal, menoscaba el bienestar de las pacientes con cáncer de mama.

La necesidad de dar a conocer la realidad de esta patología a escala nacional y sobre su incidencia sobre cada una de las comunidades autónomas, ha llevado a la FECMA, con la colaboración de otras ocho asociaciones y el apoyo de Pfizer, a desplegar un estudio pionero sobre el linfedema en más de 230 centros hospitalarios de toda España. Las conclusiones servirán de fuente de información en torno a las técnicas de prevención de esta patología y sus posibles tratamientos y, en última instancia, permitirán elaborar un protocolo de actuación estandarizado.

Una vez concluido, será presentado ante el Ministerio de Sanidad y Consumo, a fin de que interceda como interlocutor para elaborar un protocolo que permita trasladar la iniciativa al Consejo Interterritorial; y se editará un folleto de carácter divulgativo para distribuirlo entre este colectivo de mujeres.

El proyecto "Linfedema: prevención, tratamiento e incidencia" arranca en el año 2006 bajo la necesidad de elaborar un análisis exhaustivo sobre el linfedema por el amplio número de mujeres afectadas y por las consecuencias y complicaciones físicas que conlleva. Además, tiene como objetivo mejorar la calidad de vida de estas mujeres, para quienes el linfedema supone un obstáculo en el desarrollo de determinadas actividades tanto cotidianas como laborales.

5.- La vacuna antinicotínica estará disponible dentro de 3 o 4 años

19 Noviembre 2007

El director de la División de Farmacoterapia del NIDA de Estados Unidos explica que esta vacuna deberá combinarse con otros tratamientos antitabáquicos para tener tasas de éxito efectivas

El director de la División de Farmacoterapias del Instituto Nacional sobre la Drogadicción (NIDA) de Estados Unidos, Iván Montoya, explicó que se prevé que la vacuna contra la nicotina esté disponible dentro de 3 o 4 años, aunque su coste será superior a los 1.200 dólares. Montoya señaló que el éxito de esta vacuna en el primer estudio se situó en el 20%, por lo que consideró que la fórmula "ideal" para dejar de fumar será administrar al paciente un tratamiento farmacológico y no farmacológico y, posteriormente, la vacuna, para evitar su recaída, o prescribirlos combinados desde un principio.

Montoya es uno de los 52 profesionales de más de 20 países que se reúnen hasta el próximo viernes en Valencia en el I Curso de Formación Internacional de Profesionales en Drogodependencias de la OMS con el objetivo de intercambiar experiencias para implementar programas eficaces en función de las necesidades de cada país.

Al respecto, indicó que la vacuna antinicotínica es la más avanzada, mientras que la vacuna contra la cocaína calculó que estará lista en 5 o 7 años. Así, detalló que se ha superado el primer estudio del producto contra el tabaco, realizado en 302 pacientes, que demostró que no tenía efectos secundarios y un índice de éxito cercano al 20% al cabo de un año. Ahora, se efectuará un nuevo estudio con una muestra mayor para demostrar su eficacia real y poder así conseguir los permisos para su aprobación para el público en general.

NOTICIAS RSEER

Montoya explicó que todas las drogas de abuso son moléculas muy pequeñas, por lo que puedan cruzar la barrera hematoencefálica. Por ello, estas sustancias, ya sean fumadas o inyectadas, llegan muy rápidamente al cerebro y son muy adictivas. Sin embargo, esta vacuna inyectada reacciona con la drogas de abuso y produce una molécula muy grande que impide cruzar esta barrera, de manera que la droga permanece en el torrente sanguíneo sin llegar al cerebro, por lo cual "los mecanismos cerebrales de la adicción no se disparan, pues al no conseguir los efectos que producen estas sustancias, las personas pierden interés en ella".

Este mecanismo de acción permite que la vacuna se oriente tanto al tratamiento de la drogadicción como a la prevención del desarrollo de drogadicción y de sus recaídas. En cualquier caso, matizó que la vacuna "por sí sola no es un tratamiento", sino que, en su opinión, debe proporcionarse un tratamiento farmacológico y psicológico y, después, administrarse la vacuna para evitar la recaída. En cuanto a su forma de administración, aunque todavía no está definida, se prevé que sean unas 4 dosis con un precio que oscilará entre los 300 y 400 dólares cada una.

6.- ENFERMERÍA YA ES UN TÍTULO DE GRADO DE 240 CRÉDITOS Y 4 AÑOS

El Boletín Oficial del Estado (BOE) publica en su edición de hoy, 30 de octubre, el Real Decreto de Ordenación de Enseñanzas Universitaria, que estructura la enseñanza superior en tres niveles: grado, máster y doctorado y elimina el sistema de Diplomaturas y Licenciaturas. De esta forma, Enfermería deja de ser una Diplomatura para convertirse en un título de Grado de 240 créditos europeos y 4 años de duración, exactamente igual que el resto de titulaciones universitarias.

30-10-07

La implantación de las nuevas enseñanzas podrá ser simultánea, para uno o varios cursos, o progresiva. Eso sí, para el curso académico 2010-2011 ya no podrán ofertarse plazas de nuevo ingreso en primer cursos para la actual Diplomatura en Enfermería. Las universidades que deseen acogerse a este nuevo modelo universitario desde el próximo curso académico deberán presentar sus propuestas al Ministerio de Educación antes del próximo 15 de febrero.

En rueda de prensa al término del Consejo de Ministros, la vicepresidenta del Gobierno, María Teresa Fernández de la Vega, consideró que la medida "abre definitivamente las puertas de Europa a nuestros titulados y ofrece la mejor preparación a los profesionales del futuro".

El Real Decreto establece, además, una novedad para las

universidades ya que, por "primera vez en la historia", serán éstas las responsables de diseñar y proponer los planes de estudios que consideren "más atractivos y acordes con sus recursos e intereses". En este sentido, De la Vega afirmó que la oferta formativa será "más flexible, interconectada y más adecuada al entorno".

El Gobierno también establece una serie de mecanismos de garantía de la calidad de la enseñanza superior. Entre ellos, figura la evaluación de los planes de estudio por parte de la Agencia Nacional de la Evaluación de la Calidad y la Acreditación (ANECA) antes de su implantación. Además, todos los títulos deberán pasar una evaluación cada seis años para renovar la acreditación de su calidad.

La estructura en tres niveles y la utilización del crédito europeo posibilitará, además, que los nuevos títulos sean comparables con los de los 46 países que forman el Espacio Europeo de Educación Superior que España está contribuyendo a construir.

Respecto a los estudiantes que cursan sus estudios de acuerdo con el sistema hasta ahora en vigor, el Real Decreto garantiza la total validez de las enseñanzas. Por tanto, todos los estudiantes y titulados conservan plenamente sus derechos a efectos académicos o profesionales. El Gobierno ha distribuido, dentro de sus programas de apoyo para facilitar a las universidades adaptarse a esta reforma, un total de siete millones de euros en el ejercicio 2007.

Grado, máster y doctorado

El primer nivel de formación universitario será el 'Grado' que tendrá un total de 240 créditos europeos. Cada crédito se compone de entre 25 y 30 horas de formación teórico-práctica, por lo que la duración mínima que se establece es de cuatro años. Éste título será el que faculte para el ejercicio profesional, salvo en el caso de las actuales ingenierías superiores, cuyas actuales atribuciones se adquirirán a través del máster.

Además, en el caso de los estudios sometidos a directiva europea, como es el caso de Enfermería, o que capaciten para una profesión regulada por ley, sus planes de estudio deberán ajustarse a estas normativas. Sin embargo, se trata de una especificación que deberán establecer las propias universidades.

El Real Decreto también establece que, en el Grado, el plan de estudios debe contener un mínimo de 60 créditos de formación común básica para los títulos adscritos a una misma área. En el caso de Enfermería, que está adscrita al área de Ciencias de la Salud las materias básicas serán: Anatomía Animal, Anatomía Humana, Biología, Bioquímica, Estadística, Física, Fisiología y Psicología.

El título de Grado capacitará para el mercado laboral, pero

NOTICIAS RSEER

también facilitará el acceso al máster o al doctorado. El máster deja de ser un título propio de las universidades para convertirse en un título oficial, que tendrá entre 60 y 120 créditos (uno o dos años de duración) y que finalizará con la defensa pública de un trabajo fin de estudios que otorgará entre 6 y 30 créditos.

Al doctorado se podrá acceder directamente desde el título de Grado o desde el máster. En cualquier caso, el Programa de Doctorado se dividirá en dos periodos, uno de formación y otro de investigación organizado y terminará con la defensa de una tesis doctoral. Con lo que, a partir de ahora, los enfermeros podrán ser 'Doctor en Enfermería'.

7.- ESPAÑA SE SITÚA A LA COLA DE LA LISTA DE DIEZ PAÍSES EUROPEOS DONDE MEJOR SE PAGA A LOS PROFESIONALES SANITARIOS

Los profesionales sanitarios españoles que trabajan en sanidad pública y privada ocupan la séptima y octava posición respectivamente, en la lista de los 10 colectivos de facultativos mejor pagados de Europa, superando a franceses e italianos pero siempre por debajo de los profesionales sanitarios de Suiza, el país donde cobran los salarios más altos, según el informe elaborado por Adecco Medical & Science, la consultora especializada en el sector sanitario del Grupo Adecco, sobre la situación de los sistemas sanitarios de los países europeos, cuyos resultados han difundido en un comunicado.

30-10-07

Tomando como base el sueldo medio bruto del total de profesionales de la salud en España y comparando las diferencias con 10 de los principales países europeos, comprobaron que en el sector privado europeo, los sueldos más altos los cobran en Suiza (207); Dinamarca y Noruega (194); Suecia (177); Reino Unido (148); Alemania (128); Bélgica (113); España (100); Francia (93) e Italia (85). Entre los médicos del sector público, quienes más cobran viven en Suiza (171); Noruega y Dinamarca (144); Suecia (127); Reino Unido (118); Alemania (109); España (100); Bélgica y Francia (93) e Italia (85).

El estudio destaca también que el número total de personas que trabajan en el sector sanitario ha experimentado estos últimos años un crecimiento constante --pasando de los 13 millones de personas de 1995 a los 15 millones del año 2000-- y un aumento en la participación de las mujeres, que hoy representan el 77% de la mano de obra del sector sanitario en Europa. En 2000, en República Checa, Finlandia y Polonia había más mujeres que hombres en la medicina.

Esta tendencia hacia la feminización del sector médico parece que va a continuar, según los datos que aporta el infor-

me sobre la salud en el mundo 2006 de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que demuestran también que en las nuevas generaciones de médicos que están en formación en estos momentos se está invirtiendo la proporción de hombres y mujeres, tanto que en el Reino Unido las mujeres suponen ya el 70% de los alumnos en las escuelas médicas.

Por su parte, el estudio destaca que la enfermería ha crecido de forma regular durante los últimos 20 años y sigue manteniendo una amplia mayoría de mujeres. Sin embargo, existen diferencias marcadas en cuanto a la cantidad de enfermeros por cada 1.000 habitantes entre los países de la Unión Europea, sobre todo cuando se considera sólo a los enfermeros cualificados.

Los estudios indican que hay una gran cantidad de puestos vacantes en los hospitales y que el número de inscripciones en las escuelas de enfermería disminuye constantemente.

Auge de los masajistas-fisioterapeutas

El análisis de las características de la actividad profesional en cada país indica que existen también desigualdades entre países, por ejemplo en las responsabilidades que asumen estos profesionales, ya que, mientras que en Reino Unido o Suecia, algunos enfermeros disponen de una lista de medicamentos que están autorizados a prescribir, en Francia tienen un estatuto de enfermero por cuenta propia. En los demás países, los enfermeros que se desplazan al domicilio del paciente son empleados de consultorios médicos o del sector público.

En el caso de las comadronas o asistentes de obstetricia, las diferencias radican en su formación. Así en Francia, el itinerario formativo es diferente del de los enfermeros; en Reino Unido, Portugal y España, son los enfermeros los que se especializan después de su periodo formativo inicial, mientras que el personal griego, alemán, italiano, neerlandés y danés se les imparte una formación especializada desde el primer año.

Los auxiliares sanitarios y los auxiliares de enfermería también tienen responsabilidades distintas en cada país. Aunque todos trabajan con los enfermeros, a algunos se les delegan ciertos cuidados asistenciales. Similar situación vive la profesión de masajista-fisioterapeuta, que está experimentando un auge destacable pero que en el ámbito de aplicación, es diferente según los países.

Personal envejecido y desmotivado

El estudio constató que en todos los países se está produciendo un envejecimiento de la población sanitaria activa, que es paralela al de la población en general, y que existe una falta de relevo generacional para los enfermeros que van a jubilarse, ya que en los años 90 se experimentó una reducción del número de estudiantes de enfermería.

NOTICIAS RSEER

Asimismo, los investigadores encontraron desánimo generalizado en la profesión.

Además, se ha detectado que la jubilación se está produciendo, en muchos casos, prematuramente. Por ejemplo, en Alemania los mayores de 55 años de edad representan sólo el 6,2% de total de enfermeros cualificados, mientras que en el total de trabajadores de todos los sectores, los mayores de 55 años de edad suponen el 11,1%.

Las autoridades europeas han querido averiguar los motivos del aparente desánimo de los profesionales médicos, causante por ejemplo de la jubilación anticipada de los enfermeros. El estudio NEXT2 se realizó a través de cuestionarios en 10 países europeos y sus resultados dan una visión pesimista de las condiciones laborales de los enfermeros. Entre los motivos, la falta de autonomía frente a la profesión médica, sus limitadas competencias con respecto a la prescripción o el diagnóstico y el nivel de reconocimiento salarial.

El informe señala que los enfermeros, en general, se sienten orgullosos de su profesión y tienen un grado muy alto de implicación con su profesión, pero que hay algunos aspectos negativos que influyen su decisión de abandonarla, como la jornada laboral que afecta a las relaciones laborales y familiares; la organización del trabajo; una elevada carga del trabajo y una proyección profesional insuficientes.

Todo esto provoca el denominado síndrome de agotamiento profesional de los enfermeros, que afecta a cerca del 25% de los enfermeros, aunque con mayor incidencia en Francia, Eslovaquia, Bélgica y Reino Unido.

8.- El sistema inmunológico puede controlar el cáncer sin destruirlo

19 Noviembre 2007

Por primera vez se demuestra que nuestro sistema de defensa puede provocar que un tumor entre en un estado de latencia, sin crecer, pero tampoco sin ser eliminado

Un equipo científico internacional muestra por primera vez que el sistema inmunitario es capaz de detener el crecimiento de tumores sin destruir las células, sino dejándolas en estado latente.

El hallazgo plantea la posibilidad de emplear esta capacidad de nuestro sistema de defensa como alternativa a la estrategia generalizada consistente en destruir los tumores. Para los investigadores, cuando el cáncer no puede ser erradicado mediante ataques inmunológicos, sería posible encontrar maneras de utilizar el sistema inmunitario para contenerlo. Además, la investigación ayuda a explicar por

qué algunos tumores parecen dejar de crecer repentinamente y entran en un período de latencia sin actividad.

Los autores de la investigación, publicada en la edición digital de "Nature", llaman a este estado "equilibrio en punto muerto" y lo explican diciendo que el sistema inmunitario disminuye la capacidad del tumor para replicarse y mata algunas células tumorales, pero no lo suficientemente rápido como para eliminar o reducir el tamaño del tumor.

Para el Dr. Mark J. Smyth, del Peter McCallum Cancer Centre de Melbourne (Australia), coautor del estudio, "algún día podremos utilizar la inmunoterapia para inducir artificialmente ese equilibrio y convertir el cáncer en una enfermedad crónica pero controlable".

Además, los apuntan que han creado un modelo animal que reproduce este estado de latencia tumoral en el laboratorio. Ello permitirá estudiar mejor los mecanismos de este fenómeno y comprobar si esa situación puede inducirse terapéuticamente.

Un poco de historia

Ya hace más de un siglo, los científicos propusieron que el sistema inmunológico podía reconocer las células tumorales como perjudiciales para el organismo. Bajo esa teoría, conocida como inmunovigilancia, los investigadores sugirieron que en el caso en que se reconoce la presencia de células tumorales, el sistema inmunológico ataca a los tumores con las mismas armas que emplea para eliminar a los microorganismos invasores. De hecho, los tratamientos actuales se basan en la inmunoterapia, es decir, el uso de agentes terapéuticos que aumentan las posibilidades del sistema inmunológico para reconocer y atacar a los tumores.

Sin embargo, la teoría de la inmunovigilancia ha sido motivo de controversia y desde hace pocos años está en decadencia entre los científicos. De hecho, se opta por un nuevo modelo que se conoce como inmunoedición del cáncer. Igual que la antigua teoría, la inmunoedición sugiere la existencia de un conflicto natural entre el cáncer y el sistema inmunológico, pero indica que ese conflicto da lugar a tres resultados distintos:

- El sistema inmunológico puede eliminar el cáncer destruyéndolo.
- El sistema inmunológico alcanza un equilibrio con el cáncer, frenando su crecimiento pero sin destruirlo.
- El cáncer escapa al sistema inmunológico, probablemente consiguiendo mayor malignidad en el proceso.

Hasta el presente estudio, la existencia del segundo resultado citado no estaba demostrada, y era sólo una posibilidad reconocida gracias a la experiencia clínica de los médi-

NOTICIAS RSEER

cos, casos de tumores que inexplicablemente entraban en remisión durante años.

Para observar estos tumores en estado de latencia en ratones, inyectaron en los animales pequeñas dosis de una sustancia carcinógena. Algunos desarrollaron tumores, pero otros ratones presentaron masas tumorales estables en el lugar de la inyección. Cuando ciertos componentes de su sistema inmunológico se desactivaban, esas masas tumorales se desarrollaban como cánceres malignos, lo que sugiere que el sistema inmunológico había estado previamente controlando el crecimiento de las neoplasias.

Nature 2007;doi:10.1038/nature06309

9.- El cribado del cáncer de pulmón en personas de riesgo no parece ser efectivo

16 Noviembre 2007

La TC no puede ser considerada coste-efectiva en tanto no se demuestre que reduce de forma sustancial la mortalidad. A pesar de los avances diagnósticos y terapéuticos, la supervivencia a los 5 años de los pacientes con cáncer de pulmón es de un 15%.

En teoría, el cribado del cáncer de pulmón en individuos con factores de riesgo debería disminuir la mortalidad. No obstante, los resultados de los ensayos clínicos realizados hace 2 décadas mostraron que el uso de una combinación de radiografía de tórax y citología de esputo no disminuía la mortalidad. La introducción de la tomografía computarizada (TC) de tórax -más sensible a la hora de detectar nódulos de menor tamaño- renovó el entusiasmo por el cribado. Un entusiasmo ahora frenado por un estudio publicado en Medicina Clínica (2007;129(15):582-7) que revela que su uso no introduce cambios en el pronóstico de la enfermedad.

A pesar de los avances diagnósticos y terapéuticos, la supervivencia a los 5 años de estos pacientes es de un 15% y sólo en 2000 fallecieron por esta causa en España 17.308 pacientes. Esta elevada mortalidad se debe a que, en el momento del diagnóstico, el cáncer ya presenta un estadio avanzado. En nuestro país, por ejemplo, acceden a la cirugía sólo entre un 15 y un 20% de los pacientes diagnosticados. Sin embargo, en aquellos con tumores detectados en estadios precoces, las cifras de supervivencia oscilan entre el 60 y el 70%.

Revisión sistemática

El artículo analiza, mediante una revisión sistemática de la bibliografía científica, tanto la efectividad como el coste y la efectividad de los programas de cribado con TC de tórax, para concluir que, aunque los programas de cribado

“aumentan el porcentaje de tumores diagnosticados en estadios precoces y, por tanto, con mejor pronóstico, no hay evidencia que demuestre que esto conlleve un cambio en el pronóstico de la enfermedad”. Por otro lado, “el cribado no puede ser considerado coste-efectivo en tanto no se demuestre que reduce de forma sustancial la mortalidad, se observe un aumento de la adherencia, se obtengan menores tasas de falsos positivos y disminuyan los costes de las pruebas diagnósticas”.

Los autores también mencionan otras consecuencias no deseadas de un programa de cribado de este tipo y escasamente recogidas en los estudios hasta ahora publicados, como el elevado número de intervenciones realizadas en pacientes sanos, la exposición a la radiación o la ansiedad que ocasiona el período de espera hasta el diagnóstico. Por todo ello, consideran que, en la práctica actual y a la espera de nuevos estudios, se debe mantener la deshabituación tabáquica como la intervención preventiva más efectiva y segura.

Controversia

La revisión reveló que el único resultado sobre mortalidad fue aportado por una serie de casos que no encontró diferencias en la mortalidad entre el grupo sometido a cribado y el control. Este resultado coincide con el obtenido en un reciente estudio con 3.246 sujetos asintomáticos en el que tampoco se observó una disminución de la mortalidad (Am J Roentgenol. 2006;187:421-9). Por otro lado, la supervivencia estimada en el estudio International Early Lung Cancer (I-ELCAP, N Engl J Med. 2006;355:1763-71), que reavivó la controversia sobre la efectividad de los programas de cribado, debe tomarse con cautela. Sus autores describen un porcentaje elevado de supervivencia a los 10 años (>80%), pero la mediana de seguimiento fue de 40 meses y a menos del 20% se siguió más de 5 años.

10.- Convocada huelga en la sanidad privada catalana

16 Noviembre 2007

Los sindicatos Comisiones Obreras y UGT de Cataluña han convocado una huelga en los centros sanitarios privados de la comunidad autónoma para el próximo 4 de diciembre, con el fin de denunciar la situación de estancamiento del convenio colectivo.

También habrá una manifestación el 28 de noviembre. Los profesionales sanitarios protestan por los bajos salarios, la precariedad laboral, la falta de reconocimiento profesional

NOTICIAS RSEER

y la carga asistencial.

Los sindicatos rechazan cerrar la negociación con un incremento salarial del 4,5% para 2007 y seguir pactando el resto del convenio en 2008. Argumentan que en esta propuesta hay categorías profesionales que no llegan a los 1.000 euros y destacan que las condiciones laborales y retributivas son precarias respecto al sector público.

El sector de la sanidad privada aglutina a unos 13.000 profesionales en Cataluña e incluye unos 50 centros grandes y unos 500 de menor tamaño.

11.- Infecciones nosocomiales en pacientes ingresados en UCI

15 Noviembre 2007

Las infecciones nosocomiales siguen siendo un importante problema de salud pública. Asimismo, la elevada incidencia, morbilidad y mortalidad de la sepsis, una de las infecciones con mayor mortalidad en la UCI, la convierte en un importante problema sanitario que requiere la adopción de medidas específicas dirigidas a tomar conciencia del problema, desarrollar pautas de actuación de acuerdo a los conocimientos más actuales y facilitar su puesta en práctica en la rutina asistencial.

Dada la importancia de estos problemas, más de 170 expertos en infección se dan cita en Burgos en la XVIII Reunión del Grupo de Trabajo de Enfermedades Infecciosas de la SEMICYUC.

Según la presidenta de esta reunión, la Dra. María Jesús López Pueyo, "la reunión de este año tiene como objetivo principal abordar la problemática de las enfermedades infecciosas y de los patógenos multirresistentes y su difícil tratamiento. Asimismo, se hablará en concreto de la UCI, donde más infecciones hospitalarias se contraen. Aproximadamente entre el 10 y el 15% de los pacientes ingresados en la UCI contraen infecciones nosocomiales".

"El patrón epidemiológico ha cambiado en los últimos años y también ha variado el perfil de pacientes en UCI. La epidemiología de estos patógenos que denominamos multirresistentes ha aumentado de forma exponencial a nivel mundial", manifiesta el Dr. Marcio Borges, coordinador del GTEI de la SEMICYUC.

La vigilancia epidemiológica (recogida sistemática, análisis y distribución de la información sobre las infecciones nosocomiales) ha demostrado ser eficaz en la prevención de tales infecciones, además de ser rentable económicamente.

España dispone para conocer la realidad epidemiológica en la UCI españolas del ENVIN-UCI (Estudio Nacional de Vigilancia en Infección Nosocomial en Servicios de Medicina Intensiva), gracias al cual se sabe el crecimiento exponencial de dichos patógenos multirresistentes en nuestras UCI.

Actualmente, las infecciones emergentes son de variadas etiologías: bacterianas, fúngicas y virales. Entre las causas más comunes se encuentran; el continuo y global crecimiento de las poblaciones, cambios ambientales, turismo a nivel internacional, etc.

"Si nos centramos en las bacterias más frecuentes en UCI: *Pseudomonas aeruginosa* sigue siendo la más frecuente, también *Acinetobacter spp* (que en muchas UCI es una endemia crónica), y las enterobacterias productoras de BLEEs, de las que hay un importante incremento en los dos últimos años. Otro patógeno importante por su aumento en frecuencia y elevada morbimortalidad es *Stenotrophomonas spp*; en relación a los cocos gram-positivos el más importante sigue siendo *Staphylococcus aureus* resistente a metilicina", explica el Dr. Borges.

Uno de los problemas que presentan los patógenos multirresistentes es que no son susceptibles al tratamiento. Respecto a este tema el Dr. Borges señala "el meropenem es un antibiótico que mata o detiene el crecimiento de bacterias que causan las infecciones. Este antibiótico cubre la mayoría de los patógenos tipo BGN y cocos G+".

Según el Dr. Borges " los últimos estudios epidemiológicos señalan que la sepsis presenta mayor incidencia y elevada mortalidad que otros procesos como el infarto agudo de miocardio, insuficiencia cardíaca, bronquitis crónica, el sida o diferentes tipos de tumores. Este nuevo conocimiento epidemiológico se refleja en un elevado coste social y económico, que se podría disminuir drásticamente si hay una organización en su manejo".

"El manejo de la sepsis debe ser integral con un carácter multidisciplinar efectivo en el que contemos con nuevos métodos diagnósticos (rápidos y eficaces) y nuevas posibilidades terapéuticas", señala el Dr. Borges.

"Estamos en el inicio de un largo camino, que exigirá una enorme organización desde el punto de vista científico, pero también organizativo de los diferentes Servicios, Hospitales, y del gobierno, pues muchas medidas deberían ser organizadas desde un punto de vista global (por ejemplo campañas como las de prevención de accidentes, control del cáncer de mama, etc.), concluye el Dr. Borges.

NOTICIAS RSEER

12.- Primera extirpación de la vesícula biliar a través de la boca en España

14 Noviembre 2007

El equipo médico encabezado por el Dr. Antonio María de Lacy, del Hospital Clínico de Barcelona, llevó a cabo con éxito la intervención el pasado viernes 9 de noviembre la primera extirpación de la vesícula biliar a través de la boca que se realiza en España. Esta colecistectomía se realizó a una paciente de 77 años y se practicó con la ayuda de un endoscopio flexible.

Esta operación responde a los postulados de la cirugía mínimamente invasiva planteada por el abordaje tipo NOTES (Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery), que pretende desarrollar la cirugía a través de los orificios naturales del cuerpo. La novedad de esta intervención reside en el acceso a la cavidad abdominal del paciente mediante un abordaje transgástrico, evitando así las incisiones más allá de la imprescindible (de sólo 2 mm) para introducir el laparoscopio. El éxito de esta cirugía es el resultado de dos años de investigaciones desarrolladas por el Dr. De Lacy y su equipo.

La colecistectomía transgástrica por vía oral es una técnica que combina la cirugía laparoscópica y las técnicas de endoscopia. Se practica con anestesia general, sin modificaciones sobre el proceso habitual. Antes del abordaje se procede a la limpieza gástrica, tras la cual se introduce el endoscopio flexible a través del esófago del paciente. Entonces, se introduce un laparoscopio de 2,7 mm a través de la cicatriz umbilical.

Posteriormente, se realiza un pequeño orificio en la pared anterior gástrica, bajo control visual laparoscópico; por él se introduce el endoscopio en la cavidad peritoneal, y se procede a la disección del triángulo de Calot mediante técnica endoscópica y laparoscópica (con instrumentos de 2 mm).

Otra novedad de la técnica empleada en el Hospital Clínico reside en la posibilidad de realizar una colangiografía intraoperatoria para descartar la presencia de cálculos en la vía biliar principal y para descartar lesiones de la misma durante la disección. Es entonces cuando se lleva a cabo la extirpación de la vesícula biliar y su extracción a través de la boca mediante endoscopio flexible. Finalmente, se cierra el orificio gástrico mediante técnicas laparoscópicas.

Ventajas de la intervención

Las justificaciones de esta técnica quirúrgica y sus ventajas frente a la técnica laparoscópica tradicional son varias, según indica el centro hospitalario en un comunicado. Por una parte, la disminución del dolor postoperatorio, la mayor facilidad de acceso a ciertos órganos, la ausencia de traumatismo de la pared abdominal, la reducción del tiempo de recuperación del paciente, y, sobre todo, el mejor resultado estético y psicológico consecuencia de la ausencia de cicatrices visibles.

13.- Consenso sobre manejo de la EPOC en Atención Primaria

08 Noviembre 2007

Expertos de la Sociedad Española de Medicina General (SEMG), de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN) y de la Sociedad de Respiratorio en Atención Primaria (GRAP) sobre la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) han elaborado un manual denominado 'Consenso Nacional sobre EPOC en Atención Primaria', para ayudar a los médicos de Atención Primaria (AP) en el manejo de pacientes con una enfermedad que causa más de 18.000 muertes al año.

El manual recoge, en palabras del Dr. Juan Antonio Trigueros, coordinador del Grupo de Habilidades de Patología Respiratoria de la SEMG, "las recomendaciones terapéuticas fundamentales para la EPOC tanto farmacológicas como de otros ámbitos cénicos. Asimismo, hace especial hincapié en recomendar un abordaje terapéutico precoz con especial detenimiento en el abandono del tabaco".

La EPOC es la enfermedad respiratoria crónica más frecuente. Según el Dr. José Antonio Quintano, coordinador del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN, en España "hay más de un millón de afectados por la enfermedad", un 9,1% de la población. "La alta prevalencia de mortalidad viene de un dato estremecedor, ya que el 80% de las personas que padecen la enfermedad no lo saben y cuando se les diagnostica es muy tarde, presentando cuadros de estado avanzado-grave", destacó.

Según datos recogidos en el Consenso y presentados por el estudio IBERPOC, la prevalencia en España es del 9% en personas de entre 40 y 69 años de edad, y llega al 20% en personas mayores de 65 años. Según el Dr. Eduardo Calvo, presidente de la Sociedad de Respiratorio en Atención Primaria (GRAP), el EPOC es la enfermedad que "más bajas laborales y problemas conyugales causa". Los enfermos avanzados pueden tener una esperanza de vida de "tan sólo 3 meses o 6 meses en situaciones menos graves".

El Dr. Trigueros subrayó que el especialista en EPOC no puede ayudar al paciente "si él no hace nada por dejar de fumar". Los datos del estudio IBERPOC especifican que un 25,4% de los enfermos siguen fumando.

El Dr. Quintano explicó además que la EPOC es "la quinta causa de las consultas de AP. Asimismo, entre el 7 y el 10% de los pacientes padece EPOC y se estima que el 50% de estos pacientes fallecen antes de los 10 años del diagnóstico".

"Las claves en el manejo de la enfermedad incluidas en este Consenso son la prevención, el diagnóstico precoz, la monitorización, el tratamiento de la enfermedad estable y de las agudizaciones, y así se recoge en las directrices de la Global Initiative for Obstructive Lung Disease (GOLD)", subrayó el Dr. Quintano.

NOTICIAS RSEER

14.- La enfermería navarra comienza una serie de movilizaciones para exigir la regularización de su carrera profesional

20-11-07

Ante la demora que está sufriendo la regularización de la Carrera Profesional de Enfermería, se han iniciado por parte de las enfermeras navarras una serie de movilizaciones, entre las que destaca una manifestación que tendrá lugar el próximo jueves, día 22. Dichas medidas de protesta han sido anunciadas hoy en una rueda de prensa en la que han intervenido el presidente del Colegio de Enfermería de Navarra, Pablo de Miguel Adrián; la secretaria autonómica del sindicato SATSE, Reyes Medrano Gurrea; y un miembro de la Plataforma de Enfermería por la Carrera Profesional, Montse Díaz Calvet.

Cabe recordar que Navarra sigue siendo la única comunidad autónoma que todavía no cuenta con Carrera Profesional de Enfermería. Paradójicamente, la Comunidad Foral fue pionera al aprobar en 1999 la Carrera Profesional para el personal de nivel A del Servicio Navarro de Salud mediante la Ley Foral 11/1999, norma que precisamente hacía referencia expresa a la extensión del sistema a los profesionales de Enfermería.

Como consecuencia, la Enfermería navarra ha acordado llevar a cabo una serie de medidas de protesta que se irán incrementando progresivamente mientras no se regule este sistema de desarrollo profesional. Así, las movilizaciones comenzaron el pasado viernes, día 16, con concentraciones de diez minutos en las puertas de los centros sanitarios, una iniciativa que tiene lugar diariamente y a la que se están adhiriendo las enfermeras de la mayoría de los centros de la red sanitaria pública en toda Navarra. En esta misma línea, el próximo jueves, día 22 de noviembre, se celebrará una manifestación a partir de las 17 horas frente al Parlamento de Navarra.

Cabe recordar que Navarra sigue siendo la única comunidad autónoma que todavía no cuenta con Carrera Profesional de Enfermería. Paradójicamente, la Comunidad Foral fue pionera al aprobar en 1999 la Carrera Profesional para el personal de nivel A del Servicio Navarro de Salud mediante la Ley Foral 11/1999, norma que precisamente hacía referencia expresa a la extensión del sistema a los profesionales de Enfermería.

Como consecuencia, la Enfermería navarra ha acordado llevar a cabo una serie de medidas de protesta que se irán incrementando progresivamente mientras no se

regule este sistema de desarrollo profesional. Así, las movilizaciones comenzaron el pasado viernes, día 16, con concentraciones de diez minutos en las puertas de los centros sanitarios, una iniciativa que tiene lugar diariamente y a la que se están adhiriendo las enfermeras de la mayoría de los centros de la red sanitaria pública en toda Navarra. En esta misma línea, el próximo jueves, día 22 de noviembre, se celebrará una manifestación a partir de las 17 horas frente al Parlamento de Navarra.

15.- Ratones resistentes al cáncer

27 Noviembre 2007

Científicos de la Universidad de Kentucky (Estados Unidos) han creado un tipo de ratón que es resistente al cáncer, incluso a los tipos más agresivos de tumor, tal como publican en "Cancer Research".

El avance se deriva de los hallazgos del Prof. Vivek Rangnekar, especialista en medicina radioterápica de la citada Universidad, y de la identificación del gen supresor tumoral llamada Par-4, a cargo de otro equipo científico.

En el nuevo estudio, los autores observaron que el gen Par-4 mata las células tumorales pero no las células normales, por lo que podría tener importantes aplicaciones terapéuticas.

Los autores escriben que el presente estudio es único, pues los ratones que nacen con este gen no desarrollan cáncer. Los animales crecen con normalidad, sin defectos, y además viven más tiempo que los ratones normales, lo que significa que ser portador del Par-4 no implica efectos adversos tóxicos.

Explican que, inicialmente, descubrieron el gen en la próstata, pero no se limita a esta glándula. El Par-4 se expresa en todos los tipos de células e induce la muerte de una amplia variedad de células tumorales. "Lo interesante de este estudio -comenta el Prof. Rangnekar- es que este gen asesino es selectivo para destruir las células tumorales. No matará células normales y lo cierto es que hay muy, muy pocas moléculas selectivas que consigan esto".

Para investigar los potenciales beneficios terapéuticos del gen, el equipo de la Universidad de Kentucky lo introdujo en un óvulo de ratón que se implantó en una hembra.

NOTICIAS RSEER

El animal nacido no expresa un gran número de copias del gen, pero sí sus crías y las siguientes generaciones. "Vimos que es posible transferir la actividad del gen a las siguientes generaciones de aquel ratón".

Según los científicos, las posibilidades terapéuticas en seres humanos podrían basarse en el trasplante de médula ósea. El Par-4 podría emplearse para luchar contra el cáncer en pacientes, destruyendo las células tumorales sin que experimenten los efectos adversos de la quimioterapia y la radioterapia.

Además, en palabras del Prof. Rangnekar, "pensamos en una estrategia holística que no sólo acabe con el tumor sino que no dañe al organismo como un todo".

Antes del experimento con animales, el mismo equipo ya había publicado trabajos mostrando que en cultivos celulares el gen no destruía las células sanas. "Ahora tenemos la prueba de que no mata las células normales, ya que los ratones están vivos y sanos", concluyen.

Serán necesarias más investigaciones antes de que proceder a estudiar su potencial valor terapéutico en seres humanos. "Si fuera posible tratar el cáncer sin perjudicar al paciente, sería un gran avance. Lo que hemos visto con estos animales, pienso que es maravilloso", añade el Prof. Rangnekar.

Cancer Research 2007;67:10343-10350

16.- Producción de neuronas a partir de células madre embrionarias

26 Noviembre 2007

Investigadores del Memorial Sloan-Kettering Cancer Center de Nueva York (Estados Unidos) han conseguido producir neuronas del sistema nervioso periférico a partir de células madre de la cresta neural, derivadas de células madre embrionarias humanas. Este avance se publica en la edición digital de "Nature Biotechnology". Según los científicos, las células madre embrionarias humanas han podido ser forzadas a convertirse en células madre de la cresta neural, un tipo de células importante del embrión en desarrollo. Estos hallazgos harán posible producir células madre de la cresta neural humanas en grandes cantidades para estudiar el desarrollo y enfermedades del sistema nervioso periférico.

Durante el desarrollo, las células madre embrionarias dan lugar a todos los tipos de células especializadas del organismo, pero descubrir métodos para imitar este pro-

ceso en el laboratorio ha sido un auténtico reto para los investigadores. La región de la cresta neural del embrión es de especial interés porque da lugar a las neuronas y la glía del sistema nervioso periférico y a varias células no neurales que participan en la formación de cartílago, hueso, músculo y otros tejidos.

El equipo de investigadores de Nueva York describe el aislamiento de las células madre de la cresta neural a partir de células madre embrionarias humanas y su diferenciación en neuronas periféricas y células de Schwann y en células que expresan marcadores de grasa, cartílago, hueso y músculo liso.

Nature Biotechnology 2007;doi:10.1038/nbt1365

9.- Lenalidomida en mieloma múltiple

Los resultados de dos ensayos clínicos internacionales, publicados en "The New England Journal of Medicine" muestran una supervivencia sin precedentes observada en pacientes con mieloma múltiple gracias a la administración del fármaco lenalidomida, en combinación con dexametasona.

Los datos de los estudios muestran que el citado fármaco oral se asocia a una significativa mejoría de este tipo de cáncer cuando los tratamientos previos han fracasado, según apuntan investigadores de la Rush University. En uno de los estudios, en el que participaron 353 pacientes de 44 centros hospitalarios, los que recibieron lenalidomida más dexametasona tuvieron una supervivencia media de 29,6 meses, en comparación con la de 20,2 meses registrada en el grupo que recibió dexametasona y placebo. En el primer grupo respondió a la combinación farmacológica el 61% de los pacientes, frente a sólo el 19,9% en el grupo placebo.

Estos positivos resultados provocaron que el estudio se detuviera en diciembre de 2005 para que todos aquellos pacientes que recibían placebo fueran tratados también con lenalidomida.

En el segundo estudio participaron 351 pacientes con recaídas o refractarios al tratamiento recibido para el mieloma múltiple. Comparó también lenalidomida más dexametasona frente a placebo más dexametasona, con respuesta al tratamiento del 60,2% en el primer grupo y del 24% en el segundo. La supervivencia entre los que recibieron la primera combinación fue significativamente superior respecto al grupo placebo.

La lenalidomida fue autorizada por la FDA estadounidense en el año 2006.

New England Journal of Medicine

New England Journal of Medicine 2007;357:2123-2132

New England Journal of Medicine 2007;357:2133-2142

ACTOS CIENTÍFICOS

Cursos y congresos

I Congreso internacional de enfermería en terapias naturales y complementarias

Barcelona del 31 de enero al 2 de febrero de 2008

Congresos

Organizado por:

Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona

Información: Secretaría Técnica. ACTIVA Congresos.

C/ Provença 238. 08008 Barcelona

Tel.: 93 323 85 73 - Fax: 93 451 18 70

Programa Estancia para la formación de enfermería en cuidados intensivos del recién nacido en situación crítica

Barcelona A determinar con el/la interesado/a

Cursos

Organizado por:

Institut Clínic de Obstetricia, Ginecología y Neonatología. Coporació Sanitària Clínic.

Destinatarios:

diplomados en enfermería que desarrollen su trabajo en cuidados intermedios neonatales y deseen adquirir experiencia práctica, en el recién nacido crítico.

Horas lectivas: 240 horas

Matrícula: 1.500 euros

Plazas: 1

Para más información contactar con Aula Clínic. Sra.

Mercè Sabaté / Sr. Toni Arcas

Tel: 932 27 98 52 - Fax: 932 27 54 59

E-mail: mesate@clinic.ub.es

Cursos a distancia de la Fundación Index

Cursos

Cursos a distancia:

-Metodología de Investigación aplicada a los cuidados

-Metodología de Investigación Cualitativa en Salud

-Práctica de la Enfermería basada en la Evidencia

-Cuidando al anciano: habilidades para profesionales y cuidadores

Web: www.index-f.com/campus/programas.php

Cursos de la Asociación Socio-Sanitaria LOGOSS

Durante todo el año

Cursos

Acreditados por la Comisión de Formación Continua del Sistema Nacional de Salud (Ministerio de Sanidad) y puntuables en todas las Comunidades Autónomas para Oposiciones, Bolsa de Trabajo, Concursos, Traslados...

Cursos de UCI:

-Generalidad y patologías cardíacas en UCI. (3,3 créditos; 100 horas)

-Patologías respiratorias y digestivas en UCI. (3,3 créditos; 100 horas)

-La Enfermería en UCI según sistemas: neurológico e infeccioso. (2,4 créditos; 100 horas)

-La Enfermería en UCI según sistemas: endocrinológico y trastornos hidroelectrolíticos. (2,8 créditos; 100 horas)

-La Enfermería en UCI según sistemas: traumatología e intoxicaciones. (3,8 créditos; 100 horas)

Cursos de Quirófano:

-Atención integral de Enfermería en quirófano. (3,4 créditos; 100 horas)

-Instrumentación y procedimientos quirúrgicos para Enfermería. (2,7 créditos; 100 horas)

Cursos de Nefrología:

-Generalidad y nefrología clínica. (2,8 créditos; 100 horas)

-Cuidados en hemodiálisis. (1,6 créditos; 100 horas)

-Diálisis peritoneal y pediátrica. (2,3 créditos; 100 horas)

-Atención integral al paciente renal. (2,6 créditos; 100 horas)

Dirección: C/ San Andrés, 14, bajo. 23004 Jaén

Tel.: 902 15 31 30 - Fax: 953 24 54 82

E-mail: formacion@logos.net

VI Edición del Master en prevención y tratamiento de las conductas adictivas

de enero a diciembre de 2008

Cursos

Organizado por:

Aula Virtual de la Fundación Universidad-Empresa

Máster de formación tutorizada a distancia en Internet.

Dirigido a: psiquiatras, médicos, psicólogos, psicopedagogos, trabajadores sociales, DUE, abogados, farmacéuticos, sociólogos, educadores sociales, criminólogos, profesores de primaria y ESO.

Fecha de preinscripción:

hasta el 30 de diciembre de 2007

Matrícula: 1.800, tasas de expedición del título no incluidas

E-mail: p_verdu@yahoo.es

Web: www.adeit.uv.es/adicciones6

V Reunión nacional de invierno AEC: "Enfermeras en la dependencia: valoramos y cuidamos"

Málaga 22 y 23 de febrero de 2008

Congresos

Organizado por:

Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC)

Información: Secretaría Técnica. C/ Pintor Villacís 4. 30003 Murcia

Tel.: 968 22 50 20 -Fax: 968 22 51 54

ENLACES INTERNET

Asociaciones de Enfermería

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

Asociación Americana de Enfermería (ANA)
www.nursingworld.org/about/

Asociación de Enfermeras de Canadá
www.cna-nurses.ca/default.htm

Asociación andaluza de matronas
www.aamatronas.org/

Asociación de comadronas de la comunidad valenciana
www.matronas-cv.org/

Sociedad Española de Radiología Intervencionista de Enfermería
www.serie.es.fm

Asociación Española de Enfermería Vasculat
www.aeev.net

Asociación Española de perfusionistas
www.aep.es

Asociación de Enfermería de Urgencias
www.enfermeriadeurgencias.com

Sociedad Española de Enfermería Nefrológica
www.seden.org

Grupo Nacional para estudio y asesoramiento en úlceras por presión
www.gneaupp.readysoft.es

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

Asociación de Enfermería Comunitaria
www.enfermeriacomunitaria.org

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

Varios sobre enfermería y sus asociaciones
www.enfermeria.com

Portales

Enfersalud
www.enfersalud.com

Enfermeria21
www.enfermeria21.com

Fisterra
www.fisterra.com/recursos_web/enfermeria/entrada.htm

Guía de Enfermería
guiadeenfermeria.com

Red de Enfermería
www.redenfermeria.com

Medhunt
www.hon.ch/MedHunt

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

Busqueda

Cuiden
www.doc6.es/index

Investen
www.isciii.es/investen

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

Bdie
bdie.isciii.es/buscador_BDIE.htm

Bireme
www.bireme.br/bvs/E/ebd.htm

Medline:
www.ncbi.nlm.nih.gov/Pubmed

Revistas electrónicas de acceso libre y texto completo

The Australian Electronic Journal of Nursing Education
www.scu.edu.au/schools/nhcp/aejne/

Boletín de Enfermería Comunitaria
www.enfermeriacomunitaria.org/boletin/BEC.html

El Espejo Sanitario
www.cfnavarra.es/salud/publicaciones/ESPEJO/SUMARIO.HTM

Enfermería en Cardiología
www.enfermeriaencardiologia.com/revista/

Enfermería Global
www.um.es/eglobal/

Enfermería Integral
www.enfervalencia.org/ei/

Hygia
www.ocenf.org/sevilla/hygia/

L'Infirmière du Quebec
www.oiiq.org/publications/periodiques.asp

ENLACES INTERNET

MedSpain
www.medspain.com/publico.thm

Nurse-Beat
www.nurse-beat.com/

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

Revistas Biomédicas de texto completo
freemedicaljournals.com

Organismos

Consejo Internacional de Enfermería
www.icn.ch

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

Organización Mundial de la Salud
www.who.int

Confederación internacional de matronas
www.internationalmidwives.org

Consejo General de Colegios de Enfermería de España
www.ocenf.org

Ministerio de Sanidad y Consumo
www.msc.es

Consejo de Investigaciones Científicas (CIE)
www.icn.ch/spanisch.htm

Imágenes Médicas

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

Enfermería TV
www.enfermeria.tv

HONmedia-Medical Images:
www.hon.ch/HONmedia

Karolinska Institute
www.mic.ki.se/Mediaimages.html

Investigación en Enfermería de Redacción Científica
www.caribjsci.org/epub1/temario.htm

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

Enfermería basada en la evidencia

Bandolera
www.infodoctor.org/bandolera

Enfermería Basada en la evidencia. Fundación Index
www.index-f.com/evidencia.htm

La enfermería basada en la evidencia
www.seei.es/web-socios/ebe/index.html

Otras direcciones de interés

Enfermería Activa
www.infermeriactiva.org

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

Sociedad Española de Enfermería en Internet
www.seei.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

Idiomas
www.webgenericos.com/paciente/idiomas/default.asp

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: seer@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/ Alcoi 21 08022 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.

<i>Deseo disponer de ejemplares de cada número de la Revista de la Sociedad Española de Enfermería Radiológica</i>
--

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.

<i>(Rellenar solamente en caso de Miembros Asociados y Agregados)</i>	
Avalado por:	Firma:
..... Nombre y Apellidos
	Firma:
..... Nombre y Apellidos