

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

jcordero@enfermeriaradiologica.org

Periodicidad:

Cuatrimestral

Suscripciones:

Srta. Laura Rausell

Teléfono 93 212 81 08

Fax 93 212 47 74

lrausell@coib.org

www.enfermeriaradiologica.org

Tarifa de suscripción anual:

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

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

Revista indexada en base de datos:

CUIDEN www.index-f.com

Disponible en Internet:

www.enfermeriaradiologica.org

Junta directiva de la SEER

Presidente: 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., 2008; nº3

109	Editorial
110	Fe de erratas Abstract no aparecido en el número anterior de la RSEER dedicado al XIII Congreso Nacional de la SEER en Córdoba
112	La opinión del socio Enfermería en diagnóstico por la imagen. Su futuro, tu eliges. <i>Alex Budoy i Flores</i>
113	De la federación a la SEER: 20 años de historia Acto de homenaje a los presidentes
115	Artículos originales Colangio-RM y Manganeseo en complicaciones post-colecistectomía laparoscópica. <i>Mari Carmen Altozano Pérez et al.</i>
120	Imágenes de interés Crecimiento del parénquima pulmonar. <i>Esteban Pérez García.</i>
121	Artículos originales Implantación de la consulta de enfermería radiológica en el Hospital de la Línea de la Concepción. <i>Manuel López Manzano et al.</i>
124	Artículos originales Implementación de un programa de calidad para un servicio de radiodiagnóstico. <i>E. Pérez García y CC. Moreno García.</i>
131	Noticias RSEER
140	Actos científicos
142	Enlaces Internet
144	Información para los autores
145	Solicitud de ingreso

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 Asumendi (Navarra)

M^a Angeles Betelu Oronoz (Navarra)



SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA
RADIOLÓGICA

De nuevo me dirijo a vosotros en el que será último número de la revista de este año 2008. Haciendo balance general he de deciros que ha sido un año de mucho trabajo pero a la vez fructífero en actos científicos y colaboraciones.

Se llevó a cabo una nueva jornada de Formación Continuada, realizada en abril de 2008 en Barcelona, bajo el lema de las técnicas de diagnóstico y terapia en linfoma. El nivel que mostraron todos y cada uno de los ponentes nos coloca el listón muy alto a la hora de organizar nuevas jornadas. Pero como empeño no nos falta, en poco tiempo realizaremos la que será V Jornada de Formación Continuada. Y en este caso nos desplazaremos a la capital de España, en el Hospital Central de la Defensa "Gómez Ulla", el 14 de marzo de 2009. En este caso el tema a tratar es el cáncer de próstata, patología que cursa con un alto índice de mortalidad entre la población masculina. Creo que ha valido la pena el esfuerzo realizado por los compañeros de Madrid y que el resultado final volverá a ser, de nuevo, espectacular.

Respecto a los congresos, no puedo sino felicitar al comité organizador y científico del XIII Congreso de la SEER que se celebró en Córdoba el pasado mes de junio. Al alto nivel de participación (330 asistentes) se unió un alto nivel científico tanto de la Formación Continuada como de las comunicaciones orales y posters que fueron expuestos por los asistentes. Desde aquí os animo a que plasmeis esos excelentes trabajos en artículos originales que se puedan publicar en la revista para dar mayor difusión a un trabajo que mejora día a día y que nos hace, cada vez más, imprescindibles en los servicios de Radiodiagnóstico, Radioterapia y Medicina Nuclear de los hospitales en los que trabajamos.

Y como ya sabréis por el primer mailing que hemos realizado, el destino del próximo congreso nacional será Lanzarote. Nos volveremos a reunir los días 27 a 29 de octubre de 2009 (no en Noviembre como ponía en la publicidad) bajo el lema de los cuidados enfermeros en patología cerebral. Los miembros de ambos comités estamos trabajando duro para conseguir un congreso interesante a nivel científico sin olvidar el aspecto lúdico que el entorno de la isla de Lanzarote nos ofrece. Próximamente iréis recibiendo más información detallada con las fechas para enviar vuestros trabajos y de inscripción así como la oferta hotelera que espero que sea de vuestro agrado.

Como novedad anunciaros la creación de una nueva sección dentro de nuestra revista dedicada a vosotros, los socios. En esta sección podéis dar opinión sobre los temas que nos preocupan como colectivo. Para este número ha sido Alex Budoy el que ha hecho una opinión-reflexión.

Por último, no puedo dejar de remarcar el importante convenio de colaboración que hemos establecido con la Fundación para el Desarrollo de la Enfermería (FUDEN). Como sabréis muchos de vosotros este acuerdo supone un reconocimiento a nivel nacional de nuestra labor enfermera para que sea reconocida como una especialidad propia dentro del marco de las especialidades llevadas a cabo por el Ministerio de Sanidad y Consumo. Asimismo, este convenio permite adquirir a los socios de la SEER los volúmenes editados por Fuden "Cuidados en Radiología y Cuidados en Medicina Nuclear y Radioterapia", con un 25% de descuento sobre el precio de venta al público. En páginas interiores tenéis más información al respecto.

Aunque en el momento de recibir la revista todavía quedará algo de tiempo para las Navidades, espero que estas fiestas entrañables las paséis de la mejor forma posible junto a vuestros seres queridos.

Jose A. Cordero Ramajo
Redactor Jefe de la RSEER

FE DE ERRATAS

Abstract no aparecido en el número anterior de la RSEER dedicado al XIII Congreso Nacional de la SEER en Córdoba:

DACRIOCISTOGRAFÍA (DCG): TÉCNICA DE ELECCIÓN PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA EPÍFORA.

Juan Carlos Moles Pérez, Dolores Maria Santiago Garcia.
jcmolescama@hotmail.com
Hospital Comarcal "La Inmaculada". Huércal-Overa. Almería.

INTRODUCCIÓN:

Examen diagnóstico indicado en pacientes con lagrimeo excesivo y persistente (epífora). Técnica valiosa que somete al paciente a un mínimo de complicaciones, pudiendo valorar la posibilidad de tratamiento oftalmológico causado por obstrucción baja de la vía lagrimal y afectación del conducto nasolacrimal.

OBJETIVOS:

Descripción de la técnica diagnóstica realizada por enfermería. Técnica de elección para su posterior tratamiento de la epífora obstructiva y por afectación del conducto nasolacrimal. Valoración del grado y situación de la afectación, así como comprobación de la permeabilidad en casos que presentan clínica tras la intervención.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Realizado en pacientes remitidos por el servicio de oftalmología afectados de epífora causada por obstrucción de la vía lagrimal; se aplica la técnica (DCG), se hace descripción de la metodología y se valora si son subsidiarios de tratamiento con dacriocistorrinostomía endonasal con tutorización de sili-cona o stent nasolacrimal.

Se realizaron un total de 376 procedimientos en 226 pacientes entre inicio de enero 2001 y finales de diciembre de 2007.

RESULTADOS:

El 99% (376 ojos) de los pacientes sometidos a DCG supuso un éxito de la técnica. El 85% de los casos sometidos a intervención oftalmológica mostraron una recuperación completa de la funcionalidad, pues el lagrimeo paró o disminuyó notablemente.

La DCG como técnica diagnóstica realizada en pacientes con epífora es indispensable para la elección del tratamiento quirúrgico oftalmológico, tanto para valorar la obstrucción, como para ubicar la prótesis y comprobar su permeabilidad.

CONCLUSIONES:

La DCG constituye la técnica de elección para el diagnóstico de la epífora obstructiva y por afectación del conducto lagrimal, que requiere la necesidad de personal de enfermería especializado y entrenado. Útil para la identificación de cálculos lacrimales, tumores, divertículos, fistulas, así como para la valoración de los buenos resultados oftalmológicos. Todo ello redundando en una mejora en la calidad de vida, relación social del paciente y evitando que se produzcan problemas graves con un mínimo de complicaciones.

BIBLIOGRAFÍA:

- Caldwell GW. Two new operations for obstruction of the nasal duct with preservation of the canaliculi. *Am J Ophthalmol* 1893; 10:189
- Song HY et al. Nasolacrimal duct obstruction treated nonsurgically with use of plastic stents. *Radiology* 1994; 190:535-539.

LA OPINIÓN DEL SOCIO

Enfermería en Diagnóstico por la imagen. Su futuro, tú eliges.

Alex Budoy i Flores

Enfermero especialista en Electroradiología

alex@alar-dxi.org

Recibido: 30/07/08

Aceptado: 19/08/08

En 1979 en radiología existían, salvo contadísimas excepciones, cuatro tipos de profesionales: los A.T.S. (Ayudante Técnico Sanitario), los auxiliares, los camilleros, y los médicos.

Los A.T.S. realizaban todo tipo de funciones; eran, junto a los médicos, los que integralmente manipulaban y exploraban a los enfermos (clientes de hoy). Y esta tarea no era ni cuestionada ni discutida, sencillamente era así. De este mapa a la actualidad hemos pasado por 29 años de confusión, de frustración y de una semí-apatía en la inmensa mayoría de los enfermeros/as por mantener y potenciar nuestra profesión dentro de Diagnóstico por la Imagen.

Las Asociaciones de Enfermería Radiológica se han desgañado solicitando que alguien les escuchara. Se han encontrado gastando casi la totalidad de los pocos ingresos en asesorías y defensas legales. Los colegios de Enfermería, en ningún momento hasta el presente año que la situación era insostenible, se han preocupado de auxiliar a un colectivo de Enfermeros/as que agonizaba profesionalmente. El Consejo General de Enfermería no ha sido capaz o no le ha interesado que el Diagnóstico por la Imagen sea una especialidad.

La imagen del pasado ya podéis ver la que ha sido; pero hablemos del presente. Los servicios de Diagnóstico por la Imagen (DI) están en constante mutación. En Cataluña, el Consell de Col·legis de Diplomats en Infermeria, a petición del Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona, aprueba una toma de posición donde argumenta y defiende las exclusivas funciones de los DUE en los servicios de Diagnóstico por la Imagen. Este documento ha dado que pensar y creo que ha servido de mucho; nadie niega hoy las funciones de enfermería en los Centros de Diagnóstico por la Imagen, ya que el cuidado de los pacientes en estos centros lo han de realizar DUE, sin lugar a dudas, que a su vez tienen que convivir laboralmente con los TSID (Técnicos en Radiodiagnóstico), cuyas funciones están definidas por su currículo formativo.

Hemos de pasar de una metodología laboral en la que nuestras funciones de enfermeros/as en los servicios y Centros de Diagnóstico por la Imagen estaban ancladas, eran monótonas y nos faltaba interés por innovar, por reciclarnos y por ponernos al día en los cuidados que el

cliente necesita de los DUE. Pero pasar a que, a donde; porque es necesario, es urgente quien ha de decirnos lo que se espera de esa nueva figura del enfermero/a en un servicio de Diagnóstico por la Imagen.

La clave la tenemos, bajo mi punto de vista, en la necesidad de redistribuir o reubicar los recursos humanos/profesionales en los servicios, y dotar de funciones y responsabilidades a sus profesionales de una forma clara y coherente.

Es unánime el criterio de la obligatoriedad de que los cuidados de enfermería en un paciente/cliente los realice en cualquier departamento u servicio profesionales sanitarios con la titulación de Diplomado en Enfermería. Basándose en esa premisa es necesaria la presencia de los mismos en cualquier centro (público o privado) que preste servicios sanitarios (diagnósticos o terapéuticos) a la población.

Los enfermeros/as pueden ejercer funciones técnicas siempre y cuando estén en posesión de la acreditación de operador/supervisor otorgado por el Consejo de Seguridad Nuclear o la titulación de TSID. Asimismo pueden compaginar estas tareas técnicas con la obtención de registros gráficos y los cuidados de enfermería, dado que este profesional tiene un perfil muy completo para desempeñar dichas funciones en los departamentos de diagnóstico por la imagen y especialmente en centros en los que por su idiosincrasia no precisa de un alto número de profesionales.

Los enfermeros/as sin las características o titulaciones mencionadas, la tendencia es que se hagan cargo de los pacientes/clientes, exclusivamente en su faceta de cuidados en enfermería.

El presente es un buen momento para organizar y exigir las funciones de enfermería en los centros de todos los niveles, donde los enfermeros/as en DI prestamos nuestros servicios. El profesional de enfermería tiene la capacidad para realizar una valoración global del Paciente/Cliente, desde su llegada al servicio hasta la finalización de la exploración. Nuestra misión es prestar una atención integral al usuario, bien sea de ambulatorio o de hospitalización, dividiendo en tres fases nuestros cuidados:

1ª fase: Pre-exploración. En esta fase recibiremos al paciente/cliente, le realizaremos una pequeña entrevista, en la que recogeremos datos y valoraremos su estado comprobando la historia clínica y los aspectos físicos y psicológicos que nos faciliten un criterio de acción. Se cumplimentará el registro de enfermería, en su primera fase, el cual es básico hoy día en los servicios de DI. Si no lo realizamos no existimos, así de claro.

2ª fase: Exploración. Nuestra misión se centrará en controlar y realizar las técnicas de enfermería que requiera el paciente/cliente, tales como veno-punción, administración de medios de contraste, muy especialmente los yodados, medicamentos, etc... evaluando en todo momento el estado del paciente, prestándole apoyo y dándole confianza para que la prueba sea lo menos traumática posible para él, y estar preparado teniendo los medios necesarios para actuar en situaciones agudas o de urgencia. Es en este momento cuando cumplimentaremos el registro de enfermería en su segunda fase.

3ª fase: Post- exploración. Retirar el catéter, si lo hubiera, contestar a las preguntas o consultas del paciente, observarlo y valorar si está en perfecto estado para abandonar el servicio; asimismo recogeremos los datos que nos permitan cerrar el registro de enfermería, escribir las anotaciones que creamos oportunas en la historia clínica, sobretodo si se produjeron incidencias. En el caso de tener programas informatizados de enfermería, las anotaciones las escribiríamos en el. Despedir al paciente/cliente.

Es importante que sepamos que el Paciente/Cliente tiene el derecho de ser atendido por un profesional de Enfermería, y nosotros como tales tenemos la obligación de que esa atención sea continua, eficiente y completa.

Quisiera comentar dos de nuestras funciones. Creo que aparte de la atención integral que hemos de proporcionar al paciente/cliente, los medios de contrastes que administramos en los servicios de DI y los registros de Enfermería han de ser los puntales de nuestra atención cotidiana.

1.- Los medios de contraste. Tienen dos facetas bien diferenciadas: la primera es la de realzar o contrastar las diferentes estructuras a estudio. La valoración de esta faceta la tiene que realizar el facultativo, que es el responsable de informar la exploración; la segunda es la seguridad del medio de contraste, que ha de ser valorada por los profesionales de enfermería, dada la responsabilidad que tenemos en la realización de la prueba y en aplicar los cuidados físicos y psicológicos antes,

durante y después del proceso. En particular, los medios de contraste iodados requieren de un alto grado de atención y seguimiento por nuestra parte, debido a lo imprevisible, en ocasiones, de sus efectos.

2.- Los registros de enfermería. Cada día los enfermeros/as de los servicios o centros de DI, sean privados o públicos, grandes o pequeños, han de darse cuenta que sin esta herramienta no se puede hablar de funciones o de cuidados de enfermería; ni tan siquiera de enfermería. Amigos míos, si no lo escribimos no existimos. Las programaciones pueden ser agobiantes, pero si no buscamos una línea de actuación que nos permita dar un servicio de enfermería de calidad, no nos identificaremos con nuestra profesión, no cumpliendo tampoco con la sociedad, que ha confiado en nuestra ética y conocimientos su salud.

Los registros de enfermería los tenemos que confeccionar según nuestras necesidades y las del centro. Pueden ser diferentes y en ocasiones han de serlo según el tipo de paciente (hospitalizado / ambulatorio), el tipo de exploración (exploración monitorizada / intervencionista / convencional), pero todos han de tener unos rasgos comunes: la fecha, la identificación del paciente, y las valoraciones pre-exploración, exploración y post-exploración. El apartado de incidencias es imprescindible también, así como el de hacer constar la medicación que algunas pruebas conllevan (Sumial /nitroglicerina / diazepam, etc...) y si existen recomendaciones para las horas siguientes a la exploración.

En este apartado de opinión, que he querido compartir con vosotros, y siempre haciendo una valoración personal y una futurología muy mía, no me queda más que decir; no es un momento para perder en diálogos, hemos hablado muchos años. La enfermería se esta moviendo y para mejorar; de nosotros depende, de los enfermeros/as que estamos ejerciendo esta profesión en los Centros y Servicios de Diagnóstico por la imagen, que nos subamos a este carro y ocupemos de una manera decidida y clara el lugar que nos corresponde, o no. Eso será el futuro. **Tú eliges.**

DE LA FEDERACIÓN A LA SEER: 20 AÑOS DE HISTORIA

Acto de homenaje a los presidentes.

Durante el desarrollo de los actos científicos del XIII CONGRESO NACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA RADIOLÓGICA, celebrado en CORDOBA el pasado mes de junio, la SEER quiso agradecer mediante un acto sencillo pero muy emotivo los servicios prestados a los que durante estos años tuvieron la responsabilidad de representar a la FEDERACION ESPAÑOLA DE ASOCIACIONES DE ENFERMERIA RADIOLÓGICA (FEAER).

Por problemas de horario, no se pudo extender lo suficiente para que cada uno expusiera sus experiencias vividas de una forma desarrollada, aunque sí a modo de resumen, cada uno nos hizo partícipes de sus mejores recuerdos.

El acto terminó haciendo entrega a todos ellos de un obsequio y de un DVD con el contenido de todas las Revistas editadas estos 20 años en formato digital.

Los homenajeados fueron:

- D. MANUEL ZAMBRANO BONO, Presidente desde la fundación en el año 1987 hasta el año 1992.
- D. EDUARDO JORDAN QUINZANO, Presidente desde el año 1992 hasta el año 1995.
- D. MANOLO SASTRE, Presidente de de la Junta Gestora durante dos años.
- D^a. MAITE ESPORRIN LAS HERAS, Presidenta desde 1997 hasta el año 2003.

Es en este año cuando se cambiaron los estatutos y se constituyó la SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERIA RADIOLÓGICA, cuyo Presidente es D. JOAN PONS CAMPRUBÍ.

¡Buenos días!

Hace algunos meses recibí una amable invitación de Inma Montero para participar en este acto y, a pesar de que estas cosas sólo nos pueden suceder a quienes luchamos por llevar con cierta dignidad las arrugas, y la pérdida de pelo, acepté encantado.

Inma, estos días he sido testigo de tu dedicación, de tu capacidad de trabajo, y de tu simpatía; ¡Muchas gracias!, y haz extensivo mi agradecimiento al resto del equipo organizador de este magnífico Congreso.

A muchos les quedará muy lejos el 14 junio de 1984, pero precisamente en aquella fecha se publicó una Orden del M^o de Sanidad y Consumo, que causó un profundo impacto en los servicios de radiodiagnóstico de todo el país. Aquella Orden, que creaba el Técnico Especialista de Formación Profesional de 2^o Grado, rama sanitaria, comprometía muy seriamente el futuro de la enfermería en estos servicios.

Ante aquel hecho, un grupo de profesionales de Cantabria decidimos constituir el "Colectivo de Enfermería en Electroradiología de Cantabria", y organizar en Santander el "I Congreso Nacional de Enfermería Radiológica", que tuvo lugar entre los días

A continuación publicamos la presentación que debió hacer Eduardo Jordán y que, como ya se ha comentado, no pudo exponerse de la forma que se merece. Como actual Redactor-Jefe de la revista que publica la SEER, creo que es de recibo que quede reflejado tal y como él mismo nos lo ha pasado y como lo hubiera hecho en el congreso ya que representa el ecuador de la Federación y resume muy bien nuestra manera de sobrevivir.

Un fuerte abrazo Eduardo.



2 y 4 de abril de 1987. El objetivo real era promover una organización a nivel nacional que aglutinara y defendiera los intereses de todos los profesionales de Enfermería Radiológica.

En mi última intervención en el Congreso, presenté un proyecto de Estatutos para la puesta en marcha de una "Asociación Nacional de Enfermería en Electro-Radiología", que dio pie a la creación de una comisión gestora, liderada por un grupo de profesionales andaluces, encabezado por Manuel Zambrano, que asumió la responsabilidad de estructurar y legalizar lo que, finalmente, sería la "Federación Española de Asociaciones de Enfermería Radiológica".

El día 1 de agosto de ese mismo año, se publicó un Real Decreto que derogaba las Especialidades de enfermería hasta entonces vigentes, lo que causó una profunda preocupación en todos nosotros. Pese a todo, continuamos con nuestro trabajo y conseguimos organizar, legalizar, y poner en marcha una estructura nacional en un tiempo record; el 14 de enero de 1988 se produjo la legalización de la Federación Española de Enfermería Radiológica y, en aquel momento, ya estaban constituidas doce asociaciones en todo el territorio nacional.

Yo pertencí a la comisión gestora de la Federación, y fui

vicepresidente de la misma durante los años 1988 y 1989, pero, realmente, el peso de la gestión de la Federación recayó directamente en Manuel Zambrano y en su equipo más inmediato, mientras que mi presencia fue casi testimonial.

En aquel periodo, gracias al empuje de Manuel León, comenzó a editarse en Granada la revista **"Enfermería Radiológica"** y, fruto del intenso trabajo en defensa de los intereses de la enfermería en los servicios de Radiología, llegaron a obtenerse importantes pronunciamientos judiciales.

En octubre de 1992, en el transcurso de una reunión celebrada en Zaragoza, al término de las **"I Jornadas Aragonesas de Enfermería Radiológica"**, fui designado Presidente de la Federación.

En aquel entonces la situación económica era bastante delicada, se observaba un claro distanciamiento de los máximos organismos representativos de nuestra profesión, y se notaba un cierto grado de desilusión y desmotivación en algunos de nuestros dirigentes. Además, se habían originado tensiones de cierta importancia en algunas asociaciones, que comprometían seriamente su futuro.

Mis primeras actuaciones se encaminaron a la estructuración de mi equipo de trabajo, al relanzamiento de las asociaciones, y a la recopilación, difusión y actualización de toda la información que iba llegando hasta nuestras manos (legislación, fallos judiciales, dictámenes, informes, etc.).

Toda esta actividad generó un importante trabajo administrativo que pudimos afrontar gracias a la colaboración del Colegio de Enfermería de Cantabria, del que, en aquellos instantes, yo era Presidente.

Quiero destacar el entusiasmo y esfuerzo realizado en aquella etapa por Gema López-Menchero, que asumió la dirección de la revista **"Enfermería Radiológica"**, transformando completamente su imagen y sus contenidos.

En aquel periodo estrechamos relaciones con el Consejo General de Enfermería, que nos invitó a participar en todas las reuniones relacionadas con nuestra actividad profesional, y que recogió nuestros puntos de vista en todos los informes elaborados en aquella época; con el Consejo de Seguridad Nuclear, que reconoció a toda la enfermería, que se hallara en posesión de la Especialidad, el derecho a operar con instalaciones radiológicas; y con la Escuela de Ciencias de la Salud de la Universidad Complutense, que aprobó un programa de **"Experto Universitario en Enfermería Radiológica"**, elaborado por un entusiasta grupo de compañeros de la Asociación Catalana.

En julio de 1994, llegaron a mis manos unos proyectos de Reales Decretos que creaban nuevas figuras profesionales de F.P., entre ellas el **"Técnico Superior en**

Imagen diagnóstica" y el **"Técnico Superior en Radioterapia"**, lo que marcó el comienzo de una etapa de intensa actividad, caracterizada por una lucha abierta contra aquellos proyectos que, de haberse promulgado en los términos en que habían sido redactados, hubieran comprometido muy seriamente la permanencia de la enfermería en los servicios de radiología.

Con la colaboración del Consejo General de Enfermería, pudimos elaborar en un tiempo record una serie de informes, que fueron remitidos a los ministerios pertinentes, y que tuvieron como resultado el replanteamiento, la retención y la renegociación del contenido de aquellos Reales Decretos.

En aquellos momentos mis circunstancias personales no eran precisamente óptimas, así que, cuando estimé que no era capaz de seguir dando el empuje necesario a la Federación, decidí dejar mi puesto en manos de otro compañero, (fue en mayo de 1995, durante la celebración en La Coruña del **"VI Congreso Nacional de Enfermería Radiológica"**).

A partir de ese momento abandoné todos mis cargos de representación, y continué desarrollando mi trabajo con la mayor profesionalidad y responsabilidad; aunque he de reconocer que mi ilusión se fue resquebrajando a medida que fuimos siendo desplazados por los Técnicos, con el beneplácito de unos administradores sanitarios que menosprecian nuestros conocimientos y nuestra experiencia, sin importarles las consecuencias sanitarias y humanas de sus decisiones.

Han pasado algunos años, y ahora dedico la mayor parte de mi tiempo libre a la defensa de una causa noble y justa; la del pueblo saharauí. En octubre de 2004, publiqué un primer libro titulado **"Atrapados en Tinduff"**, y llevo algunos meses trabajando en el segundo. Además, he participado, promovido y coordinado diferentes proyectos de cooperación, entre ellos uno relacionado muy estrechamente con nuestra especialidad, en los campamentos de refugiados saharauís de Tinduf.

Esa es mi lucha, y desde esta nueva atalaya he comprendido que, como decía B.Brecht, **"Hay hombres que luchan toda la vida"**, y que **"esos son los imprescindibles"**, por eso quiero acabar mi intervención agradeciendo el inmenso trabajo y la dedicación personal de muchas personas que han contribuido decisivamente al desarrollo de la Enfermería Radiológica. Gente como Bernabé Trujillo, Francisco Faus, Gema López-Menchero, Jaume Roca, Jesús Inisterra, Joan Pons, Maite Esporrín, Manolo Sastre, Manuel Zambrano, Nieves Bea, Pilar Darriba, y tantos y tantos otros, para los que os pido un fuerte aplauso.

¡Muchas gracias a todos!, y ¡Hasta siempre!

ARTÍCULOS ORIGINALES

Colangio-RM y Manganeso en complicaciones post-colecistectomía laparoscópica.

Mari Carmen Altozano Pérez, Isabel Palomares Casado, Kattalin Santamaría Ozaeta.

OSATEK, S.A.Vitoria-Gasteiz. José Achótegui, s/n, 01009 Vitoria-Gasteiz. Hospital de Txagorritxu, Tel.: 945 007400, 653 014144, Email:dayip1@yahoo.es

Recibido: 21/06/08

Aceptado: 15/07/08

Resumen

De los últimos avances en RM surgen nuevas aplicaciones y la posibilidad de ampliar los campos anatómicos de estudio. Uno de ellos es el estudio colangio-RM, con el que, mediante secuencias de pocos segundos de duración, un medio de contraste (manganeso) y una preparación adecuada de los pacientes a explorar, se pueden obtener imágenes en las que se consigue un buen contraste y una óptima diferenciación de tejidos y áreas afectadas por posibles complicaciones quirúrgicas.

Dentro de este proceso, la Enfermería ejerce un papel importante en la preparación de los pacientes y en el control y buen manejo de las secuencias utilizadas dentro de la técnica de Resonancia; todo ello para conseguir que las exploraciones obtengan un nivel óptimo de calidad.

Palabras clave: Colangiopancreatografía por RM, colecistectomía laparoscópica, Resonancia Magnética (RM), Mangafodipir trisódico (Mn-DPDP), fugas y fístulas biliares, personal de Enfermería.

Summary

In the last advances in MR appear new applications and the possibility of amplify the anatomic areas of study. Once is the Colangio-MR, that uses shots of few seconds of duration, a contrast medium (manganese) and properly preparation of the patients. With this, is possible obtain a good quality images with a good contrast and good differentiations of tissues and affected areas with possible surgery complications.

Inside this process, the nursing staff exert an important paper in a preparation of the patients and the control of shots used for MR thecnical. All for obtain that the explorations are a good quality.

Key words: Colangiopancreatography by MR, laparoscopic cholecystectomy, Magnetic Resonance (MR), Mangafodipir Trisodium (Mn-DPDP), bile duct leaks, Nursing staff.

INTRODUCCIÓN

Algunos de los pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas pueden presentar posibles complicaciones posteriores a la misma. Este es el caso de pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica, los cuales, tras la intervención, pueden presentar sintomatología sugestiva de fugas/fístulas o estenosis biliares (dolor abdominal, aumento de la temperatura, malestar general, presencia de líquido en el drenaje quirúrgico,...).

En estos casos los clínicos, tras realizar una valoración del estado del paciente, deciden realizar pruebas complementarias que les facilite el diagnóstico, entre las que se encuentra la Resonancia Magnética que, mediante la aplicación de secuencias específicas y un medio de contraste adecuado, ayuda en el diagnóstico del paciente.

A continuación se expone la dinámica de trabajo que se lleva a cabo en la Unidad de Resonancia Magnética de OSATEK Vitoria para el estudio de pacientes que, tras ser

sometidos a una intervención por colecistectomía laparoscópica, presentan sintomatología sugestiva de fugas o fístulas biliares.

La dinámica de actuación con respecto al paciente incluye: la preparación antes de acudir a la unidad, la realizada dentro de la unidad antes y durante la exploración, la técnica de RM empleada, la labor de Enfermería y los resultados obtenidos.

OBJETIVOS

-Describir la técnica utilizada en una unidad de Resonancia Magnética para pacientes que, tras ser intervenidos mediante colecistectomía laparoscópica, muestran datos clínicos sugestivos de presentar posibles fugas y/o fístulas, así como estenosis biliar.

-Exponer los cuidados de Enfermería necesarios en los pacientes sometidos a una prueba de Resonancia Magnética cuando se les administra Manganeso como medio de contraste.

METODOLOGÍA

Se realiza un estudio retrospectivo, desarrollado en el período comprendido desde el 2002 al 2007, en el que se incluyeron 68 pacientes (32 hombres y 36 mujeres) de entre 22 y 82 años de edad, cuyo motivo de consulta era la posible presencia de fuga/fístula, o estenosis biliar, tras ser sometidos a una colecistectomía laparoscópica días previos a la realización de la Resonancia Magnética.

Preparación del Paciente para la prueba de RM

Se citó a los pacientes informándoles previamente de que debían guardar 6 horas de ayuno, aunque en la mayoría de los casos, por su situación estaban ya en ayunas.

La recepción del paciente se realizó de forma habitual, independientemente de sus experiencias anteriores con la RM o con este tipo de exploraciones. En primer lugar, fueron informados de cómo:

- Tendrían que permanecer en una máquina que tiene forma de tubo, abierto por los dos lados. No sentirían dolor como consecuencia de la realización de la prueba, y se estaría en contacto tanto visual, como mediante un sistema de megafonía constantemente.

- Dispondrían de un dispositivo de "alarma" mediante el cual se podrían comunicar con nosotros, y que con el sólo hecho de presionarlo se escucharía una señal que nos alertaría de que él quiere ponerse en contacto con nosotros por cualquier motivo.

- Oirían muchos ruidos de distintos tipos y distintas intensidades, por lo que se les colocaría unos auriculares para amortiguar lo máximo posible el ruido de la máquina.

- Se les colocaría bajo las piernas un alza para evitar posibles tensiones abdominales y lumbares.

- Deberían permanecer lo más quietos posible y colaborar ante las instrucciones que recibiesen.

- Tendrían que respirar con normalidad, suavemente, cuando se les indicase.

- En la mayoría de las secuencias de ruido, sería necesario que mantuviesen la respiración, durante unos segundos, sin mover el tórax y el abdomen, lo cual sería muy importante para que el resultado de la prueba fuese el idóneo.

- Se les canalizaría una vía endovenosa (ev), si es que no la traían ya del hospital, para la administración de un contraste (más o menos hacia la mitad de la exploración). En un principio no tendrían por qué notar nada; también se les informó de cómo en ocasiones podrían sentir sensación de calor y enrojecimiento en la zona de cara, orejas y cuello, y que posteriormente lo eliminarían por la orina y heces.

- En el caso de acudir a la unidad con un drenaje quirúrgico, se dejaría cerrado para mejorar el diagnóstico de la prueba, y posteriormente se volvería a dejar abierto.

- La duración de la prueba vendría a ser de 45 minutos aproximadamente realizándose con toda probabilidad en dos partes, dejando un tiempo entre una y otra (de unos 20 minutos), lo cual es necesario para poder hacer un diagnóstico correcto. En ese período de tiempo se le sacaría de la máquina y se le dejaría esperar en la unidad, en un lugar cómodo y bajo observación del personal de enfermería.

El personal de Enfermería no olvidó la necesidad de presentar una actitud positiva y tranquilizadora respecto a los pacientes. Se les reiteró que se estaría en contacto con ellos a través de un sistema de visualización, y se hablaría con ellos para consultar el estado en el que se encontrasen a través de un sistema de megafonía después de cada secuencia, y cómo, ante cualquier inconveniente, se estaría junto a ellos para ayudarles.

Todo esto influyó en la actitud de los pacientes y directamente en el resultado de las pruebas.

Preparación del Material para la prueba de RM

En el estudio se utilizó un equipo superconductor de 1,5 Tesla (Magnetom Symphony-Siemens), 30mT/mgradiente, y una bobina de superficie Phase-array body coil.





Cuando el paciente acudió a la unidad de resonancia con drenaje quirúrgico se utilizó una pinza no metálica, compatible con el equipo de RM, para cerrar dicho drenaje durante el tiempo que durase la prueba.

Si el paciente no acudió con una vía ev, se canalizó mediante Abbocath® o palomilla (21G), todo ello realizado bajo una técnica aséptica.

Se preparó el material necesario para la administración del medio de contraste: dos jeringas de 20cc para administrar el contraste Mangafodipir trisódico (Mn-DPDP), y una jeringa de 20cc con suero fisiológico para lavar el sistema y empujar el medio de contraste al torrente sanguíneo.



El contraste Mangafodipir trisódico (Mn-DPDP) es un tipo de contraste positivo intracelular que se distribuye a nivel hepático y se elimina por vía biliar. Se trata de un quelato compuesto por dos partes: el ligando fodipir (dipiridoxil difosfato, DPDP), y el metal manganeso, con propiedades paramagnéticas, responsables del efecto de realce de contraste en secuencias de Resonancia potenciadas en T1.

Previa a la administración de este contraste es necesario descartar la presencia de ciertas patologías (feocromocitoma, enfermedad renal, cardíaca ó hepática grave) en el paciente a explorar, así como situaciones de embarazo, lactancia, hipersensibilidad al medicamento o a sus constituyentes.

La administración de Mn-DPDP se realiza a una dosis de 0,5 ml/kg de peso, en perfusión lenta, con un lavado posterior de 20cc de suero fisiológico.

La eliminación de este contraste se realiza de un 15-20% dentro de las primeras 24 horas, y la mayoría es captado por el hígado, transportado a la bilis y excretado en heces en los siguientes 4 días.

Realización de la prueba de RM

Una vez que se tuvo a los pacientes en la sala de exploración, se les informó de nuevo del proceso al que iban a ser sometidos, haciendo especial hincapié en la importancia de su colaboración, tanto en la necesidad de permanecer muy quieto, como en el mantenimiento de la respiración en las secuencias de respiración mantenida (Breath Hold : BH), para lo cual fue preciso realizar un entrenamiento a los pacientes en este sentido varias veces antes de entrar en el imán, y ver cuánto tiempo tardaban en elevar el abdomen cuando se les indicaba que no respirasen.

A continuación se colocó la antena phase-array intentando abarcar la zona abdominal desde la parte inferior del esternón hasta la parte inferior de la zona del drenaje. Se ajustó bien la antena, intentando incomodar lo menos posible a los pacientes.

Después se introdujo al paciente en el imán en decúbito supino, con la cabeza primero, y se le colocó bajo las piernas un alza que serviría para mantener más cómodo al paciente (eliminar zona de presión lumbar y aliviar tensión abdominal).

Al concluir con la preparación del paciente se procedió a realizar las secuencias de resonancia.

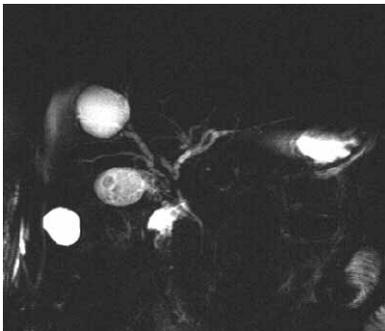
Secuencias empleadas:

1.- HASTE (Half Fourier Acquisition Single Shot Turbo ES) 2D (haste-60b488.wfc) en AXIAL y SAGITAL en BH (Breath Hold: respiración mantenida). Es una secuencia T2 de alta resolución en la que se lanza un solo pulso de excitación, y es poco a los movimientos de la respiración por el reducido tiempo de registro. Las características son TR: 1100 ms, TE: 123 ms, TA: 18 segundos, N° Slices: 20, Thickness: 6 mm, Dist.Factor: 0.25, Matriz: 168*320, Fov: 350*75 mm, N° Adq.: 1, Swap-Pfase Enc: P-A.

En algunas situaciones es necesario realizar dos secuencias AXIALES con menor número de cortes para acortar el TA de la secuencia y evitar así agotar al paciente, teniendo en cuenta que siempre será necesario cubrir toda la zona a explorar.

2.- HASTE (Half Fourier Acquisition Single Shot Turbo ES) 2D oblicuo CORONAL THIN. En esta secuencia tenemos TR: 1200 ms, TE: 86 ms, TA: 15 segundos, N° Slices: 15, Thickness: 4 mm, Dist.Factor: 0.15, Matriz: 224*320, Fov: 390*100 mm, N° Adq.: 1, Swap-Pfase Enc: L-R.

3.- TSE T2 CORONAL SINGLE SHOT THICK SLAB, cuyas características son TR: 2800ms, TE: 1100ms, TA: 1,5 segundos, N° Slices: 1, Thickness: 5 mm, Matriz: 256*256, Fov: 280*100 mm, N° Adq.: 1, Swap-Pfase Enc: L-R. Es una secuencia que anula la señal del tejido que no contenga líquidos.



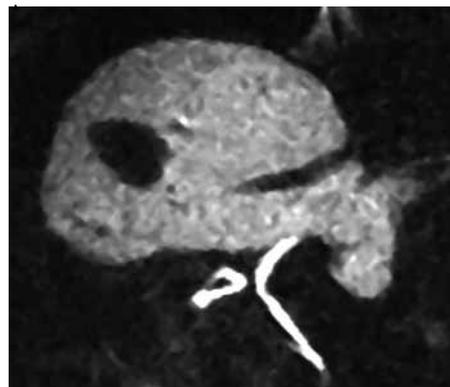
4.- HASTE (Half Fourier Acquisition Single Shot Turbo ES) 2D oblicuo SAGITAL y AXIAL THIN. Las características de la secuencia son TR: 12400 ms, TE: 86 ms, TA: 14 segundos, N° Slices: 15, Thickness: 4 mm, Dist.Factor: 0.10, Matriz: 168*230 (AXIAL) y 224*320 (SAGITAL), Fov: 280*100 (SAGITAL) y 340*75 (AXIAL) mm, N° Adq.: 1, Swap-Pfase Enc: P-A. Es necesario realizar dos secuencias AXIALES para cubrir toda la zona a explorar.

5.- T1 fl 3d FS AXIAL con TR: 4.82 ms, TE: 2.3 ms, TA: 20 segundos, Flip Angle: 30 deg, Slab Thick: 20 mm, Matrix: 179*320 (320*62*63), Fov: 430*90 mm, FAT

SAT. Esta secuencia permite manipular las imágenes en tres dimensiones. En ella debe abarcarse todo el tracto biliar, incluso hasta la zona de drenaje si existiese.



6.- T1 fl 3d FS oblicuo CORONAL con TR: 4.92 ms, TE: 2.24 ms, TA: 20 segundos, Flip Angle: 30 deg, Slab Thick: 14 mm, Matrix: 192*256 (256*100*67), Fov: 370*75 mm, FAT SAT. Esta secuencia debe abarcar todo el tracto biliar, como en el caso anterior



Tras realizar estas secuencias se administra el contraste Mn-DPDP, 0,5 ml/kg de peso, lentamente y con lavado posterior de 20cc de suero fisiológico. Este momento se aprovecha para recordar al paciente las posibles molestias que puede sentir con el contraste administrado, También es conveniente reforzar positivamente al paciente, por estar "tolerando" la prueba, así como alentar a que siga colaborando en la misma. A continuación se siguen realizando secuencias de resonancia.

7.- TRUFI (True Fisp) 2D CORONAL con BH. Secuencia Eco de gradiente que optimiza las imágenes con ponderación T1 y T2, con alta resolución de detalles y en la que los artefactos quedan muy reducidos por tener un TR muy corto. TR: 4.30 ms, TE: 2.15 ms, Flip Angle: 61 deg, TA: 12 segundos, N° Slices: 12, Thickness: 4 mm, Dist. Factor: 0.5, Matrix: 218*256, Fov: 340*340, Swap Phase Enc: L-R.

8.- T2 TIRM FS AXIAL cubriendo desde la cúpula hepática hasta la parte inferior del drenaje quirúrgico (si lo hubiera) o hasta cubrir toda la cabeza pancreática. Secuencia en la que se lanza un pulso para suprimir la señal de la grasa y que se compone de TR: 3800 ms, TE: 77 ms, TI: 130, TA: 18 segundos, Nº Slices: 15, Thickness: 6 mm, Dist. Factor: 0.3, Matrix:126*256, Fov: 340*65, Swap Phase Enc: P-A.

9.- T1 FI2d we AXIAL. Las características son TR: 202 ms, TE: 5.26 ms, TA: 20 segundos, Nº Slices: 15, Thickness: 5 mm, Dist.Factor: 0.3, Matrix: 116*256, Fov: 340*75, Swap Phase Enc.: P-A

Se vuelven a realizar las secuencias T1 fl 3d FS AXIAL y T1 fl 3d FS oblicuo CORONAL, y se comprueba si se elimina el contraste por la vía biliar. Si no es así se esperan unos minutos, en los que el paciente debe mantenerse inmóvil, respirando normalmente, y se vuelve a lanzar estas secuencias. Si no se viese como se elimina el contraste, se sacaría al paciente de la sala de exploración unos 20 minutos, sin despinzar el drenaje, y posteriormente se le volvería a meter en el tubo de resonancia para volver a enviar esas mismas secuencias. En ese momento se debería ver ya cómo se elimina el contraste a través de la vía biliar.

Si con ese tiempo transcurrido se viese la eliminación del contraste, ya sería el momento de dar por finalizada la exploración, y se sacaría al paciente de la sala de resonancia, se le quitaría la pinza del drenaje, y se le quitaría la vía ev (si es que se la hemos puesto en la unidad de resonancia).

Este sería también el momento en el que el personal de enfermería debe reforzar con una actitud positiva el esfuerzo que ha realizado el paciente durante la prueba, así como alentar al mismo a que exprese inquietudes y sensaciones que haya experimentado durante y después de la prueba.

Resultados

Mediante las secuencias de resonancia utilizadas y el contraste Mn-DPDP se consiguieron imágenes de buena calidad y, tras un período de tiempo no inferior a 30 minutos, se apreció:

-Permeabilidad de la coledocoyunostomía o hepatoyunostomía mediante la presencia de contraste en la misma, en un 38,2% de los casos.

-Estenosis de la coledocoyunostomía o hepatoyunostomía en un 5,9% de los casos.

-Presencia de fugas/fistulas biliares en un 55,9% de los casos.

La tolerancia de los pacientes a la prueba podemos con-

siderarla como buena, ya que en la mayoría de los casos colaboraron correctamente y salieron de la sala de exploración sin presentar ningún síntoma adverso derivado del contraste administrado.

Conclusiones

La presencia del personal de enfermería en un servicio de Resonancia Magnética se hace necesaria para dar los cuidados, de manera integral, a los pacientes sometidos a una prueba de colangiopancreatografía RM, en la que se introduce contraste Mn-DPDP.

La RM es una técnica no invasiva, bien tolerada por los pacientes y relativamente rápida, con la que se obtiene buen contraste entre los tejidos blandos, sensible a los cambios biológicos y que permite adquirir imágenes en los tres planos espaciales sin necesidad de mover a los pacientes durante la exploración.

La colangiopancreatografía por RM puede considerarse como primera alternativa de diagnóstico y seguimiento para el estudio de pacientes con sospecha de fístulas/fugas biliares y sus posibles complicaciones.

BIBLIOGRAFÍA

-M.Aduna, J.A. Larena, D. Martín, B. Martínez-Guereño, I. Aguirre, E. Astigarraga, OSATEK Unidad de Galdakao, Osatek de Vitoria-Gasteiz, Bile Duct bleaks alter laparoscopic cholecystectomy: value of contrast-enhanced MRCP, *Adom Imaging*, 2005 30: 480-487

-T. Almandoz., Equipo OSATEK. Guía práctica para profesionales de resonancia magnética. OSATEK S.A. Bilbao. 2003

-Francisco De Asís Bravo, Luis Martí-Bonmatí, Alfonso Ruiz, Jorge Juan Jiménez, Santiago Izarías, Colangiografía por RM: Estudio funcional con EG-T1 tras Mn-DPDP y comparación con el estudio convencional SS-TSE-T2, *RADIOLOGIA*, Ediciones Doyma, S.L., 2003. Número 01- Volumen 45p. 27-31.

-Donald G. Mitchell, MD, and Fallas Alam, MD, Mangafodipir Trisodium: Effects on T2- and T1-Weighted MR Cholangiography, *Journal of Magnetic Resonance Imaging* 9:366-368 (1999).

-Declan Sheppard, FRCR, Lynsai Allan, MSc, Pat Martin, DSR, Trudy Mcleay, MSc, Wendy Milne, DCR, J.Graeme Houston, FRCR, Contrast-enhanced magnetic resonance cholangiography using mangafodipir compared with standard T2W MRC sequences: A pictorial essay, *Journal of Magnetic Resonance Imaging* Volume 20, issue 2, pages 256-263.

-Laura M. Fayad, MD, George A. Holland, MD, Diane Bergin, MD, Nasir Iqbal, MD, Laurence Parker, PhD, Paul G. Curcillo II MD, Thomas E. Kowalski, MD, Pauline Park, MD, Charles Intenzo, MD, Donald G. Mitchell, MD, Functional magnetic resonance cholangiography (fMRC) of the gallbladder and biliary tree with contrast-enhanced magnetic resonance cholangiography. *Journal of Magnetic Resonance Imaging* Volume 18, issue 4, pages 449-460.

IMÁGENES DE INTERÉS

Crecimiento del parénquima pulmonar.

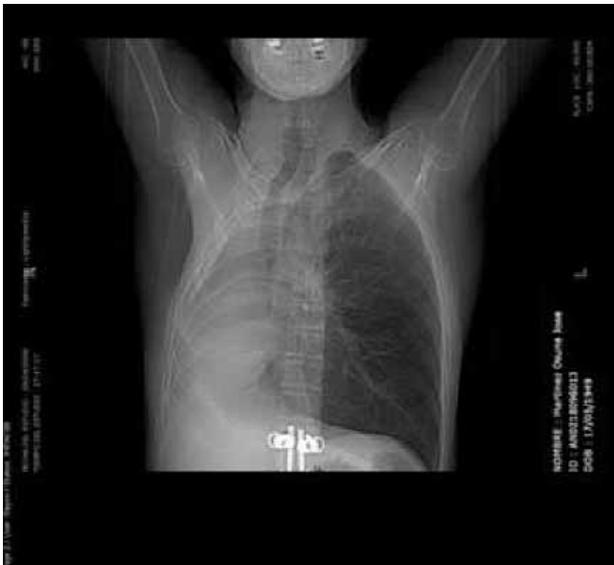
Esteban Pérez García

Diplomado en Enfermería. Especialidad en radiología y electrología. Operador de instalaciones de radiodiagnóstico. Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Infanta Elena (SAS). Huelva. estebanpegar@wanadoo.es

Recibido: 05/05/08

Aceptado: 20/06/08

Paciente varón de 59 años de edad, neumectomizado de pulmón derecho en 2002 por neoplasia pulmonar e intervenido de hernias discales a nivel lumbar. Acude a nuestro servicio (abril 2008) remitido por la consulta externa de neumología para la realización de TAC de tórax. El motivo de la consulta era la aparición de molestias en hemitórax izquierdo



En la actualidad el paciente se encuentra recuperado, con un aceptable volumen ventilatorio y una capacidad física recuperada para las actividades de la vida diaria. Tras la realización de la TAC, se observa crecimiento del parénquima pulmonar izquierdo con desplazamiento extremo del músculo cardiaco, tráquea y grandes vasos hacia el hemitórax derecho.

Al haber ocurrido el traslado de las estructuras citadas en el transcurso de varios años, el cambio de posición fue paulatino y no acarreo modificación de presiones intratorácicas. No ocurre igual en el neumotórax a tensión, en el cual el aumento de las presiones positivas intratorácicas se produce en pocas horas y acarrea el desplazamiento de tráquea, corazón y grandes vasos hacia el lado contralateral, provocando una disminución del gasto cardiaco y, si no se adoptan las medidas adecuadas, la posterior muerte del paciente.



BIBLIOGRAFÍA

- Chrisp Delila R. Neumotórax a tensión. Nursing 2000; 18 (9): 7.
- Recursos electrónicos:
- Complejo hospitalario de Albacete. Servicio de cardiología. Área de enfermería. Protocolos de enfermería. [URL consultada 5 mayo 2008] www.chospad.es/enfermeria/protocolos/cardiologia/drenajeToracico/drenajeToracico.htm
- [URL consultada el 5 mayo 2008]
- www.eccpn.aibarr.org/temario/seccion5/capitulo95/capitulo95.htm
- El portal de la salud [URL consultada el 5 de mayo 2008] http://www.elportaldelasalud.com/index.php?option=com_content&task=view

ARTÍCULOS ORIGINALES

Implantación de la consulta de enfermería radiológica en el Hospital de la Línea de la Concepción.

Artículo que obtuvo el primer premio a la mejor comunicación oral en el XIII Congreso de la SEER celebrado en Córdoba. López Manzano, Manuel; Garzón Litrán, Alfonso; Rubio Rosendo, María del Carmen; Sánchez Sánchez, Josefa; Feria Benítez, Inmaculada; Vilches Campos, María Luisa.

Diplomado en Enfermería. Especialidad en radiología y electrología. Operador de instalaciones de radiodiagnóstico.

DIRECCIÓN DEL CENTRO: Hospital del S.A.S. de La Línea de la Concepción (Cádiz). Área de Gestión Sanitaria Campo de Gibraltar. Avenida Menéndez Pelayo nº 103, La Línea de la Concepción, Cádiz. C.P. 11300. Teléfono ppal. 956026500.

DIRECCIÓN PARA CORRESPONDENCIA: Plaza de la Constitución, nº 15, Portal 2, 2ºB, La Línea, C.P. 11300. Teléfonos 956094179. 606785343.

Correo maninmarpab@hotmail.com

Recibido: 02/09/08

Aceptado: 25/09/08

Resumen

En este artículo pretendemos dar a conocer los datos obtenidos desde la implantación de nuestra consulta de Enfermería Radiológica en el periodo 1 de septiembre de 2007 a 30 de abril de 2008.

Palabras clave: Consulta, Enfermería, coordinación, información, Diagnósticos enfermeros.

Summary

In this article we intend to publicize the data obtained since the introduction of our consultation Nursing Radiation in the period September 1, 2007 to April 30, 2008

Key words: Advisement, Nursing, coordination, information, nursing diagnosis.

INTRODUCCIÓN

- Actualmente existe un gran desarrollo en el diagnóstico por imagen tanto en variedad tecnológica y diagnóstica como en complejidad de las necesidades de los usuarios.
 - Este avance en Radiodiagnóstico es paralelo al de la ciencia enfermera en estos Servicios.
 - La enfermería radiológica se adapta a los cambios producidos, pues participa en todas las exploraciones complejas que se suceden en un servicio de Radiodiagnóstico.
 - Es por esto que se hace necesario un punto que coordine y detecte problemas y riesgos para la seguridad de los usuarios atendido por profesionales especializados desde donde poder resolver las dudas, problemas e inquietudes que surjan a nuestros usuarios usando una metodología científica propia (NANDA, NIC y NOC). Este es el gran objetivo de nuestra consulta.
- La cartera de servicios de nuestra consulta (fig. 1 y 2) incluye actualmente las siguientes exploraciones:
- TC con aplicación de un medio de contraste (fig. 3 y 4).
 - Urografía intravenosa.
 - Flebografía.
 - Histerosalpingografía.
 - PAAF guiada por TAC.

- PAAF guiada por ecografía.
- Y, como no puede ser de otra forma, usamos la metodología científica enfermera, Trabajando, actualmente los siguientes tres diagnósticos enfermeros, que encontramos más relevantes en nuestro ámbito:
- Temor (00148).
 - Conflicto de decisiones (00083).
 - Conocimientos deficientes (00126).
 - De estos diagnósticos se han seleccionado los NIC y los NOC que consideramos más relevantes.
 - En esta primera fase estamos trabajando sólo con las valoraciones. A partir de septiembre de este año incorporaremos los NIC y los NOC.

MATERIAL Y MÉTODOS

- Los datos estadísticos que presentamos, los hemos obtenido de la documentación propia (fig. 5) y los presentamos en forma numérica descriptiva.
- Población: Usuarios del Servicio de Radiología del hospital de La Línea (fig. 6).
- Muestra: Usuarios del Servicio de Radiología del Hospital de la Línea, que pasan por nuestra consulta.
- Instrumentos: Documentación propia (en esta primera fase de implantación hemos usado la valoración de enfermería de nuestra consulta).

- Hipótesis planteada: "La población usuaria de los servicios de Radiología necesita de un punto de información de su proceso radiológico".



Fig.1



Fig.2 Nuestra consulta de enfermería



Fig.3



Fig.4 Imágenes de nuestro TAC

SERVICIO ANÁLISIS DE SAI SUD CONSEJERÍA DE SALUD		HOSPITAL DE LA LÍNEA A.C.S. CAMPO DE CIBRALTAR	
PACIENTE		ENFERMERA RESPONSABLE	
NOMBRE _____ APELLIDOS _____	NOMBRE _____ APELLIDOS _____		
SEXO _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ TEND. _____	FECHA _____		
Nº SER. SOC. _____ DE HISTORIA MED. _____	SERVICIO DE PROCEDENCIA _____ PLANTA _____ CAMA _____		
VALORACION INICIAL DE ENFERMERIA			
EXPLORACION SOLICITADA _____ DIAGNOSTICO MEDICO _____			
NECESIDAD DE OXIGENACION		SISTEMA CIRCULATORIO	
SISTEMA RESPIRATORIO		SIN ALTERACION OBSERVADA	
SIN ALTERACION OBSERVADA <input type="checkbox"/>		SIN ALTERACION OBSERVADA <input type="checkbox"/>	
DIFICULTAD DE RESPONDER <input type="checkbox"/>		ACCESOS VENOSOS <input type="checkbox"/> DIFICIL <input type="checkbox"/>	
DIFICULTAD DE RESPIRAR <input type="checkbox"/>		EDEMAS EN MIEMBROS <input type="checkbox"/> PERIFERICOS <input type="checkbox"/>	
NECESIDAD DE NUTRICION		SIN ALTERACION OBSERVADA <input type="checkbox"/>	
NECESITA PREPARACION PREVIA <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		DIETA ABSOLUTA <input type="checkbox"/>	
ES DIABETICO <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		PORTA SONDA NA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
TIENE ASERFORAGIA <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		PESO _____	
NECESIDAD DE ELIMINACION		SIN ALTERACION OBSERVADA <input type="checkbox"/>	
PORTA SONDA VESICAL <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		PORTA BOLSA OSTOMIA <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
PRESENTE BPS <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		NECESITA URINARIO <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
QUE OTRAS SE DIALIZA <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		REALIZA LACTANCIA MATERNA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
NECESIDAD DE MOVILIZACION		SIN ALTERACION OBSERVADA <input type="checkbox"/>	
ACTIVIDAD/MOVILIDAD		ESTADO DE CONCIENCIA	
AUTONOMO <input type="checkbox"/>		CONSCIENTE <input type="checkbox"/> ORIENTADO <input type="checkbox"/>	
CARRIC <input type="checkbox"/>		INCONSCIENTE/COMATO <input type="checkbox"/>	
NECESIDAD DE VESTIRSE/DESVESTIRSE		SIN ALTERACION OBSERVADA <input type="checkbox"/>	
AUTONOMO <input type="checkbox"/>		NECESITA AYUDA PARA <input type="checkbox"/>	
NECESITA AYUDA PARA <input type="checkbox"/>		NECESITA AYUDA PARA <input type="checkbox"/>	
NECESIDAD DE TERMORREGULACION		SIN ALTERACION OBSERVADA <input type="checkbox"/>	
HABITUALMENTE ES: <input type="checkbox"/> FROIDO <input type="checkbox"/>		CALIENTE <input type="checkbox"/>	
NECESIDAD DE SHELTER (SOLAR)		SIN ALTERACION OBSERVADA <input type="checkbox"/>	
ALERGIAS <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		ADMINISTRACION DE CIV ANTERIOR <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
PRESENTE ALGUN PROBLEMA? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		PRESENTE ALGUN PROBLEMA? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
ESTÁ A LACTANCIA O CON SUSPECHA DE ESTARLO <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		PRESENTE A ESTAS PAJULOSAS <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
FECHA DE FINAL DE MENSTRUACION <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		RIESGO DE CAIDAS <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
NECESIDAD DE COMUNICACION		SIN ALTERACION OBSERVADA <input type="checkbox"/>	
DIFICULTAD ENTENDER VISUAL <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		PROBLEMAS IDIOMA/ACCENT <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
DIFICULTAD DE COMPRENSION <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		PROBLEMA SENSORIAL <input type="checkbox"/> AUDITIVO <input type="checkbox"/> VISUAL <input type="checkbox"/>	
NECESIDAD DE INTERACCION PERSONAL		SIN ALTERACION OBSERVADA <input type="checkbox"/>	
TRABAJA <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SOCIALIZACION SOCORRIDA (SUSTITUCION) <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
ES UNO ASEMADO <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		COLABORADOR <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
TIENE UN AMIGO <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		FAMILIA <input type="checkbox"/> CUIDADO <input type="checkbox"/>	
NECESIDAD DE INFORMACION		SIN ALTERACION OBSERVADA <input type="checkbox"/>	
CONOCE LA EXPLORACION <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		CONOCE EL NOMBRE DE LA EXPLORACION <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
CONOCE LA FINALIDAD DE LA EXPLORACION <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		CONOCE LAS PRECAUCIONES PREVIAS DE LA EXPLORACION <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
CONOCE LAS COMPLICACIONES DE LA EXPLORACION <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		NECESITA AYUDA TELEFONICA <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
CONOCE LA IMPLICACION Y POS. DEL CONSENTIMIENTO <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
OBSERVACIONES:		FIRMA ENFERMERA/O RESPONSABLE	

Fig.5 Valoración inicial de la consulta de enfermería radiológica



Fig.6 Hospital de la Línea de la Concepción

RESULTADOS

NUMERO DE PACIENTES MES DE SEPTIEMBRE 07 - ABRIL 08.

- Durante este período han acudido a la consulta un total de 468 pacientes.
- De estos 468 pacientes :
 - 266 Hombres.
 - 202 Mujeres.
- El comienzo ha sido complicado porque ha resultado muy difícil contactar con los pacientes para citarlos para la consulta. Desde unos días antes de la apertura de la consulta, se les hace una indicación de la asistencia a la misma en la misma hoja de su citación para la exploración.

TIPOS DE ESTUDIOS

- El 39 % de los estudios han sido TC con contraste oral e IV.
- El 24 % de los estudios han sido TC con contraste solo IV.
- El 1 % han sido flebografías MMII.
- El 3 % de los estudios han sido HSG.
- El 29 % de los estudios han sido UIV.
- El 4 % de los estudios han sido PAAF.

NECESIDAD DE CONOCIMIENTO DE LAS EXPLORACIONES

- 325 pacientes (69,4 %) de pacientes no conocen la exploración que se van a realizar. De ellos, el 96 % de pacientes que se realizan la exploración por primera vez, la desconocen.
- 104 pacientes (22,2 %) de pacientes no conocen la finalidad de la exploración que se van a realizar.
- 397 pacientes (84,8 %) de los pacientes no conocen los riesgos que implican la exploración que se van a realizar.
- 417 pacientes (89,1%) no conocen las implicaciones legales del consentimiento informado que firman.
- 71 pacientes (15,1 %) no conocen el motivo de la exploración.
- 381 pacientes (81,4 %) no conocen las necesidades previas de la exploración.
- 59 pacientes necesitan apoyo telefónico por déficit de conocimientos/aprendizaje.

NECESIDAD DE COMUNICACIÓN

- 19 pacientes (4,05 %) con dificultad de expresión verbal.
- 16 pacientes (3,41 %) con dificultad de comprensión.
- 39 pacientes (8,3 %) con dificultad idiomática.
- 24 pacientes (5,12 %) con dificultad sensorial:
 - Auditivo: 16 pacientes.
 - Visual: 6 pacientes.
- Trastornos del lenguaje: 2 pacientes.

NECESIDAD DE SEGURIDAD

- Se han detectado 70 pacientes (14,95 %) con riesgo de seguridad, de los cuales:
 - 39 pacientes (8,30 %) con alergias al CIV u otros problemas anteriores.
 - 9 pacientes (1,92 %) con IRC o analítica función renal alterada.
 - 12 pacientes (2,56 %) con hipertiroidismo sin analítica de hormonas tiroideas actualizada.
 - 10 pacientes (2,13 %) con posibilidad o en estado de embarazo.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

- Mediante la valoración enfermera, detectamos pacientes con riesgo para su seguridad por diversos motivos, poniendo los medios a nuestro alcance para evitar esto.
- De hecho, en este período de tiempo en nuestro servicio hemos tenido 6 casos de problemas de seguridad con pacientes. Ninguno de ellos había pasado por nuestra consulta.
- Se resuelven todas las dudas e inquietudes de los usuarios en un ambiente agradable, lo que por su parte facilita el intercambio de información.
- Se logra coordinar citas (sobre todo a ancianos y pacientes pluripatológicos), consiguiendo que en un mismo día se realicen varias exploraciones en servicios distintos.
- Se evitan demoras en las exploraciones, y por tanto en el diagnóstico, ya que podemos comprobar qué exploración se va a efectuar exactamente, y qué preparación corresponde.
- En definitiva, la percepción que tiene el usuario de que el sistema sanitario lo protege aumenta, y su satisfacción mejora.
- Todo esto demuestra, una vez más, que la enfermería en nuestros servicios, tiene todavía mucho campo de acción.
- Hemos comprobado los conocimientos que tienen los usuarios de las exploraciones a las que se van a someter, lo cual viendo los porcentajes obtenidos, justificando esto, la existencia de la consulta, como punto de referencia del proceso radiológico de los usuarios de nuestros servicios.

ARTÍCULOS ORIGINALES

Implementación de un programa de calidad para un servicio de radiodiagnóstico.

Pérez García, E. Enfermero, especialista en radiología y electrología, operador de instalaciones de radiodiagnóstico.

Moreno García, CC. Técnico superior de imagen para el diagnóstico.

Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Infanta Elena (Huelva). SAS.

estebanpegar@wanadoo.es

cefemoreno@gmail.com

Recibido: 11/04/08

Aceptado: 05/05/08

Resumen

La excelencia en la atención al paciente se logra aplicando programas de calidad en los centros y servicios sanitarios.

Pero no debemos tender sólo a conseguir una buena calidad científicotécnica, también hemos de intentar conseguir una buena calidad percibida. Para ello aplicamos el modelo SERVQUAL que trata, mediante nueve dimensiones (accesibilidad, capacidad de respuesta, fiabilidad, comunicación, cortesía, competencia, seguridad, credibilidad y tangibilidad) realizar una medida de ésta última.

La aplicación del modelo citado, en la práctica, se realiza por los denominados programas de calidad. Uno de éstos es el programa MARTE.

En el servicio de radiodiagnóstico de nuestro centro (Hospital Infanta Elena) hemos elaborado y pretendemos aplicar un documento de calidad, basándonos en el programa MARTE, para elevar la calidad percibida y conseguir altas cotas de satisfacción por parte del usuario y, por ende, del profesional.

Palabras clave: calidad, calidad percibida, modelo SERVQUAL, programa MARTE

Introducción

Una excelente gestión clínica se basa en el buen "uso de los recursos intelectuales, humanos, tecnológicos y organizativos" para lograr la mejor atención posible. Es decir, en aplicar correctamente los conceptos de efectividad (mejora de los resultados de la práctica clínica), eficacia (mejorar el diagnóstico, el tratamiento y el cuidado de los pacientes) y eficiencia (optimización de costes) (1, 2, 3).

Todos los teóricos que hablan sobre temas de calidad aplicada a un servicio sanitario diferencian entre una calidad científico-técnica y una calidad percibida por el usuario. Se puede ofrecer una excelente calidad científica y técnica, pero ésta no ser valorada por el usuario por retrasos en las citas, malas condiciones estructurales, dificultad de acceso, falta de amabilidad, poca informa-

Summary

Excellence on attention to patients is achieved by applying quality programs at sanitary services centres.

Nevertheless we mustn't tend only to achieve a good scientific-technical quality, we must also try to achieve a sense of good quality perceived in order to carry out a measurement of this, we apply the model SERVQUAL, which considers nine dimensions (accessibility, capacity of response, reliability, communication, politeness, competitiveness, security, credibility, tangibility).

The application of the named model, in practice is carried out by the denominated quality programs, one of which is MARTE.

A quality document has been elaborated at the radio-diagnostic services of our centre (Hospital Infanta Elena), document we pretend to apply basing on the program MARTE in order to elevate the perceived quality and achieve high levels of satisfaction among our patients and consequently our staff.

Key words: quality, perceived quality, model SERVQUAL, program MARTE.

ción, excesiva burocracia, lenguaje excesivamente técnico, trato incorrecto, pérdida de exploraciones, falta de material, pérdida de la intimidad, ... (4, 5, 6, 7, 8).

Según lo expuesto, para conseguir altas cotas de calidad total, debemos mantener una alta calidad científico-técnica sin olvidar la calidad percibida por el usuario.

El paciente y sus familiares no entienden si el proceso técnico se ha efectuado convenientemente, pero si perciben la calidad desde otro punto de vista más humana o general, más prosaico. Quieren ser bien atendidos.

Según Avedis Donabedian, gran teórico de la calidad aplicada al producto y las relaciones sanitarias, "el valor último de la calidad del cuidado es la efectividad del cuidado en lograr y producir SALUD Y SATISFACCIÓN, considerando que si los pacientes se sienten insatisfechos, el cuidado, aunque de alta calidad, no es el ideal del consumidor" (5).

Algunos autores (Parasuraman et al) idearon el modelo SERVQUAL que pretende medir la calidad percibida. Dicho modelo establece nueve dimensiones como base para valorar la calidad, éstos son (7, 9, 10):

- Accesibilidad (física y telefónica, horario adecuado, tiempo de espera,...).
- Capacidad de respuesta (que ésta no se demore excesivamente en el tiempo).
- Fiabilidad (hacer las cosas bien a la primera).
- Comunicación (lenguaje comprensible, saber escuchar, poder ser oído,...).
- Cortesía.
- Competencia (conocimiento y habilidades del personal, buena organización interna,...).
- Seguridad (respeto a la intimidad y salvaguarda de la seguridad física).
- Credibilidad (de la empresa o servicio como tal).
- Tangibilidad (instalaciones, materiales, decoración, equipo, fácil localización).

Basados en el modelo SERVQUAL surgen una serie de programas para evaluar, monitorizar y potenciar, en lo posible, la calidad percibida por el usuario. Uno de éstos es el programa MARTE, cuyo autor es el Dr. Martín Tejedor Fernández y cols. Dicho autor propone un plan cuyos componentes serían (11, 12, 2).

- 1) Misión: Es la razón de ser de la unidad, qué papel juega el servicio dentro de la organización. Debe ser una definición clara, concisa y que no deje lugar a equívocos.
- 2) Coordinador de calidad: Persona que lidera la implantación y coordinación del programa y que tiene unas funciones concretas (se detallan más adelante).
- 3) Cartera de clientes: Determina quienes son los receptores de nuestros servicios. Pueden ser internos y externos.
- 4) Cartera de servicios: Se podría definir como el listado de servicios que se ofertan por parte de la unidad funcional de que se trate.
- 5) Análisis, evaluación y previsión de actividad anual: A partir de la cartera de servicios y de la actividad precedente podríamos conocer cómo se ha (o se va) comportado la actividad asistencial en términos cuantitativos (volumen de ingresos, índices de ocupación,...). También tendríamos referencias para la gestión del personal (tasas de absentismo, periodos pico) y la gestión de los recursos materiales.
- 6) Gestión de procesos: evaluación y control: Se trata de estudiar cuales son los procesos más prevalentes en la unidad y tratar de protocolizar la actuación sobre ellos. De este modo podríamos reordenar los flujos de trabajo. Protocolizando el 20% de los procesos más frecuentes en la unidad seremos capaces de tener bajo control hasta el

80% de la actividad.

7) Indicadores asistenciales: Piedra angular de todo programa de calidad. Son los verdaderos centinelas que nos alertan sobre posibles desviaciones en los objetivos marcados. Necesitan ser definidos, formulados, dimensionados, justificados y tener un estándar de referencia para ser valorados. Serían guías de control para valoración cuantitativa de una actividad, nos facilitan pues "el control, seguimiento y evaluación de la calidad de esa actividad" (13).

8) Cuadro de mandos: Todos los datos recogidos sobre medición de indicadores, evaluaciones periódicas del programa, balances,... se editarían periódicamente (ej. mes a mes) en el cuadro de mandos.

9) Sesiones de calidad: Se convocaran con la periodicidad que decida el equipo, el responsable del programa y/o el responsable de la unidad.

Desarrollo

Tomando como base de partida el programa MARTE, hemos elaborado el documento que ahora pasaremos a desarrollar y cuya pretensión es su instauración en nuestro servicio de radiodiagnóstico. Pretendemos únicamente garantizar altas cotas de calidad percibida por el usuario y llevar a cabo una buena gestión de la calidad. Dicho escrito parte como primer documento (o documento cero) y a partir de éste, tal y como se vaya desarrollando la aplicación del programa, deberemos ir haciendo aquellas modificaciones necesarias para garantizar la operatividad y utilidad del mismo. Fundamentalmente éstas últimas vendrán determinadas por los resultados de los indicadores que proponemos. Siguiendo con el esquema trazado por el programa MARTE tendremos:

Misión:

La misión es la descripción de la entidad que pretende medir su calidad. Es una auténtica toma de conciencia sobre el ser o no ser de la empresa, en nuestro caso de cualquier servicio sanitario. Qué aportamos al sistema, qué aportamos a la organización y si, realmente, la unidad tiene razón de ser dentro del hospital, centro de salud,...

Para resolver esta cuestión hemos de responder a dos preguntas fundamentales. ¿Qué somos? y ¿qué hacemos dentro de la organización?

En nuestro caso la respuesta a la primera pregunta es obvia, "somos una unidad de radiodiagnóstico".

La respuesta a la segunda pregunta debe dejar claro cual es nuestro papel dentro de la organización y que lo que hacemos no puede realizarlo ninguna otra unidad. La respuesta, concisa, debe ir al grano y en nuestro caso

Fuden y SEER firman un acuerdo de colaboración con descuentos en bibliografía de Radiología y Laboratorio

Los libros *Cuidados en Radiología* y *Cuidados en Medicina Nuclear y Radioterapia*, editados por la Fundación para el Desarrollo de la Enfermería, Fuden, con un 25% de descuento para los miembros de la Sociedad Española de Enfermería Radiológica, SEER.

Madrid, 15 de octubre de 2008 - La Fundación para el Desarrollo de la Enfermería, Fuden, y la Sociedad Española de Enfermería Radiológica, SEER, han firmado un acuerdo de colaboración para que los miembros de esta asociación puedan adquirir los volúmenes editados por Fuden *Cuidados en Radiología* y *Cuidados en Medicina Nuclear y Radioterapia*, con un 25% de descuento sobre el precio de venta al público. Un precio más que ventajoso.

Tanto *Cuidados en Radiología* como *Cuidados en Medicina Nuclear y Radioterapia*, son el primer y el segundo de los módulos que integran el Área de Capacitación de *Cuidados en Servicios de Apoyo al Diagnóstico y Terapéutica Biofísica*, más conocida como Radiología y Laboratorio, en el marco de las propuestas de líneas de especialización para Enfermería, en concreto en la especialidad de Enfermería Médico-Quirúrgica en las que Fuden está trabajando a través de su Línea Editorial

Estos dos libros son de referencia para cualquier enfermero interesado en ampliar y desarrollar sus conocimientos en esta especialidad, siempre pensando en perfeccionar su labor diaria. En estos dos volúmenes se recoge el enorme avance y la continua innovación que se ha producido en las técnicas de diagnóstico y terapéutica biofísica en los últimos años, siempre con un objetivo claro, el de la mejora del trabajo de estos profesionales.

Línea Editorial Fuden

La Fundación para el Desarrollo de la Enfermería ha puesto en marcha toda una línea editorial centrada en la especialización enfermera. El esfuerzo y la dedicación de un gran elenco de autores se está materializando en más de 100 títulos distribuidos a lo largo de siete líneas de Especialización: Enfermería Obstétrico Ginecológica, Enfermería de Salud Mental, Enfermería Geriátrica y Gerontológica, Enfermería del Trabajo y Salud laboral, Enfermería Comunitaria, Enfermería del Niño y del Adolescente y Enfermería en Cuidados Médico-Quirúrgicos, que a su vez está dividida en 7 áreas de capacitación.

Estas siete áreas de capacitación son: Urgencias, Emergencias y Cuidados Críticos, Cuidados Perioperatorios, Cuidados Nefrológicos, Cuidados en Servicios de Apoyo al Diagnóstico y Terapéutica Biofísica, Cuidados Deportivos, Cuidados Paliativos y Cuidados Oncológicos.

Cuidados en Radiología	Cuidados en Medicina Nuclear y Radioterapia
PVP: 60 euros PVP especial miembros de la SEER: 45 euros	PVP: 60 euros PVP especial miembros de la SEER: 45 euros

Más información: Gabinete de prensa FUDEN. Tel.: 91 548 27 79. Mail: prensa@fuden.es. Web: www.fuden.es

Cupón de pedido libros Fuden de Apoyo al Diagnóstico



Datos personales

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

DATOS DEL PEDIDO

Elige título

Elige título

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

FORMA DE PAGO

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

FIRMA Y FECHA

ADJUNTAR DOCUMENTO ACREDITATIVO DEL PAGO

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

sería “prestamos servicios de apoyo al diagnóstico mediante técnicas de obtención de imágenes y cubriendo las necesidades y expectativas, de manera satisfactoria, que manifieste y/o detectemos en el paciente”.

Coordinador de calidad:

Según el programa de referencia debe haber una persona responsable de la gestión de la calidad. Ésta debe garantizar la aplicabilidad del mismo y las correcciones adecuadas para garantizar su idoneidad. Aunque el máximo responsable de la calidad asistencial son el jefe de servicio y el supervisor de la unidad, el nombramiento de coordinador puede recaer en otro componente del equipo (sin menoscabo de la responsabilidad de los primeros).

Entre las funciones del coordinador estarían:

- Custodiar y mantener al día los documentos necesarios del programa (registros, protocolos, medición de indicadores,...)
- Presentar periódicamente (según se establezca) el análisis y la valoración de los resultados y analizar el desarrollo de éstos según las acciones de mejora que previamente se propusieron.
- Asegurar su formación en materias relacionadas con la calidad asistencial y promover actividades docentes relacionadas con ésta y con carencias detectadas en la unidad. La formación en materia de calidad le llevaría a ser capaz de detectar problemas de no calidad y a proponer las acciones de mejora pertinentes.
- Comprobar la marcha del programa realizando auditorías del mismo.
- Elaborar informes sobre resultados para la dirección y/o a requerimiento de ésta.
- Mantener el cuadro de mandos o parrilla de resultados.
- Ser capaz de liderar grupos de mejora.

Cartera de clientes:

Viene a determinar “quiénes son los receptores de nuestros servicios”. Puede ser una persona concreta (de nuestro servicio o no) u otra unidad del centro o del sistema (en caso de grandes hospitales un centro de referencia). Podrían ser, pues, internos y externos.

Entre los internos podemos identificar a:

- Pacientes, reales o potenciales.
- Familiares, acompañantes y/o cuidadores.
- Trabajadores de la unidad (radiólogos, enfermeros, técnicos especialistas,...).
- La propia organización como demandante de servicios (ej. programa de detección de cáncer de mama).

Entre los externos:

- Clínicos de diferentes especialidades y/o unidades.
- Médicos MIR.

- Mujeres/clientes del programa de detección precoz del cáncer de mama (estas mujeres acuden en horario de no actividad programada).

Cartera de servicios:

Se define como el listado y descripción de los servicios que se ofertan (enfermedades que se tratan, intervenciones quirúrgicas, pruebas analíticas, pruebas complementarias,...) a los clientes internos y externos.

En nuestra unidad se realizan los siguientes estudios:

- Radiología convencional y con aparato telemando (estudios dinámicos).
- Ecografía y ecografía Doppler.
- Tomografía computarizada.
- Mamografía y mamografía con esterotaxia.
- Radiología intervencionista (nefrostomía percutánea, flebografías, PAAF).

La cartera de servicios determina, claramente, la cartera de servicios. Si ampliamos ésta última aumentaremos la primera.

Análisis, evaluación y previsión de actividad:

En este apartado pretendemos conocer la actividad en términos cuantitativos y realizar una previsión de la actividad futura, como ya se indicó anteriormente.

Para ello contamos con las siguientes herramientas:

- Control mediante estadísticas (en años anteriores).
- Memorias de la unidad (actividad, absentismo, docencia,...).
- Programa GSIR (programa informático en el que queda reflejada toda la actividad realizada día a día, e incluso turno a turno. Su instauración se realizó en el año 2007).
- En nuestro servicio está prevista la instalación de un aparato de resonancia magnética.

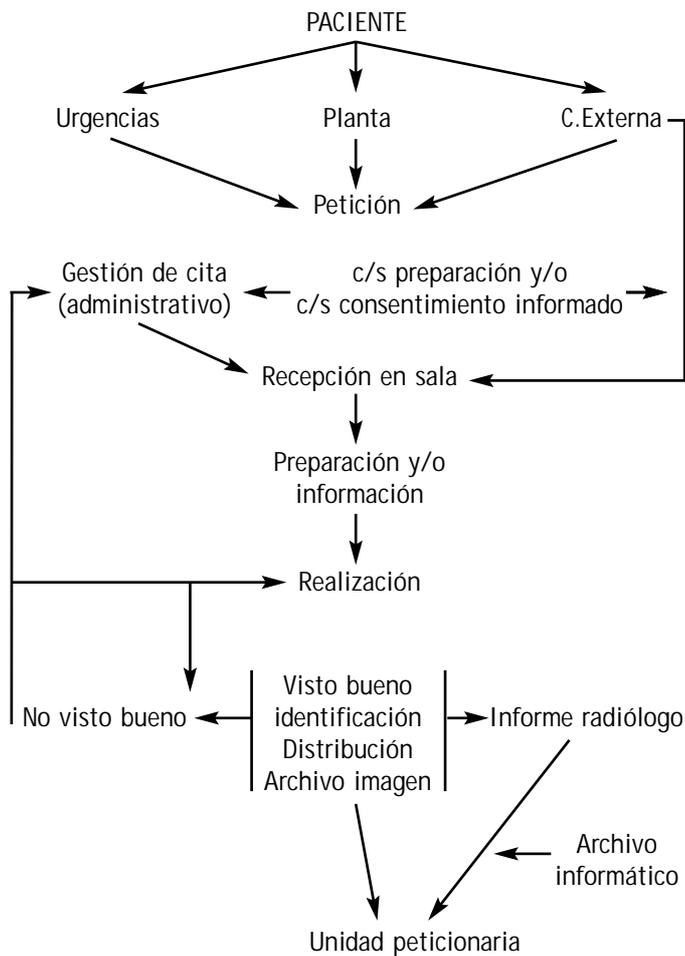
Gestión de procesos:

Se trata de reordenar los flujos de trabajo y como se definió anteriormente, tener bajo control los procesos más prevalentes. La gestión de procesos va encaminada a “aumentar la satisfacción del cliente y a facilitar las tareas de los profesionales”.

En definitiva, se trata de protocolizar la actividad (al menos los procesos más prevalentes) para garantizar una excelente asistencia al cliente y una perfecta guía a los profesionales de nueva incorporación.

Sin menoscabo de los protocolos que puedan existir, en toda unidad deberá reglamentarse el “camino” que seguirá el paciente una vez requiera sus servicios. En nuestra unidad este punto lo hemos desarrollado en el siguiente esquema:

Esquema de gestión de proceso del servicio de radiodiagnóstico.



Indicadores asistenciales:

Son la auténtica piedra angular de todo programa de calidad. Como ya se ha señalado deben ser definidos, formulados, dimensionados, justificados y estandarizados (según la bibliografía disponible sobre el tema que se pretenda medir). Es decir, cada uno de ellos lleva implícita la elaboración de una ficha técnica donde debe quedar reflejado y bien acotado todo lo referente a ese indicador (11).

Ficha indicador

- Nombre del indicador
- Diagnóstico del enfermero
- Dimensión del indicador
- Justificación
- Tipo
- Fórmula
- Explicación de términos
- Población
- Estándar
- Fuente de datos
- Comentarios

Los indicadores deben medir la calidad científicotécnica, la calidad percibida y la seguridad de los pacientes y del personal.

Pueden ser de suceso centinela o basado en un índice y según los sucesos que miden pueden clasificarse en (2):

- Indicador de resultado.
- Indicador de proceso.
- Indicador deseable.
- Indicador indeseable.

No obstante, la explicación de todos los términos aquí expresados haría excesivamente extenso el presente artículo. Por lo tanto, no pasaremos a profundizar sobre ellos, remitiendo al lector a la bibliografía existente sobre el tema.

La formulación de los indicadores que vamos a utilizar en nuestro servicio es:

-Estudios suspendidos:

Nº de estudios que necesitan preparación y son suspendidos (6 meses) x100

Nº de estudios que necesitan preparación realizados en ese periodo

-Reclamaciones:

Nº de pacientes que ponen reclamaciones al servicio (6 meses) x100

Nº total de pacientes estudiados en ese periodo

-Extravasaciones:

Nº de pacientes a los que se extravasó el contraste IV (6 meses) x100

Nº total de pacientes a los que se inyectó contraste IV

-Petición incorrectas:

Nº de peticiones incorrectamente rellenadas (6 meses) x100

Nº total de peticiones en ese periodo

Como se puede observar, y según lo indicado anteriormente, sólo desarrollamos la formulación de cada indicador.

Además, el lector avezado comprobará que pretendemos comenzar por indicadores fácilmente abordables para, posteriormente, ir aumentando la complejidad de éstos. O, incluso, a la vista de los resultados y las mediciones, desechar aquellos que por sus resultados no nos sirvan para proponer acciones de mejora y, por tanto, no tengan una clara incidencia sobre la calidad prestada.

Cuadro de mandos:

Se refiere a los registros de los datos que se vayan recabando. Se diseñarán las planillas que sean adecuadas.

Sesiones de calidad:

Creemos que la "cultura" de calidad debe ir impregnando el quehacer diario de los profesionales sanitarios. Para ello hemos realizado dos tipos de sesiones, las primeras han ido encaminadas a explicar el concepto de calidad y el programa que queremos implementar. Las segundas han sido totalmente participativas tratando de implicar y motivar a los compañeros. Para ello realizamos sesiones de grupos de mejora utilizando la técnica "Brainstorming" o lluvia de ideas, con herramientas como la priorización de problemas y el Diagrama de Ishikawa.

Conclusión

Si queremos aumentar la satisfacción del usuario con la asistencia recibida, y por ende la del profesional, tendremos que aplicar algún tipo de programa de calidad. Las acciones aisladas no sirven, pues sólo satisfacen a un paciente y profesional concreto y, en modo alguno, representan la totalidad de clientes ni de trabajadores del servicio.

Éste debe estar estandarizado, ser conocido y aceptado por todos los miembros del equipo y contar con el beneplácito de los responsables de la unidad.

En la actualidad estamos dando los primeros pasos que nos conduzcan a la excelencia en la prestación de nuestros servicios. Hemos diseñado el documento que aquí se explica (aunque no en su totalidad). Se ha presentado al resto de profesionales y sometido a debate y reflexiones.

Esperamos que el camino emprendido nos lleve a conseguir las metas que nos proponemos, que aunque ambiciosas, creemos se pueden alcanzar.

Bibliografía

- 1.- Pérez JJ, García J, Tejedor M. Gestión clínica: conceptos y metodología de implantación. *Revista Calidad Asistencial* 2002; 17(5):305-311.
- 2.- Tejedor Fernández M, Pérez JJ, García Alegría J. Gestión clínica: aplicación práctica en una unidad hospitalaria (II). *Revista Calidad Asistencial* 2003;18(2):125-131.
- 3.- Juliá J, Gómez FT, Lozano P, Cororminas C, Rimbau EM. Gestión clínica en un servicio de angiología y cirugía vascular. Resultados de la aplicación de algoritmos de manejo clínico. *Gaceta sanitaria* 2003; 17(5):430-432.
- 4.- Fernández Sola C, Granero Molina J. Reclamaciones del usuario. Un instrumento evaluador de los cuidados enfermeros. *Index enfermería* 2004; 13(47):21-25.
- 5.- Pujiula-Masó J et al. La satisfacción de los pacientes hospitalizados como indicador de calidad asistencial. *Enfermería Clínica* 2006; 16(1):19-26.
- 6.- Junca Ubiernal JA. Accesibilidad universal. Una necesidad de la sociedad del siglo XXI. *Revista Rol Enf* 2004; 27(4):290-300.
- 7.- González-Valentín MA, Padín López S, de Ramón Garrido E. Satisfacción del paciente con la atención de enfermería. *Enfermería Clínica* 2005; 15(3):147-155.
- 8.- De Haro-Fernández F, Martínez-López MB. Instrumentalizar la comunicación en la relación enfermera-paciente como aval de calidad. *Revista Calidad Asistencial* 2002;17(8):613-618.
- 9.- Prieto Rodríguez MA, Gil García E, Heierle Valero C, Frías Osuna A. La perspectiva de las cuidadoras informales sobre la atención domiciliaria. Un estudio cualitativo con ayuda de un programa informático. *Revista Española de Salud Pública* 2002; 76(5):613-625.
- 10.- Lillo Crespo M, Casabona Martínez I, Galao Malo R, Mora Antón MD. Enfermería transcultural en el contexto de la práctica clínica: evaluación de la calidad y satisfacción en los cuidadores extranjeros centro-europeos hospitalizados en la Clínica Vistahermosa de Alicante. *Investigación & Cuidados* 2003; 1(1):7-11.
- 11.- Aparcero Bernet L, López Rodríguez L, González Burquillos JA, Rubio Revuelta J, Tejedor Fernández M. Propuesta de diseño de programa de gestión de calidad para una unidad de enfermería: Programa MARTE. *Revista de la Asociación Española de Enfermería en Urología* 2005; 95:30-34.
- 12.- Fernández Escobar F, Gómez Rodríguez A, Martín Toscazo AB, Rúa Beldades J, Sánchez Fernández MM. Programa de calidad de la unidad de cuidados intensivos. *Documentos enfermería* 2007; 26:11-13.
- 13.- García Fernández C, Cano Sánchez L, Lucas Imbernón FJ, López González A. Análisis de la calidad en un servicio de urgencias hospitalarias. *Ciber revista* 2003; XIII.

Bibliografía consultada

- Técnicas de imagen: proceso de soporte. Sevilla: Consejería de salud, 2004. Dep.Leg: SE-2546-04
- Junta de Andalucía. www.juntadeandalucia.es/salud/principal/documentos
- Sociedad Española de Radiología (SERAM): www.seram.es

NOTICIAS RSEER

1.- Una variante genética reduce el riesgo de cáncer colorrectal

Fuente: JANO.es · 01 Octubre 2008

Científicos norteamericanos han comprobado que un polimorfismo de un solo nucleótido en el gen que codifica la adiponectina disminuye el riesgo hasta un 30% .

Una variante en el gen que codifica la adiponectina, hormona secretada por las células grasas, está asociada a un riesgo un 30% menor de desarrollar cáncer colorrectal, tal como muestra un estudio de la Facultad de Medicina Feinberg de la Universidad Northwestern de Chicago (Estados Unidos), cuyos resultados se publican en "JAMA".

La investigación relaciona la obesidad con el riesgo de cáncer de colon, pues los niveles séricos de adiponectina están inversamente correlacionados con la obesidad y con elevados niveles de insulina. Según los autores, existía evidencia de una asociación entre los niveles circulantes de la hormona y el riesgo de cáncer colorrectal, pero no se había informado hasta ahora de una relación entre el gen de la adiponectina y este tipo de cáncer.

La investigación se centró en el gen de la adiponectina (ADIPOQ) y el del receptor 1 de la adiponectina (ADIPOR1). Consistió en dos estudios de casos y controles que incluyeron a pacientes con cáncer colorrectal y a voluntarios sin este tumor, todos ellos de ascendencia judía Ashkenazi.

Encontraron una asociación entre un polimorfismo de un solo nucleótido (SNP) en el gen ADIPOQ y el cáncer en los dos estudios de casos y controles, así como en el análisis combinado de ambos estudios, tras ajustar factores como la edad, el sexo y otros SNP.

Según los investigadores, el gen puede albergar mutaciones susceptibles de modificar el riesgo de cáncer de colon. "Si estos prometedores resultados pueden confirmarse en nuevos estudios, el eje de la adiponectina puede emerger como un importante modificador del riesgo de cáncer colorrectal", escriben.

JAMA. 2008;300(13):1523-1531

2.- Desaconsejados los bastoncillos para limpiar los oídos

Fuente: agencias · 01 Octubre 2008

Según el Decálogo para la Higiene del Oído, pueden producir perforaciones de tímpano, infecciones y una mayor acumulación de cera

El uso de bastoncillos para mantener la higiene de los oídos puede producir perforaciones de tímpano, infecciones y una mayor acumulación de cera, según aparece publicado en el Decálogo para la Higiene del Oído, realizado por el otorrinolaringólogo del Hospital Clínic de Barcelona, Dr. Miguel Caballero, y que fue presentado ayer dentro de la campaña "¡No utilice los bastoncillos!", con motivo del Día del Oído.

La campaña de concienciación e información acerca de la correcta higiene del oído tiene el objetivo de advertir a la sociedad de los malos hábitos de limpieza adquiridos desde la infancia, "que cada día ponen en riesgo la salud auditiva".

Según declaró el Dr. Caballero, "una proporción importante de los problemas auditivos que sufre la sociedad no son de nacimiento, sino que han sido adquiridos a lo largo de la vida debido a estos hábitos de higiene inadecuados".

Además, señaló que el 97% de los españoles ha utilizado alguna vez los bastoncillos para la higiene diaria de los oídos, y la mayoría de ellos lo hace porque los comenzó a usar desde pequeño. A su vez, el 41% de los españoles cree que no hay una alternativa al bastoncillo para la higiene de los oídos.

Por otro lado, una media del 30% reconoce que lo hace porque le gusta el placer que aportan los bastoncillos al asearse con ellos, según el estudio "Los Hábitos de Higiene del Oído de los Españoles (2008)", realizado por Esteve.

3.- Nueces frente al cáncer de mama

Fuente: agencias · 01 Octubre 2008

Según un estudio publicado en "Nutrition and Cancer", el consumo diario de estos frutos secos frena el crecimiento de los tumores mamarios .

El consumo diario de nueces permite retrasar el crecimiento del cáncer de mama, gracias a su elevado contenido en ácidos grasos omega-3, en antioxidantes y en fitosteroles, según los resultados de un estudio realizado por expertos de la Universidad Marshall de Huntington (Estados Unidos), que aparecen publicados en "Nutrition and Cancer".

El estudio se llevó a cabo con ratones que siguieron una dieta diaria en la que el 18,5% de las calorías provenía de las nueces, el equivalente a dos puñados de nueces diarios en personas. Los resultados muestran que los roedores que fueron alimentados con nueces tardaron el doble de tiempo en registrar un aumento en el tamaño de sus tumores, en comparación con un grupo control.

La Dra. Elaine Hardman, responsable del estudio, aseguró que "cuando se alimentó a los ratones con nueces, el ratio de crecimiento de los tumores que tenían se redujo drásticamente".

Los investigadores concluyeron que los buenos resultados del estudio confirman los múltiples beneficios de una dieta rica en ácidos grasos omega-3 y la necesidad de reducir las dietas con elevado contenido en grasas saturadas. Además, señalaron que las nueces son el fruto seco con mayor con-

NOTICIAS RSEER

tenido de ácidos grasos omega-3.

Aproximadamente 5.700 mujeres en nuestro país mueren cada año a causa de este tipo de cáncer, lo que representa el 16,7% de todas las defunciones por cáncer del sexo femenino en España y el 3,3% de la mortalidad general en las mujeres. Además, se estima que una de cada ocho españolas podría desarrollar esta enfermedad a lo largo de su vida.

Nutrition and Cancer 2008;60:666-674

4.- Escaso consumo de verdura entre los niños españoles

Fuente: agencias · 01 Octubre 2008

Sólo el 27% de los niños españoles come verduras y hortalizas a diario, apenas el 2% toma pescado y el 4% legumbres, según los resultados del Estudio Tulipán.

A su vez, los datos del trabajo muestran que la dieta diaria de los niños incluye productos lácteos en un 90%, pan o cereales en un 78%, y aceite y fruta fresca en más del 50%.

En este sentido, la nutricionista y especialista en nutrición infantil Raquel Bernácer, de Unilever, destacó que "si bien es importante que los niños tomen lácteos, pan y cereales, y grasas en forma de aceites o margarinas, también es esencial que aumente el consumo diario de verduras y hortalizas así como el de pescado, ya que estos productos aportan numerosos beneficios nutricionales a la alimentación de los niños en forma de hidratos de carbono, proteínas y ácidos grasos esenciales".

A pesar de los datos, el 95% de los padres y madres españoles creen que la alimentación es muy importante para el desarrollo del funcionamiento cerebral y, consecuentemente, para su inteligencia, y el 56% de ellos consideran que la obesidad es el principal problema relacionado con la alimentación de sus hijos.

Sin embargo, tanto padres como madres reconocen que sus hijos realizan unas cuatro comidas al día, aunque consideran que las recomendables para el buen desarrollo intelectual de sus hijos serían cinco comidas al día.

Además, los datos ponen de manifiesto que las madres son quienes conocen mejor qué alimentos forman parte de la alimentación de sus hijos (un 65%), aunque los padres se acercan cada vez más, ya que son un 55% los que afirman conocer lo que comen los niños a diario.

5.- La mitad de las españolas desarrollará osteoporosis posmenopáusica

Fuente: JANO.es · 01 Octubre 2008

La enfermedad afecta en nuestro país a más de 3 millones de personas, de las cuales 2,5 millones son mujeres. La osteoporosis es la enfermedad crónica más prevalente en todo el mundo y sólo en nuestro país la sufren más de 3 millones de personas, de las cuales 2,5 millones son mujeres. Según el Dr. Andrés Forteza, presidente del Comité Organizador del X Congreso de la Asociación Española para el Estudio de la Menopausia (AEEM), que se celebra en Palma de Mallorca, "hay que insistir en que la mujer debe cuidar sus huesos antes de la llegada de la menopausia, aunque es con la llegada del climaterio cuando se produce en la mujer una mayor pérdida de masa ósea, lo que hace que debido al aumento de la esperanza de vida se estime que más de la mitad de las mujeres españolas desarrollará osteoporosis posmenopáusica y cuatro de cada diez mujeres mayores de 50 años puede sufrir una fractura ósea como consecuencia de la osteoporosis".

Ante esta situación, el Dr. Andrés Calvo, jefe del Servicio de Ginecología del Hospital de Manacor (Mallorca), señala que "es muy positivo que los ginecólogos estemos tomando cada vez más conciencia del papel que tenemos en el cuidado de la mujer y que nos convirtamos en su médico de familia, sobre todo en su madurez y ante una enfermedad como la osteoporosis, en la que existen muchos profesionales implicados, como el reumatólogo, el traumatólogo, el internista, etc., pero donde el ginecólogo es el que realiza un seguimiento más continuado".

La velocidad de pérdida de masa ósea habitual en las mujeres tras la menopausia es de entre 1 y 2,5% cada año. Por ello, es fundamental que la mujer tenga un conocimiento real de la enfermedad y de las ventajas que implica realizar el tratamiento. El Prof. Javier Ferrer, presidente de la AEEM, afirma, además, que "hay que concienciar a la mujer de la relevancia de adoptar unos hábitos de vida saludable y acudir a revisiones periódicas que permitan diagnosticar y tratar esta patología para evitar su aparición o que altere en menor medida su calidad de vida". Las medidas preventivas, en este sentido, se deben adoptar no sólo cuando existe osteoporosis establecida y osteoporosis con fractura ósea, en las que se prescribe tratamiento farmacológico, sino también cuando la densidad ósea es normal y al presentarse osteopenia, es decir, cuando el hueso ha empezado a sufrir una disminución de la densidad pero aún no existe osteoporosis.

NOTICIAS RSEER

6.- El 29% de los españoles guarda algún medicamento de manera incorrecta

Fuente: Europapress 1-10-08

El 29 por ciento de los hogares españoles se guarda algún medicamento de manera incorrecta en el botiquín casero, según un estudio presentado hoy y realizado por SIGRE 'Medicamento y Medio Ambiente', con el objetivo de analizar los hábitos sanitarios de la sociedad española en relación al consumo y la forma de conservación de los medicamentos en los domicilios particulares.

Así, según informa, sobre todo se ha observado que suelen guardarse los medicamentos sin su caja y prospecto, lo que "impide comprobar toda la información necesaria para la correcta administración del medicamento", como su uso, el lugar apropiado para su conservación, la cantidad y la dosis que hay que tomar, la frecuencia de las tomas y su fecha de caducidad.

Asimismo, el estudio revela que el número medio de medicamentos que componen el botiquín casero de un hogar español es de 12, de los que 5 ó 6 son utilizados habitualmente por los miembros de esa familia.

"El número de medicamentos que se guardan en el botiquín está directamente relacionado con la edad de los miembros de esa familia y con la costumbre, nada aconsejable desde el punto de vista sanitario, de guardar en el botiquín casero los restos de medicamentos al finalizar un tratamiento, restos que se mantienen incluso hasta pasada su fecha de caducidad", advierte.

El 74% de los retirados están caducados

Por otra parte, desde SIGRE se aconseja una revisión periódica del botiquín ya que, según se puede observar, "el 74 por ciento de los medicamentos que se retiran en ese momento se encuentran caducados, con el consiguiente riesgo que el consumo de estos podría comportar para la salud de los miembros de esa familia".

No obstante, 9 de cada 10 encuestados afirmaron realizar esta práctica, al menos, una vez al año. A pesar de ello, al finalizar un tratamiento, si han sobrado medicamentos, en el 54 por ciento de las ocasiones estos se guardan en el botiquín doméstico.

En cuanto a la concienciación con respecto a las consecuencias negativas que puede suponer la automedicación incontrolada, al menos 3 de cada 4 ciudadanos cree que efectuar esta práctica con restos de medicamentos de tratamientos ya finalizados que se guardan en el hogar puede entrañar algún riesgo para su salud.

Asimismo, en cuanto el destino final de los restos de medicamentos y de sus envases, 6 de cada 10 personas señala-

ron que en el último año depositaron sus envases y restos de medicamentos en el Punto SIGRE.

Esta actitud, en opinión del director general de SIGRE, Juan Carlos Mampaso, muestra que "el ciudadano está empezando a ser consciente de la importancia que tiene cerrar el ciclo de vida del medicamento adecuadamente". No obstante, a su juicio, es importante seguir sensibilizando a la opinión pública para lograr un uso más responsable del medicamento y mejorar sus hábitos sanitarios.

7.- La pandemia de VIH/Sida comenzó alrededor del año 1900, antes de lo que se creía

Fuente: Europa Press. Madrid 2-10-08

La pandemia de VIH/Sida comenzó alrededor del año 1900, según un estudio coordinado por la Universidad de Arizona en Tucson (Estados Unidos) que se publica en la revista 'Nature'. Los resultados del trabajo muestran que la cepa de VIH más extendida a nivel global comenzó a expandirse entre los humanos entre 1884 y 1924, no durante la década de los 30, como se creía hasta el momento.

Según los investigadores, el periodo más temprano del origen coincide con el establecimiento de los primeros centros urbanos en la región del centro-oeste de África, donde surgió la epidemia de esta cepa particular del VIH, el grupo M del VIH-1. Esto sugiere que la urbanización y las conductas de alto riesgo asociadas a ella fueron determinantes para la fase pandémica del VIH/sida.

Los investigadores analizaron múltiples muestras de tejido y descubrieron la segunda secuencia genética más antigua del grupo M del VIH-1, que data de 1960. Los científicos la utilizaron luego con docenas de otras secuencias genéticas conocidas del VIH-1 para construir una variedad de posibles árboles de familia de esta cepa viral. Las longitudes de tres de las ramas representan los periodos de tiempo en los que el virus divergió de sus ancestros.

El momento temporal y el número de estas mutaciones genéticas permitió a los científicos calibrar el posible rango de tasas a las que los árboles habían crecido, es decir, las posibles tasas de evolución del grupo M del VIH-1. Según estas tasas, los científicos se proyectaron atrás en el tiempo hasta el periodo en el que los árboles podrían haber echado raíces: alrededor de los comienzos del siglo 20. Esto marca el posible momento temporal del origen del grupo M del VIH-1.

Los autores utilizaron técnicas de reciente desarrollo y recuperaron fragmentos genéticos del VIH con 48 años de antigüedad de una biopsia de tejido del nódulo linfático conservado en parafina de una mujer de Kinshasa en la

NOTICIAS RSEER

República Democrática del Congo. La secuencia genética del grupo M del VIH-1 más antigua procedía de una muestra de sangre de 1959 de un hombre también de Kinshasa.

Una comparación de la misma región genética del virus de 1959 y el de 1960 proporcionó una evidencia adicional de que su ancestro común existió alrededor del año 1900. La comparación reveló que la cantidad de divergencia genética entre estas dos secuencias de VIH necesitó más de 40 años de plazo para evolucionar.

Un estudio de la Academia China de Ciencias Médicas en Beijing que también se publica esta semana en 'Nature' muestra que la infección por VIH se ha extendido más allá de los grupos de riesgo como los donantes de sangre y los consumidores de drogas intravenosas y ahora está avanzando en una población más amplia. El trabajo, dirigido por Lingi Zhang, se basa en parte en el análisis de los resultados de 3,2 millones de muestras de sangre de la provincia china de Yunnan.

Algunos de los aumentos más grandes en el número de infecciones se encuentran entre hombres infectados en relaciones homosexuales, que se han multiplicado por ocho en el periodo de 2005 a 2007, y entre las mujeres. Además, la proporción de mujeres en edad fértil con VIH se ha doblado en la pasada década. El ministerio de salud chino estima que hasta octubre de 2007 se habían producido 700.000 infecciones en China.

8.- Más de la mitad de los jóvenes españoles tiene un semen de mala calidad

Fuente: Europa Press. Madrid 03-10-08

Un 57,8 por ciento de los jóvenes españoles presentan subfertilidad debido a que la calidad de su semen es anormal por el volumen, la movilidad y concentración de espermatozoides, según se desprende de los resultados de un estudio coordinado por el Servicio de Reproducción Asistida del Instituto Marqués que aparecen publicados en el último número de la revista 'Andrology'.

La investigación presentada se realizó en más de 60 centros de reproducción asistida de toda España y ha recopilado datos de un total de 1.239 jóvenes de entre 18 y 30 años que se presentaron voluntariamente. De estos, se tuvo en cuenta el volumen del semen, que según considera la Organización Mundial de la Salud (OMS) debe ser de más de 2 mililitros; la movilidad de los espermatozoides, que ha de superar el 50 por ciento; y la concentración u oligospermia.

Teniendo en cuenta este último parámetro --considerado el más importante por los especialistas por ser un indicador de futura fertilidad--, la OMS considera que la concentración normal debe ser de más de 20 millones de espermato-

zoides por centímetro cúbico, cantidad a la que en España no llega un 17,5 por ciento de los jóvenes.

Además, en la concentración de espermatozoides se encuentran diferencias significativas entre unas comunidades autónomas, ya que mientras en Galicia sólo un 8,5 por ciento de los jóvenes presentan una concentración anormal, en la Comunidad Valenciana el porcentaje asciende hasta el 22 por ciento.

Mejor en Galicia, Andalucía y Madrid

Otras comunidades donde hay menos jóvenes que no alcanzan los mínimos establecidos por la OMS son Andalucía (13,7%) y Comunidad de Madrid (14,8%), mientras que en País Vasco y Cataluña, el número de jóvenes con concentración anormal de espermatozoides es del 18,7 y el 22,7 por ciento respectivamente.

Según explicó la jefa de Servicio de Reproducción Asistida de este centro y directora del estudio, Marisa López-Teijón, aunque no se han podido obtener datos suficientemente significativos de todas las comunidades para hacer una comparativa, existen otras como Murcia, que presenta los peores niveles de calidad de todos los jóvenes analizados. Estas cifras ratifican estudios anteriores que ya evidenciaban una pérdida de calidad del semen en España en los últimos 25 años, al tiempo que justifican las bajas tasas de natalidad actuales, ya que "aunque la subfertilidad sólo indica que estos jóvenes tardarán más en conseguir un embarazo --dependiendo también de la edad y fertilidad de su pareja-- uno de cada cinco jóvenes con un nivel de concentración anormal derivará en infertilidad".

De hecho, esta desigualdad entre comunidades se puede comparar con la que también existe en el número de centros de Reproducción Asistida. "En Galicia hay menos centros, mientras que sólo en Murcia capital ya hay cuatro", explicó la doctora.

Los efectos de la contaminación industrial

Entre los factores que provocan esta calidad anormal de los jóvenes españoles, los expertos destacaron la importancia de la contaminación industrial y de los disruptores endocrinos, unas sustancias químicas presentes en pesticidas o desinfectantes que actúan en el organismo humano como hormonas femeninas o pseudo-estrógenos, que están presentes en nuestra alimentación y que son muy resistentes a la biodegradación.

De este modo, se observó que los mayores niveles de oligospermia se localizan en las comunidades autónomas con un mayor grado de industrialización en los últimos 50 años, mientras que Galicia y Andalucía se han incorporado de

NOTICIAS RSEER

forma más reciente al proceso de desarrollo industrial y Madrid, aunque tiene un alto grado de polución atmosférica, concentra también menor contaminación industrial.

Para los investigadores, el factor industrial y la incidencia de estos disruptores endocrinos resulta más dañina que otros tradicionalmente considerados culpables como las ondas que emiten los teléfonos móviles al llevarlos en el pantalón o el tabaco, alcohol o drogas.

En estos casos, el doctor Manel Elbaile, coautor de la investigación, aseguró que estudios previos ya han evidenciado que en la calidad seminal no influían ni el tabaco ni el alcohol, que por ejemplo se consumían más en La Coruña que en Barcelona, donde, sin embargo, la calidad del semen era peor.

Alteraciones desde el periodo embrionario

Sin embargo, el origen de estas alteraciones, según destacó la doctora López-Teijón, podrían estar causadas en el periodo embrionario y originarse antes incluso del nacimiento de esos varones. "El momento clave es la formación del testículo fetal, que se produce en los tres primeros meses de embarazo".

El embrión está expuesto a los disruptores endocrinos a través del cordón umbilical, además de que muchos de los alimentos, como la leche, también aportan gran cantidad de hormonas que pueden provocar dichas anomalías en la calidad del semen "que se acumulan para toda la vida".

En estos casos de subfertilidad, esta experta recomendó aumentar el número de eyaculaciones semanales para mejorar la calidad del semen, ya que así "se estimula la función del testículo y se eliminan los espermatozoides que puedan quedar muertos".

9.- El Colegio de Enfermería de Ciudad Real recuerda la "impagable labor" de los profesionales sanitarios que trabajan en las unidades de Cuidados Paliativos

Fuente: Colegio de Enfermería de Ciudad Real. Ciudad Real 7-10-08

La Organización Mundial de la Salud determina que los Cuidados Paliativos "consisten en la atención activa e integral de las personas que padecen una enfermedad que no responde a tratamiento curativo, los objetivos básicos son el control del dolor y otros síntomas, el apoyo psicosocial y emocional al enfermo y su familia, tratando de lograr un mayor bienestar y mejorar su calidad de vida".

En consonancia con esta definición, el Colegio de Enfermería de Ciudad Real quiere recordar, con ocasión del Día Mundial de los Cuidados Paliativos que se celebra el 11

de octubre, la impagable labor que realizan las enfermeras y enfermeros de los equipos interdisciplinares de cuidados paliativos, especialidad enfermera que incorpora una concepción multiprofesional en el cuidado de las personas con diagnóstico de enfermedad avanzada, progresiva, incurable y en etapa terminal. A partir del trabajo de los diferentes profesionales de la salud actuando en equipo, se podrá brindar los cuidados atendiendo a las necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales del paciente terminal y su familia.

En esta línea, el presidente del Colegio de Enfermería de Ciudad Real, José Medina Mingallón pone el acento en la posición de privilegio que Enfermería ocupa, dentro del equipo de salud, "ya que es quien permanece la mayor parte del tiempo junto al paciente, lo que le permite ejercer plenamente el rol de "cuidador". Para Medina, "Los cuidados paliativos son un servicio dirigido por las enfermeras que conlleva la adopción de decisiones complejas y capacidad de dirección".

Desde este punto de vista, la tarea de cuidar tiene dos objetivos claramente definidos: ayudar a las personas a afrontar los problemas que les impiden satisfacer sus necesidades básicas con el fin de que puedan llevar una vida plena, y ayudar a obtener el mayor grado de bienestar posible dentro del contexto de la enfermedad; objetivos ambos que identifican claramente la función básica de Enfermería.

La enfermería en Cuidados Paliativos desarrolla sus actividades en el contexto enmarcado por el cuidado de los pacientes y familias en los cuales la enfermedad progresa inexorablemente hacia la muerte. Junto con el resto del equipo debe esforzarse en aliviar los problemas, facilitar los procesos de adaptación a la situación de terminalidad, contribuir a la comunicación paciente-familia-equipo y colaborar con los diferentes recursos potencialmente implicados.

"Poder lograr estos objetivos - explica José Medina- no solo depende de una amplia formación general, sino también de una formación específica en Cuidados Paliativos, ya que la problemática con que deberá enfrentarse tiene características propias e implica el aceptar que no todos los pacientes se van a curar y gran parte de ellos morirán a muy corto plazo, lo que supone cambiar la actitud curativa hacia una actitud paliativa. Al igual que para los otros miembros del equipo, la madurez profesional y personal, la habilidad en detectar y atender los detalles, junto con la capacidad de obtener una visión global de la situación, son aspectos relevantes de Enfermería en Cuidados Paliativos".

Los problemas de la muerte y de los pacientes terminales son experiencias humanas muy emotivas y unos cuidados competentes y compasivos pueden mejorar en gran medida el dolor y el sufrimiento del paciente y de la familia. En su

NOTICIAS RSEER

declaración de posición sobre los Cuidados a los pacientes moribundos y a sus familias, el Consejo Internacional de Enfermería afirma que "¿la función de la enfermera es fundamental para unos cuidados paliativos destinados a reducir el sufrimiento y a mejorar la calidad de la vida de los pacientes moribundos y de sus familias mediante una pronta evaluación, identificación y gestión del dolor y de las necesidades físicas, sociales, psicológicas, espirituales y culturales."

Las funciones y las competencias de la enfermería en los cuidados paliativos tienen tres aspectos principales:

- El trabajo con pacientes moribundos y sus familias: De las enfermeras se espera que establezcan y mantengan una relación terapéutica. Al hacerlo, la enfermera se comunica eficazmente, facilita información y presta apoyo emocional y espiritual al paciente y a la familia. La enfermera trabaja para crear entornos conducentes a una muerte pacífica y digna, y al eficiente tratamiento y control de los síntomas, y a la gestión del dolor.
- El trabajo con los profesionales de atención de salud y social: Entre las funciones de la enfermería está la de coordinar los servicios, ocuparse de las remisiones a otros servicios, tales como los financieros y los de asesoramiento, y la supervisión y formación de otras personas como los dispensadores de cuidados a la familia y el personal auxiliar de enfermería.
- El trabajo con los gestores, los encargados de las políticas y los planificadores: Las enfermeras colaboran con los gestores, los encargados de las políticas y los planificadores para crear equipos y prestarles apoyo, establecer las metas y las prioridades, gestionar los recursos, vigilar los resultados de los cuidados, prestar apoyo al personal para que actúe con un sentido de "pérdida colectiva" al prestar cuidados a los pacientes moribundos y dirigir la enfermería para garantizar la calidad de los cuidados.

10.- El 112 de Madrid celebra su primera década con 40 millones de llamadas atendidas y un homenaje a todos los servicios de emergencia

Fuente: Europa Press. Madrid. 7-10-08

El Centro de Emergencias 112 de Madrid ha atendido en su primera década de vida 40 millones de llamadas, por lo que procesa el 90 por ciento de las emergencias de la región, entre las que destacan las 37.000 del 11-M o la especial labor de comunicación en el incendio del Windsor, con un tiempo medio de respuesta de 10 segundos cada una.

La presidenta de la Comunidad de Madrid, Esperanza Aguirre, ha ensalzado la "profesionalidad y eficiencia" de los servicios de emergencia madrileños, y explicó cómo "esa eficacia a la hora de salvar vidas, ha tenido que pasar importantes reválidas", entre las que citó el atentado terro-

rista del 11 de marzo de 2004, el incendio del edificio Windsor y el accidente aéreo de este agosto.

Acompañada del consejero de Presidencia, Justicia e Interior, Francisco Granados, la presidenta madrileña homenajeó hoy a los servicios de emergencia, con motivo del décimo aniversario de la creación de 112 como teléfono único de emergencias en la Comunidad.

El homenaje celebrado en la Real Casa de Correos ha tenido como objetivo el reconocimiento de la labor de los diferentes organismos de seguridad y emergencia pública que han colaborado en las tareas de coordinación que hace más de 10 años se iniciaron con la puesta en marcha de Madrid 112, entonces en su primera sede de la calle Gobelos y desde 2003 en su moderna instalación en Pozuelo de Alarcón.

"Pero, si importante es contar con un Centro y con la tecnología que facilite esta labor, más importante aún es contar con los profesionales que hacen posible que este proyecto funcione", aseveró la presidenta del Ejecutivo madrileño.

Por ello hizo extensible el agradecimiento de todos los madrileños "por su dedicación y entrega, a los casi 250 hombres y mujeres que atienden este servicio. Ellos son el primer eslabón de la cadena del servicio de emergencias". "Y junto a ellos trabajan, día a día, los cuerpos de Bomberos de la Comunidad de Madrid y de los Ayuntamientos.

Profesionales que cumplen con su deber y saben estar siempre a la altura de las circunstancias para salvar vidas".
Importantes reválidas

Aguirre señaló que la eficacia a la hora de salvar vidas ha tenido que pasar importantes reválidas. La primera y más importante, el atentado terrorista en Madrid el 11 de marzo de 2004. "Ese fatídico día, el Centro de Emergencias 112 demostró que es la mejor y más eficaz herramienta para coordinar una gran emergencia. Aquellos días, más de 37.000 llamadas fueron atendidas en el Centro 112".

También hizo alusión al incendio del edificio Windsor, donde el 112 "cumplió un papel esencial". "Puso en marcha un novedoso sistema masivo de llamadas de alerta, que avisó a toda la población que se hallaba en el entorno del rascacielos", dijo la presidenta regional.

"Una profesionalidad que quedó de nuevo demostrada este verano con el trágico accidente aéreo de Barajas, y más recientemente en las inundaciones en los municipios del Este de la Comunidad", señaló.

NOTICIAS RSEER

Aguirre también resaltó el trabajo de los gerentes que han regido el Centro de Emergencias a lo largo de estos 10 años: Francisco Úbeda Izargain, Arturo Canalda y Raimundo Herráiz. Así, reconoció su trabajo y entrega y reconoció la colaboración de todos los servicios de emergencia entregándoles una placa.

Entre los principales servicios galardonados destacan el SAMUR-Protección Civil, el SUMMA-112, los Bomberos del Ayuntamiento de Madrid, los Bomberos de la Comunidad, los Agentes Forestales de la Comunidad de Madrid, la Policía Municipal de Madrid, las Policías Locales de los ayuntamientos de la región, la Guardia Civil, el Cuerpo Nacional de Policía y Cruz Roja, entre otros.

Asimismo, se reconoció la labor de los directores-gerentes que Madrid 112 ha tenido durante estos años. Durante su intervención, Aguirre destacó que este centro procesa el 90 por ciento del total de las emergencias el territorio de la región.

Diez años gestionando emergencias

Así, manifestó que el 112 Emergencias Comunidad de Madrid es un centro capaz de gestionar de manera consensuada con los diferentes organismos implicados en la seguridad y en la emergencia pública las incidencias que se presentan en el día a día.

El Centro de Emergencias 112 ha gestionado fue creado el 1 de enero de 1998 para atender, tratar y evaluar las llamadas de emergencia realizadas por los ciudadanos. Ese año recibió poco más de un millón de llamadas. A finales de este año la cifra anual de llamadas se habrá multiplicado por seis.

En la actualidad integra de manera operativa a la totalidad de los organismos de intervención que operan en la región y físicamente en su Centro de Coordinación a los bomberos de la Comunidad de Madrid, el SAMUR, la Policía Nacional, la Guardia Civil, la Policía Municipal de Madrid y Medio Natural.

Afán innovador

Asimismo, Aguirre destacó que el Centro de Emergencias 112 se ha convertido en un "referente mundial" a la hora de evaluar todo tipo de situaciones relacionadas con la emergencia. De este modo, recibió casi 200 visitas recibidas para conocer sus iniciativas, pioneras cuando se pusieron en marcha, como la localización de llamadas realizadas por los teléfonos móviles, el acceso al 112 por parte de las personas con algún tipo de discapacidad auditiva y la herramienta de aviso masivo a la población, entre otras.

Desde el 112 también se ha hecho un importante esfuerzo por acercar la naturaleza de este Centro de Emergencias a los niños, con visitas escolares que han permitido que más de 3.100 alumnos de colegios de la Comunidad de Madrid hayan visitado y hayan conocido ya las ventajas que supone la existencia de un Centro de Coordinación de emergencias en la Comunidad de Madrid.

11.- David Benton: "Las necesidades de los ciudadanos requieren de un nuevo perfil enfermero con más competencias y plena autonomía."

Fuente: CGE. Departamento de Comunicación. 13-10-08

El pasado miércoles 8 de octubre David Benton, nuevo director general del Consejo Internacional de Enfermeras desde hace muy pocos días, visitaba Madrid para participar en el Primer Foro Metas de Enfermería que se ha clausurado hoy viernes 10 de octubre. Benton estrenaba oficialmente su nuevo cargo en España pronunciando la conferencia inaugural de este gran encuentro enfermero cuyo título ya es suficientemente ilustrativo: "Perfiles emergentes de enfermería". Para Benton, España se ha convertido en un claro referente de cómo y hacia dónde deben evolucionar los perfiles enfermeros en todo el mundo.

Para David Benton no existe ninguna duda de que el perfil de las enfermeras está cambiando en todo el mundo. "La enfermería y las enfermeras están cambiando el aspecto de la prestación de los cuidados de salud en todo el mundo y en esta nueva realidad España va en cabeza". Históricamente las profesiones sanitarias han experimentado una evolución constante a lo largo de los años, sin embargo, en el caso de la enfermería, dicho desarrollo ha aumentado su velocidad en los últimos 15 años. Para este experto, la única razón por la que se está produciendo este fenómeno, no es otra que "la necesidad de satisfacer las necesidades de nuestros pacientes y de nuestra sociedad, para que la asistencia sanitaria pueda mantenerse al nivel de las necesidades de nuestros ciudadanos".

Los factores detonantes

Entre los factores que enumera Benton como detonantes de dicha evolución de los perfiles enfermeros destacan especialmente los demográficos. La sociedad está viviendo un envejecimiento de la población, cada vez hay más personas mayores y menos jóvenes. El experto señala que se está multiplicando la incidencia de enfermedades crónicas. Además, la obesidad comienza a ser una verdadera epidemia que viene acompañada de problemas de salud muy serios como la diabetes o las enfermedades cardiovasculares. A todo ello hay que sumarle el hecho constatable de que la población se está concentrando en las ciudades, que son cada vez más grandes, mientras que en el ámbito rural la población está dispersa y cada vez presenta edades más avanzadas.

NOTICIAS RSEER

Otros factores que vienen a cambiar las necesidades asistenciales son la inmigración, así como los cambios políticos, sociales, tecnológicos y medioambientales. "Por ello se hace necesario que comencemos a planificar, desde hoy mismo, cómo vamos a adaptar la asistencia sanitaria y los cuidados a esta nueva realidad, y en dicha planificación se incluyen los perfiles de la enfermería". Por ello dicha planificación deberá poder contestar a cuatro preguntas muy claras: ¿Cuántas enfermeras necesitamos?; ¿Qué competencias habrán de tener?; ¿Cómo y dónde trabajarán?; ¿Cuál será el ámbito de su práctica profesional?.

David Benton tiene muy claro cuáles son los principales retos que deben asumir los gobiernos. "Hoy en día ya se aprecia claramente cómo está aumentando la necesidad de desarrollar servicios para las enfermedades crónicas y servicios dispensados por la comunidad. Es decir, los cuidados han de prestarse más cerca, o en el propio domicilio de los pacientes. Los futuros servicios no deben basarse en un modelo de episodios aislados, sino en unas relaciones continuas".

Esta situación afecta también a los recursos humanos sanitarios, "los médicos ya no son los dispensadores predominantes de los cuidados. Se precisan equipos de profesionales que trabajen juntos. Equipos capaces de dispensar cuidados integrados. Equipos que puedan trabajar en colaboración con los pacientes. Equipos que aborden la prevención y que puedan utilizar como instrumento las nuevas tecnologías".

Por ello, para David Benton, "el único camino viable es la adecuación de los perfiles enfermeros a las necesidades de los ciudadanos y ello conlleva un aumento de competencias y responsabilidades que no pueden ser frenados por intereses corporativistas". "La función de la enfermera en el futuro será mucho más importante de lo que ha sido hasta ahora, y mucho más diversa y autónoma."

12.- Galicia cierra el acuerdo marco para mejorar las condiciones laborales del personal del Sergas

Fuente: Europa Press. Santiago de Compostela. 13-10-08

La Consejería de Sanidad ha cerrado Acuerdo Marco 2008-2012 para la mejora de las condiciones de trabajo del personal estatutario del Servicio Gallego de Salud. El documento cerrado en la mesa sectorial, con vigencia desde el 1 de julio de 2008 hasta el 31 de diciembre de 2012, tiene como objetivo establecer un incremento de las retribuciones del personal centrado en la subida del complemento de destino, del complemento de atención continuada --nocturnidad y festivos-- y actualización del precio de las horas de guardia.

En la reunión de la mesa sectorial celebrada los sindicatos UGT y SATSE ya ratificaron el convenio, mientras que las centrales CC OO y CIG esperarán a la próxima semana a los resultados de las asambleas informativas para rubricar el documento, mientras que CESM --que apoya una huelga la próxima semana junto a O'Mega para demandar la generalización del complemento específico-- no acudió al encuentro pese a tener representación.

La secretaria xeral de CIG-Saúde, María Xosé Abuín, recalcó en declaraciones a Europa Press que si bien se cerró el texto final del convenio colectivo, condicionan su firma al resultado de las asambleas que concluyen el miércoles. En concreto, resaltó que el acuerdo recoge un "hecho histórico" como son los incrementos lineales, que sitúan a todas las categorías en el medio de la tabla del resto de los sistemas de salud. Además, valoró el incremento retributivo de nocturnidad y festividad para paliar la penosidad. También consideró que se trata de un acuerdo "importante" porque "sienta las bases de la negociación del complemento de exclusividad".

Al respecto, la CIG-Saúde ratificó su compromiso por la defensa de la sanidad pública, en la línea de la Administración sanitaria que reiteró en diversas ocasiones su compromiso con el sistema de salud público, y por primar la exclusividad de los profesionales del Servizo Galego de Saúde.

Contenido

El documento cerrado en la mesa sectorial, con vigencia desde el 1 de julio de 2008 hasta el 31 de diciembre de 2012, tiene como objetivo establecer un incremento de las retribuciones del personal centrado en la subida del complemento de destino, del complemento de atención continuada --nocturnidad y festivos-- y actualización del precio de las horas de guardia.

La masa salarial destinada a la ejecución del presente acuerdo y el límite máximo será de 135 millones de euros que se distribuirán en 15 millones para 2008; 30 millones para cada uno de los años restantes --2009, 2010, 2011 y 2012--.

13.- Dos variantes genéticas aumentan el riesgo de carcinoma basocelular

Fuente: JANO.es y agencias · 13 Octubre 2008

En la identificación de estos polimorfismos asociados a esta forma de cáncer de piel han participado científicos de varios centros españoles

Un equipo internacional de científicos, entre los que se encuentran investigadores del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza, el Hospital General de San Jorge en Huesca y

NOTICIAS RSEER

el Instituto Valenciano de Oncología, ha identificado dos variantes genéticas que pueden llegar a triplicar el riesgo de carcinoma basocelular de piel. Los resultados del estudio, que podrían abrir la vía al desarrollo de nuevas terapias contra la enfermedad, se publican en la edición digital de "Nature Genetics".

El carcinoma basocelular de piel es el tipo de cáncer más frecuente entre los individuos con ancestros europeos y puede provocar desfiguración, aunque es menos letal que otras formas de cáncer de piel. Es más frecuente en personas de edad avanzada aunque se dan algunos casos en jóvenes. Los factores de riesgo conocidos son la piel clara, que se quema fácilmente con la exposición al sol, y la exposición solar acumulada a lo largo de la vida.

Según explicó a Europa Press José Ignacio Mayordomo, del Servicio de Oncología Médica del hospital zaragozano, "el carcinoma basocelular de piel es el tipo de cáncer más frecuente en la población española. El hecho de que la extirpación completa sea curativa en más del 90% de los casos no debe hacer olvidar que representa un importante problema sanitario".

Los investigadores han comparado la frecuencia de múltiples polimorfismos en individuos sanos y en individuos con otro tumor maligno cutáneo, el melanoma, y con carcinoma basocelular de piel.

El trabajo ha permitido identificar dos polimorfismos, localizados en el cromosoma 1 (uno en el brazo p y otro en el brazo q) que son mucho más frecuentes en individuos afectados por carcinoma basocelular que en sanos o en aquellos con melanoma.

Según los resultados, los individuos que portan ambos polimorfismos presentan un riesgo triplicado de desarrollar carcinoma basocelular al del resto de la población. El riesgo asociado a estos polimorfismos es además independiente de la sensibilidad a quemaduras solares. La participación de los investigadores españoles en el trabajo ha permitido verificar que los resultados descritos son aplicables a la población española.

"Más allá de identificar a individuos susceptibles de desarrollar este tumor, los presentes resultados representan una aportación para identificar genes implicados en fases precoces de la génesis de este tumor, que podrían a largo plazo ser útiles para desarrollar nuevos tratamientos", añade el Dr. Mayordomo.

Nature Genetics 2008;doi:10.1038/ng.234

La Unidad de Genética, Reproducción y Medicina Fetal del Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla ha albergado el nacimiento del primer niño libre de una enfermedad hereditaria y compatible con su hermano de 6 años, que tiene la grave enfermedad congénita, lo que le convierte en el donante idóneo para posibilitar su curación mediante trasplante de células de cordón umbilical, según informó la Consejería de Salud a través de un comunicado.

Los padres de los dos niños, naturales de Cádiz, optaron por el diagnóstico genético preimplantatorio, que ofrece Andalucía dentro de su cartera pública de servicios, y que les ha permitido que el niño nazca libre de la enfermedad hereditaria, y que además sea absolutamente compatible con su hermano puesto que tiene idéntico perfil de histocompatibilidad.

Según la Consejería andaluza, se trata del primer procedimiento de estas características realizado íntegramente en España. La aprobación en 2006 de la Ley de Reproducción Humana Asistida abrió paso a esta nueva opción terapéutica y "Andalucía vuelve, por tanto, a protagonizar un hito en la sanidad española después de que la comunidad fuera la primera en recoger el diagnóstico genético preimplantatorio como un derecho incluido en la cartera de servicios de la sanidad pública", señala el comunicado.

14.- Nacido para ser donante de su hermano enfermo

Fuente: agencias · 14 Octubre 2008

Según la Consejería de Salud de Andalucía, se trata del primer procedimiento de sus características realizado íntegramente en España.

ACTOS CIENTÍFICOS

Congresos

1.- VII Simposium Internacional de Diagnósticos de Enfermería

Barcelona del 23 al 24 de octubre de 2008
Información: secretaría técnica: Sra. M^a Elena Mac-Swiney.
Edificio Lluçanés. C/ Lluçanés, 41. 08022 Barcelona.
Tel.: 93 290 23 99
Fax: 34 93 290 23 98
E-mail: VIIsimposiumAENTDE@salle.url.edu
Web: http://www.salle.url.edu/VII_SimposiumAENTDE/

2.- XXVII Congreso Nacional de Cirugía. I Congreso Nacional de Enfermería en Cirugía

Madrid. del 3 al 6 de noviembre de 2008
Información: secretaría técnica: Grupo Pacífico.
C/ General Perón, 8- 6^o A y B. 28020 Madrid.
Tel.: 91 383 60 00
Fax: 91 302 39 26
E-mail: cncirurgia2008@pacifico-meetings.com
Web: <http://www.pacifico-meetings.com>

3.- XXVI Congreso Nacional y IX Encuentro de Enfermería de la Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica

Bilbao del 5 al 8 de noviembre de 2008
Información: secretaría científica:
Apartado de Correos 7025. 08080 Barcelona.
Tel.: 93 394 53 69
Fax: 93 332 95 60
E-mail: seaic@seaic.es
Web: <http://www.seaic.org>

4.- VII Simposium Nacional de Úlceras por Presión y Heridas Crónicas

Tarragona del 12 al 14 de noviembre de 2008
Información: Secretaría técnica: Bocemtium Congress.
Vía Augusta, 59, 4^a planta, despacho 410.
08006 Barcelona.
Tel.: 93 720 91 89
Fax: 93 720 92 40
E-mail: gneaupp2008@bocemtium.com
Web: www.bocemtium.com/gneaupp2008

5.- XXX CONGRESO MUNDIAL DE MEDICINA DEL DEPORTE

-Barcelona, 18-23 de noviembre de 2008.
-Organiza: Federación Española de Medicina del Deporte, FEMEDE, <http://www.femede.es/>
-Federación Internacional de Medicina del deporte, FIMS, <http://www.fims.org/>

+Información: http://www.femede.es/documentos/programa_barna_03-10-07_castellano.pdf

6.- V Reunión internacional sobre enfermería basada en la evidencia

Granada 20 y 21 de noviembre de 2008
Plazo límite para envío de comunicaciones: 15 de julio
Plazas: 250
E-mail: secretaria@ciberindex.com

7.- V Congreso Hispano Luso de Enfermería. X Congreso Extremeño de Enfermería

Plasencia del 26 al 28 de noviembre de 2008
Información: secretaría técnica: Silvia Rubio Díaz
Tel.: 927 42 70 00
E-mail: sirudi@unex.es
Web: <http://www.unex.es/eweb/congresohispanoluso>

8.- X Congreso Nacional y V Internacional de Historia de la Enfermería

Almería del 27 al 29 de noviembre de 2008
Información: secretaría técnica: Secretaría del Congreso.
Esther Carmona Samper. Universidad de Almería. Dpto. de Enfermería y Fisioterapia
Fax: 950 01 56 03
E-mail: congreso@historiadelaenfermeria.es
Web: www.historiadelaenfermeria.es

9.- VI Congreso de Formación Continuada de Enfermería

Organizado por: Hospital Donostia
Lugar de celebración: San Sebastián
Fecha de inicio: 27-11-2008
Fecha de finalización: 28-11-2008
Más información: Hospital Donostia,
Paseo del Dr Beriguistaín S/N
Web: <http://www.hospitaldonostia.org>
Teléfono: 943 007 359
Fax: 943 0007 363
E-mail: HDO.UCOMUNICACION@osakidetza.net

10.- Jornada Nacional de Enfermería en Cirugía Robótica: "Innovación y tecnología en enfermería"

Organizado por: Dirección de Enfermería del Hospital Clínico de San Carlos
Lugar de celebración: Madrid
Fecha de inicio: 17-12-2008
Fecha de finalización: 17-12-2008
Más información: Dirección de Enfermería Hospital Clínico de San Carlos Atención especializada de Área 7

ACTOS CIENTÍFICOS

Profesor Martín Lagos, S/N 28040 MADRID
Web: <http://www.hcsc.es>
Teléfono: 913 303 245
E-mail: direnf.hcsc@salud.madrid.org

Premios

1.- XIII Edición del Certamen de Relatos Breves "San Juan de Dios" 2008

hasta el día 3 de noviembre de 2008
Dirigidos a: profesionales y estudiantes de Enfermería y Fisioterapia.
Premios: Primer Premio de 2.100 y un Segundo Premio de 750; Especial estudiantes: 350.
Enviar relatos a: "Para el Certamen de Relatos Breves".
Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia San Juan de Dios. C/ Serrano, 199. 28016 Madrid.
Tel.: 91 564 18 68
Web: www.upcomillas.es

2.- XXIX Certamen de enfermería San Juan de Dios

Ciempozuelos (Madrid) hasta el 23 de enero de 2009
Dotación: 9.000 y 3.000 euros para el primer y segundo premio, respectivamente
Información:

- Se podrá participar en dos modalidades: trabajo de investigación y proyecto de investigación
- Podrán participar aquellos profesionales de enfermería que individualmente o en equipo se consideren en disposición de investigar cualquier área de enfermería en los países del ámbito de esta convocatoria
- Todos los trabajos o proyectos deberán ser inéditos y escritos en lengua castellana o portuguesa
- El fallo del jurado será irrevocable y tendrá lugar en Madrid quince días antes de la entrega de los premios
- Los premios podrán ser declarados desiertos por el jurado

La dirección de envío de originales queda fijada, para los trabajos realizados en España, en la Escuela de Enfermería y Fisioterapia San Juan de Dios. Avda. San Juan de Dios, 1. 28350 Ciempozuelos (Madrid)
Tel.: 91 893 37 69
E-mail: sjuandedios@euef.upco.es

3.- III Premio Nacional de Fotografía del Colegio de Enfermería de Jaén

Organizado por: Colegio de Enfermería de Jaén
Fecha de inicio: 03-10-2008
Fecha de finalización: 30-12-2008
Plazo de entrega: 30-12-2008

Dotación: 1er premio: 500 euros 2º premio: 250 euros
Más información: Colegio de Enfermería de Jaén, C/ García Rebull, 42, 1º D y bajo, 23006 Jaén
Web: <http://www.enfermeriajaen.com/>
Teléfono: 953 295 960 Fax: 953 295 961
E-mail: wmjaen@enfermundi.com

4.- XV Certamen de Investigación en Enfermería Ciudad De Huelva

Organizado por: Colegio de Enfermería de Huelva
Fecha de inicio: 10-10-2008
Fecha de finalización: 22-12-2008
Plazo de entrega: 22-12-2008
Dotación: 1er premio:1.200 euros y trofeo
Accésit: :30 euros y trofeo
Más información: Colegio de Enfermería de Huelva, C/ Berdigón, nº 33, 1º izq, 21003 Huelva
Web: <http://www.ocenf.org/huelva>
Teléfono: 959 540 904 Fax: 959 256 270
E-mail: coleg21@enfermundi.com

5.- Premio Nacional de Investigación en Enfermería Marqués de Valdecilla

Organizado por: Hospital de Valdecilla
Lugar de celebración: Santander
Fecha de inicio: 24-10-2008
Fecha de finalización: 12-12-2008
Plazo de entrega: 24-10-2008
Dotación:Primer premio: 4.500euros Accésit: 1.500euros
Más información: Hospital Universitario "Marqués de Valdecilla" Unidad de Investigación y Calidad. Premio de Investigación en Enfermería. Pabellón 16-Planta Baja Avda. Valdecilla s/n. 39008 Santander, Cantabria.
Web:http://www.humv.es:80/index.php?option=com_content&task=view&id=443&Itemid=2
Teléfono: 942 20 35 17
E-mail: denjcm@humv.com

6.- VII Edición Premio NUK

Organizado por: NUK Formación de Roche Diagnostics S.L. y Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME)
Fecha de inicio: 28-01-2009
Fecha de finalización: 28-02-2009
Plazo de entrega: 28-02-2009
Dotación: 14.000 euros (varios premios)
Más información: Roche Diagnostics, S.L. NUK Formación Av. Generalitat, s/n 08174 Sant Cugat del Vallès (Barcelona)
Web: <http://www.federacion-matronas.org>
Teléfono: 93 583 40 00

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/nhpc/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: jcordero@enfermeriaradiologica.org

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

Sociedad Española de Enfermería Radiológica
Redactor Jefe de la Revista de la SEER
C/ 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.

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

2. Clases de miembros

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

(Rellenar solamente en caso de Miembros Asociados y Agregados)

Avalado por:

.....
Nombre y Apellidos

Firma:

.....
Nombre y Apellidos

Firma: