

REVISTA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA RADIOLÓGICA

RSEER

Órgano Oficial de la Sociedad Española de
Enfermería Radiológica

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

Dirigida a:

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

Correspondencia Científica:

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

Periodicidad:

Cuatrimestral

Suscripciones:

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

Tarifa de suscripción anual:

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

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

Revista indexada en base de datos:

CUIDEN www.index-f.com

Disponible en Internet:

www.enfermeriaradiologica.org

Junta directiva de la SEER

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

Vocales Asociaciones Autonómicas:

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

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



**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 E-mail: servioff@gmail.com



ARBU DISEÑO GRÁFICO

Diseño y comunicación visual

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

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

SUMARIO

REVISTA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA RADIOLÓGICA

Rev. Soc. Esp. Enf. Radiol., 2010; nº3

99	Editorial
100	XV Congreso nacional de la Sociedad Española de Enfermería Radiológica
101	Artículos originales Diseño e implantación de la cartilla infantil de radiaciones ionizantes con fines diagnósticos. <i>Reinado Prado, M. et al.</i>
105	Artículos originales Prevención de la infección nosocomial en el departamento de diagnóstico por la imagen. <i>Montserrat Díaz Membrives.</i>
108	Imágenes de interés Megaesófago en achalasia. <i>Pérez-García. Esteban.</i>
110	Artículos originales Valoración de la captación intestinal en los estudios PET-TAC con 18F-fluordesoxiglucosa de cuerpo entero en pacientes oncológicos diabéticos tratados con antidiabéticos orales. <i>Ignacio Liarte Trías et al.</i>
114	Artículos originales Cardiorresonancia con estrés farmacológico. <i>Emilio Castillo Folch et al.</i>
120	Noticias RSEER
132	Bolsa de trabajo
134	Actos científicos
136	Enlaces Internet
138	Información para los autores
139	Solicitud de ingreso

COMITÉ EDITORIAL

REVISTA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA RADIOLÓGICA

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

Redactor Jefe:

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

Coordinador Editorial de la revista:

Ignacio Liarte Trias
Hospital de Bellvitge. Barcelona.

Comité Asesor:

D. Jaume Roca i Sarsanedas

Presidente de la SEER.
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

D. Joan Pons i Camprubí

Vicepresidente de la SEER.

Dña. Inma Montero Monteroso

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Dña. Gema López-Menchero Mínguez

Hospital Provincial Nuestra Señora de Gracia. Zaragoza.

D. Luis Garnes Fajardo

Hospital de Castellón.

D. Gonzalo Maceira Galarza

Hospital Meixoeiro. Vigo.

Comité Editorial:

D. José Manuel Sánchez Pérez

Hospital Povisa. Vigo.

D. Jorge Casaña Mohedo.

ERESA. Valencia.

Dña. M^a Angeles Betelu Oronoz

Clínica Universitaria de Navarra.

D. Angel Benedit Gómez

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Dña. Carmen María Bento Rodríguez

Hospital Meixoeiro. Vigo.

Dña. Mabel Garzón Mondéjar.

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

Dña. Isabel Martín Bravo

Hospital Meixoeiro. Vigo.

D. Roberto Díaz Meyer

Hospital de Sant Pau. Barcelona.

D. José Antonio López Calahorra

Hospital Miguel Servet. Zaragoza.



SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA
RADIOLÓGICA

Estamos a punto de finalizar este año y, como es norma, ya tenéis el último número de la revista. Ha sido un año difícil para todos por la crisis que nos azota. Pero desde la SEER queremos seguir adelante seguros de que es la única forma de subsistir y salir adelante.

Como ya sabéis de números anteriores y por la publicidad que se os ha ido enviando, el pasado mes de noviembre comenzó la 1ª edición del Master de Enfermería Radiológica. Esta ha sido una apuesta fuerte y decidida por parte de la SEER porque creemos firmemente que nos va a dar una mayor autonomía en el desarrollo de nuestro trabajo habitual junto con un mayor reconocimiento social. Como ya sabéis, se trata de una formación totalmente "on-line", con 30 créditos ECTS y según nos comentó en el número pasado el director del Master, Jaume Roca, "precisa de unos conocimientos teóricos base para desarrollarse como un excelente profesional y mejorar en la práctica diaria con la ayuda de los compañeros mas expertos". Tengo que deciros que ha sido un éxito de participación, con 40 matriculaciones y, desgraciadamente aunque contentos a la vez, con lista de espera para la siguiente edición. Esto da que decir de la importancia del master. Tenéis toda la información al respecto en nuestra web.

Pero por supuesto, no perdemos la esencia en la organización de eventos científicos. Recientemente se celebró la VI Jornada de Formación Continuada de la SEER, que iba dirigida a los Cuidados de Enfermería en el diagnóstico y tratamiento del paciente afecto de cáncer colo-rectal. Vigo fue la ciudad elegida para esta ocasión y gracias a los compañeros de la Sociedad Gallega de Enfermería Radiológica, nuevamente fue una jornada exitosa y de gran nivel científico.

Y, como no, los compañeros de la Sociedad Valenciana están inmersos en la organización del XV Congreso Nacional, el cual se celebrará en la ciudad de Castellón los días 1,2 y 3 de junio de 2011. En las páginas interiores tenéis una carta del presidente del comité organizador invitándoos a que participéis activamente en el mismo con vuestros trabajos para, una vez más, conseguir tanto un alto nivel de participación así como alto nivel científico.

No quiero acabar esta sección, y dada la proximidad de las fiestas navideñas, para deseáros, en nombre de toda la Junta Directiva, que tengáis una Feliz Navidad y un próspero año 2011.

Jose A. Cordero Ramajo
Redactor Jefe de la RSEER

XV CONGRESO NACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA RADIOLÓGICA

Estimados/as compañeros/as

A la Asociación Valenciana de Enfermería Radiológica le ha correspondido la organización del XV Congreso Nacional de la Sociedad Española de Enfermería Radiológica. Para nosotros es un gran reto, que lo asumimos con la mayor predisposición e interés, para que sea todo un éxito de la gran familia que formamos la Enfermería Radiológica.

“Abriendo puertas a la investigación” es el lema de este XV Congreso, que se celebrará en Castellón los días 1,2 y 3 de junio de 2011.

En el apartado científico, os animamos a participar con vuestros trabajos, donde no sólo podréis exponer experiencias profesionales, sino la capacidad que la Enfermería Radiológica en Medicina Nuclear, Radiodiagnóstico y Radioterapia tiene en el campo de la investigación Enfermera.

Con este primer objetivo, impulsar la investigación, el Comité Científico intentará coordinar vuestros trabajos, os informará de propuestas presentadas y os hará partícipes de aquellas demandas que nuestros compañeros nos hagan llegar y resulten de interés para todos.

Consultando la página web del Congreso: www.castellon2011.enfermeriaradiologica.org podéis obtener toda la información acerca del mismo; no obstante los comités, tanto el Científico como el Organizador, estarán abiertos a cualquier consulta o sugerencia.

Por otra parte, queremos lograr que estéis entre nosotros y en vuestro Congreso, cómodos, os sintáis bien acogidos y que este acto científico sirva también para algo tan importante como es la relación entre compañeros. Para todo ello, trataremos que el aspecto socio-lúdico sea de vuestro agrado y nos permita en buen ambiente, disfrutar de estos días de Congreso.

Castellón es una ciudad abierta al mar. Una ciudad tolerante, solidaria y acogedora, con grandes tradiciones y riqueza cultural, turística y gastronómica. Pasear por ella es una agradable experiencia, siempre encontrarás algo que te sorprenderá gratamente: bellos edificios modernistas, museos al aire libre de pinturas y esculturas, comercios de corte actual, parques umbrosos, monumentos góticos y renacentistas.

Puesto que lo más importante para nosotros es contar con vuestra presencia, quedamos citados en Castellón para Junio de 2011.

Luis Garnes Fajardo
Presidente del Comité Organizador

ARTÍCULOS ORIGINALES

Diseño e implantación de la cartilla infantil de radiaciones ionizantes con fines diagnósticos.

Reinado Prado, M*; Vázquez Martínez, R*; López Rodríguez de Medina, MI**

* UGC Diagnóstico por la imagen, Hospital de Jerez ** Distrito AP Jerez-Costa Noroeste

mercedes.reinado.sspa@juntadeandalucia.es mercedesreinado@wanadoo.es

Recibido: 05/06/2010

Aceptado: 07/07/2010

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

Resumen

Introducción: Las radiaciones ionizantes han supuesto un gran adelanto al diagnóstico a pesar de los efectos nocivos para la salud por lo que, tanto la Administración Sanitaria como los profesionales, deben velar por la salud de sus usuarios.

Objetivos: Crear un registro de radiaciones para la población infantil y dotar al mayor número de pacientes de este documento, concienciando a la población del uso racional de las radiaciones y controlar las dosis recibidas.

Material y Métodos: Revisión bibliográfica de publicaciones nacionales y Programas infantiles, no encontrando ningún programa activo en este sentido, se decidió crear el documento que acompañe al niño desde su nacimiento y que recoja los datos relativos a pruebas y dosis administradas, siendo implantado en el segundo semestre de 2008.

Resultados: Creación de la "Cartilla Infantil de Exposición a Radiaciones Ionizantes con fines Diagnósticos". De la muestra de los estudios radiológicos realizados en 2008, 1.331, tienen el documento 1055 pacientes, acuden con ella el 75,88%, el 3,88% la han olvidado y el 20,74% que no la tienen se les da en ese momento registrando la radiación en el 96% del total de la muestra.

Conclusiones: El diseño ha sido bien acogido tanto por la familia como por los profesionales implicados. Los resultados de la implantación muestra el alto porcentaje de pacientes identificados con las radiaciones administradas. Habría que implementar el uso de la cartilla por los diferentes servicios clínicos que atienden a la población pediátrica, tanto en atención primaria como en especializada.

Palabras clave:
radiaciones, ionizantes, cartilla, infantil.

Summary

Introduction: Ionizing radiation is considered a major advance in the diagnosis despite the adverse health effects. For this reason both the National Health System as well as professional workers, must take care of its users' health.

Objectives: To create a record of radiation of the children population and provide the greatest number of patients with this document. To raise public awareness of the rational use of radiation. To control the number of radiation doses received.

Material and Methods: Review of national publications and children's programs. As there was not any programs available, it was decided to create a new document which would accompany the child from birth. Data on tests and administered doses would be recorded in this document, which was implemented in the second half of 2008.

Results: Creation of the "Child Record of ionizing radiation for diagnostic purposes". Of the sample from the studies performed in 2008, 1055 out of the total 1331 patients have the document, 75.88% use it, 3.88% have forgotten it and the 20.74% remaining who do not have it, are given it enabling the radiations in 96% of the sample group to be recorded.

Conclusions: The design has been welcomed by both the family and the professionals involved. The results of the implementation of this document demonstrate the high percentage of patients which identified with the radiation administered.

The use of this "Child Record" should be implemented by the different clinical services who attend the paediatric population in both primary and specialized care.

Keywords:
radiation, ionizing, children record, children.

Introducción

La utilización de las radiaciones ionizantes (Radiografías, Tomografías, etc.) ha supuesto un gran adelanto en la ayuda al diagnóstico, sin embargo este método ya desde su descubrimiento en 1850 demostró tener efectos nocivos para la salud, que en caso de no ser controlados podrían llegar a ser graves⁽¹⁾. Es obligación de una buena política sanitaria el cuidado y protección de las personas desde los primeros años de vida, así como un objetivo enfermero velar por la seguridad de las personas en general y específicamente como usuarios en nuestro ámbito laboral⁽²⁾.

Objetivos generales

- Crear un registro de las exposiciones a radiaciones con fines diagnósticos que acompañe al niño de 0 a 14 años.
- Dotar a toda la población diana de dicho documento.
- Implantar dicho documento cubriendo el mayor número de niños de la población perteneciente a nuestra Área Sanitaria

Objetivos específicos

- Controlar la dosis de radiaciones Ionizantes a las que se exponen los pacientes.
- Racionalizar el número de pruebas de este tipo a los que son sometidos estos niños.
- Crear las herramientas necesarias para poder establecer en el futuro un plan de prevención para paliar los efectos negativos por excesos de radiaciones.
- Concienciar a la población de que el uso de exploraciones con radiaciones ionizantes deben ser suficientemente justificadas, por los efectos adversos que conllevan

Material y métodos

Revisión bibliográfica de Publicaciones nacionales y Programas infantiles, tanto de Centros de nuestra comunidad como de otras CCAA⁽³⁾⁽⁴⁾⁽⁵⁾.

Algunas CCAA habían desarrollado algunos registros aunque no habían sido puestos en práctica o habían fracasado, ya que en toda la revisión no encontramos datos objetivos que pudiéramos analizar y comparar con nuestros resultados, por lo que se decidió crear el documento que acompañe al niño desde su nacimiento y que en un futuro podría estar incluido en la cartilla infantil que se entrega a todos los niños nacidos en nuestra Comunidad autónoma y que recoja los datos relativos a:

- Facultativo que solicita la prueba.
- Exploración solicitada.
- Fecha de realización de la prueba.

- Servicio de radiología (Centralizados, externos, concertados, etc.)

- Dosis de radiación en cada estudio.

Los dos primeros registros son cumplimentados por el médico solicitante ya sean Pediatras de Atención Primaria, Facultativos Especialistas de Área: Pediatras, Traumatólogos o Médicos del Servicio de Urgencias Pediátricas Hospitalaria. El resto es cumplimentado en el Servicio de Radiología.

Plan de elaboración e implantación

- Elaboración del documento.

- Aprobación por la Comisión de Ética el 31 de diciembre de 2007.

- Difusión del documento por los diferentes servicios clínicos que atienden a la población pediátrica, tanto en atención primaria como en especializada, en el primer semestre del 2008.

- Implantación en la práctica diaria de la UCG de diagnóstico por la imagen del documento a partir del segundo semestre de 2008

Resultados

Creación de la "Cartilla Infantil de Exposición a Radiaciones Ionizantes con fines Diagnósticos" en formato Tríptico, y de tamaño menor a la cartilla infantil de la CCAA de Andalucía, con objeto de que quede incluida dentro de esta y con papel adhesivo por ambas caras para evitar la pérdida u olvido por parte de los padres. Lo ideal es que quedara incluida en un futuro en la actual Cartilla Sanitaria.

Además de los datos de los estudios radiológicos se incluyen los datos de filiación del niño, nombre y dirección, así como consejos para los padres observando los beneficios y daños de las radiaciones haciendo especial énfasis en la importancia de evitar riesgos debidos a radiaciones innecesarias.

Para observar los resultados de la implantación tomamos una muestra de los estudios radiológicos realizados en 2008, dicha muestra se decidió de manera aleatoria del 1 al 31 de diciembre de 2008.

Para dicho periodo fueron 1.331 los estudios realizados. De los 1055 pacientes que poseen la cartilla, acuden con ella 1010 lo que supone el 75,88%, 45 (el 3,88%) la han olvidado y de los 276 (el 20,74%) que no la tienen se les da en ese momento (tabla 1) registrando la radiación del estudio realizado por lo que el porcentaje de registros supera el 96% (1286-96,61%) del total de la muestra.

Para los pacientes que no tienen la cartilla estudiamos donde debían haber sido entregadas con objeto de implementar el uso y distribución del documento (gráfi-

co 1). El origen de aquellos pacientes que teniendo el documento no la aportaban provenían del Servicio de Neonatales (niños aún ingresados) o de los domicilios de los pacientes, siendo en este último caso tan sólo 8 pacientes (0,75% del total de cartillas entregadas) (Gráfico 2).

Pacientes sin cartilla: 276 (20.74%)

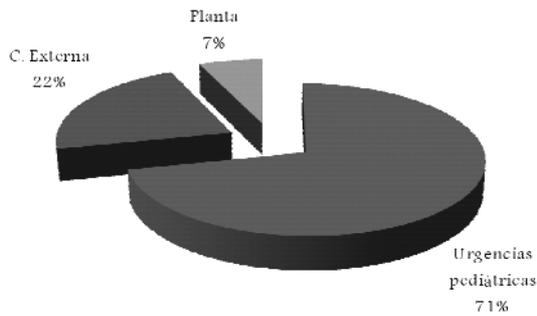


Gráfico 1.

Pacientes con cartilla que no aportan: 45 (3,38%)

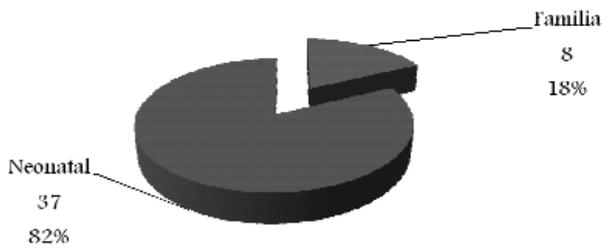


Gráfico 2.

Estudios realizados: 1331: (del 1 al 31/12/2008)		
	n	%
Tienen cartilla	1055	79,26
No la tienen	276	20,74

Tabla 1.

Conclusiones

El diseño ha sido bien acogido tanto por la familia como por los profesionales implicados. Los resultados de la implantación muestra el alto porcentaje de pacientes identificados con las radiaciones administradas. Habría que implementar el uso de la cartilla por los dife-

rentes servicios clínicos que atienden a la población pediátrica, tanto en atención primaria como en especializada

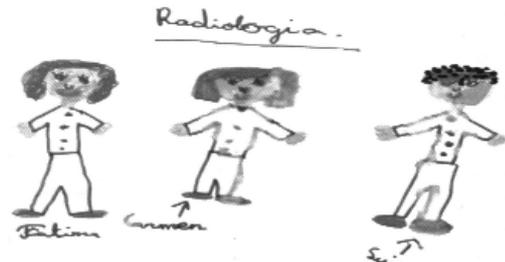
CONSEJOS PARA LOS PADRES

El acúmulo de radiaciones en el organismo tiene efectos nocivos para la salud, que en caso de no ser controladas podrían llegar a ser un factor de riesgo importante en la aparición de algún tipo de cáncer. Los niños, debido a la etapa de crecimiento y desarrollo, son más sensibles a estas radiaciones.

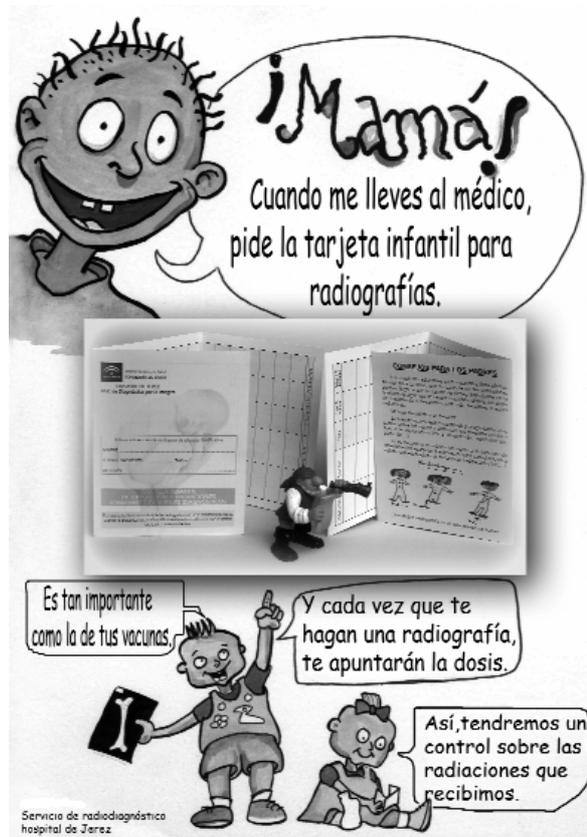
Un buen diagnóstico se basa en:

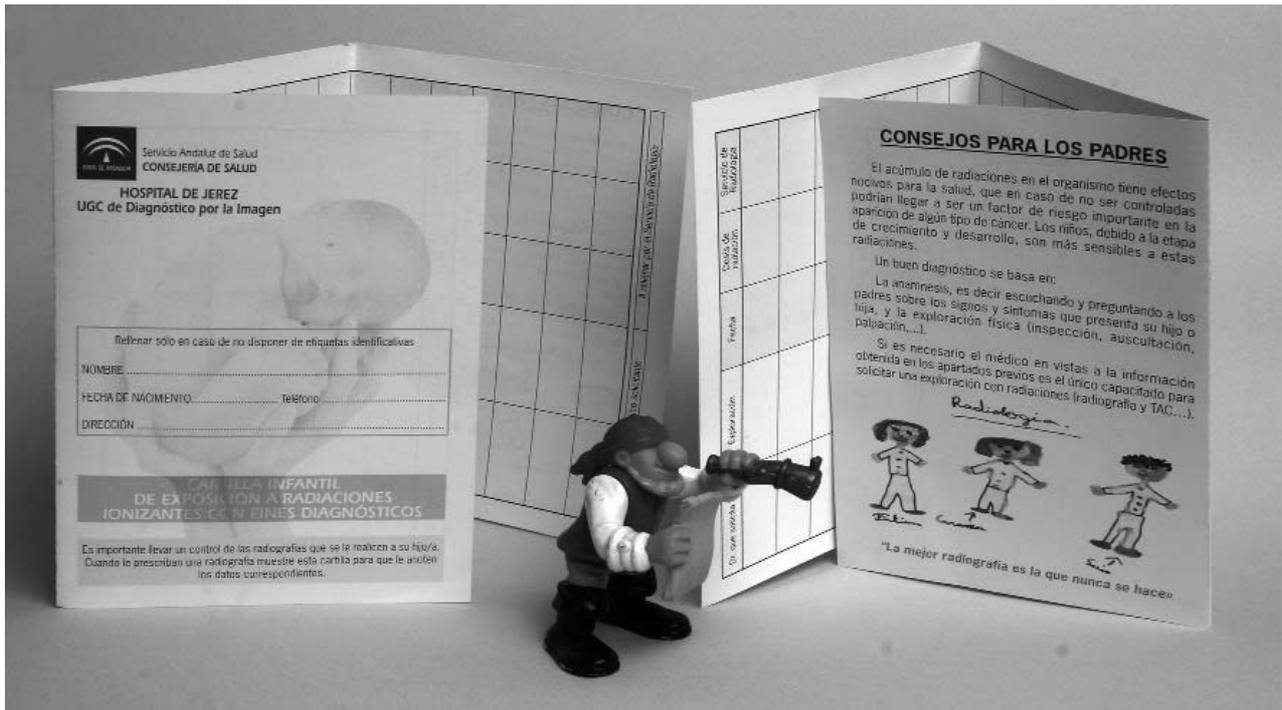
La anamnesis, es decir escuchando y preguntando a los padres sobre los signos y síntomas que presenta su hijo o hija, y la exploración física (inspección, auscultación, palpación,...).

Si es necesario el médico en vistas a la información obtenida en los apartados previos es el único capacitado para solicitar una exploración con radiaciones (radiografía y TAC...).



"La mejor radiografía es la que nunca se hace"





Bibliografía

- (1) La mano de Berta. Otra historia de la radiología. Francisco Gálvez Galán IM&C 1.995
- (2) NTP 304 Radiaciones ionizantes (Ministerio de trabajo y asuntos sociales).
- (3) Programa de salud infantil Consejería de Salud Gobierno de Canarias.
- (4) Programa de salud infantil. Consejería de salud Comunidad Autónoma de Extremadura.
- (5) Programa de salud infantil. Consejería de Salud. Comunidad Valenciana.

ARTÍCULOS ORIGINALES

Prevención de la infección nosocomial en el departamento de diagnóstico por la imagen.

Montserrat Díaz Membrives. *Enfermera. Institut de Diagnòstic per la Imatge. Unidad de Resonancia Magnética. Hospital Germans Trias y Pujol.*

Jordi Galimany Masclans. *Enfermero. Profesor de la E. U. E. de la Universitat de Barcelona. Departament d'Infermeria de Salut Pública, Salut Mental i Materno-Infantil.*

Ingrid Blanca Yela. *Enfermera. Técnico Especialista en Radiodiagnóstico. Unidad de Radiología Hospital Sant Pau.*

Recibido: 19/05/2010
Aceptado: 20/07/2010

Resumen

Las infecciones nosocomiales complican el estado de salud del paciente y inciden en el incremento del gasto sanitario. En la actualidad, los estudios de diagnóstico por la imagen forman parte relevante del proceso asistencial y juegan un papel importante a la hora de controlar los índices de infección puesto que la mayoría de los pacientes requerirán de este tipo de intervenciones. El trabajo coordinado entre enfermería de hospitalización y de diagnóstico por la imagen contribuye a reducir la prevalencia de la infección nosocomial. Para ello es imprescindible el acceso de estos profesionales a actividades formativas que les permitirán identificar los factores predisponentes, reforzar las conductas preventivas e incidir, de manera directa, en el control de la infección mejorando la calidad del proceso asistencial.

Palabras clave:

Enfermería, prevención, infección nosocomial, diagnóstico por la imagen y formación.

Summary

Nosocomial infections complicate the patient's health and affect the increase of health expenditure. Currently, imaging studies are an outstanding part in the care process and they play an important role in controlling infection rates because most patients are going to require this type of intervention. The coordinated work between ward nurses and imaging nurses helps to reduce the prevalence of nosocomial infection. To achieve this it is essential that these professionals have access to training activities that enable them to identify the predisposing factors, reinforce preventive behaviours that affect directly in the control of infection by improving care quality.

Keywords:

Nursing, prevention, nosocomial infection, diagnostic imaging & formation.

Introducción

Los pacientes, independientemente de su procedencia, situación asistencial, edad y patología, pueden requerir pruebas diagnósticas. Para reducir los índices de prevalencia de la infección nosocomial en los hospitales hay que considerar los Departamentos de Diagnóstico por la Imagen (DPI) como escenario en el que los pacientes reciben atención sanitaria y como parte del proceso asistencial. Prevenir la infección nosocomial (IN) en estas áreas asistenciales es básico para garantizar que la atención prestada, por parte del personal de enfermería en las unidades de hospitalización, tiene continuidad en los departamentos de DPI, asegurando de esta manera la atención integral del paciente^[1].

Esto pone de manifiesto la necesidad de mantener las precauciones estándar de control de la infección, tanto cuan-

do el paciente va a la unidad de radiología (ingresado o ambulatoriamente), como cuando la exploración se realiza con un equipo portátil.

Las infecciones nosocomiales tuvieron, en nuestro país, una prevalencia en el período entre 1990-2007 de 6,5-7,3%^[2]. Esto tiene una repercusión importante en la morbilidad, la estancia hospitalaria y en los costos económicos^[1, 3].

El objetivo del artículo es, por un lado, evidenciar la necesidad de mantener la continuidad del proceso de prevención de la infección en las unidades de diagnóstico maximizando la labor de la enfermera de hospitalización y, por otro, que los profesionales de los servicios de radiodiagnóstico puedan identificar los factores predisponentes y realizar las técnicas pertinentes para favorecer el control de las infecciones nosocomiales con el objetivo de disminuir su prevalencia.

Desarrollo

Las infecciones nosocomiales inciden negativamente en la evolución de los pacientes. El consumo de recursos sanitarios se incrementa de forma significativa aumentando el coste de la estancia hospitalaria y la morbilidad, aún más si las infecciones son resistentes a los antibióticos (MRSA, BLEAS, ...), que han aumentado de forma progresiva desde 1993 [3].

Según el Estudio de Prevalencia de las Infecciones Nosocomiales en los Hospitales Españoles (EPINE) se entiende por infección nosocomial la infección que aparece por primera vez durante la estancia hospitalaria del paciente y que no estaba en periodo de incubación ni se manifiesta en el momento de su ingreso. Se establece un período de tiempo de 72 horas tras el ingreso para descartar las infecciones en período de incubación [2, 4].

Algunos factores facilitan de forma decisiva la aparición de este tipo de infecciones. La elevada concentración de gérmenes, la continua aparición de microorganismos resistentes, la existencia de múltiples fuentes de infección, el aumento de la complejidad de las intervenciones, el incremento de la edad de los pacientes hospitalizados y algunos procedimientos hospitalarios como la colocación de vías venosas, sondas vesicales, marcapasos, cirugía de prótesis, tubos endotraqueales, han contribuido a ello [4].

Las vías de transmisión más importantes de microorganismos son las manos y las gotitas que se expelen al hablar, toser o estornudar hasta una distancia de un metro. Los pacientes son importantes transmisores de gérmenes que pueden contaminar la ropa, los cubiertos, las mesas de exploraciones, ... que pueden pasar al propio personal sanitario o de limpieza y actuar como diseminadores de éstos. La forma más común de contraer una infección por contacto (MRSA, BLEAS, ...) es interactuando de forma directa o indirecta con individuos con esta infección o bien que son portadores asintomáticos [5, 6].

Estos factores se encuentran especialmente en unidades de cuidados intensivos, neonatos, quirófanos, reanimación y hemodiálisis, donde muchas veces el personal técnico o de enfermería que realiza los estudios diagnósticos queda, por tanto, excluido de las actividades formativas [7].

La infección nosocomial en las áreas de diagnóstico

La implementación de medidas preventivas para evitar las infecciones nosocomiales tiene una especial relevancia en áreas con elevada rotación de pacientes, como es el caso de los departamentos de DPI que se caracterizan por un uso intensivo de los equipos [8].

Cualquier paciente que permanezca en la mesa de exploraciones puede contaminarla si es portador de un microorganismo patógeno, y pasar esta infección al siguiente paciente. Además, en los equipos en los que el paciente permanece más tiempo en decúbito en la mesa de exploraciones,

aumenta el riesgo de contagio. Algunos artículos refieren incluso que los cojines donde suele permanecer el paciente en decúbito expulsan, bajo el peso de la persona, miles de gérmenes que permanecen en la superficie de éstos. Algunos expertos remarcan que el uso de cojines favorece la transmisión de infecciones en exploraciones pediátricas donde se utilizan para inmovilizar a los bebés y por ello se recomienda que estén forrados con material plástico de fácil limpieza entre paciente y paciente [6, 9].



Figura 1: Diferentes accesorios como cintas, cojines y espumas que se utilizan para proporcionar inmovilidad y sujeción en las exploraciones

Los materiales utilizados en la fabricación de los equipos a menudo no soportan ser limpiados con los productos indicados para su desinfección. El MRSA puede vivir hasta 11-12 días en las superficies [9-11].



Figura 2: Paciente neonato al que se ha inmovilizado para una exploración de RM, en este caso con sedación. Se pueden observar distintos mecanismos de inmovilización y sujeción de la cabeza.

Existen conductas diversas, desde cambiar exclusivamente la talla donde estará el paciente en decúbito, hasta limpiar todas las superficies y utillaje que se ha utilizado, que evidencian la necesidad de unificar los protocolos de trabajo, siendo de vital importancia actuar de forma coordinada para evitarlas.

Los inyectores de medios de contraste también son una fuente importante y directa de infecciones si no se realizan las manipulaciones siguiendo las medidas de asepsia pertinentes [12].

En los equipos de resonancia convencionales, la longitud del imán añadido al acceso restringido a la sala hacen que sea una zona difícil de limpiar [13].

En las resonancias portátiles en camiones a menudo no existe una fuente de agua para lavarse las manos y las medidas preventivas son menores.

En los equipos portátiles que se trasladan hasta las unidades de hospitalización o hasta la UCI, en los arcos de escopia de quirófano,... también hay elevado riesgo de contagio en cuanto a microorganismos patógenos si no se mantienen medidas estrictas de trabajo. En este sentido, se suele recomendar adoptar procedimientos preventivos que se ajusten a cada situación^[14-16].

Los teclados de los ordenadores y ratones son dispositivos al alcance de todo el personal que sin contacto directo con el paciente pueden transmitir infecciones. Los teclados y ratones convencionales son difíciles de desinfectar adecuadamente. Existen teclados y ratones que limitan la proliferación de los gérmenes en los espacios subyacentes y que se pueden lavar y desinfectar adecuadamente^[17].

Otro aspecto destacado en las áreas de diagnóstico, con restricciones en el acceso a las salas por motivos de radioprotección y seguridad, es que inducen temor y respeto al personal no familiarizado con dicho entorno. Esto dificulta el cumplimiento estricto de los protocolos de limpieza de las salas y del material de soporte^[9].

Algunos estudios ponen de manifiesto el riesgo que pueden conllevar relajar los controles como consecuencia de la presión de las listas de espera. La reducción de los tiempos de exploración al mínimo dificultan el cumplimiento estricto de los protocolos de limpieza de las salas de radiología y del material de soporte^[18].

Además, cierto desconocimiento junto con la historia de las enfermedades infecciosas han desembocado en la situación actual, con aumento inicial de la incidencia, control posterior gracias a los antibióticos y aparición de resistencias que han elevado los índices de infección^[4].

Un elemento limitador para estudiar la incidencia de las infecciones nosocomiales es la dificultad de demostrar que ésta se ha producido en el departamento de DPI, dada la elevada rotación de pacientes existente en estas unidades. Además del conocimiento de las técnicas y procedimientos específicos que se llevan a cabo en los departamentos de DPI, sus profesionales han de tener en cuenta las precauciones estándar como la higiene de manos y el uso de equipos de protección Individual como por ejemplo guantes, bata desechable, etc; cuando son necesarios^[5].

Medidas para prevenir la infección cruzada

- Política de prevención de infecciones por escrito que incluya los procedimientos de limpieza.
- Lavado de manos entre paciente y paciente.
- Limpiar de forma inmediata los fluidos corporales que se viertan y desinfectar las superficies contaminadas.
- Limpiar la mesa de exploraciones y todas las partes del equipo que estén en contacto con el paciente tras cada estudio.
- Limpiar cojines y soportes con desinfectante después de ser usados.

- Inspeccionar los cojines con lupas de aumento para detectar erosiones que indicarán que deben ser reemplazados.
- Usar almohadas con cobertura impermeable que faciliten su limpieza.
- El resto de elementos de la sala (cables, estanterías, luces, etc) deben ser limpiados periódicamente.
- Seguir de forma estricta el protocolo de limpieza después de realizar una exploración a un paciente con aislamiento por contacto^[6].

Conclusiones

Las unidades de diagnóstico por la imagen tienen peculiaridades que requieren adaptaciones para garantizar la calidad y los cuidados integrales en relación con la prevención de la infección nosocomial, en coordinación con el resto de unidades asistenciales.

El personal sanitario debe conocer todos los factores predisponentes de infección nosocomial para evitar ser un trasmisor de los microorganismos patógenos y evitar las complicaciones posteriores.

Se deben reforzar las conductas preventivas y incidir nuevamente en la formación del personal para disminuir la prevalencia de infecciones en las unidades de DPI, entendiendo que son una unidad más que presta asistencia sanitaria.

Bibliografía

1. Defez C, Fabbro-Peray P, Cazaban M, Boudemaghe T, Sotto A, Daires JP. Additional direct medical costs of nosocomial infections: An estimation from a cohort of patients in a french university hospital. *J Hosp Infect.* 2008 Feb;68(2):130-6.
2. Prevalencia de las infecciones en los hospitales españoles. Estudio EPINE [página en Internet]. 2009 16/10/2009. Disponible en: <http://www.google.es/search?hl=es&source=hp&q=epine&meta=&aq=f&oq=>
3. Sheng WH, Chie WC, Chen YC, Hung CC, Wang JT, Chang SC. Impact of nosocomial infections on medical costs, hospital stay, and outcome in hospitalized patients. *J Formos Med Assoc.* 2005 May;104(5):318-26.
4. Pumarola A. Epidemiología hospitalaria. En: Pumarola A, Rodríguez A, Gracia J, Piedrola G. *Microbiología y parasitología médica.* 10 ed. Barcelona: Masson-Salvat; 1992. p. 326-330.
5. Delaney LR, Gunderman RB. Hand hygiene. *Radiology.* 2008 Jan;246(1):15-9.
6. Rothschild P. Guidelines established for preventing MRSA infections in MRI scanning. *MedImaging;* 2008.
7. Levin PD, Shatz O, Sviri S, Moriah D, Or-Barbash A, Sprung CL, et al. Contamination of portable radiograph equipment with resistant bacteria in the ICU. *Chest.* 2009 Aug;136(2):426-32.
8. Reddy P, Liebovitz D, Chrisman H, Nemcek AA, Jr, Noskin GA. Infection control practices among interventional radiologists: Results of an online survey. *J Vasc Interv Radiol.* 2009 Aug;20(8):1070,1074.e5.
9. Rothschild P. Preventing infection in MRI: Best practices for infection control in and around MRI suites PART 2. Acceso 27-06-2009. Disponible en: <http://www.auntminnie.com/index.asp?sec=log&URL=%2Findex%2Easp%3Fsec%3Dsup%26Sub%3Ddmc%26P ag%3Ddis%26ItemId%3D81616>
10. Mirza WA, Imam SH, Kharal MS, Aslam M, Ali SA, Masroor I, et al. Cleaning methods for ultrasound probes. *J Coll Physicians Surg Pak.* 2008 May;18(5):286-9.
11. Rothschild P. Preventing infection in MRI: Best practices for infection control in and around MRI suites PART 1. Acceso 20-06-2008. Disponible en: <http://www.auntminnie.com/index.asp?sec=log&URL=%2Findex%2Easp%3Fsec%3Dsup%26Sub%3Ddmc%26P ag%3Ddis%26ItemId%3D81530>
12. Buerke B, Mellmann A, Stehling C, Wessling J, Heindel W, Juergens KU. Microbiologic contamination of automatic injectors at MDCT: Experimental and clinical investigations. *AJR Am J Roentgenol.* 2008 Dec;191(6):W283-7.
13. Scalton T, Hannan MR, Murray J. MRSA detection in the radiology department. *Ir J Med Sci.* 2005;174(4):1-10.
14. Fox M, Harvey J. An investigation of infection control for x-ray cassettes in a diagnostic imaging department. *Radiography.* 2008;14(4):306-311.
15. Lawson SR, Sauer R, Loritsch MB. Bacterial survival on radiographic cassettes. *Radiol Technol.* 2002 Jul-Aug;73(6):507-10.
16. US Department of health and Human Services (CDC). Guidelines for environmental infection control in health care facilities. Atlanta; 2003.
17. Hartmann B, Benson M, Junger A, Quinzio L, Rohrig R, Fengler B, et al. Computer keyboard and mouse as a reservoir of pathogens in an intensive care unit. *J Clin Monit Comput.* 2004 Feb;18(1):7-12.
18. Rothschild P. Preventing infection in MRI: Best practices for infection control in and around MRI suites PART 3. Acceso 03-07-2008. Disponible en: <http://www.auntminnie.com/index.asp?sec=log&URL=%2Findex%2Easp%3Fsec%3Dsup%26Sub%3Ddmc%26P ag%3Ddis%26ItemId%3D81666>

IMÁGENES DE INTERÉS

Megaesófago en achalasia.

Pérez-García Esteban.

Enfermero. Especialidad en Enfermería Médico-Quirúrgica. Operador de instalaciones de radiodiagnóstico. Máster en Metodología de Investigación en Ciencias de la Salud por la Universidad de Huelva.

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

estebanpegar@gmail.com

Recibido: 21/09/2010

Aceptado: 09/11/2010

La achalasia (o acalasia) se define como la falta de capacidad de relajación de las fibras del músculo liso del aparato digestivo, generalmente se reserva el término para los trastornos del esfínter esofágico o cardias.

El esófago acaba perdiendo su actividad peristáltica normal y se presentará un megaesófago.

La etiología real de la enfermedad no es bien conocida. Los signos clínicos que aparecen son disfagia, anemia, malnutrición, regurgitación, neumonías por aspiración y dolor retroesternal.

Por lo general basta con un esofagograma para demostrar la disminución del peristaltismo, la dilatación del esófago proximal y el estrechamiento del esófago en su parte inferior (en forma de punta de lápiz).

El tratamiento médico, a base de fármacos que relajen la musculatura lisa, no es suficiente para acabar con el problema y sólo aporta una solución temporal mientras se programa la cirugía (técnica de Heller). A veces se utiliza la dilatación con mecanismos neumáticos, llegando a obtener buenos resultados.

Se presentan las imágenes de una mujer de 53 años que acude a nuestra unidad remitida desde la consulta de neumología por presentar en una radiografía de tórax, como hallazgo casual, imagen paramediastínica en hemitórax derecho (Fig 1). Se indica TAC de tórax para descartar timoma.

En el estudio aparece como hallazgo casual un megaesófago que sugiere achalasia. Al ser interrogada la paciente no manifiesta ningún tipo de problemas digestivos ni haber sufrido ningún tipo de intervención quirúrgica.

En las imágenes puede observarse contenido alimenticio en el esófago (Fig. 2 a 5).

Bibliografía

- 1.- Joven Maried J, Villabona Artero C, Juliá Serdá G, González-Huix LLadó F. Diccionario de medicina. 3ª ed. Barcelona: Ed Marin S.A. 1987.
- 2.- Kee Wook J, Hwoon-Yong J, In Ja Y, Do Hoon K, Hye Won P, Jun-Won C, et al. Basl and residual lower esophageal pressures increase in old age in classic achalasia, but not vigorous achalasia. *Journal of Gastroenterology and Hepatology*. 2010; 25 (8): 1452-1455.
- 3.- Bravi I, Nicita T, Duca P, Grigolon A, Cantù P, Caparello C et al. A pneumatic dilation strategy in achalasia: prospective outcome and effects on esophageal motor function in the long term. *Alimentary pharmacology & therapeutics*. 2010; 31 (6): 658-665.
- 4.- Jin Hong S, Bhargava V, Jiang Y, Denboer D, Mittal R. A unique esophageal motor pattern that involves longitudinal muscles is responsible for emptying sin achalasia esophagus. *Gastroenterology*. 2010; 139 (1): 102-111.
- 5.- Eckardt AJ, Eckardt VF. Achalasia: Sharld pneumatic dilation be the primary treatment strategy?. *Nature reviews gastroenterology and hepatology*. 2010; 7: 188-190.



Figura 1.

IMÁGENES DE INTERÉS



Figura 2.



Figura 3.



Figura 4.

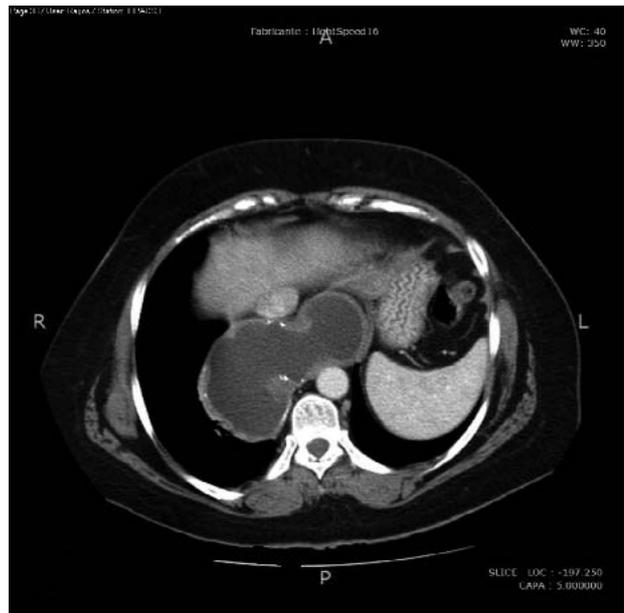


Figura 5.

ARTÍCULOS ORIGINALES

Valoración de la captación intestinal en los estudios PET-TAC con 18F-fluordesoxiglucosa de cuerpo entero en pacientes oncológicos diabéticos tratados con antidiabéticos orales.

Autores: Ignacio Liarte Trías, José A Cordero Ramajo, Cristina Gámez Cenzano, Paula Caresía Aróztegui, Inmaculada Ferrero Febrer, Mónica Albadalejo Castaño, Anna Canela Coll.
Unidad PET. Hospital Universitario de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona.

Recibido: 03/06/2010
Aceptado: 07/09/2010

Resumen

En la actualidad estamos observando, cuando realizamos estudios PET-CT con 18F-FDG a pacientes diabéticos en tratamiento con antidiabéticos orales (ADO), un aumento de la actividad metabólica intestinal difusa. Con este trabajo se pretende describir los casos que con estas características se han dado en nuestro servicio con la intención de ver si existe una relación directa entre el tratamiento de antidiabéticos orales y la captación detectada. Se trata de un estudio retrospectivo valorando visualmente todos los casos que cumplen los criterios de inclusión durante el año 2008. Se han consultado alrededor de 2500 pacientes tras la realización de la exploración PET-CT de cuerpo entero. De los resultados obtenidos se confirma que la captación intestinal es muy frecuente en pacientes diabéticos en tratamiento con ADOs.

Palabras clave:
PET, FDG, ADO, Enfermería.

Summary

Today we are seeing, when we perform PET-CT study with 18F-FDG in patients with diabetes treated with oral hypoglycemic agents (ADO), an increase of diffuse intestinal metabolic activity. This work aims to describe the cases with these characteristics have occurred in our department with the intention of seeing if there is a direct relationship between oral antidiabetic treatment and capture detection. This is a retrospective study evaluating visually all cases meeting the inclusion criteria in 2008. Have been consulted about 2500 patients after completion of PET-CT scanning of the entire body. The results obtained confirm that the intestinal uptake is very common in diabetic patients treated with OAD.

Keywords:
PET, FDG, OAD, Nursing.

Introducción:

En los estudios PET-TC con 18-Fluordesoxiglucosa (18F-FDG) de cuerpo entero realizados en pacientes oncológicos se ha descrito una mayor captación intestinal difusa en los pacientes diabéticos controlados con antidiabéticos orales (ADOs).

Objetivos:

El objetivo de este trabajo es describir la captación intestinal observada en los estudios realizados a pacientes diabéticos tratados con ADOs en nuestra unidad. Describiremos la técnica utilizada en nuestra unidad PET-TC para pacientes oncológicos y expondremos los cuidados de enfermería necesarios en los pacientes sometidos a la prueba PET-TAC desde el inicio hasta la finalización de la exploración.

Material y Métodos:

Se trata de un estudio retrospectivo, en el que se valora cualitativamente (visualmente) la captación intestinal, en los estudios PET-TC con FDG realizados en pacientes oncológicos diabéticos en el periodo comprendido entre el 1/1/2008 y el 31/7/2008.

Se realizaron 2501 exploraciones PET-TC, de las cuales 224 fueron a pacientes diabéticos (un 9% del total). De los mismos, 140 pacientes (un 62,5%) en tratamiento con antidiabéticos orales (ADOs) y 84 pacientes (un 37,5%) insulínodpendientes (en tratamiento con insulina).

De los 140 pacientes en tratamiento con ADOs, 99 eran hombres y 44 mujeres, con una media de edad de 66,7 años.

La captación intestinal difusa observada en cada

paciente fue valorada cualitativamente según la siguiente escala: 0 = captación nula, 1 = captación leve y 2 = captación intensa.

Preparación del paciente para la prueba PET-TC:

Se cita a los pacientes informándoles previamente de que deben guardar 6 horas de ayuno y deben tomar la medicación (ADOs). Si son citados a las 12:00, a las 6 de mañana deben tomar el ADO con algo de comida ligera y beber un litro de agua en la medida de lo posible antes de la prueba. Si se les cita a las 7 de mañana sólo se deben tomar los ADO a las 6 de mañana y beber el agua.

Se les recomendará evitar ejercicios físicos previos a la exploración para disminuir la captación muscular del trazador.

Si el paciente está ingresado, el día anterior, el enfermero llama a planta y comunica a la enfermera de planta las instrucciones para la correcta realización de la prueba. Se debe suspender sueros glucosados y glucosalinos, corticoides, informar del estado del paciente, (autónomo o no), el peso, la talla, si es portador de sondaje vesical, si lleva vía periférica, etc. Es importante saber los últimos valores de glicemia (identificamos si es un paciente normo-glicémico o no, identificación de la medicación que toma (que no lleve ningún componente de glucosa e.j. fentanilo oral transmucosa "chupachups"). Indicarle a la hora de la toma del ADO como hora de la realización de la prueba con una pequeña explicación de la misma en que consiste. Indicarle que con el paciente nos traiga las últimas pruebas diagnósticas o historia clínica relevante.

La recepción del paciente se realiza de forma habitual. En primer lugar les informamos de que tienen que permanecer en reposo en una habitación durante una hora, tumbados con la luz semiapagada (Imagen 1). En dicha habitación se le realizara una historia clínica en la cual constará si están operados, si han recibido quimioterapia, radioterapia u otro tipo de tratamiento (hormoterapia.....etc), antecedentes clínicos, medicación que toman habitual, peso, talla, posibles infecciones o traumatismos recientes, **última ingesta (verificando las 6 horas de ayuno y la hidratación oral)**. Todo ello lo anotaremos en la hoja de ruta (historia clínica) para verificar la correcta realización de la prueba (Imagen 2).

Todos los pacientes son sometidos a un control de glicemia (Imagen 3); los valores no pueden ser mayores de 150 mg/dl; en caso contrario no se les administraría la 18F-FDG y habría que reprogramar la exploración.

Se les canalizara una vía endovenosa periférica (Imagen 4), en la extremidad contra lateral a la zona de lesión, realizando lavado con suero fisiológico (5-10 ml) antes y después de la inyección de FDG, para asegurar la correcta administración. Asimismo se administrará suero fisiológico para conseguir una correcta hidratación del paciente y favorecer la eliminación del radio fármaco. A través de esta vía se le administra el radiofármaco, 2-fluor-2-desoxi-D-glucosa (FDG). La dosis administrada es según peso: 0.125 mCi/kg o dosis estándar de 10 mCi (370 MBq). En niños se aplicará un factor de corrección de la actividad administrada respecto al adulto estándar. Después de la hora de incorporación en la habitación con la luz semiapagada, se les explica que pasarán a la máquina que tiene forma de tubo, abierto por los dos lados. No sentirán dolor como consecuencia de la realización de la prueba y que estarán en contacto tanto de forma visual como por megafonía constantemente.

La posición del paciente es decúbito supino con los brazos hacia arriba en la medida de lo posible (Imagen 5). Se les colocara bajo las piernas un alza para evitar posibles tensiones abdominales y lumbares.



Imagen 1.



Imagen 2.



Imagen 3.



Imagen 4.



Imagen 5.

Adquisición de las imágenes.

Deberán permanecer lo más quietos posible y colaborar ante las instrucciones que reciban.

La respiración debe ser normal, suave sin realizar ninguna inspiración o expiración forzada.

Inicialmente se adquirirá un estudio TAC de muy baja radiación en forma de "scout view" o topograma que nos servirá en el centraje posterior de los campos de adquisición; las características de la misma serán de 120 kV y 10 mA. Seguidamente se adquirirá una exploración de TAC previa a la de PET con el objeto de practicar el mapa de atenuación y de referencia anatómica. Las características de la misma será de 140 kV y 80 mA en forma de TAC planar. El campo será el mismo que el que se empleará posteriormente para el estudio PET.

Campo de adquisición: Deberá incluir todas las regiones sospechosas y de más probabilidad de diseminación tumoral. A modo de orientación recomendamos realizar una exploración de cuerpo completo incluyendo desde conducto auditivo externo a tercio superior de fémur. Generalmente se realiza la adquisición de las imágenes mediante movimiento de la camilla a través del campo de detección, hasta completar la región a examinar. El campo de detección axial del tomógrafo PET mide 15 cm. Normalmente suelen ser necesarios 7 movimientos de la camilla (beds) para un cuerpo completo dependiendo de la altura del paciente, con una duración para cada movimiento de 2-4 minutos.

Resultados:

De los 140 pacientes en tratamiento con ADOs (99 hombres y 44 mujeres, con una media de edad de 66,7 años), la captación intestinal difusa observada en cada paciente fue valorada cualitativamente según la siguiente escala: 0 = captación nula, 1 = captación leve (Imagen 6) y 2 = captación intensa (Imagen 7 y 8).

Obteniendo los siguientes resultados

0= en 1 paciente (0,7%)

1= en 52 pacientes (37,1%)

2= en 87 pacientes (62,1%)

Conclusiones:

La actuación y presencia del personal de enfermería en un servicio PET-TC es necesario para dar cuidados de manera integral, a los pacientes sometidos a la prueba PET-TAC en la se les administra un radio fármaco por vía endovenosa periférica y control monitorizado de la glicemia.

La PET-TC es una técnica no invasiva, bien tolerada por los pacientes y relativamente rápida, con la que se obtiene buenos resultados.

En nuestro estudio se confirma que la captación intestinal difusa se ve acentuada en los pacientes diabéticos en tratamiento con ADOs.

Este hecho debe ser tenido en cuenta ya que podría enmascarar patología intestinal subyacente (falsos negativos) o bien ser interpretado de forma errónea como patológico (falsos positivos). En caso de dudosa valoración, puede ser de utilidad una adquisición tardía localizada.

También se ha planteado en caso de neoplasias intraabdominales la posibilidad de suspender el tratamiento con metformina antes de la exploración.

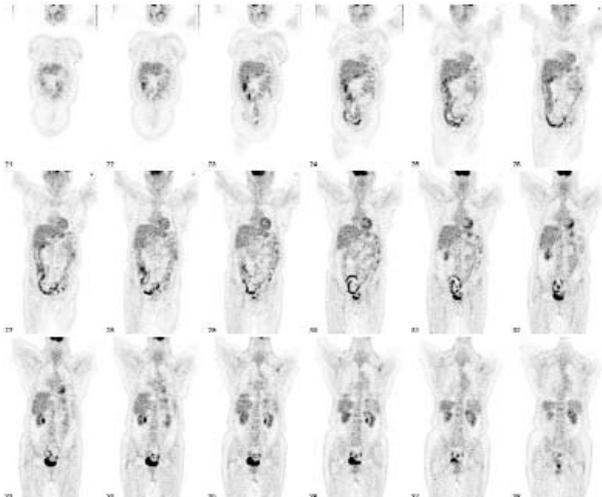


Imagen 6.

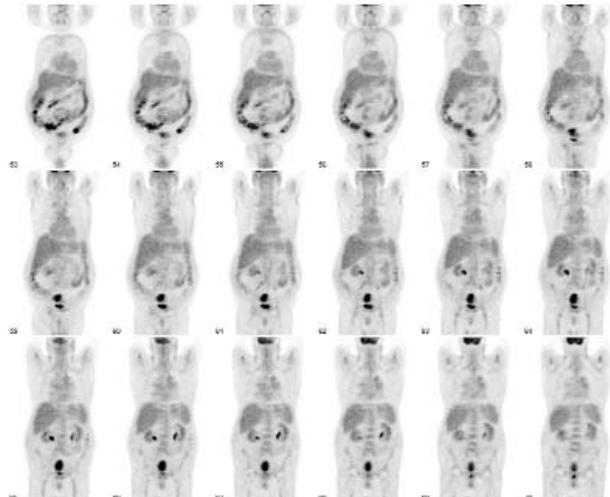


Imagen 7.

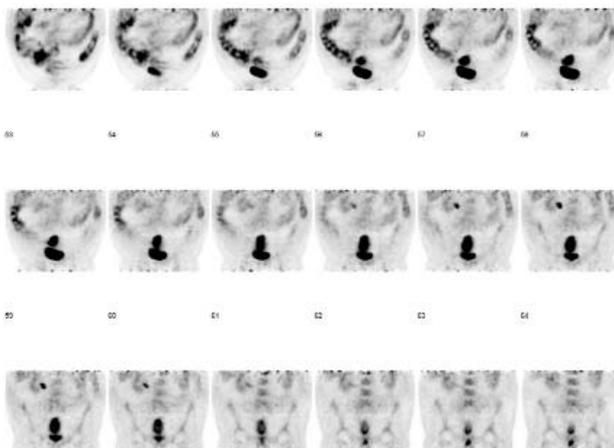


Imagen 8.

Bibliografía

1. Nucl Med Commun. 2008 Jan;29(1):11-6.
The effects of N-butylscopolamine on bowel uptake: an 18F-FDG PET study.
Emmott J, Sanghera B, Chambers J, Wong WL.
Paul Strickland Scanner Centre, Mount Vernon Hospital, Northwood, UK. jenemmott@yahoo.co.uk
2. Eur J Nucl Med Mol Imaging. 2008 Jan;35(1):95-9. Epub 2007 Sep 5. Links
High and typical 18F-FDG bowel uptake in patients treated with metformin.
Gontier E, Fourme E, Wartski M, Blondet C, Bonardel G, Le Stanc E, Mantzarides M, Foehrenbach H, Pecking AP, Alberini JL.
Department of Nuclear Medicine, Military Hospital Val-de-Grâce, 74, Bd de Port Royal, 75230, Paris, cedex 05, France. gontier-web@hotmail.fr
3. Eur J Nucl Med Mol Imaging. 2010 May;37(5):1011-7. Epub 2010 Jan 27.
Clearance of the high intestinal (18)F-FDG uptake associated with metformin after stopping the drug.
Ozülker T, Ozülker F, Mert M, Ozpaçacı T.
Department of Nuclear Medicine, Okmeydani Training and Research Hospital, Istanbul, Turkey. tozulker@ttmail.com
4. J Nucl Med. 2010 Apr;51(4):507-10. Epub 2010 Mar 17.
Influence of bowel preparation before 18F-FDG PET/CT on physiologic 18F-FDG activity in the intestine.
Soyka JD, Strobel K, Veit-Haibach P, Schaefer NG, Schmid DT, Tschopp A, Hany TF.
Department of Nuclear Medicine, University Hospital, Zurich, Switzerland. jan.soyka@usz.ch
5. Mol Imaging Biol. 2009 Mar-Apr;11(2):114-7. Epub 2008 Nov 27.
Pretreatment with diphenoxylate hydrochloride/atropine sulfate (Lomotil) does not decrease physiologic bowel FDG activity on PET/CT scans of the abdomen and pelvis.
Murphy R, Doerger KM, Nathan MA, Lowe VJ.
Department of Radiology, Mayo Clinic, 200 First Street SW, Rochester, MN, 55905, USA.

ARTÍCULOS ORIGINALES

Cardiorresonancia con estrés farmacológico.

Emilio Castillo Folch, Vicente Ros Benlloch, Alicia Maceira González

Unidad de Imagen Cardíaca-ERESA. Hospital Arnau de Vilanova. Valencia. España

ecastillo@eres.com

Recibido: 13/09/2010

Aceptado: 18/11/2010

Resumen

La resonancia magnética actualmente es una técnica muy utilizada para el diagnóstico de enfermedades cardíacas. Una de las indicaciones más comunes de esta prueba es la detección de isquemia miocárdica cuando se provoca un estrés farmacológico. Se pueden emplear dos métodos para provocar el estrés: estudio de la contractilidad durante un estímulo inotrópico con dobutamina y estudio de la perfusión tras administración de fármacos vasodilatadores como el dipiridamol o la adenosina. El empleo de estos fármacos supone un control estricto del paciente y de sus constantes vitales por lo que el papel de enfermería se hace indispensable en este tipo de estudios.

Palabras clave:

cardiorresonancia magnética, estrés farmacológico, dobutamina, dipiridamol.

Summary

Magnetic resonance imaging is currently one of the diagnostic methods of choice in the evaluation of heart disease. One of the most common referrals for this test is assessment of coronary artery disease. Pharmacological stress can be achieved using dobutamine or dipyridamole. Use of these drugs requires close monitoring of the patient for which the role of the nurse staff is crucial.

Keywords:

Cardiac magnetic resonance, pharmacological stress, dobutamine, dipyridamole.

Introducción

Uno de los avances en el campo de la resonancia magnética es su aplicación para el estudio del corazón y de sus patologías, siendo una alternativa eficaz a la ecocardiografía de estrés y a las técnicas de cardiología nuclear. Además de su óptima definición estructural, la cardiorresonancia magnética (CRM) aporta datos que nos permiten caracterizar el tejido miocárdico y obtener información sobre la función y la viabilidad miocárdicas. Además, los estudios de perfusión y función tras estrés farmacológico tienen un alto rendimiento diagnóstico en enfermedad coronaria. El personal de enfermería debe conocer esta técnica y sus protocolos, tanto en lo que respecta a secuencias a utilizar como qué fármacos se deben emplear.

En primer lugar es fundamental llevar a cabo una encuesta al paciente para conocer qué medicación toma habitualmente, sus patologías y sus factores de riesgo (fumadores, dislipemia, HTA...), así como la ausencia de contraindicación para la CRM y en concreto para un estudio de estrés farmacológico.

En segundo lugar, el material necesario para el estudio debe estar preparado. En nuestro centro éste incluye, además de un equipo de RM Siemens 1,5 T Symphony Maestro Class, un tensiómetro digital DINAMAP PRO 100 GE, un electrocardiógrafo CARDIOLINE DELTA 60 PLUS, una bomba de inyección de contraste ULRICH, una bomba portátil de infusión de medicación GRASEBY 3500, material de punción, medio de contraste de gadolinio, fármacos de inducción de estrés (dipiridamol, adenosina, dobutamina, atropina) y por último, fármacos que pueden ser necesarios si surgen complicaciones.

Independientemente del método de estrés que se vaya a utilizar, es necesario tener en cuenta una serie de puntos comunes a todos los pacientes a los que se les va a realizar una cardiorresonancia de estrés. Además de rellenar la encuesta estándar que se proporciona a todos los pacientes que acuden a la unidad de resonancia magnética, en la que se recauda información acerca de las posibles alergias medicamentosas, intervenciones quirúrgicas y existencia de implantes metálicos, debemos realizarles una encuesta específica encauzada a recabar datos de interés para el cardiólogo y que nos orientarán entre otras cosas a emplear un método de estrés u otro (Imagen 1). Entre

estos datos encontraremos información acerca de sus hábitos con respecto al consumo de tabaco, alcohol u otras sustancias adictivas, datos antropométricos como la talla o el diámetro de la cintura abdominal, y el historial de patologías como HTA, diabetes mellitus, episodios de asma o hiperreactividad bronquial, etc. Es muy importante disponer de información acerca de una posible patología pulmonar, hipotensión o bradicardia, ya que estos factores van a determinar qué fármaco, vasodilatadores o dobutamina, se emplea para realizar el estrés farmacológico. En consecuencia, en aquellos pacientes con hiperreactividad bronquial o historia de crisis asmáticas recientes en las que hayan tenido que utilizar aerosoles broncodilatadores (Ventolin[®], Atrovent[®], Pulmicort[®], etc...), así como en aquellos con bloqueo auriculoventricular, bradicardia (FC<40ppm) o hipotensión severa (PAS<90mmHg), estará contraindicado el uso de vasodilatadores y se deberá emplear dobutamina, mientras que si el paciente no presenta ningún tipo de contraindicación se puede optar por los vasodilatadores. En nuestro centro se utiliza el dipiridamol, para realizar el estudio de estrés farmacológico, dada su mayor facilidad de uso.

Una vez se ha recabado toda la información y se ha decidido el método de inducción de estrés, se le realiza al paciente un ECG previo a la exploración. Tras ello se procede a preparar al paciente en la sala de exploración. Se debe obtener una vía periférica mediante un catéter como mínimo del 22G, ya que servirá tanto para introducir el fármaco inductor de estrés como para inyectar el contraste. Además, hay que tener en cuenta que este tipo de exploraciones no están exentas de presentar complicaciones potencialmente graves, por lo que es conveniente disponer de un buen acceso venoso en caso de necesitar inyectar medicación de emergencia. Asimismo se deben utilizar los registros de pulso y de ECG en el paciente, ya que todas las imágenes deben obtenerse con sincronismo cardíaco. Hay que tener un especial cuidado en la colocación de los electrodos, ya que sin un buen registro el estudio será subóptimo y de mayor duración.

Una vez finalizada la prueba se realiza otro ECG, cerciorándose el cardiólogo de que el paciente abandona la unidad de resonancia magnética sin ningún tipo de alteración.

Peso:	Talla:	Perímetro abdominal:	Fecha de nacimiento:
HTA:	Años HTA:		
Dislipemia:	Años dislipemia:		
Fumador:	Años fumador:	Ex fumador:	Años ex fumador:
DM1:	DM2:	Intolerancia HC:	Años:
Cocaína:		Antecedentes familiares:	
EPOC:	Asma:	Aerosoles Bd:	Insuf. renal (Cr.....):
Tratamiento:			

Imagen 1. Encuesta a realizar a todos los pacientes que vayan a realizarse una cardioresonancia.

Metodología para realizar estudios de estrés inducidos por Dobutamina.

La dobutamina es un fármaco adrenérgico cardiotónico de acción directa sobre el corazón. Estos tipos de fármacos actúan aumentando la contractilidad del miocardio por el estímulo de receptores β -adrenérgicos. Por ello es muy importante informar al paciente que debe suspender la toma de medicamentos beta-bloqueantes y nitratos al menos 24 horas antes de la prueba, además de mantenerse en ayunas de 4 horas.

El material específico del estrés con dobutamina es el siguiente: la bomba de perfusión con su equipo de perfusión; suero fisiológico; un vial de dobutamina a una concentración de 12,5 mg/ml y un vial de atropina de 1mg/ml. (imagen2). En nuestro centro el vial de dobutamina contiene 250 mg de dobutamina en 20 ml. Para la perfusión de la dobutamina se carga el vial en una jeringa de 50 ml añadiendo 30 ml de suero fisiológico para conseguir una concentración de 5 mg/ml con la que se purga el sistema de la bomba. Una vez montada la bomba de perfusión se procede a su programación, ajustando los siguientes parámetros:

- Selección de unidades: $\mu\text{g}/\text{Kg}/\text{min}$
- Selección de flujo: 10 $\mu\text{g}/\text{Kg}/\text{min}$
- Selección del peso del paciente (en Kg)
- Selección de la concentración: 5 mg/ml

Ya ajustados los parámetros se pone en marcha la bomba iniciando la perfusión con 10 $\mu\text{g}/\text{Kg}/\text{min}$ e incrementando a 20, 30 y 40 $\mu\text{g}/\text{Kg}/\text{min}$ cada 3 minutos hasta alcanzar al menos la frecuencia cardíaca submáxima, que se calcula como sigue:

Hombres	$(220 - \text{edad}) * 0,85$
Mujeres	$(226 - \text{edad}) * 0,85$

Si tras completar el protocolo incremental de dobutamina no se ha alcanzado dicha frecuencia cardíaca se administra atropina hasta un máximo de 1mg intravenoso en bolos de 0'5 mg. La atropina es una amina terciaria que actúa incrementando la frecuencia cardíaca. Antes de administrarla hay que asegurarse de que el paciente no padece glaucoma o hiperplasia de próstata, ya que está contraindicada en ambas patologías.

Las complicaciones más frecuentes producidas por la dobutamina son las arritmias, la respuesta hipertensiva y la aparición de dolor torácico severo, además de complicaciones menores tales como mareos, náuseas, vómitos, malestar general, etc. Las complicaciones graves son poco frecuentes. Es fundamental una correcta monitorización electrocardiográfica y de presión arterial del paciente, realizando una toma de presión arterial cada vez que se modifique el flujo de perfusión de la dobutamina. En caso de producirse una respuesta hipertensiva severa se debe detener la infusión del fármaco. En caso necesario se administrará betabloqueante endovenoso.

El protocolo de CRM-dobutamina incluye adquirir secuencias de cine en reposo y en cada dosis de administración de dobutamina (imagen 3). Estas secuencias de cine se adquieren con sincronización cardíaca y en apnea. En cada estadio de infusión de la dobutamina se deben adquirir 5 proyecciones con secuencias de cine: 3 ejes cortos (basal, medial y apical) y 2 ejes largos (2 y 4 cámaras). Para aumentar la sensibilidad de la prueba y puesto que los defectos de perfusión preceden a las alteraciones contráctiles, se realiza al final del protocolo incremental de dobutamina un estudio de perfusión miocárdica con contraste (explicado más adelante en el protocolo de estrés por dipiridamol).

Metodología para realizar estudios de estrés inducido por vasodilatadores (Dipiridamol).

El dipiridamol es un fármaco vasodilatador y antiagregante plaquetario. Induce vasodilatación arterial coronaria como consecuencia de un aumento extracelular de adenosina. Es muy importante explicarle al paciente que no puede tomar bebidas con cafeína o teína 24 horas antes de la exploración, además de mantener unas ayunas de 4 horas previas a la exploración. El material necesario incluye: jeringa de 20 ml; viales de dipiridamol 10mg/2ml (Persantin); un vial de eufilina 200 mg/10ml; y suero fisiológico 100 ml (imagen 4).

Se prepara la dosis de dipiridamol en la jeringa de 20 ml cargando 0,56 mg por Kg de peso del paciente y añadiendo suero fisiológico hasta completar los 20 ml. Esta

solución deberá administrarse durante 4 minutos, y alcanzará el efecto máximo a los 3-4 minutos de ser administrada. Ocasionalmente puede administrarse una segunda dosis que corresponde a la mitad de dosis administrada en la primera dosis, es decir, 0'28 mg por Kg de peso en una jeringa de 10 ml añadiendo suero fisiológico hasta completar los 10 ml. Esta segunda dosis se administrará en 2 minutos. Otra forma de administración consiste en preparar una dosis única, cargando en una jeringa de 20 ml 0,84 mg por Kg de peso, añadiendo suero hasta completar los 20 ml y administrándola en 6 minutos.

Siempre hay que tener una dosis preparada de eufilina que se prepara cargando el vial de 200 mg en 100ml de suero fisiológico. Se administrará en infusión venosa lenta tras la adquisición de las secuencias de perfusión. El principio activo es la teofilina anhidra y se utiliza como antídoto por la inhibición que produce en los receptores de la adenosina.

Durante la administración del dipiridamol son frecuentes los efectos secundarios leves tales como sofocación, dolor precordial, disnea, náuseas, cefalea y mareo. La aparición de estos síntomas debe ser comunicada al cardiólogo, quien valorará si es necesario suspender la administración del dipiridamol. Es importante la monitorización de la presión arterial y tener preparado el gotero con eufilina antes de comenzar.

Una vez administrado el vasodilatador se procede a realizar un estudio dinámico para valorar la perfusión miocárdica mediante la inyección de contraste. La secuencia que se utiliza es una secuencia turboflash de recuperación de la saturación con adquisición en paralelo (IPAT), que hace que sea más rápida. Se adquieren 4 cortes por latido (un plano de 2 cámaras, y tres cortes en eje corto en zonas basal, central y apical). Estas imágenes muy potenciadas en T1 permiten diferenciar con nitidez las áreas normoperfundidas que aparecen blancas y brillantes, de las hipoperfundidas que aparecen oscuras. Finalizada ya la adquisición de la perfusión, se procede a infundir la eufilina para revertir los efectos del vasodilatador, con lo que además se consigue que remitan las molestias que pueda estar padeciendo el paciente (imagen 5).

Conclusiones

La cardiorresonancia magnética de estrés farmacológico se muestra útil como técnica no invasiva tanto para conocer si existe enfermedad coronaria y su extensión, como para determinar sus consecuencias funcionales. Es

importante realizar una buena entrevista al paciente para determinar qué método de provocación de isquemia se va a utilizar (dobutamina o dipiridamol) y valorar la existencia de contraindicaciones. El personal de enfermería debe estar familiarizado con ambas técnicas, tanto el protocolo de administración del fármaco como el protocolo de imagen. Además, se deben tener en cuenta las posibles complicaciones que pueden aparecer utilizando tanto un método como el otro.

No se debe olvidar que el objetivo principal es realizar un estudio de calidad, adaptado al propio paciente y con seguridad. Por ello hay que hacer hincapié en el control estricto de los síntomas que puede presentar, el ritmo cardíaco y la presión arterial.



Imagen 2. Bomba de perfusión montada y preparada para iniciar la administración.



Imagen 4. Material necesario para realizar estudios de estrés mediante dipiridamol.

Bibliografía

- Estornell Erill J, González Colino R, Igual Muñoz B, López Lereu MP, Maceira González A, Marín Pastor J. Detección de isquemia mediante resonancia magnética cardíaca. Rev Esp Cardiol Supl. 2006;6:41E-48E
- Velasco del Castillo S, Aguilar Torres R, Paré Bardera JC. Actualización en técnicas de imagen cardíaca: ecocardiografía, resonancia magnética en cardiología y tomografía computerizada con multidetectores. Rev Esp Cardiol. 2009;62(Supl 1):129-150
- Bettencourt N, Nagel E. Detección de isquemia con resonancia magnética cardíaca de estrés con vasodilatadores: ventajas de un enfoque combinado. Rev Esp Cardiol. 2009;62(4):350-353

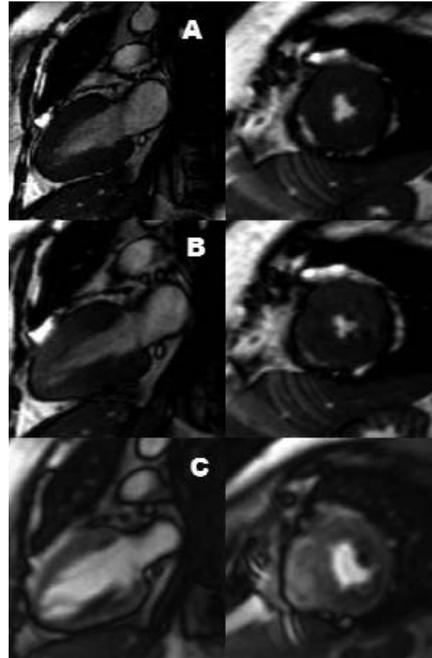


Imagen 3. Imágenes de un estudio de cardiorresonancia de estrés con dobutamina.

A- fila superior. Imágenes de cine en reposo (sístole) en proyección de 2 cámaras y eje corto.

B- fila intermedia. Imágenes en sístole tras el estrés máximo con dobutamina. Se observa una leve hipoquinesia lateral media en la imagen de eje corto.

C- fila inferior. Las imágenes de perfusión de primer paso muestran una clara hipoperfusión inferior y lateral.

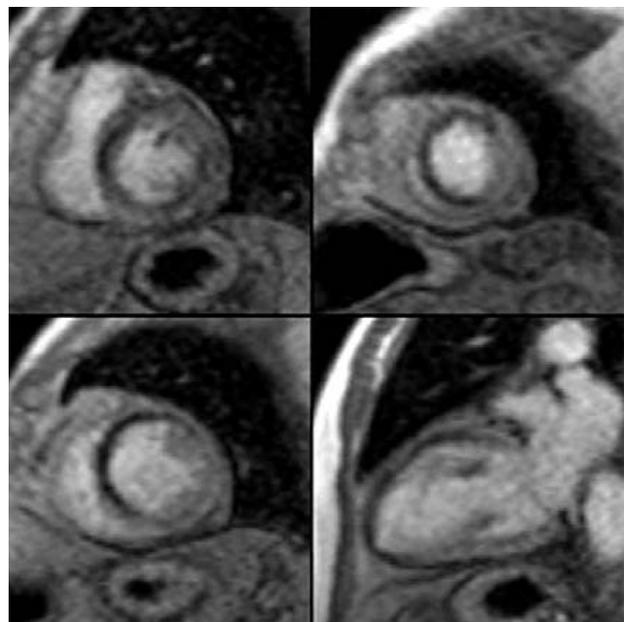


Imagen 5. Imágenes de perfusión miocárdica de un estudio de cardiorresonancia de estrés con dipiridamol. Proyecciones en eje corto y 2 cámaras q muestran un extenso defecto de perfusión localizado en segmentos anteriores y septales a nivel basal, medio y apical, indicativo de lesión en la arteria descendente anterior.

IL3-UB MÁSTERS Y POSTGRADOS

MÁSTER EN ENFERMERÍA RADIOLÓGICA

NOVIEMBRE '10
MODALIDAD ON-LINE

Descúbrelo en:
www.il3.ub.edu

Llámanos
902 373 376

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

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

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.

NOTICIAS RSEER

EL 22 DE MARZO FINALIZA EL PLAZO PARA SOLICITAR EL ACCESO EXCEPCIONAL AL TÍTULO DE ESPECIALISTA DE 3 DE LAS ESPECIALIDADES ENFERMERAS

También se establece que los enfermeros que reúnan los requisitos necesarios en más de una especialidad tendrán la posibilidad de presentarse a los exámenes correspondientes para todas ellas

Departamento de Comunicación CGE
MADRID, 28-09-2010.

En esa disposición se establece que podrán acceder de forma excepcional al título de especialista aquellos enfermeros que, además de superar una Prueba de Evaluación de la Competencia, cumplan alguno de los siguientes requisitos:

- 1.- Haber ejercido las actividades propias de la especialidad durante 4 años.
- 2.- Haber ejercido las actividades propias de la especialidad durante 2 años justificando a su vez una formación continuada acreditada de al menos 40 créditos (obtenidos por el sistema de acreditación establecido en la Comisión Nacional de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud) en el campo de la respectiva especialidad. Esta formación se entenderá cumplida si el candidato acredita estar en posesión de un título de postgrado de carácter universitario que incluya una formación relacionada con la respectiva especialidad no inferior a 20 créditos ó 200 horas.
- 3.- Haber ejercido durante al menos tres años como profesor de escuelas universitarias de Enfermería y adscritas, en áreas de conocimiento relacionadas con la especialidad de que se trate, siempre que, además, se acredite al menos un año de actividad asistencial en actividades propias de la especialidad solicitada.

En todos los casos, la experiencia profesional sólo será computable hasta el 22 de septiembre de 2010, fecha de la convocatoria de las plazas de formación. Sin embargo, en el caso de la formación complementaria señalada en el punto 2, se seguirá computando hasta que finalice el plazo de presentación de solicitudes el próximo 22 de marzo de 2011.

Prueba de evaluación de la competencia

El 29 de julio de 2009 se publicaba en el Boletín Oficial del Estado las bases de la convocatoria de la prueba objetiva prevista en la disposición transitoria segunda que deben superar todos los candidatos al acceso excepcional al título por esta vía.

Su objetivo es constatar "que los aspirantes disponen de

los conocimientos, habilidades y actitudes necesarios para el adecuado ejercicio de la correspondiente especialidad de Enfermería".

La propia resolución establece que el calendario de las pruebas objetivas correspondientes a cada especialidad, cuya convocatoria también se publicará en el BOE, se aprobará a medida que concluyan los procedimientos de admisión de los solicitantes de las correspondientes especialidades. Además, el aspirante que haya sido admitido a la prueba objetiva para el acceso a una determinada especialidad, dispondrá de un máximo de dos convocatorias para superar dicha prueba.

También se establece que los enfermeros que reúnan los requisitos necesarios en más de una especialidad tendrán la posibilidad de presentarse a los exámenes correspondientes para todas ellas, aunque, si los superan deberán elegir la especialidad que desean, pues, por esta vía sólo se puede acceder a un único título de especialista.

Contenido y estructura de la prueba

Las preguntas versarán sobre las bases científicas y tecnológicas que se consideran necesarias para la práctica actualizada de la especialidad de que se trate, estando respaldadas por el programa formativo vigente de cada una de ellas. La prueba objetiva será escrita y constará de dos partes, que se realizarán en el mismo día.

La primera parte de la prueba consistirá en un cuestionario de 100 preguntas, más 10 de reserva, de tipo test de respuestas múltiples, de las que sólo una de ellas será válida. Dicha parte tendrá una duración de 2 horas. En la calificación de esta parte, se valorará con 1 punto cada respuesta correcta, se restará un 0,35 puntos por cada respuesta incorrecta, y se dejarán sin puntuar las preguntas que no hayan sido respondidas. El cuestionario de preguntas se valorará sobre una escala de 0 a 100 puntos.

La segunda parte se basará en el análisis de 5 casos clínicos referidos a la especialidad, que abarquen distintas situaciones clínicas que incluyan aspectos fundamentales del ejercicio profesional de la misma. Cada caso irá seguido de 5 preguntas, para cada una de las cuales se propondrán varias respuestas alternativas, de las que sólo una será la correcta. Dicha parte de la prueba tendrá una duración de 1 hora. En la calificación de esta parte se valorará con 4 puntos cada respuesta correcta, se restará 1 punto por cada respuesta incorrecta, y se dejarán sin puntuar las preguntas que no hayan sido respondidas.

Dicha valoración, sobre una escala de 0 a 100 puntos, estará integrada por la suma de las puntuaciones que obtenga el aspirante en cada caso clínico, a cuyos efec-

NOTICIAS RSEER

tos cada uno de ellos se valorará sobre una escala de 0 a 20 puntos.

La evaluación de la prueba objetiva del aspirante, sobre una escala de 0 a 200 puntos, estará integrada por la suma de las puntuaciones que obtenga el aspirante en cada una de las dos partes que la componen. La calificación final de cada aspirante será de "apto" o "no apto". Para ser considerado "apto", la puntuación mínima que el aspirante deberá tener es la de 40 puntos en cada una de las partes, siendo necesario que queden completados con al menos 100 puntos en la suma de ambas; en caso contrario, será considerado "no apto".

Más información

El Ministerio de Educación tiene habilitada una página web con toda la información y gestión on-line de este proceso en la siguiente dirección:

http://www.educacion.es/horizontales/servicios/gestion-titulos/estudios_universitarios/concesion-titulo-especialidades-salud.html

Nuevo tratamiento para la fibrilación auricular

Publicado: 01-09-2010

fuelle: http://www.enfermeria21.com/principal/noticias?task=ver_noticia&idNoticia=1379

La Sociedad Europea de Cardiología (SEC) ha publicado una revisión de las guías de práctica clínica para el tratamiento de la fibrilación auricular (FA) en la que se incluyen comentarios orientativos sobre el papel de un novedoso tratamiento oral, dabigatrán etexilato, para la prevención del ictus y la embolia sistémica en pacientes con FA.

Al mismo tiempo, Boehringer Ingelheim confirma que la Agencia Estadounidense de Fármacos y Alimentos (FDA) ha determinado como revisión prioritaria al novedoso inhibidor oral directo de la trombina dabigatrán etexilato para la prevención del ictus en FA. Esta designación se concede a los medicamentos que se espera supongan avances importantes en el tratamiento u ofrezcan un tratamiento allí donde no existe ninguna terapia adecuada. Un comité consultivo de la FDA se reunirá el lunes, 20 de septiembre, para revisar y debatir los datos relativos al dabigatrán etexilato. Además de en EEUU, el dabigatrán etexilato se encuentra en fase de registro en Europa, Japón y otros países. La compañía espera recibir la primera autorización de comercialización de dabigatrán etexilato para estos países a finales de 2010 o principios de 2011.

Hasta tres millones de personas en todo el mundo sufren cada año ictus relacionados con la FA, que tienden a ser especialmente graves e incapacitantes, y la mitad de estas personas fallecen en el plazo de un año. Por tanto, existe la clara necesidad médica de un anticoagulante eficaz, con un buen perfil de seguridad y sin las numerosas limitaciones que presenta el tratamiento con AVK.

IV Convocatoria de ayudas para la investigación

Publicado: 08-10-2010

fuelle: http://www.enfermeria21.com/principal/noticias?task=ver_noticia&idNoticia=1524

Hasta el próximo día 30 de noviembre los profesionales de enfermería y atención primaria pueden optar a la IV Convocatoria de Ayudas que, para ambas especialidades sanitarias, ha convocado el Gobierno regional a través de la Fundación para la Investigación Sanitaria en Castilla-La Mancha (FISCAM).

Como novedad para este año se incrementa la cuantía máxima por ayuda en el caso de la convocatoria de enfermería, pasando de los 15.000 euros del pasado año a 17.000 euros; siguiendo invariable la cantidad máxima destinada a las ayudas a la investigación en atención primaria.

Estas ayudas específicas tienen como objetivo fomentar la investigación clínica entre estos dos grupos profesionales de la sanidad regional, los médicos de AP y los enfermeros, con el fin de incrementar la participación de estos profesionales en el área de investigación y crear una mayor masa crítica de investigadores en Castilla-La Mancha.

El Gobierno regional, a través de FISCAM, creó en el año 2007 convocatorias específicas para estos dos grupos profesionales, facultativos de AP y enfermería, con el fin de promover entre ellos la creación de grupos de investigación activos. Durante las tres primeras convocatorias se aprobaron cinco proyectos de investigación para grupos de AP, siendo diez los proyectos de enfermería que han sido financiados por FISCAM durante estos tres primeros años.

SATSE critica la actuación de los sindicatos sobre el RD de recortes salariales

(13/10/2010)

Fuelle: http://www.satse.es/ultima_hora

Como en publicidad, no todo lo que se ve y se dice es

NOTICIAS RSEER

toda la verdad. Esto es lo que está ocurriendo últimamente con los sindicatos de clase que están difundiendo por los centros de trabajo confusas informaciones sobre impugnaciones del Real Decreto-ley de Recortes Salariales.

A todos aquellos que hacen estas afirmaciones recordarles que en nuestro ordenamiento jurídico las leyes, y el Real Decreto-ley de Recortes Salariales lo es, no pueden ser impugnadas directamente por los ciudadanos o sindicatos, etc., ya que nuestra legislación actual no lo permite.

Tampoco pueden, como algunos sindicatos de clase afirman que han hecho, elevar una Cuestión de Inconstitucionalidad ya que sólo puede ser presentada por jueces o Tribunales. La única vía disponible para los ciudadanos es que interpongan una reclamación individual y si el juez considera que la ley aplicable al caso puede ser inconstitucional puede elevar una consulta al Tribunal Constitucional. De todas formas recordar que la admisión de un recurso o una cuestión de inconstitucionalidad no suspenderá la vigencia ni la aplicación de la Ley.

Vender humo

Los sindicatos de clase que están publicitando que han recurrido el RD-ley de Recortes Salariales o que lo han llevado al Tribunal Supremo o a la Audiencia Nacional, "están vendiendo humo". Lo más que han podido hacer ha sido impugnar resoluciones o actos administrativos de las administraciones, en desarrollo del RD-ley de Recortes Salariales.

También hay sindicatos de clase que, en su afán por hacer reclamaciones, dicen que su reclamación ha sido admitida a trámite "pero sellar un escrito en un registro y luego difundirlo a los medios de comunicación no supone una admisión real". Lo único que se podría hacer es interponer reclamaciones individuales, nómina a nómina..

Gasto económico

Para SATSE no es recomendable interponer este tipo de reclamaciones por varios motivos: el primero es que posiblemente no serán tenidas en cuenta o serán contestadas negativamente, ya que por el momento el RD-l no ha sido declarado inconstitucional, siendo entonces aplicable.

De hecho, el Defensor del Pueblo ya ha contestado a

SATSE (y a otros sindicatos) comunicando que no considera justificada la presentación de un recurso de inconstitucionalidad. Ante esto, la interposición individual de un recurso contencioso administrativo, supondría gasto económico en procuradores, poderes notariales, etc.

En el caso de llevar a cabo una reclamación individual, la cual seguramente sería desestimada en vía administrativa, recurrida y posteriormente confirmada en vía judicial, conllevaría el efecto de "cosa juzgada" y se perdería cualquier derecho de reclamación en el caso de que finalmente se declarase inconstitucional el RD-ley.

Y por último, recordar que reclamar en estos momentos no es urgente, y más sin ningún pronunciamiento previo, ya que el personal funcionario/estatutario dispone de un plazo para hacerlo de 4 años, mientras que el laboral cuenta con 1 año para ell

Fuente: http://www.satse.es/ultima_hora

La escasez de enfermeras, problema del Sistema Nacional de Salud

(08/10/2010)

No es la primera vez, ni será la última, en la que se hable de escasez de profesionales de Enfermería en el Sistema Nacional de Salud. Éste es un problema que afecta a la mayoría de los sistemas sanitarios europeos. Sin embargo, mientras que en otros países de la órbita comunitaria se están adoptando políticas sobre recursos humanos que permitan paliar a corto y largo plazo las secuelas de esta deficiencia, en España se carece de una estrategia y de una acción ministerial a nivel estatal, a pesar de acuerdos y promesas asumidas por los representantes de Sanidad, incapaces de resolver de forma definitiva el drama que representa la escasez de enfermeras y su influencia negativa tanto en la calidad asistencial como en la salud de los profesionales.

Los representantes de la Sanidad se desentienden, una vez más, no sólo de la evidente precariedad en la que se funciona en los diferentes servicios sanitarios, donde no se cumplen ninguna de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud sobre los ratios enfermera/cama, sino incluso sus propias cifras muestran que en nuestro país hay 2,65 enfermeras por cada 1.000 habitantes, datos que el propio Ministerio considera que se encuentran muy alejados de los ratios de los países de

NOTICIAS RSEER

nuestro entorno europeo. Esta situación está colocando al sistema sanitario en una situación de riesgo y de precariedad, incidiendo de una forma alarmante en la calidad de las prestaciones sanitarias y en el deterioro de la salud de los profesionales, lo que influye negativamente en uno de los principales pilares del Estado del Bienestar, valuarte de la cohesión social.

La insistente pasividad del Ministerio de Sanidad, la falta de receptividad a las conclusiones de la "Ponencia de Estudio de Necesidades de Recursos Humanos en el SNS", aprobada por el Pleno del Senado, en la que se reconoce la necesidad de 122.400 profesionales de Enfermería para cubrir las necesidades asistenciales del Sistema Nacional de Salud y, sobre todo, el incumplimiento reiterativo de la promesa de realizar el propio Ministerio un estudio que clarifique de forma definitiva la falta de profesionales tanto en la actualidad como en el futuro, ha llevado al Sindicato de Enfermería SATSE a pedir ayuda al Defensor del Pueblo y al propio Parlamento Europeo, con objeto de que medien ante el Ministerio para que se pueda paliar este problema endémico que padece la sanidad española y la profesión enfermera.

El Sindicato de Enfermería coincide, en líneas generales, con las apreciaciones realizadas por la ponencia sobre la necesidad de nuevos recursos profesionales de Enfermería. Sin embargo, considera que se tiene que realizar un estudio real en el que se tengan en cuenta multitud de factores: datos socio-demográficos, jubilaciones, ofertas de plazas tanto públicas como privadas y condiciones contractuales. El propio Senado hizo una radiografía exacta sobre la profesión al señalar la necesidad de incrementar plazas en las Escuelas de Enfermería, definir nuevos marcos de competencia de las enfermeras y garantizar en el SNS la financiación adecuada para la consolidación y contratación del personal de enfermería de una manera suficiente para adecuar los ratios a las necesidades del sistema sanitario. Lo contrario sería condenar a este sistema a una muerte lenta, deteriorando sus servicios y la salud de sus profesionales.

Nadie entiende que conociendo la precariedad en la que desempeñan sus funciones la profesión enfermera, el Ministerio de Sanidad se desentienda de sus propias responsabilidades renunciando a cumplir no sólo lo que le demanda el Parlamento y la profesión enfermera, sino incluso que permita ver su gestión recibiendo una tarjeta roja por parte del propio Parlamento Europeo. Actuando así sólo conseguirá aumentar la cifra de abandono de la profesión, no por gusto, sino por mala salud.

A veces, se tiene la sensación de que el país real va en una dirección y la clase gobernante por otra. Ésta es una buena oportunidad para que Trinidad Jiménez, Ministra de Sanidad, quien tanto esfuerzo está realizando en los últimos meses en la defensa de su candidatura a las elecciones de la Comunidad de Madrid, se acerque de una manera eficaz a la realidad de la Sanidad y de sus profesionales -especialmente de Enfermería- y solucione a nivel estatal la penuria que padecen las enfermeras en todo el sistema sanitario. Así se hace país y así se afianza el SNS. Así se solucionan los problemas reales de la sociedad.

Fuente: http://www.satse.es/ultima_hora

Menos del 2 por ciento del personal de Enfermería secunda la huelga general

(30/09/2010)

Según los datos obtenidos por SATSE, menos del 2% de los profesionales de Enfermería del Sistema Nacional de Salud (SNS) ha secundado la huelga general del 29 de septiembre. De hecho, tal y como han podido comprobar las delegaciones del sindicato de todo el país, la normalidad ha sido la tónica general en la mayoría de los centros sanitarios.

En la Comunidad de Madrid, por ejemplo, el seguimiento ha sido inferior al 0,7 por ciento, siendo los hospitales del 12 de Octubre, la Paz, el Niño Jesús y el Ramón y Cajal donde más enfermeros (entre 10 y 20) secundaron la huelga. Por el contrario, en las Áreas 5 y 9 de Primaria, al igual que en el Hospital del Bidasoa en Guipúzcoa y en algunos centros de Ceuta, nadie la ha secundado. Asturias, con el 8,9 por ciento, es la autonomía que ha registrado el mayor seguimiento del personal de enfermería, mientras que Extremadura es la que menos, con apenas el 0,5 por ciento.

El Sindicato de Enfermería considera que el hecho de no haber sido convocante de la huelga ha contribuido a que el seguimiento por parte del personal de Enfermería haya sido "mínimo". SATSE considera que, aunque existen múltiples motivos de crítica y oposición a las medidas del Gobierno, esta huelga general no va a aportar ningún beneficio a los trabajadores.

SATSE, con el apoyo de los profesionales, ha realizado hasta el momento diferentes movilizaciones en el conjunto del Estado, y planificará aquellas otras acciones

NOTICIAS RSEER

que considere convenientes en defensa de los profesionales de enfermería, del Sector Sanitario y de los derechos sociales.

Por todo ello, SATSE seguirá presionando a la Administración para que las medidas de recorte no supongan un mayor esfuerzo a la Enfermería ni al sector sanitario, y para que se aborden las propuestas que mejoren las condiciones de trabajo y el reconocimiento de la Profesión.

Para SATSE, la crisis económica que se ha desencadenado tiene sus causas en el descontrol y nula regulación de los mercados financieros, que han venido actuando a su antojo con el beneplácito de una clase política más preocupada de sus problemas internos y sus disputas partidarias que del bienestar de los ciudadanos. Ahora se ha impuesto, además, una reforma laboral que no ofrece respuestas efectivas para salir de la crisis en un plazo razonable, y son los trabajadores los que tienen que pagar la factura con más paro y con recortes de derechos sociales, que se vienen a sumar a las difíciles condiciones de trabajo que los profesionales de enfermería soportan.

Las náuseas matinales son una señal de un embarazo saludable

Fuente: JANO.es · 14 Octubre 2010

Las mujeres con náuseas matinales al inicio del embarazo son menos propensas a tener un aborto, según confirma un nuevo estudio.

Un nuevo estudio confirma que las mujeres con náuseas matinales al comienzo del embarazo son menos propensas a tener un aborto. No obstante, las que no las presentan en el primer trimestre no deberían alarmarse, según la coautora, Ronna L. Chan, de la University of North Carolina, Estados Unidos. "No todas las embarazadas con buenos embarazos tienen náuseas y vómitos durante la gestación. Además, los síntomas del embarazo varían aun en los embarazos de una misma mujer", dijo Chan. El estudio ha sido publicado en *Human Reproduction*.

Entre el 50% y el 90% de las mujeres tiene náuseas matinales al comienzo del embarazo, indica el equipo de Chan. Estudios previos habían hallado que en las mujeres con esos síntomas disminuyen el riesgo de sufrir un aborto.

En la investigación, el equipo analizó la presencia o la ausencia de esos síntomas y su duración en más de 2.400 mujeres de tres ciudades de Estados Unidos. "El estudio tiene ventajas con respecto a otros estudios: reunimos mujeres que recién comenzaban el embarazo o que estaban tratando de quedar embarazadas, de modo que pudimos seguirlas durante toda la gestación y reunir datos sobre las náuseas y los vómitos desde el principio", señaló Chan.

El 89% de las mujeres tuvo algún grado de náuseas matinales, mientras que el 53% tuvo vómitos y náuseas. El 11% perdió el hijo antes de la semana 20 de gestación.

Las participantes sin náuseas o vómitos en el primer trimestre fueron 3,2 veces más propensas a tener un aborto que las que sí tuvieron náuseas matinales. Eso fue especialmente importante en las de mayor edad: las menores de 25 años sin náuseas matinales fueron cuatro veces más propensas a perder el bebé que las participantes de la misma edad con náuseas y vómitos, mientras que ese riesgo aumentó casi 12 veces en las mayores de 35 años sin náuseas matinales.

Un nuevo radiofármaco permite detectar alteraciones en huesos y detener tumores

Fuente: JANO.es y agencias · 13 Octubre 2010

Se trata del fluoruro de sodio, que destaca por su mayor precisión diagnóstica en la evaluación de alteraciones óseas benignas y malignas y por la calidad superior de las imágenes.

El Centro Nacional de Aceleradores (CAN), centro mixto de la Universidad de Sevilla, la Junta de Andalucía y el CSIC, ha comenzado a utilizar un nuevo radiofármaco aplicable en la técnica de Tomografía por Emisión de Positrones (PET) que permite visualizar alteraciones a nivel molecular en células anormales y, por consiguiente, permite obtener datos relativos a la localización y el tamaño de los tumores.

Este nuevo radiofármaco, denominado fluoruro de sodio ($\text{Na}[^{18}\text{F}]\text{F}$), destaca por su mayor precisión diagnóstica en la evaluación de alteraciones óseas benignas y malignas y por la calidad superior de las imágenes, según ha informado la Universidad de Sevilla en un comunicado. Su producción se lleva a cabo de acuerdo a los protocolos marcados por la Farmacopea Europea, institución

NOTICIAS RSEER

reguladora de la circulación de los medicamentos en Europa.

El CAN utiliza el fluoruro de sodio como solución para detener y evaluar tumores óseos primarios, metástasis óseas y alteraciones benignas del metabolismo óseo. Además, tiene la ventaja de presentar una mayor incorporación en el hueso. Por ello, se siguen investigando nuevas aplicaciones del fluoruro de sodio y uno de estos proyectos es estudiar la eficacia de este compuesto en la evaluación de los tratamientos en enfermedades relacionadas con el metabolismo óseo y la función renal. En estos procesos entran también en juego los escáneres PET y CT (Tomografía Computada) disponibles en el Centro Nacional de Aceleradores.

La Tomografía por Emisión de Positrones (PET) es una técnica no invasiva de diagnóstico e investigación por imagen que permite medir la actividad metabólica 'in vivo' en animales y humanos. Esta técnica se basa en la inyección intravenosa y posterior detección y análisis de la distribución del radiofármaco de semivida corta en el interior del cuerpo.

Identifican 22 síntomas físicos del cáncer en cualquiera de sus fases

Fuente JAN0.es y agencias · 13 Octubre 2010

Fatiga, dolor, pérdida de apetito, estreñimiento o insomnio, entre otros, son algunos de los síntomas comunes que presentó el grupo de 400 pacientes oncológicos evaluados.

Investigadores del Instituto Regenstrief y la Universidad de Indiana en Estados Unidos han descubierto que existen 22 síntomas físicos asociados al cáncer, a menudo no reconocidos ni tratados, en todos los tipos de cáncer independientemente de si el paciente ha sido diagnosticado de forma reciente, está bajo tratamiento o ha sobrevivido al cáncer. Los resultados del estudio se publican en la revista Archives of Internal Medicine.

El estudio se realizó en 405 pacientes y estos síntomas comunes incluyen fatiga, dolor, debilidad, pérdida de apetito, boca seca, estreñimiento, insomnio y náuseas, síntomas que están asociados con deterioro funcional, discapacidad y una menor calidad de vida.

Todos los participantes del estudio presentaban dolor, depresión o ambas cosas, experimentaban discapacidad, materializada en una media de 17 días de los anteriores 28 en los que se encontraban en cama o en los que habían reducido sus actividades en un 50%.

Casi todos los pacientes dijeron sentirse cansados (un

97,5%) y la mayoría (78,8%) decían tener 'muchos' de estos síntomas. De los 22 síntomas estudiados, 15 los presentaban más de la mitad de los participantes del estudio.

A pesar de la alta prevalencia de síntomas, los pacientes no mostraron un mayor uso del sistema de atención sanitaria, para lo que podrían existir varias explicaciones, como las inclinaciones de los pacientes a centrarse en el tratamiento del cáncer y aceptar los síntomas como inevitables de la enfermedad o el tratamiento. Por otro lado, el motivo podría estar relacionado con que los individuos del estudio se encontraban ya en contacto con muchas áreas del sistema de salud.

Los investigadores señalan que el reconocimiento y control de los síntomas físicos como la fatiga, el dolor, las náuseas y el insomnio podrían ser diferentes según el tipo o fase del cáncer. Los autores planean investigar los métodos médicos y de conducta y las combinaciones de ambos sistemas para controlar estos síntomas.

Arch Intern Med. 2010;170(18):1686-1694

SOCIEDADES CIENTÍFICAS EUROPEAS PROPONEN QUE EL TRATAMIENTO DEL DOLOR DE CÁNCER RECURRENTE DEPENDA DE ENFERMERÍA

Fuente :

http://www.cge.enfermundi.com/servlet/Satellite?cid=1096612865252&id=1281565512030&pagename=SiteCGE%2FNoticia%2FTplNoticia_cge&p=1096612865252&c=page&tipo=Noticia

La European Nurse Society insta a marcar una estrategia con la profesión como impulsora

La European Oncology Nursing Society (EONS) ha lanzado la primera iniciativa para que profesionales de enfermería se encarguen de examinar las prácticas actuales del dolor de cáncer recurrente y busca la forma de mejorar los resultados de los pacientes en los tratamientos paliativos.

Europa Press
BRUSELAS, 08-10-2010.

La Breakthrough Cancer Pain Initiative es una iniciativa puesta en marcha por enfermeros con el fin de mejorar el tratamiento del dolor recurrente para los pacientes que sufren cáncer.

"Las encuestas realizadas a pacientes han demostrado que el dolor de cáncer recurrente está poco reconocido,

NOTICIAS RSEER

con un tratamiento subóptimo y estando sujeto a una incomodidad intensa por parte del paciente. Creemos que los enfermeros oncológicos tendrán un papel importante en la identificación y tratamiento del dolor de cáncer recurrente, y con esta iniciativa esperamos que los enfermeros oncológicos de Europa se den cuenta de que pongan en marcha sus capacidades", indicó Yvonne Wengstrom, profesora asociada del Cancer Nursing Karolinska Institute de Estocolmo y antigua directora general de la EONS.

Para poner en marcha la Breakthrough Cancer Pain Initiative se ha formado un grupo europeo de trabajo formado por enfermeros oncológicos con intereses especiales en tratamientos paliativos. Como primer paso el grupo de trabajo ha preparado una encuesta que estudiará el conocimiento general del dolor de cáncer recurrente entre los enfermeros oncológicos, confianza en el tratamiento de estos episodios, ejemplos de las mejores prácticas y vacíos de las prácticas actuales.

Un grupo de asesoramiento multidisciplinar formado por expertos internacionales reconocidos en el campo del dolor de cáncer recurrente proporciona una experiencia superior para el desarrollo de la encuesta, proporcionando visión sobre el dolor de cáncer recurrente basado en su conocimiento con tratamientos paliativos en general y el dolor de cáncer recurrente en particular.

La encuesta proporcionará valiosa información sobre cualquier vacío conocido y sobre si es necesaria una formación superior. Basándose en esta información, la segunda fase de este proyecto implicará al Breakthrough Cancer Pain Working Group considerando qué materiales deberían desarrollarse para ayudar aún más a la comunidad de enfermeros con el fin de mejorar los resultados del tratamiento del dolor de cáncer recurrente", indicó Jenske Geerling, enfermera oncológica del University Medical Center de Groningen, Países Bajos, y miembro del Breakthrough Cancer Pain Working Group.

La encuesta, que es la primera de su clase, se pondrá en marcha en las próximas dos semanas en la República Checa, Dinamarca, Finlandia, Francia, Alemania, Grecia, Hungría, Noruega, Eslovenia, Suecia, Países Bajos y Reino Unido. Los países se han seleccionado de forma cuidadosa con el fin de proporcionar una amplia plataforma de examen de las prácticas de enfermeros de cuidados paliativos en Europa.

"La evaluación y tratamiento del dolor de cáncer recurrente depende de la formación y conocimiento del equipo de salud, sobre todo los enfermeros, que trabajan de

cerca con los pacientes y sus familias. Este encuesta debería señalar las necesidades, llevando a mejoras en el tratamiento del dolor de cáncer recurrente", comentó el profesor asociado, Sultan Kav, director general de la EONS.

La necesidad de una iniciativa como esta se ha visto reconocida por el comité de cuidados paliativos formado con el fin de mejorar los tratamientos paliativos de los pacientes con cáncer:

"Una iniciativa como esta es muy importante. Los tratamientos de apoyo y paliativos están lejos de recibir la integración completa dentro de las prácticas médicas oncológicas. Las variaciones en la intensidad del dolor por cáncer son muy prevalentes, a pesar de que el fenómeno del dolor por cáncer recurrente no es completamente conocido. Esperamos que esta iniciativa lleve a un mejor conocimiento de estos episodios y cómo reciben el mejor tratamiento para beneficiar a los pacientes con cáncer de Europa", comentó el doctor Nathan Cherny, presidente del Palliative Care Working Group (PCWG) de la ESMO.

Si desea conocer más sobre la Breakthrough Cancer Pain Initiative, visite la página web: <http://www.cancernurse.eu/research/breakthroughcancerpain.html>. La iniciativa cuenta con el apoyo de la beca de formación de Nycomed International GmbH.

EL 22 DE MARZO FINALIZA EL PLAZO PARA SOLICITAR EL ACCESO EXCEPCIONAL AL TÍTULO DE ESPECIALISTA DE 3 DE LAS ESPECIALIDADES ENFERMERAS

Fuente:

http://www.cge.enfermundi.com/servlet/Satellite?cid=1096612865252&id=1281565507263&pagename=SiteCGE%2FNoticia%2FTplNoticia_cge&p=1096612865252&c=pa&tipo=Noticia

También se establece que los enfermeros que reúnan los requisitos necesarios en más de una especialidad tendrán la posibilidad de presentarse a los exámenes correspondientes para todas ellas

Con la publicación en el Boletín Oficial del Estado de la primera convocatoria de plazas de formación para las especialidades de Enfermería Familiar y Comunitaria, Enfermería Pediátrica y Enfermería Geriátrica el pasado 22 de septiembre, también se ha puesto fecha al plazo para solicitar el acceso excepcional al título de especia-

NOTICIAS RSEER

lista en dichas especialidades. Será el próximo 22 de marzo, según se establece en el Real Decreto 450/2005 de especialidades de enfermería, pues se dispone de seis meses para presentar la solicitud para dicho acceso excepcional según la Disposición Transitoria Segunda.

Gema Romero
Departamento de Comunicación
Madrid, 28-09-2010.

En esa disposición se establece que podrán acceder de forma excepcional al título de especialista aquellos enfermeros que, además de superar una Prueba de Evaluación de la Competencia, cumplan alguno de los siguientes requisitos:

- 1.- Haber ejercido las actividades propias de la especialidad durante 4 años.
- 2.- Haber ejercido las actividades propias de la especialidad durante 2 años justificando a su vez una formación continuada acreditada de al menos 40 créditos (obtenidos por el sistema de acreditación establecido en la Comisión Nacional de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud) en el campo de la respectiva especialidad. Esta formación se entenderá cumplida si el candidato acredita estar en posesión de un título de postgrado de carácter universitario que incluya una formación relacionada con la respectiva especialidad no inferior a 20 créditos ó 200 horas.
- 3.- Haber ejercido durante al menos tres años como profesor de escuelas universitarias de Enfermería y adscritas, en áreas de conocimiento relacionadas con la especialidad de que se trate, siempre que, además, se acredite al menos un año de actividad asistencial en actividades propias de la especialidad solicitada.

En todos los casos, la experiencia profesional sólo será computable hasta el 22 de septiembre de 2010, fecha de la convocatoria de las plazas de formación. Sin embargo, en el caso de la formación complementaria señalada en el punto 2, se seguirá computando hasta que finalice el plazo de presentación de solicitudes el próximo 22 de marzo de 2011.

Prueba de evaluación de la competencia

El 29 de julio de 2009 se publicaba en el Boletín Oficial del Estado las bases de la convocatoria de la prueba objetiva prevista en la disposición transitoria segunda que deben superar todos los candidatos al acceso excepcional al título por esta vía.

Su objetivo es constatar "que los aspirantes disponen de los conocimientos, habilidades y actitudes necesarios

para el adecuado ejercicio de la correspondiente especialidad de Enfermería".

La propia resolución establece que el calendario de las pruebas objetivas correspondientes a cada especialidad, cuya convocatoria también se publicará en el BOE, se aprobará a medida que concluyan los procedimientos de admisión de los solicitantes de las correspondientes especialidades. Además, el aspirante que haya sido admitido a la prueba objetiva para el acceso a una determinada especialidad, dispondrá de un máximo de dos convocatorias para superar dicha prueba.

También se establece que los enfermeros que reúnan los requisitos necesarios en más de una especialidad tendrán la posibilidad de presentarse a los exámenes correspondientes para todas ellas, aunque, si los superan deberán elegir la especialidad que desean, pues, por esta vía sólo se puede acceder a un único título de especialista.

Contenido y estructura de la prueba

Las preguntas versarán sobre las bases científicas y tecnológicas que se consideran necesarias para la práctica actualizada de la especialidad de que se trate, estando respaldadas por el programa formativo vigente de cada una de ellas. La prueba objetiva será escrita y constará de dos partes, que se realizarán en el mismo día.

La primera parte de la prueba consistirá en un cuestionario de 100 preguntas, más 10 de reserva, de tipo test de respuestas múltiples, de las que sólo una de ellas será válida. Dicha parte tendrá una duración de 2 horas. En la calificación de esta parte, se valorará con 1 punto cada respuesta correcta, se restará un 0,35 puntos por cada respuesta incorrecta, y se dejarán sin puntuar las preguntas que no hayan sido respondidas. El cuestionario de preguntas se valorará sobre una escala de 0 a 100 puntos.

La segunda parte se basará en el análisis de 5 casos clínicos referidos a la especialidad, que abarquen distintas situaciones clínicas que incluyan aspectos fundamentales del ejercicio profesional de la misma. Cada caso irá seguido de 5 preguntas, para cada una de las cuales se propondrán varias respuestas alternativas, de las que sólo una será la correcta. Dicha parte de la prueba tendrá una duración de 1 hora. En la calificación de esta parte se valorará con 4 puntos cada respuesta correcta, se restará 1 punto por cada respuesta incorrecta, y se dejarán sin puntuar las preguntas que no hayan sido respondidas.

Dicha valoración, sobre una escala de 0 a 100 puntos,

NOTICIAS RSEER

estará integrada por la suma de las puntuaciones que obtenga el aspirante en cada caso clínico, a cuyos efectos cada uno de ellos se valorará sobre una escala de 0 a 20 puntos.

La evaluación de la prueba objetiva del aspirante, sobre una escala de 0 a 200 puntos, estará integrada por la suma de las puntuaciones que obtenga el aspirante en cada una de las dos partes que la componen. La calificación final de cada aspirante será de "apto" o "no apto". Para ser considerado "apto", la puntuación mínima que el aspirante deberá tener es la de 40 puntos en cada una de las partes, siendo necesario que queden completados con al menos 100 puntos en la suma de ambas; en caso contrario, será considerado "no apto".

Más información

El Ministerio de Educación tiene habilitada una página web con toda la información y gestión on-line de este proceso en la siguiente dirección:

http://www.educacion.es/horizontales/servicios/gestion-titulos/estudios_universitarios/concesion-titulo-especialidades-salud.html

Enfermería tv, una televisión al servicio de los ciudadanos.

Por Sindicato de Enfermería SATSE

Publicada: 4/11/2010

Madrid, noviembre de 2010.- Enfermería tv comenzó ayer oficialmente su emisión a través de Internet con el objetivo de dar visibilidad al trabajo que desarrollan los profesionales de Enfermería en el sistema sanitario y en la mejora de la salud de la población. Es la primera televisión profesional de la Sanidad, y destinará un amplio bloque de sus contenidos a difundir consejos, recomendaciones y cuidados de salud a los ciudadanos, dirigidos por enfermeras. Se trata de que la sociedad conozca a fondo todo lo que la enfermera puede hacer por mejorar su estado de salud.

Enfermería tv se convierte así en una ventana para difundir el trabajo de las enfermeras dentro y fuera de España. Seis canales y 24 horas de programación se ponen al servicio de la enfermera y la sociedad, utilizando las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC). Actualidad, e-Salud, Mundo Laboral, Desarrollo Profesional, Video-formación y Cooperación son las áreas donde los usuarios pueden encontrar una televisión a la carta que se adapta en contenidos y hora-

rios a sus necesidades. También incorpora los avances de la web 2.0, favoreciendo la participación de la audiencia en el diseño de contenidos.

Enfermería tv tiene el firme compromiso de generar y transmitir un conjunto equilibrado de programas, con el fin de atender a las necesidades de acceso a la información que tiene la Enfermería. Por medio del trabajo orientado a la calidad, persigue obtener la confianza y credibilidad de la audiencia como un medio de comunicación que procura el beneficio de los profesionales y los ciudadanos.

Proyecto

El proyecto ha sido posible gracias al Sindicato de Enfermería, SATSE, y la Fundación para el Desarrollo de la Enfermería, FUDEN, que avalan desde su profundo conocimiento de la profesión el trabajo que desarrolla esta televisión. Con este nuevo medio de comunicación se pretende dar a conocer la actividad que están desarrollando las enfermeras en los centros sanitarios, favorecer el desarrollo de la profesión y hacer cada vez más estrecha la relación entre la enfermera y la sociedad.

Sanidad ultima el reglamento de fármacos para enfermería

Regulará la aprobación de los protocolos acordados por la OMC y el CGE Martínez Olmos asegura que entrará en fase de consultas en noviembre

MADRID |

Viernes, 12 de Noviembre de 2010

El Ministerio de Sanidad ultima la publicación del reglamento que regulará la aprobación de las guías de práctica clínica y asistencial y los protocolos específicos acordados por la Organización Médica Colegial y el Consejo General de Enfermería para determinar qué fármacos sujetos a prescripción médica podrán ser también indicados por los profesionales de enfermería. Así lo anunció la semana pasada el secretario general de Sanidad, José Martínez Olmos, que expresó ante la Comisión de Sanidad del Senado su intención de que el texto, que entrará en fase de consultas a lo largo del mes de noviembre, sea publicado lo antes posible.

Tal y como explicó el secretario general, el reglamento recogerá "los criterios, requisitos y condiciones para determinar los grupos de medicamentos o tratamiento farmacológico que pueden ser objeto de seguimiento protocolizado por parte de los enfermeros". Asimismo,

NOTICIAS RSEER

Martínez Olmos matizó que el documento con el que los profesionales de enfermería autorizarán el uso, indicación y dispensación de fármacos es la orden de dispensación, "y no la receta médica".

Por su parte, la portavoz del Partido Popular, María del Carmen Aragón Amunarriz, reclamó que se agilice la tramitación del mismo y criticó la falta de coordinación entre los órganos colegiados de profesionales que, en su opinión, ha dado lugar a numerosos malentendidos.

En este sentido, Martínez Olmos justificó las diferencias entre los colectivos: "Hay que tener en cuenta que en este momento estamos debatiendo con los agentes implicados sobre la operatividad de la norma y es lógico que haya puntos de vista diferentes sobre los que es preciso dialogar", subrayó.

En cualquier caso, el portavoz del ministerio no resolvió las dudas expresadas por la senadora de CiU, Núria Aleixandre, que trasladó la inquietud de una parte del colectivo de enfermería sobre si finalmente el ministerio realizará un listado de prescripción o no. El procedimiento de coordinación entre ambos colectivos que establecen las cortes a raíz de la modificación de la ley, incidió el secretario general, es la elaboración conjunta de los protocolos y guías de actuación clínica.

Martínez Olmos hizo hincapié en que la nueva regulación supone "una magnífica oportunidad para poner todavía más en valor el papel de los profesionales a la hora de abordar problemas de salud comunes y hacerlo en coordinación con los médicos", y añadió que se llevarán a cabo nuevas actuaciones que van a permitir definir un nuevo rol del profesional de enfermería.

Supervivientes

Al margen del debate, la senadora popular no perdió la ocasión para mostrar su alegría por la continuidad del secretario general en el ministerio: "Ha sobrevivido a cuatro ministros y a tres cambios ministeriales", espetó, criticando de soslayo la excesiva rotación en el Ministerio de Sanidad.

¿Cuáles son los más importantes Blogs de Enfermería en España?.

Por Editorial Medica Panamericana
Publicada: 17/11/2010

- Los blogs de los profesionales de enfermería españoles son cada vez más visitados en Internet, los más exitosos comparten un doble enfoque: técnico y humano
- El Product Manager Online de Editorial Médica

Panamericana, José Galán, ha realizado un nuevo estudio sobre los blogs de enfermería más visitados en España, que puede ver en su Blog o aquí

Para analizar los más importantes blogs de Enfermería de nuestro país, José Galán, se ha basado en varios parámetros: primero el PageRank o importancia que le da Google a las webs, esto viene dado por el número y sobre todo por la calidad de los enlaces, y se puede ver en el gráfico, en la barra verde de la parte superior del navegador. Otro ítem analizado es el ranking de estos blogs en el medidor Alexa que como indica wikipedia, provee información acerca de la cantidad de visitas que recibe un sitio. El tercer ítem es el google friendconnect o "fans" de estos blogs, y por último los seguidores en Twitter.

Según Alexa, el Blog más visitado es el de Lola Montalvo, quien presenta su sitio diciendo: "En este sitio opinaré, sin lugar a dudas, sobre los temas que conciernen directa o indirectamente a la Enfermería. Pero también hablaré de libros". Es un Blog dinámico, muy personal, que habla de la vocación de la enfermería, un Blog bien escrito, porque Lola Montalvo, además de ser enfermera de vocación también es escritora.

El Blog de más seguidores en Twitter es Ene. Revista de Enfermería el Blog de una revista de Enfermería puntera en investigación y análisis de la actualidad en el sector.

Finalmente, el Blog de más seguidores en Google Friend Connect es enfermería avanza que ya se ganó en 2007 el premio al mejor blog de enfermería: "Los continuos cambios a los que afortunadamente se ve sometida la Enfermería actual, nos obliga a estar constantemente actualizados sobre las innovaciones técnicas, la enfermedades emergentes, la evidencia científica. Porque la Enfermería avanza, los profesionales avanzamos con ella".

La prevalencia, diagnóstico y tratamiento de la EPOC es desigual en España

MADRID, 15 Nov. (EUROPA PRESS) -

El estudio 'Las diferencias geográficas en la distribución de la EPOC en España', llevado a cabo por la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR), demuestra que existe variabilidad geográfica entre comunidades autónomas en cuanto a la prevalencia, el diagnóstico y el tratamiento de la EPOC en España.

NOTICIAS RSEER

La investigación dirigida por el doctor Joan B. Soriano según el estudio EPI-SCAN demuestran la elevada prevalencia de la EPOC en España. La patología afecta a un total del 10,2 por ciento de la población entre 40 y 80 años afectada, es decir, más de 2,1 millones personas. De ellas, un 15,1 por ciento son hombres y un 5,7 por ciento mujeres.

En líneas generales, el paciente tipo de EPOC se ha "rejuvenecido", con una media de edad de diagnóstico de cincuenta años y se ha "feminizado", ya que tiende a igualarse por sexos, como consecuencia del aumento del tabaquismo en mujeres a partir de la década de 1970.

EPI-SCAN ha contado con la colaboración de casi cuatro mil participantes y ha analizado datos recogidos entre 2006 y 2007 correspondientes a 11 áreas: Barcelona, Burgos, Córdoba, Huesca, Madrid (2), Requena, Oviedo, Sevilla, Valencia, Vic (Barcelona) y Vigo. Las nuevas cifras revelan que la distribución geográfica de la EPOC presenta variaciones significativas, siendo más elevada en Oviedo (16,9 por ciento) y Barcelona (14,8 por ciento) y menor en Burgos y Sevilla con un (6,2 y 8,1 por ciento, respectivamente).

Según los expertos, las variaciones son notables y es difícil encontrar una explicación simple, puesto que en áreas muy próximas ya hay diferencias notables. Por ejemplo entre Sevilla (8,1 por ciento) y Córdoba (12,4 por ciento), e incluso entre los participantes de una misma ciudad como en Madrid-La Paz 8,3 (por ciento) y Madrid-La Princesa 13,7 (por ciento).

Asimismo, se observan también diferencias geográficas en el infradiagnóstico y el infratratamiento, dos fenómenos muy frecuentes en la EPOC. La media de infradiagnóstico es del 73 por ciento con una variabilidad que va del máximo en Madrid con el 82 por ciento al mínimo en Requena con el 58,6 por ciento.

Por su parte, el infratratamiento tiene una media de 54 por ciento, oscilando del 72,5 por ciento de Barcelona al 43 por ciento de Huesca o el 44 por ciento de Sevilla.

Según Soriano "medir un problema de Salud Pública es el primer paso para solucionarlo. Extrapolando estos datos a la población general, hay más de un millón y medio de personas en España con EPOC aún sin diagnosticar. La colaboración estrecha de Neumología con Enfermería, Atención Primaria y Medicina Interna es fundamental para aunar esfuerzos y atajar este problema".

ESTUDIO COMPARATIVO

Los investigadores EPI-SCAN exploraron estas variaciones geográficas con la exposición secular al tabaco e incluso con las tasas de mortalidad por EPOC publicadas en la Comunidad Autónoma respectiva. Sin embargo, aún controlando por la distribución por edad y sexo de cada

área, no existe correlación con estas variables. Las causas deben tener pues relación con una combinación de éstas u otras variables no estudiadas, como hábitat rural o urbano, exposiciones ambientales o laborales, etc.

Finalmente, con los datos de EPI-SCAN se ha realizado también un estudio comparativo con el anterior estudio multicéntrico poblacional sobre EPOC en España, realizado en 1997 y conocido como IBERPOC. A pesar de que ha transcurrido una década, el infradiagnóstico de la enfermedad no ha mejorado substancialmente, ya que sólo ha disminuido en cinco puntos, pasando del 78 al 73 por ciento.

Sin embargo, las cifras si han mejorado una vez diagnosticada la EPOC. En este sentido, el infratratamiento ha pasado del 81 por ciento en 1997 al 54 por ciento actual. Además, en el infratratamiento de la EPOC grave se ha bajado del 50 al 10 por ciento. Y en prevención secundaria o diagnóstico precoz mediante espirometría, también se ha producido una mejora substancial al pasar del 17 al 59 por ciento actual.

El ambiente húmedo favorece la cicatrización de las heridas crónicas, según estudio

VALENCIA, 15 Nov. (EUROPA PRESS) -

Una tesis de un investigador del Hospital General de Valencia y profesor en la Facultad de Enfermería de la Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir (UCV) sobre la curación de úlceras y heridas crónicas ha concluido que "el ambiente húmedo favorece su cicatrización".

La tesis, realizada y defendida en la UCV por Federico Palomar Llatas, que es coordinador de la Unidad de Úlceras y Heridas del Hospital General de Valencia, ha obtenido la calificación de sobresaliente 'cum laude', según ha informado el Arzobispado en una nota.

El trabajo, titulado 'Evolución de la cura tópica en úlceras y heridas 'con diferentes tratamientos. Estudio comparativo de casos clínicos', dirigido por los profesores de la UCV Germán Cerdá y Vicente Oliver, refleja, entre otras cuestiones, que "las úlceras y heridas son mayores en el sexo femenino, y principalmente, las de etiología venosa, úlceras por presión y heridas agudas".

Palomar ha centrado su investigación en la "incidencia de distintos tipos de heridas en la integridad cutánea" y ha defendido, como principal conclusión, "que los tiempos de cicatrización llegan a reducirse a más de un cincuenta y seis por ciento si se realiza la cura en un ambiente húmedo".

Asimismo, el experto ha argumentado que, "si con los

NOTICIAS RSEER

apósitos empleados en la cura se mantiene cierto grado de humedad, se acelera notablemente el proceso de cicatrización en cualquier tipo de herida".

El estudio de Federico Palomar Llatas comprende el análisis de tres tipos de heridas crónicas, como son las de origen venoso, el pie diabético neuropático y las úlceras por presión, y, por otra, las heridas agudas, "que abarcan desde quemaduras a heridas quirúrgicas o las provocadas por accidentes diversos, que si no son tratadas debidamente, se pueden cronificar", ha subrayado.

Por esta razón, Palomar ha advertido de la importancia de "investigar los diferentes tratamientos que deben llevarse a cabo con este tipo de lesiones, puesto que hay que tener presente que las heridas no solamente abarcan al paciente sino que son un signo que enmascara o señala una patología dominante, que es la causante de la floración de estas úlceras". De este modo, "tendremos asumido que el tratamiento de las mismas es multidisciplinar y que los profesionales deben actuar según la etiología", ha añadido.

En este sentido, el investigador se ha referido al Máster Universitario en Deterioro de la Integridad Cutánea que imparte la Universidad Católica de Valencia, este año en su cuarta edición, "porque las úlceras hay que tratarlas desde su origen, ya que, si se desconoce qué la ha causado, y no se sabe distinguir la causa de las heridas, por mucho tratamiento que se aplique no se podrán curar", ha afirmado.

MÁS DE 600 CASOS

En su trabajo, desarrollado en la Unidad de Úlceras y Heridas del Hospital General de Valencia, Palomar ha investigado 684 casos clínicos de úlceras de distinta etiología, recogidos durante 2007 y 2008.

La tesis ha sido defendida en el Campus de Valencia-Santa Úrsula de la UCV y ha sido calificada con sobresaliente 'cum laude' por un tribunal presidido por José Miguel Fortea, de la Universidad de Valencia; Carlos Guillén, y Onofre Sanmartín, ambos del Instituto Valenciano de Oncología; y Joaquín Todolí y Severiano Marín, médicos del Hospital General de Valencia.

Un estudio alerta del alto 'burn-out' en Enfermería SEVILLA, 11 Nov. (EUROPA PRESS) -

Un estudio elaborado entre enfermeros escogidos al azar en el Hospital de Alta Resolución de Écija (Sevilla), aunque extensible a la mayoría de centros hospitalarios del país, advierte del elevado número de casos de estrés

laboral que sufren estos profesionales.

Según revela este trabajo, al que ha tenido acceso Europa Press, el problema del burnout se ha detectado "en la mayoría de los profesionales escogidos al azar" para la realización de esta investigación e "independientemente" de que su labor fuese de tipo asistencial, supervisora, investigadora o de cualquier otro índole.

Entre los principales resultados de esta investigación, que se ha presentado recientemente en unas jornadas de la Fundación Progreso y Salud, destaca la edad media de aparición de estos casos de burnout, también conocido como 'síndrome del profesional quemado', que se ha situado en los 34,6 años de edad.

En cuanto a las puntuaciones medias obtenidas a través del cuestionario MBI --'Inventario Burnout de Maslach', uno de los más utilizados para analizar este tipo de cuestiones--, los enfermeros que contestaron al mismo refirieron un cansancio emocional de 35,25 puntos, lo que significa un alto nivel de burnout.

En concreto, en la subescala de cansancio emocional del cuestionario MBI las puntuaciones de 27 o superiores refieren un alto nivel de burnout, mientras que el intervalo comprendido entre 19 y 26 corresponden a puntuaciones intermedias y por debajo de 19 a niveles bajos de estrés laboral.

Este trabajo desvela, igualmente, que el nivel de despersonalización de las tareas que desempeñan estos profesionales también fue alto al obtenerse una media de 15,10 puntos. En esta subescala, puntuaciones superiores a 10 serían nivel alto, de 6 a 9 medio y menor de 6 se considera que el grado de despersonalización es bajo.

En cuanto a la subescala de la realización personal, la tercera gran variable que mide el cuestionario MBI, se obtuvo una media de 28,10 puntos, de lo que se desprende una baja realización personal por parte del profesional. Esta última subescala funciona a la inversa que las dos primeras, de tal forma que de 0 a 30 puntos se pone de manifiesto una baja realización personal, de 34 a 39 intermedia y superior a 40 sensación de logro.

A la vista de estos resultados, los autores de este trabajo abogan por poner en marcha medidas correctoras que resuelvan este aumento del síndrome del quemado, del que recuerdan que "más que un estado es un proceso progresivo de desgaste laboral y falta de logros".

Para tal fin, proponen implicar, además de a los enfermeros, a las direcciones de Enfermería de los centros sanitarios, así como a los servicios de Prevención de Riesgos Laborales.

BOLSA DE TRABAJO

Categoría: Enfermería

Sub categoría: Ofertas de empleo

Título: Se necesitan cubrir puestos de enfermer@s en Paris

Nombre / e-mail / Empresa
seleuropa@gmail.com

Especialidad: Enfermería

Detalles:

Más información: Empresa de selección de profesionales sanitarios, selecciona enfermeros para Clínica en el centro de Paris. Las condiciones generales son 1900 euros netos, alojamiento facilitado por el centro y gratuito el primer mes. Los requisitos son tener un nivel bueno de francés, experiencia de un año en quirófano, nacionalidad de la Unión Europea y tener la diplomatura de Enfermería.

Si estás interesado envíanos tu currículum a:

seleuropa@gmail.com

Esperamos tu respuesta,

Arzhéla LE MAITRE

Esther Casero

Información del anuncio:

Fecha de publicación 11 Oct 2010

Visitas 17

Fuente: http://www.portalesmedicos.com/empleo_formacion_medicina_salud/ads_item.php?id=5617&sid=da b49e0d377b57397456cd0bf0b85497

Categoría: Enfermería

Sub categoría: Ofertas de empleo

Título: Se necesitan cubrir puestos de enfermer@s a las af

Nombre / e-mail / Empresa
seleuropa@gmail.com

Especialidad: Enfermería

Detalles:

Más información: Empresa de selección de profesionales sanitarios, selecciona enfermeros para Clínica de psiquiatría a las afueras de Paris. Las condiciones generales son 1500 euros netos, alojamiento facilitado por el centro y gratuito el primer mes. Los requisitos son tener un nivel medio de francés, nacionalidad de la Unión Europea y tener la diplomatura de Enfermería. Valorable experiencia.

Si estás interesado envíanos tu currículum a seleuropa@gmail.com

Esperamos tu respuesta,

Arzhéla LE MAITRE

Esther Casero

Información del anuncio

Fecha de publicación: 11 Oct 2010

Visitas 22

Fuente: http://www.portalesmedicos.com/empleo_formacion_medicina_salud/ads_item.php?id=5616&sid=da b49e0d377b57397456cd0bf0b85497

DUE UCI/NIDOS

Ver Artículo Original

Zaragoza (Zaragoza)

Empresa: Grupo Hospitalario Quirón

Descripción: Hospital Quiron Zaragoza precisa incorporar: ****DUE UCI /NIDOS****

Precisamos: -Diplomatura en Enfermería, se valorará formación específica en UCI/Nidos. -Imprescindible experiencia de al menos 1 ...

Requisitos: Diplomado - Enfermería

Contrato: Otros contratos

Jornada: Completa

13-10-2010 *Fuente:*

<http://www.enfermeria.org/empleo.php>

DUE Tardes (Sustitución)

Ver Artículo Original

Barcelona (Barcelona)

Empresa: Compañía Nacional de Servicios Sanitarios

Descripción: Compañía nacional de servicios sanitarios precisa incorporar una DUE para su Clínica de Barcelona, mediante contrato temporal en horario de tardes de 15 a 21 hrs de lunes a viernes. Entre sus ...

Requisitos: Diplomado en Enfermería.

Contrato: De duración determinada

Jornada: Parcial - Tarde

Salario: 18000 Bruto/año

13-10-2010

fuelle: <http://www.enfermeria.org/empleo.php>

ENFERMEROS/AS GRUPO HOSPITALARIO UK

Ver Artículo Original

Varias Localidades Uk (Madrid)

Empresa: CLR-Healthjob

Descripción: CLR-Helathjob, en colaboración con Pinnacle International, tiene previsto llevar a cabo entrevistas presenciales el día 17 de NOVIEMBRE en MADRID para un importante grupo hospitalario privado de ...

Requisitos: -Mínimo 2 años de experiencia en Operating Theatres -Mínimo 1 año de experiencia en Surgical Wards -Se considerarán candidatos con 6 meses de experiencia

BOLSA DE TRABAJO

si tienen nivel de inglés elevado y de otras especialidades -Nivel de inglés MUY ALTO en todos los casos

Contrato: Indefinido

Jornada: Completa

Salario: 24000 Bruto/año

13-10-2010

fuelle: <http://www.enfermeria.org/empleo.php>

DELEGADO COMERCIAL - hosp. y atención primaria

Ver Artículo Original

Sevilla (Sevilla)

Empresa: Field Marketing Management

Descripción: Importante multinacional del sector farmacéutico busca un delegado de ventas para la zona de Andalucía. Dependiendo del departamento comercial, se encargará de comercializar los productos y ...

Requisitos: REQUISITOS MINIMOS * formación en el sector sanitario (enfermería, farmacia, ciencias de la salud) * claro perfil comercial * iniciativa y actitud positiva * ganas de desarrollar una carrera profesional en el sector * edad entre 23 y 30 años * carnet de conducir y coche propio imprescindible REQUISITOS DESEADOS * se valorará experiencia previa en el sector * conocimientos informáticos a nivel usuario

Contrato: Otros contratos

Jornada: Completa

Salario: 21000 Bruto/año

13-10-2010

fuelle: <http://www.enfermeria.org/empleo.php>

ATS - DUE (Proyecto Dias Suelto) Urge

Ver Artículo Original

Madrid (Madrid)

Empresa: Consultoria de RRHH

Descripción: Importante empresa de Externalización de Servicios solicita un profesional del sector sanitario para la Comunidad de Madrid: ATS DUE Que desarrolle puntual e intermitentemente controles de ...

Requisitos: - Diplomado en Enfermería - Experiencia mínima 1 año como enfermero/a. - Ideal profesional en activo para compaginar empleos. - Disponibilidad Total para acudir al servicio en cuanto se le avise en franja de 9-16h hasta final de año de lunes a domingo (si fuera necesario) - Vehículo propio imprescindible

Contrato: Otros contratos

Jornada: Intensiva - Mañana

11-10-2010

fuelle: <http://www.enfermeria.org/empleo.php>

DOCENTE CURSO PRIMEROS AUXILIOS

Ver Artículo Original

Onda (Castellón/Castelló)

Empresa: Grupo SGS España - Zona Este

Descripción: SGS, necesita incorporar un docente para un Curso de Primeros Auxilios, se requiere formación de ATS, enfermería... y experiencia en docencia de adultos.

Jornada: Parcial - Tarde

08-10-2010

fuelle: <http://www.enfermeria.org/empleo.php>

VOLUNTARIOS PARA ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN DE VIH/SIDA

Nº plazas: 5

Institución convocante: ACULCO (Asociación Sociocultural y de Cooperación al Desarrollo por Colombia e Iberoamérica), <http://www.aculco.org/>

Requisitos: estudiantes o Licenciados en ciencias sociales en general, enfermería, medicina...

+Información: <http://www.hacesfalta.org/oportunidades/presencial/detalle/?idOportunidad=73751>

**Plazo de presentación:* 31/12/10

Fuente: [hacesfalta.org](http://www.hacesfalta.org)

VOLUNTARIO FISIOTERAPIA PARA PERSONAS CON ENFERMEDADES NEUROMUSCULARES

Nº plazas: 4

Institución convocante: ASEM Comunidad Valenciana, <http://www.asemcv.org/>

+Información: <http://www.hacesfalta.org/oportunidades/presencial/detalle/?idOportunidad=74582>

Plazo de presentación: 15/01/11

Fuente: [hacesfalta.org](http://www.hacesfalta.org)

ACTOS CIENTÍFICOS

Congresos

IV JORNADAS NACIONALES DE ENFERMERÍA EN CUIDADOS PALIATIVOS

-Valencia, 10-11 de marzo de 2011.
-Convoca: Asociación Española de Enfermería en Cuidados Paliativos
+Información:
<http://www.4enfermeriacuidadospaliativos.com/>
Fuente: Metas

IOC WORLD CONERENCE ON PREVENTION OF INJURY & ILLNESS IN SPORT

-Montecarlo, Mónaco, 7-9 de abril de 2011.
-Organiza: Comité Olímpico Internacional
+Información:
<http://www.ioc-preventionconference.org/>
Fuente: Archivos de Medicina del Deporte

VI WORLD CONGRESS INTERNATIONAL SOCIETY OF PHYSICAL & REHABILITATION MEDICINE, ISPRM 2011

-San Juan, Puerto Rico, 12-16 de junio de 2011.
+Información: <http://www.isprm2011.org/>
Fuente: Archivos de Medicina del Deporte

XI CONFERENCIA IBERO-LATINOAMERICANA DE EDUCACIÓN EN ENFERMERÍA

-Coimbra, Portugal, 19-23 de septiembre de 2011.
+Información:
http://www.aladefe.org/index_files/paraLADEFE/x.htm
Fuente: ALADEFE

X Reunión de Invierno Conjunta Áreas Separ

Organizado por: Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (Separ)
Lugar de celebración: Córdoba
Fecha de inicio: 28-01-2011
Fecha de finalización: 29-01-2011
Más información: CM Balmes, 74, 1º 1ª
08007 Barcelona
Web: <http://www.separ.es>
Teléfono: 933 185 734
Fax: 933 424 147
E-mail: bcmedic@bcmedic.com

8th Biennial Conference of ACENDIO

Organizado por: Association for Common European Nursing Diagnoses, Interventions and Outcomes (Acendio)
Lugar de celebración: Madeira (Portugal)
Fecha de inicio: 25-03-2011
Fecha de finalización: 26-03-2011
Más información: ACENDIO Secretariat, School of Nursing and Midwifery,
Trinity College Dublin, 24 D'Olier Street,
Dublin 2. Ireland
Web: <http://www.acendio.net/Conference11/home.htm>
E-mail: secretariat@acendio.net

Cursos

MASTER COUNSELLING HUMANISTA INTEGRATIVO

-Alcalá de Henares y Madrid: 3 de enero de 2011-15 de diciembre de 2011.
-Organiza: Universidad de Alcalá. Escuela Universitaria de Enfermería - Instituto Galene de Psicoterapia
-Dirigido a: aquellos profesionales que trabajen en la relación de ayuda, áreas sanitarias, sociales, culturales, de prevención, mediación o actividades humanitarias tales como: trabajadores sociales, diplomados en enfermería, pedagogos, mediadores, orientadores familiares, maestros, ONG's, abogados de familia, psicopedagogos, psicólogos, médicos, que quieran formarse profesionalmente como counsellors.
+Información:
https://portal.uah.es/portal/page/portal/estudios_propios/estudios/2010-11/salud/master/COUNSELLING%20HUMANISTA%20INTEGRATIVO
Fuente: correo directo

MASTER COUNSELLING HUMANISTA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES

-Alcalá de Henares y Madrid, 17 de enero de 2011-15 de diciembre de 2011.
-Organiza: Universidad de Alcalá. Escuela Universitaria de Enfermería - Instituto Galene de Psicoterapia
-Dirigido a: profesionales que trabajen en la relación de ayuda, áreas sanitarias, sociales, culturales, de prevención, mediación o actividades humanitarias tales como: trabajadores sociales, diplomados en enfermería, pedagogos, mediadores, orientadores familiares, maestros, ONG's, abogados de familia, psicopedagogos, psicólogos, médicos, que quieran formarse profesionalmente como

ACTOS CIENTÍFICOS

counsellors.

Fuente: correo directo.

+Información:

https://portal.uah.es/portal/page/portal/estudios_propios/estudios/2010-11/salud/master/COUNSELLING%20HUMANISTA%20DE%20NI%D10S%20Y%20ADOLESCENTES

Fuente: correo directo

Premios

PREMIOS ULYSSES DE INVESTIGACIÓN 2010.

-Plazo de presentación: 25 de febrero de 2011.

-Categorías:

- Premio a la investigación para médicos especialistas.
- Premio a la investigación para médicos especialistas en formación (residentes).
- Premio al desarrollo complementario de la formación médica (estudiantes de medicina y enfermería).
- Premio a la Mejor Tesis Doctoral.

+Información:

<http://www.juntadeandalucia.es/fundacionprogresoysalud/difusion-convocatorias/index.php?cv=916&y=2010>

Fuente: Fundación Progreso y Salud

PREMIOS REINA SOFÍA CONTRA LAS DROGAS 2010.

-Plazo de presentación: 31 de enero de 2011.

-Objeto: galardones convocados para el ámbito nacional y el ámbito iberoamericano cuyo objetivo es el conocimiento del trabajo en diferentes áreas y facetas contra las drogas en las siguientes modalidades: "Labor Social", "Medios de Comunicación Social", "Prevención en el ámbito Educativo y Comunitario" e "Investigación y ensayo".

+Información:

<http://www.juntadeandalucia.es/fundacionprogresoysalud/difusion-convocatorias/index.php?cv=917&y=2010>

Fuente: Fundación Progreso y Salud

II MECENAZGO GRUPO VÉRTICE PARA AUTORES: Innova y crea en la formación.

-Plazo de presentación: 31 de enero de 2011.

-Objeto: concurso con el que pretende dar la oportunidad a nuevos autores para que elaboren sus propios contenidos didácticos, premiando así a aquellos que sean capaces de afrontar los retos del actual panorama económico- social, y en consecuencia las nuevas necesidades formativas.

-Dirigido a: Docentes de cualquier nivel del sistema educativo y de la formación continua u ocupacional. Profesionales expertos de cualquier sector productivo. Licenciados o Diplomados Universitarios.

+Información:

<http://www.fundacionvertice.org/IImecenazgo-en-grupo-vertice.html>

Fuente: correo directo

VIII PREMIOS DE INVESTIGACIÓN ANESM

-Plazo de presentación: 31 de diciembre de 2010.

-Convoca: Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental.

+Información: <http://www.anesm.net/>

Fuente: Rol

VII Premios de Enfermería Santiago Martín Jarauta

Organizado por: Colegio de Enfermería de Huesca

Fecha de inicio: 17-11-2010

Fecha de finalización: 01-03-2011

Dotación: Premio trabajo de investigación: 1.800 euros

Premio proyecto de investigación: 700 euros

Más información: Colegio de Enfermería de Huesca, Avenida Juan XXIII, 5, 22003 Huesca

Web:

<http://www.colegioenfermeriahuesca.org/premio.asp>

Teléfono: 974 213 068

Fax: 974 214 286

E-mail: coleg22@enfermundi.com

ENLACES INTERNET

www.nursingworld.org/about/

<http://www.cna-nurses.ca/cna/>

www.aamatronas.org/

www.matronas-cv.org/

www.serie.es

www.aeev.net

www.aep.es

www.enfermeriadeurgencias.com

www.seden.org

www.gneaupp.org

www.enfermeriacomunitaria.org

<http://www.enfersalud.com/>

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

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

<http://www.guiadeenfermeria.com>

www.hon.ch/MedHunt

www.lib.uiowa.edu/hardin/md

www.doc6.es/index

www.isciii.es/investen

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

www.ncbi.nlm.nih.gov/Pubmed

www.scu.edu.au/schools/nhcp/aejne/

www.enfermeriacomunitaria.org/boletin/BEC.html

www.cfnavarra.es/salud/publicaciones/ESPEJO/SUMARIO.HTM

www.enfermeriaencardiologia.com/revista/

www.um.es/eglobal/

www.oiiq.org/publications/periodiques.asp

www.medspain.com

freemedicaljournals.com

www.icn.ch

www.who.int

www.internationalmidwives.org

www.ocenf.org

www.msc.es

www.hon.ch/HONmedia

www.mic.ki.se/Mediaimages.html

www.caribjsci.org/epub1/temario.htm

www.infodoctor.org/bandolera

www.index-f.com/evidencia.htm

www.seei.es/web-socios/ebe/index.html

www.infermeriactiva.org

<http://www.elsevier.es>

www.seei.es

<http://www.medicinatv.com/>

<http://medinfo.ufl.edu/>

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

www.alar-dxi.org

ENLACES INTERNET

Otras Asociaciones de Enfermería

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

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

Asociación de Enfermería Comunitaria
www.enfermeriacomunitaria.org

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

Varios sobre enfermería y sus asociaciones
www.enfermeria.com

Otros Portales

Red de Enfermería
www.redenfermeria.com

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

Busqueda

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

Bdie
bdie.isciii.es/buscador_BDIE.htm

Revistas electrónicas de acceso libre y texto completo

Enfermería Integral
www.enfervalencia.org/ei/

Nurse-Beat
www.nurse-beat.com/

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

Otros Organismos

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

Imágenes Médicas

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

Enfermería TV
www.enfermeria.tv

Diccionarios y glosarios.

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

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

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

Otras direcciones de interés

Revista Metas de Enfermería
www.metas.org

Revista Rol
www.readysoft.es/rol

Revista Hiades
www.arrakis.es/~hiades

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

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

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

Tomografía Computerizada
www.xtec.es/~xvila

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

Radiaciones Ionizantes
www.alar-dxi.org

INFORMACIÓN PARA LOS AUTORES

INFORMACIÓN PARA LOS AUTORES

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

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

PRESENTACIÓN DEL MANUSCRITO

Estructura

1. Artículos Originales.

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

2. Cartas al Director.

La extensión máxima será de 600 palabras.

3. Imágenes de interés.

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

4. Formación Continuada, Informes y Editoriales.

Son encargadas directamente por Comité Editorial.

Artículos Originales

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

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

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

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

3. Seguidamente se incluirán las tablas ordenadas correlativamente.

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

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

Bibliografía

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

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

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

Remisión de trabajos

Los trabajos pueden remitirse por vía electrónica a través del correo electrónico: jcordero@enfermeriaradiologica.org

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

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

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

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

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

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

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

SOLICITUD DE INGRESO

(No escribir)

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

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

NIF

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

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

Teléfono

Población

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

Código Postal

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

Móvil

Colegio Oficial de (Profesión)

Población

Número Colegiado

e-mail (escribir en mayúsculas)

Lugar de trabajo

Demanda:

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

Expone:

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

Comunica:

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

Solicita:

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

Nombre entidad bancaria

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

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

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

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

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

Firma (y sello en caso de Empresas)

Fecha solicitud

1. Entidades o Empresas protectoras

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

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

2. Clases de miembros

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

(Rellenar solamente en caso de Miembros Asociados y Agregados)

Avalado por:

Nombre y Apellidos	Firma:
Nombre y Apellidos	Firma: