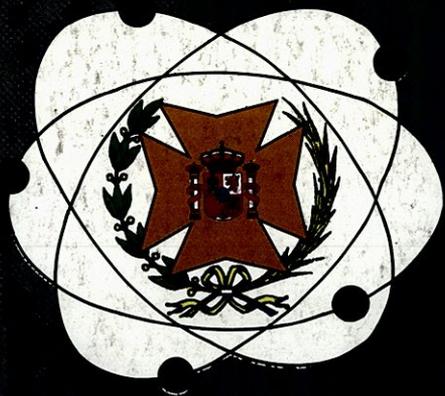


ER

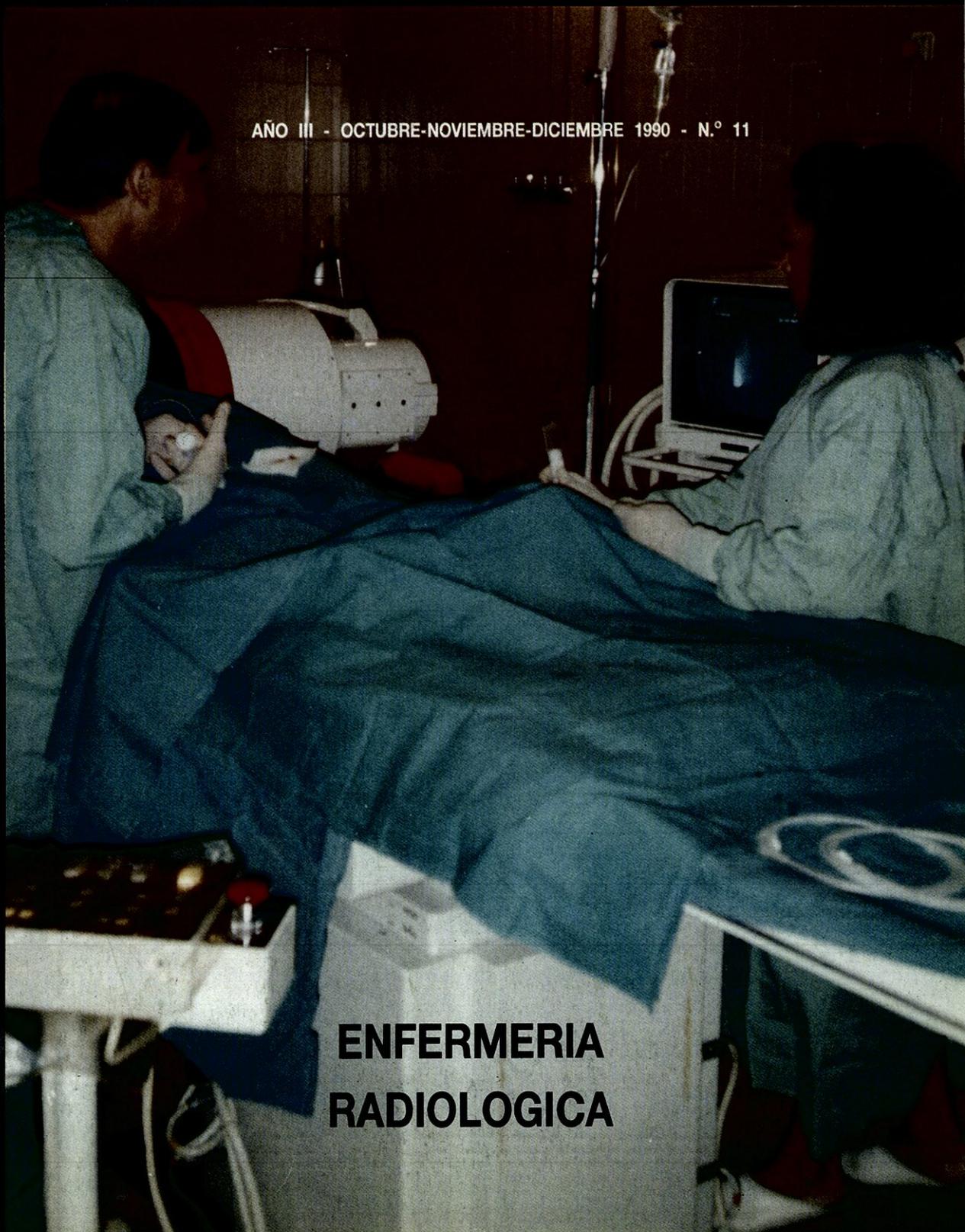


RADIO LOGICA

REVISTA OFICIAL DE LA FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE ASOCIACIONES DE ENFERMERÍA RADIOLÓGICA

AÑO III - OCTUBRE-NOVIEMBRE-DICIEMBRE 1990 - N.º 11

ENFERMERIA



ENFERMERIA
RADIOLOGICA



**La Revista Enfermería Radiológica os desea
unas Felices FIESTAS**

Pag. 1

SUMARIO

Pag. 3

EDITORIAL. *Publisher*



Pag. 5

Estudio Dinámico de T.A.C. Metodología. *Dynamic Study of Computerized, Axial Tomography (C.A.T.)*

Por:

- **Jesús Manuel Fernández Marín.**

- **Rafaela M^a Pérez López.**

- **José Claudio Bejarano Flores.**

- **Jorge Manuel Garín Ferreira.**



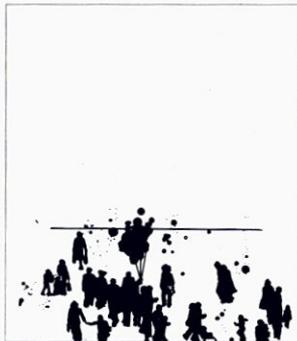
Pag. 9

Educación Sanitaria. La Radiología al alcance del usuario. *Sanitary Education. Radiology to reach of the user.*

Por:

- **M^a Pilar Darriba Rodríguez.**

- **Margarita Iglesias Díez**



Pag. 13

La Enfermería en la Angiografía por Sustracción Digital Vía Intravenosa. *Nursing about Angiography by Digital Substraction (I.V. Procedure).*

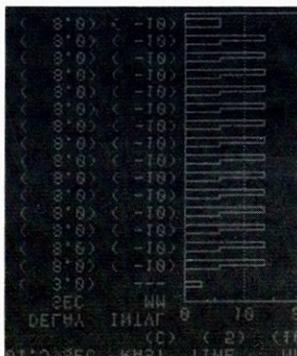
Por:

- **J. González Sánchez.**

- **B. Torrecilla Bautista.**

- **E. Ballesteros.**

- **P. Isidro García.**



Pag. 23

NOTICIAS F.E.A.E.R.. *FEAER News.*

Por:

- **Manuel Zambrano Bono**



Pag. 26

CRONICA DE ASOCIACIONES. *Cronicles of Associations.*

Por:

- **Francisco Rodríguez Ferrer.**



Pag. 27

TRIBUNA ABIERTA. *Open Sessions*

Por:

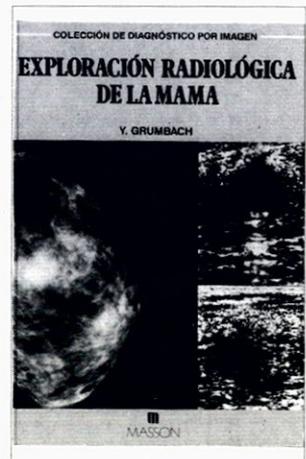
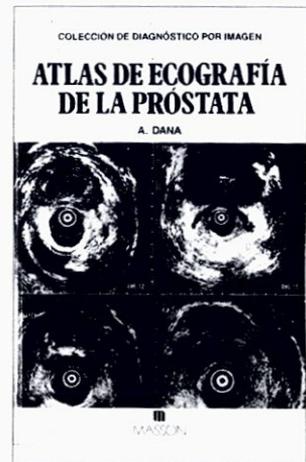
- **Antonio Muñoz Vinuesa.**

Pag. 28

CRITICA DE LIBROS. *Books Review.*

Por:

- **Enrique Gómez Núñez**



Protocolo

A.-Los trabajos serán enviados por duplicado, incluyendo: texto, esquemas, fotografías y leyendas de las mismas.

B.-Los trabajos serán mecanografiados a doble espacio en folios DIN A-4, con márgenes amplios e indicando el nombre, firmante y nº de páginas.

C.-En primera página se indicará: título del trabajo; apellidos y nombre del/los autores; nombre del centro de trabajo; nombre y dirección de la persona a la que se deba dirigir la correspondencia; especificación de si el trabajo ha sido presentado en alguna jornada, congreso o publicado anteriormente.

D.-En página siguiente se detallará:

- Resumen del trabajo.
- Conclusiones del mismo.

E.-Las fotografías o diapositivas irán acompañadas de:

- Identificación del ángulo superior derecho.

- Los pies de la figura se presentarán mecanografiados a doble espacio en folio aparte.

- Las tablas o esquemas llevarán un título y un número de orden.

- Será obligado referenciar la bibliografía consultada con el nombre del autor, título, editorial y año.

F.-Los dos ejemplares enviados en un mismo sobre, serán remitidos a la Secretaría General de la Publicación, calle Infanta Luisa de Orleans nº 10, 41004 SEVILLA.

G.-El autor recibirá: acuse de recibo; comunicación de la aceptación o no del trabajo y de los posibles cambios a realizar, en su caso, para su publicación.

H.-Todos los trabajos publicados quedarán en propiedad de la Editorial, en este caso la F.E.A.E.R., no pudiendo ser publicados sin autorización expresa de la misma.

I.-Enfermería Radiológica se envía gratuitamente a todos los miembros de la F.E.A.E.R.

Ateneología

ENFERMERIA RADIOLOGICA es la Revista Oficial de la Federación Española de Asociaciones de Enfermería Radiológica. Nuestra idea es dar a conocer nuestras inquietudes científicas, promover la investigación y servir de portavoz de la F.E.A.E.R. a sus asociados, en aquellos temas relacionados con su especialidad.

Ficha Técnica

ENFERMERIA RADIOLOGICA

Dirección:
Manuel Zambrano Bono.

Jefe de Redacción:
Ricardo Bonilla Martínez.

Secretaría General:
Ricardo Bonilla Martínez.

Administración y R. Publicitarias:
Enrique Gómez Núñez.

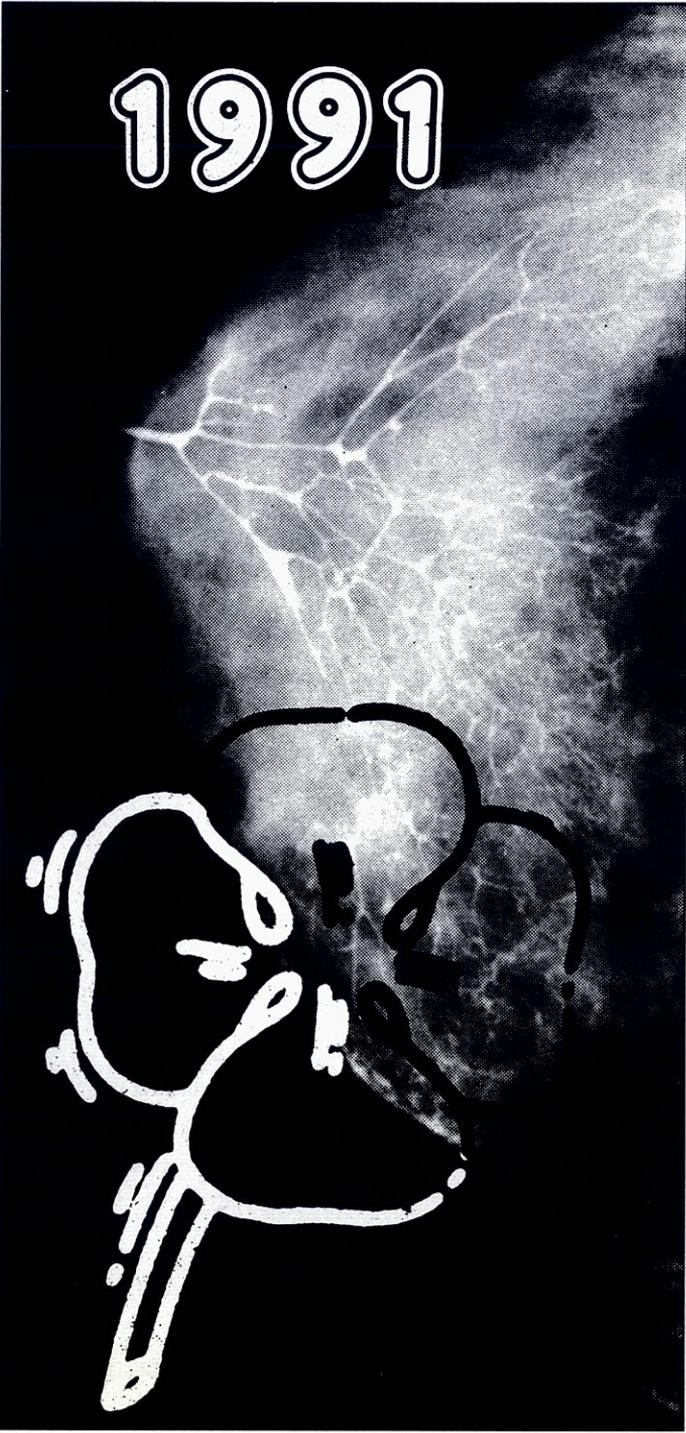
Redactores:
Micaela Madueño Gómez, Concepción Fernández Martín y Francisco Padilla Filloy.

Departamento Internacional:
Gonzalo Haro Madero.

Departamento Suscripciones:
José Zamorano Domínguez.

Comité Asesor:
Angel Castaño Solana, Carmen Najara Vela, Fco. Javier Laspra Montero, Genma López Menchero, Oscar Flores García, Bernardo Trujillo Martínez, Eduardo Jordán Quinzano, Francisco Faus Gabande, Ramón Hernández

(1990) Federación Española de Asociaciones de Enfermería Radiológica. Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, en cualquier forma o medio, sin la autorización expresa de la F.E.A.E.R.
ENFERMERIA RADIOLOGICA se distribuye a: Los Profesionales de Enfermería Radiológica del País y los de la C.E. y Canadá.
Inscrita en el Registro Propiedad Intelectual.
Publicación autorizada por el Ministerio de Sanidad y Consumo, como soporte válido. Reg. S.V. 88021 R.
Depósito Legal: GR.336-1988.
Impreso por ... Gráficas del Guadalquivir, S. A. (95) 451 39 88



1991

QON este número de diciembre, terminamos un año en el que la Enfermería Radiológica, sin haber obtenido aún el reconocimiento de su labor, por parte de la administración, sí obtuvo solidez y su mayoría de edad, tanto por la Federación Española de Asociaciones que la representa, como por su Revista Científica.

Y entendemos que es así, tras los éxitos alcanzados por las Jornadas Galaico Asturianas, Catalanas y Andaluzas de Enfermería Radiológica, celebradas a lo largo de este año, foros en los que se ha puesto de manifiesto, tanto el nivel científico de nuestro colectivo, como el elevado número de participantes.

Sin querer ser pesimista para el año que empieza, ante el futuro que por parte de

algunos se nos augura, la Enfermería Radiológica no solo ha demostrado en estos años su perfecta puesta al día, sino la labor asistencial, que en la praxis diaria efectúan nuestros profesionales y que hoy por hoy es insustituible.

La inclusión en estos años de nuevos profesionales en los servicios de radiología, demanda una pronta aclaración de funciones, para el buen funcionamiento de estos servicios y la mejor asistencia a los pacientes que se nos confían. Deseos que me consta tienen cuantos compartimos día a día el trabajo en ellos.

Quiero aprovechar esta editorial en mi nombre y en el de toda la redacción, para desear a toda la familia radiológica unas felices fiestas y toda clase de éxitos en el año 1991.

Manuel Zambrano Bono
Director

BOLETIN DE SUSCRIPCION AÑO 1991

Nº Suscriptor

ENVIAR BOLETIN DE SUSCRIPCION A:

REVISTA ENFERMERIA RADIOLOGICAInfanta Luisa de Orleans, 10
41004 SEVILLA**DIRECCION DE ENVIO**

Nombre y apellidos

Dirección Nº Piso

Código Postal Población

Provincia Especialidad

FORMA DE PAGO:

CHEQUE NOMINATIVO

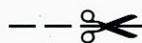
DOMICILIACION BANCARIA

IMPORTE SUSCRIPCION :

España (I.V.A. Incluido) 2.000 pts

Europa 2.500 pts

Otros Países 3.500 pts

**ORDEN DE PAGO. DOMICILIACION BANCARIA**

Nombre del titular de la cuenta

Banco o Caja de Ahorros

C/C nº Agencia

Calle Nº Cdo. Postal

Población Provincia

Ruego a Vds. tomen nota de que hasta nuevo aviso deberán adeudar en mi cuenta el recibo presentado anualmente por Revista Enfermería Radiológica (Infanta Luisa de Orleans Nº 10, 41004 SEVILLA) .

..... de de 19.....

FIRMA DEL TITULAR

ESTUDIOS DINAMICOS DE T.A.C. METODOLOGIA

Jesús Manuel Fernández Martín, ATS/ Especialista en Electroradiología.

Rafaela M^a Pérez López, ATS/D.E.

José Claudio Bejarano Flores, ATS/D.E.

Garín Ferreira Jorge Manuel, Medico Radiologo.

Del Hospital General "San Pedro de Alcántara" Cáceres

Presentamos la técnica de realización de estudios T.A.C. con contraste intravenoso, analizando tanto los factores técnicos en la realización de estudios "Dinámicos" como el por qué en la elección de tales métodos. Asimismo se comenta la distribución del contraste intravenoso en los distintos compartimentos orgánicos y su importancia en los estudios de T.A.C. "Dinámicos".

LA Tomografía axial computerizada (T.A.C.) ha supuesto un avance fundamental en el diagnóstico por la imagen de los procesos patológicos, superando muchas de las limitaciones de la radiología convencional, tales como las pequeñas diferencias de atenuación radiológica (densidades) de los tejidos blandos.

En los estudios de (T.A.C.), pronto se utilizaron los medios de contraste urográficos convencionales, incrementando los valores de atenuación radiológica de los vasos sanguíneos y de los tejidos vascularizados. Este realce se puede medir restando la atenuación radiológica del estudio con contraste, en los cortes de interés seleccionados.

Los medios de contraste más utilizados son: El Diatrizoato o Amidotrizoato de Meglumina y los no iónicos (Iohexol).

Tras la inyección intravenosa (IV) el contraste accede al plasma sanguíneo y, de ahí, pasa rápidamente al espacio intersticial de los tejidos altamente vascularizados

LA TÉCNICA DE INYECCIÓN DE CONTRASTE EN FORMA DE "BOLUS" ES LA ÚNICA Y MÁS EFECTIVA PARA LA REALIZACIÓN DE ESTUDIOS "DINÁMICOS".

(compartimentos centrales), penetrando más lentamente en los espacios intersticiales de los tejidos (compartimentos periféricos), excretándose finalmente por filtración glomerular en el riñón.

En consecuencia con un estudio basal y otro con contraste, se pueden valorar el grado de vascularización de las estructuras orgánicas, obtener curvas de tiempo/densidad en las áreas de interés, diferenciar las lesiones quísticas de las vascularizadas, establecer juicios de hipodensidad, hiperdensidad o isodensidad cuando se valoran áreas que se estiman probablemente patológicas, análisis este esencialmente cualitativo, basado en los grados de grises observables.

Dada la importancia que poseen las exploraciones mediante (T.A.C.) con contraste y las diferentes formas de su realización, hemos creído oportuno exponer los métodos de estudio más adecuados para la realización de los mismos los cuales venimos utilizando en la unidad de T.A.C. del hospital San Pedro de Alcántara (Cáceres), desde la puesta en marcha de la misma en noviembre de 1988.

MATERIAL

Equipo GE/9000 II con programa DYNAPLAN para estudios DINAMICOS.

- Contraste yodado no iónico (Iohexol 300 mgr. l/ml.)

- Jeringas de 50 cc.
- Abboath nº 16 G- 18 G
- Esparadrapo antialérgico
- Llave de tres vías
- Guantes de un solo uso
- Delantal plomado

El movimiento respiratorio deberá hacerlo bien en inspiración máxima o en espiración durante todo el transcurso de la exploración bajo la indicación en su debido momento del operador. El movimiento respiratorio debe ser preferentemente en máxima inspiración.

Si el paciente no colabora se le indicará que respire suavemente con respiración superficial.

METODO

Dependiendo de los datos clínicos, realizamos los estudios con dos técnicas:

- A) Dinámico mesa móvil.
- B) Dinámico mesa fija.

A) Dinámico mesa móvil

1.-*Contraste oral*: Se administra al paciente de 500 a 1.000 ml. de contraste yodado hidrosoluble, diluido en agua al 2% por vía oral (Gastrografin), para estudios abdominales.

El tiempo de administración oscila entre 15 y 90 minutos, dependiendo de la extensión del estudio.

2.-*Contraste intravenoso (IV)*: Utilizamos de 150 a 200 ml. (45-60 gr. de I) inyectados por vía venosa.

3.-*Indicaciones al paciente*: Explicación del tiempo aproximado de la exploración y de lo que le vamos a realizar, tranquilizándolo.

4.-*Colocación del paciente*: Paciente en decúbito supino con los brazos por encima de la cabeza, para evitar que produzcan artefactos.

TECNICA

Canalización con un venocater (abboath) de una vena antecubital (Cefálica, Basílica o Mediana), a ser posible del brazo izquierdo, cuando vayamos a estudiar el Tórax, para así obtener el correcto llenado del tronco venoso Innominado.

El centraje del paciente depende de la región a estudiar:

Torax: a nivel de la región supraesternal.

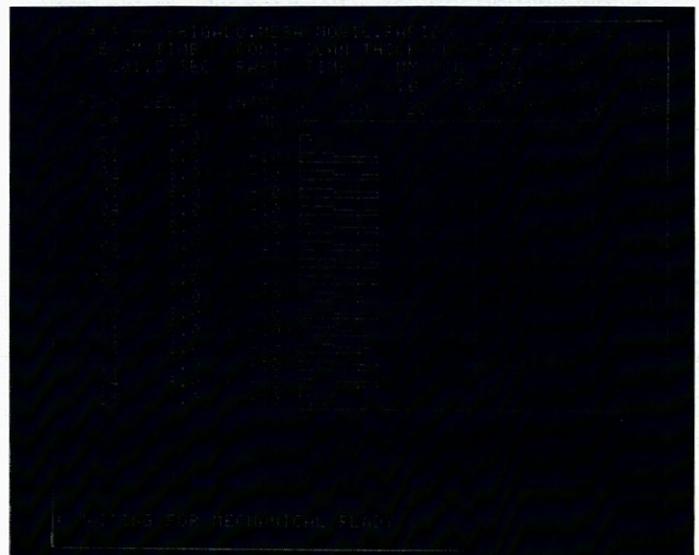
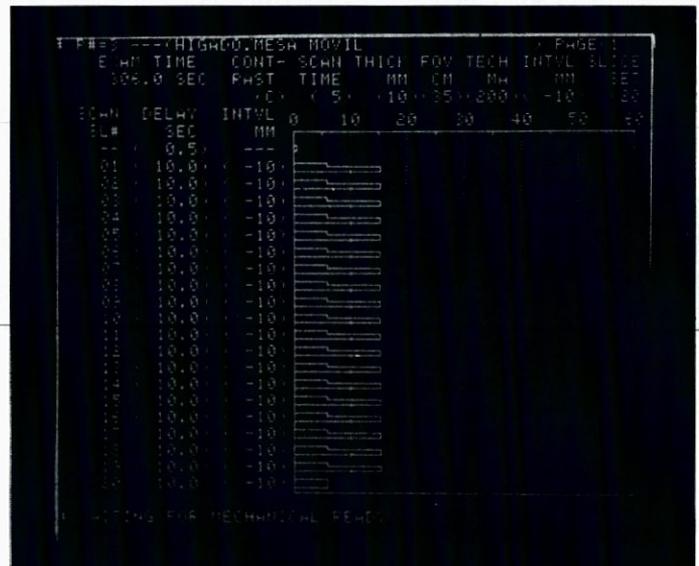
Abdomen: a nivel de xifoides.

Previamente al comienzo del estudio se realiza una radiografía digital localizadora (Scout-view, Topograma, etc.), que comprenda la re-

ESQUEMA I

DINAMICO MESA MOVIL (D.M.M.)

TIPO DE ESTUDIO	TIEMPO SCAN	GROSOR (mm)	INTERVALO (mm)	NUMERO DE IMAGENES	MA	Kv	DURACION ESTUDIOS
D.M.M. RAPIDO	5 sg.	10 mm.	10 mm.	15	200	120	3'15"
D.M.M. STANDARD	5 sg.	10 mm.	10 mm.	20	200	120	5'



gión a estudiar. Sobre la misma marcamos los planos de corte que vamos a efectuar, realizando de forma "standard" cortes axiales de 10 mm. de grosor-espesor y 10 mm. de desplazamiento-intervalo. De esta forma (grosor 10 mm.-desplazamiento 10 mm.), si la historia clínica lo requiere, efectuamos un estudio pre-contraste.

Realizado este, se selecciona el estudio "Dinámico" del programa "Dynamplan", con el que cuenta nuestro equipo, teniendo prioridad de disparo con posterior reconstrucción de imágenes. Dicho programa ha sido previamente adaptado por nosotros para estos estudios, habiendo sido programadas dos modalidades que denominamos: "Dinámico mesa móvil rápido" y "Dinámico mesa móvil standard", respectivamente.

Esto nos permite estudiar un órgano como el hígado en un tiempo máximo de 3 minutos, 25 segundos.

La inyección del contraste se realiza bien manualmente O con bomba de inyección automática, en forma de rápida embolada ("Bolos") con 150-200 ml. de contraste (nosotros por carecer de bomba lo realizamos a mano). Se efectúa el primer disparo a partir de los 30" del comienzo de inyección y nunca por encima de los 45", hasta completar la secuencia de estudio elegida. Eventualmente se realizaran cortes tardíos sobre la región de estudio, dependiendo de la patología a estudiar.

B) Dinámico mesa fija

1.-*Contraste oral*: Igual que el 1A del "Dinámico mesa móvil", dependiendo del órgano a estudiar.

2.-*Contraste intravenoso (IV)*: Utilizamos 100 ml. (30 gr. de I.) inyectados por vía venosa.

3.-*Indicaciones al paciente*: Igual que el apartado 3 del "Dinámico Mesa Móvil".

4.-*Colocación del paciente*: Igual que el apartado 4 del "Dinámico Mesa Móvil".

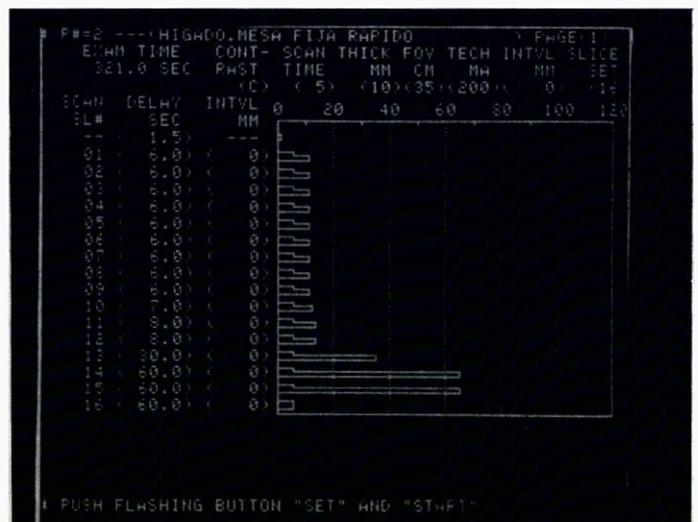
TECNICA

La diferencia de ésta, con respecto al "Dinámico Mesa Móvil" consiste que una vez realizado el estudio pre-contraste y localizada la lesión,

ESQUEMA II

DINAMICO MESA FIJA D.M.F.I

TIPO DE ESTUDIO	TIEMPO SCAN	GROSOR (mm)	INTERVALO (mm)	NUMERO DE IMAGENES	MA	Kv	DURACION ESTUDIOS
D.M.F. RAPIDO	5 sg.	10 mm.	0 mm.	16	200	120	6'13"
D.M.F. STANDARD	5 sg.	10 mm.	0 mm.	16	200	120	9'51"



**EL PROGRAMA
DYNAPLAN
NOS PERMITE
ESTUDIAR EL
HIGADO EN
POCOS
MINUTOS**

lesión, anotamos el plano de corte correspondiente, seleccionando el tipo de dinámico del programa "Dynaplan" llamados aquí "Dinámico mesa fija rápido" y "Dinámico mesa fija standard". Este tipo de estudio nos va a permitir estudiar una lesión de un órgano en un tiempo máximo de 6 minutos 22 segundos. La inyección de contraste se realiza con 100 ml., comenzando al mismo tiempo la embolada "Bolus" y el primer disparo, continuando hasta completar la secuencia de estudio elegida (DMFR-DMFS). De esta forma conseguimos una o dos imágenes basales sin contraste, las cuales son fundamentales para el diagnóstico. Dependiendo de las características de la lesión y a la vista de los datos clínicos se le realizarán cortes tardíos.

DIFUSION

La alta resolución en atenuación (densidad) de la Tomografía Axial Computarizada (T.A.C.), permite la demostración de estructuras dentro de órganos parenquimatosos y la determinación de diferencias de atenuación de estas estructuras. Sin embargo, determinadas lesiones pueden no ser detectadas si son pequeñas o si poseen ligera diferencia en atenuación comparándolas con el tejido que las rodea. Con el uso de contraste intravascular se realiza la diferencia de

atenuación de tejidos, estructuras y determinadas lesiones.

La especificación vascular puede ser realizada principalmente por las técnicas de infusión continua y por "Bolus" de contraste. El contraste inyectado presenta tres fases en su difusión:

A) Fase de "bolus", transitoria de escasa duración (40-60 sgds.), máximo realce vascular. Diferencia arteriovenosa superior a 30 U.H. (unidades Hounsfield).

B) Fase de no equilibrio, sucede después de un minuto de inyección, diferencia arteriovenosa entre 10 y 30 U.H.

C) Fase de equilibrio, comienza aproximadamente a los dos minutos y persiste en el tiempo hasta que se retorna al estado basal. Diferencia arteriovenosa superior a 10 U.H.

Basado en este modo de comportamiento del contraste y que es en la fase "bolus" y no equilibrio cuando se alcanza la máxima diferencia arteriovenosa en atenuación, la inyección de contraste y la adquisición de imágenes se deberían de realizar en estas fases.

Esto se consigue con la inyección de contraste en forma de "bolus" de acuerdo con la morfodinámica de la

difusión del contraste del comportamiento intravascular al intersticial. Durante estas fases se consigue la máxima diferencia en valor de

atenuación entre vasos, tejidos y lesión. En próximos estudios analizaremos la utilidad y ventajas de utilización de dichas técnicas.

BIBLIOGRAFIA

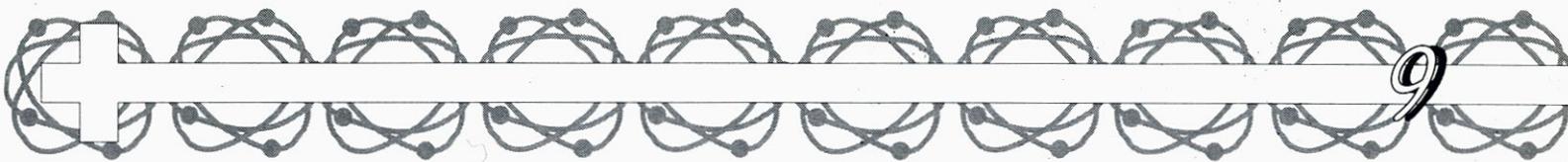
Newhouse JH - Murphy RX JR. *Tissue Distribution of Soluble Contrast: Effect of Dose Variation and Changes with Time*. Ed. AJR 1981 MAR. 136(3) P. 463-7

Burgener FA. - Hamlip DJ. *Contrast Enhancement of Tumors in CT: Comparison between Bolus and Infusion Techniques*. Ed. AJR 1983 FEB. 140(2) P. 291-5

Berland LL - Lee JY. *Comparison of Contrast Media Injection Rates and Volumes for Hepatic Dynamic Incremented Fy*. Ed. INVEST. RADIOL. 1988 DEC. 23(12) P. 918-22

Pausther DM - ET. AL. *CT Evaluation of Suspected Hepatic Metastases: Comparison of Techniques for I.V. Contrast Enhancement*. Ed. AJR 1989 FEB. 152(2) P. 267-71

Foley WD. *Dynamic Hepatic CT*. Ed. RADIOLOGY. 1989 MAR. 170(3PT 1) P. 617-22



EDUCACION SANITARIA.

LA RADIOLOGIA AL ALCANCE DEL USUARIO

Por:

**M. Pilar Darriba Rodríguez, del Hospital "A. Marcide" del Ferrol, y
Margarita Iglesias Díaz, del Hospital "Juan Canalejo" de la Coruña.**

La idea de realizar este trabajo nace de una necesidad que vemos diariamente en nuestro trabajo: la necesidad de información acerca de la Radiología y los Rx.

 REEMOS que hay un desconocimiento bastante generalizado de este método de diagnóstico, por parte de los usuarios-pacientes en general e incluso por parte de algunos profesionales sanitarios y parasanitarios. Nos podemos encontrar con los dos extremos: por una parte, temor ante la realización de una radiografía y en el otro extremo la idea de la inocuidad de los Rayos X, llegando incluso a pensar en la mejoría de su enfermedad después de realizada una radiografía.

Una de las tareas de la Enfermería es la Educación Sanitaria dentro del marco de la Salud Pública, pensamos que realizando una campaña de Educación Sanitaria centrada en este aspecto, se mejoraría en grado óptimo la información del usuario-paciente, repercutiendo en una mejor utilización de los servicios sanitarios y mejorando todo ello la calidad asistencial.

Este trabajo lo dividiremos

en tres partes:

- Como hacer llegar la información a los usuarios-pacientes.
- La información o el mensaje que les queremos hacer llegar.
- Evaluación, valoración y comprobación.

OBJETIVOS

- Información del usuario acerca de la Radiología y de las radiaciones X.
- Mejora de la calidad asistencial.
- Reducir riesgos (tanto para el usuario como para el personal sanitario y parasanitario), elaborando criterios de protección radiológicos.

COMO HACER LLEGAR LA INFORMACION A LOS USUARIOS-PACIENTES

VALORACION

Debemos tener en cuenta:

- Métodos de conocer: Comprender los diferentes métodos de conocer es fundamental, ya que de ahí derivan las creencias del usuario.
- Creer en la magia y en lo

sobrenatural son causa de los acontecimientos en un intento de potenciar la salud y seguridad propias.

- El conocimiento basado en la tradición incluye rituales y creencias sin justificación científica.

- Otro método de conocimiento es el basado en la intuición o la experiencia personal y consiste en un sistema de ensayo y error.

- Confiar en personas con autoridad o reconocidas socialmente es otro método de conocer.

- El razonamiento lógico es otro método para conocer, consiste en relacionar hechos y seguidamente hacer una generalización a partir de ellos.

- El nivel más elevado de conocimiento se obtiene a través del método científico, es un sistema lógico, objetivo y con controles para evitar errores y debería constituir la principal fuente de conocimientos.

- Variables sociopsicológicas: Edad, sexo, nivel socioeconómico, creencias, nivel

cultural y conocimientos de salud que posee, perspectivas vitales y respuesta cultural a la salud en la comunidad.

- Variables psicopedagógicas: Necesidades de salud, conocimiento, seguridad, estatus, etc., capacidad para aprender y condiciones de aprendizaje.

- Factores que obstaculizan el aprendizaje:

- Ansiedad: sentimiento de pérdida de control por la situación de aprendizaje, prisa por actuar, falta de confianza, etc., puede modificar la salud mediante medidas que él controla.

Externa.-El impulso para el cambio proviene de personas allegadas, piensa que su salud está controlada por un ser superior.

- Falta de confianza y sinceridad entre el usuario-paciente y la enfermera. Esta ha de estar preparada y tener plena confianza en sí misma.

- Entorno, donde tendrá lugar el aprendizaje.

- Tiempo y recursos de que se dispone.

DIRIGIDO A:

• Individualmente: al usuario sano en edad escolar, al usuario sano adulto, sanitario y no sanitario, al usuario-paciente en edad escolar y al usuario-paciente adulto.

• Colectivamente: escuelas, centros de trabajo y asociaciones comunitarias: abiertas (centros de salud, individuos sanos), cerradas (hospitales, individuos enfermos), Etc.

METODOS

• Unidireccionales o indirectos: la enfermera-educadora habla y los usuarios-pacientes escuchan, leen o atienden. Son: charlas, conferencias, radio, televisión, vídeo, material impreso: carteles, folletos, tebeos, revistas, prensa, etc.

• Bidireccionales: Es un intercambio entre la enfermera-educadora y el usuario-paciente: charlas con diálogo, entrevistas, demostraciones, mesas redondas, etc.

Charla: Es el procedimiento educativo más utilizado para dirigirse a grupos. La charla es dirigida a profanos y es menos protocolaria que una conferencia, permite un mayor acercamiento del que habla al auditorio. Suelen dirigirse a grupos organizados de la comunidad. Hay que tener en consideración a planificarla: ideas claras y precisas, la charla ha de ser breve, utilizar, un lenguaje apropiado a esa comunidad, el mensaje transmitido debe ser informativo y motivador, debe ser amena, y si es posible debe utilizarse algún método audiovisual.

La charla puede ser participativa o no, aunque es aconsejable la primera opción. Al final de la charla se pueden dejar unos minutos para la participación de los asistentes preguntando al más conocedor del tema.

Conferencia: Tiene la misma sistemática de la charla con la diferencia de ir dirigida hacia un público más conocedor del tema.

Entrevista: Es uno de los mejores métodos de educación sanitaria para que sea eficaz es necesario la creación de un clima de confianza comprensión entre la enfermera y el usuario-paciente. Se utiliza para conocer al individuo, sus problemas, su medio..., y ofrecerle soluciones prácticas. Existe una técnica para la entrevista, que se basa fundamentalmente en saber escuchar, tener unos conocimientos de psicología, eludir las discusiones, utilizar un lenguaje claro, etc.

Radio, televisión y vídeo: Abarcan un amplio espectro de población y refuerzan los métodos orales y escritos.

Material impreso: Son otro de los métodos más utilizados para educación sanitaria, su

LA
ENFERMERA-
EDUCADORA
HABLA Y LOS
USUARIOS-
PACIENTES
ESCUCHAN,
LEEN O
ATIENDEN.

principal función es atraer la atención sobre el tema en concreto.

Muchas veces tienen un texto que invita a la acción.

Los carteles es fundamental que expresen una sola idea. Los folletos son muy versátiles, su mensaje permanece. Los tebeos son muy eficaces entre el público infantil. La prensa es uno de los medios de comunicación que más influye sobre los comportamientos y opiniones humanos, permite la repetición diaria del mensaje, tiene una gran comprensión, es objetivo, etc.

Mesas redondas: Consiste en reunir pequeños grupos y discutir entre sus miembros para tratar un problema y lograr una solución, que al ser tomada democráticamente, es más probable que sea aceptada y seguida, que una decisión tomada individualmente. La exposición de las opiniones de los distintos miembros del grupo permite una confrontación y complementación de ideas. Para que sea eficaz, el tema debe ser de interés para los usuarios y participantes, éstos deben conocerlo, aunque sea superficialmente, antes de empezar el debate; deben, los participantes, ser personas predispuestas a la discusión y debe también, existir en la mesa redonda, un moderador.

Demostraciones: Quedan limitadas a pequeños grupos, son muy útiles.

Juegos: Son útiles, sobre todo con niños. Sirven para enseñarles aspectos de su entorno.

Modelo: La enfermera-educadora es un modelo para los pacientes-usuarios, con sus actitudes, sus comportamientos, su forma de hacer las cosas. El aprendizaje se produce muchas veces por imitación.

ACTITUD DEL USUARIO ANTE LA INFORMACION

El usuario-paciente puede tomar varias actitudes ante la información recibida: Aceptación del mensaje recibido, rechazo total del mensaje, indiferencia o adaptación del mensaje a sus propias ideas.

Nosotros debemos intentar que su actitud hacia la información recibida sea de aceptación. Para eso adaptaremos el modo de transmisión del mensaje, basándonos en un estudio previo de ambiente, con todas sus variables. Además de hacer agradable el aprendizaje.

PROMOCION DE LA INFORMACION

Para conseguir la total eficacia de una información, existen diversos métodos, que según Kimboll podemos resumir en:

a) Vinculación a objetos y deseos básicos de la comunidad.

b) Utilización de símbolos de promesa y satisfacción de esos deseos emocionales.

c) Simplificación de los problemas de manera que puedan entenderse fácilmente.

d) Repetición sistemática de conceptos sencillos y básicos.

e) Una vez establecido el deseo, afirmaciones claras de cómo éste puede ser satisfecho.

f) Propaganda a corto y largo plazo, esta última dirigida a niños y jóvenes.

La eficacia de la información recibida debiera suscitar intereses y necesidades, con el fin de mejorar la salud.

UTILIDAD

- Valor social.
- Compatibilidad con los sistemas de Atención Primaria.

- Viabilidad, en recursos, tiempo, etc.

DONDE

- En la escuela: tiene por finalidad inculcar al niño actitudes, conocimientos y hábitos saludables que favorecerán su salud, desarrollo y bienestar. Es el programa de educación sanitaria más rentable y eficaz. El niño está en período de formación, por lo que es muy receptivo y es muy fácil inculcarle esos hábitos saludables.

- En los centros de trabajo: los trabajadores están expuestos a diversos riesgos en su trabajo diario, con implicaciones en su salud y bienestar. Por lo que además de informarles acerca de esos riesgos, su prevención y soluciones, también se puede promocionar su salud en general, no sólo laboral.

- En la comunidad: el objetivo es la promoción de salud en la comunidad, fomentándola y protegiéndola; eliminando actitudes, conocimientos y hábitos insanos, y

proporcionando nuevas prácticas más saludables. Se pueden realizar estos programas de salud en las Asociaciones, en los Centros de Atención Primaria, etc.

- En el Hospital: las personas enfermas, en teoría, son muy receptivas a la educación sanitaria, aunque también existe el caso contrario. En el Hospital se pueden aprender nuevos conceptos y hábitos, que se podrán aplicar en la vida diaria, al salir del Hospital.

MENSAJE A TRANSMITIR

APLICACION DEL PLAN DE EDUCACION SANITARIA

Una vez establecidos los objetivos del plan, observando las diversas variables, se desarrolla el plan y, llevarlo a la práctica requiere unas ciertas condiciones, como:

- La enfermera, que lo lleve a cabo, deberá tener una base de conocimientos sobre el tema que va a aplicar, y sobre el aprendizaje.

- Deberá poseer dotes de comunicación.

- Deberá tener plena confianza en su capacidad para enseñar y en sí misma.

- Utilizará palabras y frases breves y comprensibles.

- Puede repetir el mismo concepto en diferentes formas, ya que la repetición favorece el aprendizaje.

- Para incrementar la confianza entre los usuarios y la enfermera deberán compartir sus conocimientos, así los usuarios se sentirán partícipes en el proceso de aprendizaje.

- Deberá ser flexible, de

LA INFORMACION A TRANSMITIR HA DE SER SENCILLA, CLARA Y CONCISA, Y DEPENDERA EN GRAN MEDIDA DE HACIA QUIEN SE DIRIJA.

forma tal, que pueda variar el programa en cualquier momento.

- Es aconsejable disponer de tiempo suficiente.

Resumiendo: el proceso de aprendizaje debe ser agradable para todos.

INFORMACION A TRANSMITIR

Ha de ser sencilla, clara y concisa, y dependerá en gran medida de hacia quién se dirija. Los puntos básicos a explicar serán:

a) ¿Qué son los Rayos X? ¿Qué es una radiografía?

b) ¿Qué es un servicio de Radiología?

c) ¿Cómo se obtienen y cómo se hacen las radiografías?

d) ¿Dónde se realizan las radiografías?

e) ¿Cuándo se realizan las radiografías?

f) ¿Por qué se aplican los rayos X y las radiografías?

g) ¿Para qué se utilizan los rayos X y las radiografías?

h) Medidas de protección en Radiología.

i) Otras radiaciones utilizadas en Radiología.

j) Riesgo-beneficio de las radiaciones X sobre el usuario-paciente.

k) Radiaciones medioambientales.

METODOS A UTILIZAR EN CADA CASO

El con qué nos dirigiremos a cada individuo o colectivo, vendrá en función de cuál será el más habitual y asequible en cada caso y en el medio en el que se desenvuelve.

Basándonos en la clasificación hecha anteriormente, utilizaremos los diversos métodos:

• *Individualmente:* Dirigido a: Usuario sano en edad escolar, usuario sano adulto, sanitario y no sanitario, usuario-paciente en edad escolar y usuario-paciente adulto.

El método por excelencia en el caso individual es la entrevista, creando un clima de comunicación entre educador-enfermera y usuario o usuario-paciente. Les explicaremos de forma clara y sencilla los puntos anteriores donde muestren más interés. Se puede complementar con folletos, prensa, vídeos, demostraciones, etc.

Una puntualización, en el caso del usuario adulto y sanitario: aparte de ofrecerle esta información, añadiremos explicaciones acerca de la realización de métodos radiográficos; tipos, preparación y posteriores cuidados. Para que a su vez, nos puedan ayudar en la educación sanitaria en Radiología, desde su puesto de trabajo. Así, entre todos mejoraremos la calidad asistencial.

• *Colectivamente:*

– En la escuela: El plan de educación sanitaria, en este caso, debe ser muy flexible. Debe considerarse el nivel de conocimientos del niño o adolescente, su desarrollo, su edad y sus necesidades. El plan debe ser distinto para un escolar (6-12 años) que para un adolescente (13-18 años).

A los niños les gusta participar activamente en su educación por lo que son muy adecuados a esta edad los juegos: los niños aprenden de forma continua, jugar es un trabajo, y a través de él, aprenden a conocer su mundo. También en esta edad son aconsejables los tebeos, ya que les gusta imitar a sus héroes del cómic y les es fácil recordar lo que ellos hacen. Además podremos utilizar, también, las charlas y los medios audiovisuales.

A los adolescentes les debemos tratar como adultos, aunque teniendo en cuenta que están en período de transición hacia la vida adulta y ello conlleva: indecisión en algunos temas, aparentar que lo saben y entienden todo, cuando en realidad su conocimiento es mínimo.

– En los centros de trabajo: Los mejores métodos serán las charlas participativas, con diálogo, aunque también podremos emplear: demostraciones en pequeños grupos, mesas redondas, conferencias (dependiendo del grado de conocimiento del tema), material impreso de todo tipo, etc. En general son válidos

casi todos los métodos, nos centraremos en uno o en otro dependiendo de las circunstancias.

Dentro de este grupo haremos otro subgrupo, con personas que no son profesionales sanitarios, pero que manejan radiaciones X, en su medio habitual de trabajo. Aquí, nos detendremos más en la protección y en los efectos de las radiaciones.

– En Asociaciones comunitarias: En este caso el mejor método es la charla participativa, también las mesas redondas y cualquier método en el que puedan participar todos los asistentes.

El material impreso: folletos; carteles, etc., es asimismo importante, ya que sirve para recordar más tarde lo que se habló en la reunión.

– En las Instituciones Sanitarias abiertas: Sirven los mismos métodos que para la comunidad en general.

– En las Instituciones Sanitarias cerradas; Hospitales: En este caso son de más fácil aplicación los métodos individuales, aunque los carteles, folletos, prensa..., también son útiles; el individuo cuando está enfermo es más receptivo, en general, a todo tipo de información.

EVALUACION, VALORACION Y COMPROBACION

Previamente a la transmisión de la información podemos realizar una encuesta, acerca de los conocimientos,

inquietudes y necesidades en relación con las radiaciones X, de la población: siempre teniendo en cuenta las distintas variables y factores que pueden interferir.

Entre estas variables y la encuesta nos haremos a la hora de elaborar el plan de educación sanitaria en radiología.

Una vez transmitida la información, valoraremos si los objetivos propuestos fueron cumplidos. La evaluación es un componente fundamental de la educación sanitaria. Enseñar no tiene sentido si no se evalúa su efectividad.

La evaluación puede hacerse de muy diversas formas: valorando el seguimiento, valorando el cambio de actitudes, etc.

La encuesta realizada al principio puede servirnos para compararla con otra encuesta realizada después de transmitida la información y así también valoraremos su eficacia. Esta encuesta también nos puede servir en el caso de realizar estadísticas.

En el caso de que el resultado no sea satisfactorio debemos estar dispuestos a admitir el fracaso y a elaborar otro plan de educación.

De todo esto extraeremos unas conclusiones que servirán para mejorar la calidad asistencial.

RESUMIENDO

"Los educadores son personas que siempre están aprendiendo" (Clark, 1978, pág. 9).

La enfermera, cuanto más enseña a los demás, más está aprendiendo.

El usuario-paciente, para poder tomar decisiones relativas a su salud necesita información, y el profesional de Enfermería debe proporcionársela.

La educación sanitaria en Radiología permitiría una mejor utilización de los servicios sanitarios, y con todo ello lograremos una mejor calidad asistencial.

BIBLIOGRAFIA

1. *Condiciones de trabajo en Hospitales.* Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.

2. **Salleras Sanmarti, Luis.** *Educación Sanitaria.* Ed. Díaz de Santos. Madrid, 1988.

3. *Enciclopedia práctica de Enfermería.* Tomo II. Ed. Planeta.

4. **Cervantes Castro, Alma.** *Enfermería Radiológica,* Ed. Limusa. México, 1988.

5. *Manual de Educación Sanitaria del paciente.* Volumen I. Ed. Doyma. Barcelona, 1989.

6. *Manual de Enfermería Médico-Quirúrgica.* Tomo I. Ed. Interamericana.

7. **Piedrola Gil, G.;** y otros. *Medicina Preventiva y Salud Pública.* Ed. Salvat. Barcelona, 1990.

LA ENFERMERIA EN LA ANGIOGRAFIA POR SUSTRACION DIGITAL VIA INTRAVENOSA

Por J. González Sánchez, B. Torrecilla Bautista, E. Ballesteros. P. Isidro García
Servicio de Radiología del Hospital Clínico de Salamanca.

En la última década la profesión de enfermería ha sido objeto de grandes cambios que han afectado a la profesión en sí misma (estudios universitarios, amplitud de las expectativas profesionales, campos más amplios de actuación, etc.) y a los propios profesionales (en su mayoría no es una vocación altruista y caritativa, hay un aumento de conciencia profesional, crece el prestigio social por el aumento de las responsabilidades y otros cambios sociológicos en los que no nos vamos a extender).

UDO esto ha ido enmarcando nuevas filosofías y nuevos marcos conceptuales de quién es y qué realiza el profesional de enfermería.

Nosotros nos vamos a mover en el que creemos es el concepto más completo y actual de la tarea profesional.

Partimos de la base de que quien administra los cuidados a la población enferma (en nuestro caso trabajamos en un Hospital de asistencia especializada) es el profesional de enfermería, abarcando estos tres aspectos fundamentales del ser humano: la esfera física, psíquica y social.

Al mismo tiempo, no podemos olvidar, existen, en una gran mayoría de casos, grandes avances tecnológicos en el campo de la salud que

han ido eclipsando esta atención integral. A medida que ha ido aumentando la calidad tecnológica ha disminuido el trato humano y personalizado, convirtiendo las profesiones relacionadas con la salud en rutinas mecánicas, amparadas por sofisticados aparatos que desplazan al ser humano.

Por todo ello es importante saber compaginar la alta tecnología con la aplicación

**PARA
OBTENER
BUENAS
IMAGENES,
ES
IMPORTANTE
LA
COLABORACION
DEL PACIENTE**

de ciudadanos integrales que antes mencionábamos; este nexo de unión entre aparato y enfermo es la enfermería.

Estamos viviendo momentos críticos históricos, a veces cuestionando nuestra existencia y razón de ser en la radiología, este es el momento de demostrar que la enfermería radiológica tiene un porqué y son los profesionales de enfermería quienes van a desarrollar este cuerpo de conocimientos y actuaciones.

Dentro del amplio abanico de la radiología, sí hay un campo importante donde el enfermero/a tiene que actuar de forma completa y demostrar su competencia profesional, ese es el de radiología vascular.

Nosotros prestamos atención a dos partes fundamentales en nuestro actuar diario:

Por un lado, la citación y

preparación del enfermo, donde pretendemos:

1. Obtener información precisa para adecuar la técnica a las posibilidades del paciente (antecedentes, alergias conocidas, toma de constantes, etc.).

2. Disminuir la ansiedad del enfermo en el momento de la realización del estudio radiológico (explicación de qué se le va a hacer, toma de contacto paciente-profesional de enfermería que le realizará la técnica, etc.).

Esto se consigue por una entrevista personal con el paciente que veremos detenidamente.

Por otra parte prestamos atención especial a la técnica radiológica cuyo fin es la obtención de información radiológica vascular óptima de la forma menos cruenta posible.



JUSTE S.A.Q.F.

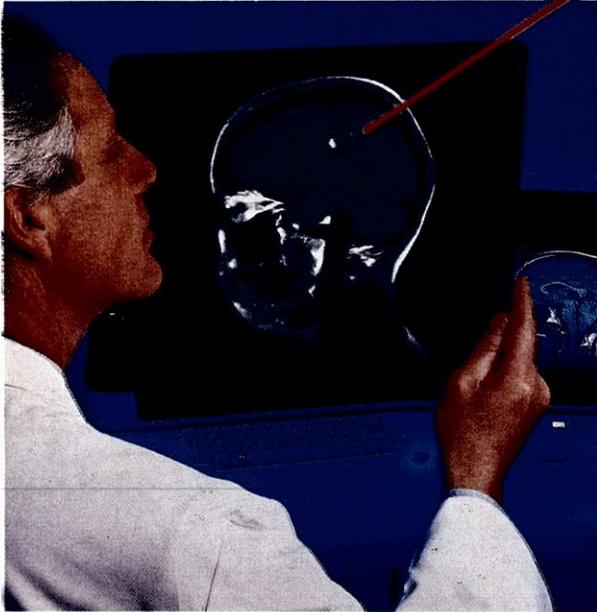
**Unico fabricante
español de
contrastes
radiológicos**

la línea más completa de contrastes

- **Ac. Diatrizoico.**
- **Ac. Metrizoico.**
- **IOHEXOL.**
- **Sulfato de Bario.**



SOCIEDAD ANONIMA QUIMICO FARMACEUTICA.
MADRID - (ESPAÑA).



Hoy en día un diagnóstico preciso requiere una excelente calidad de imagen.

Kodak presenta su nueva Impresora Láser Ektascan modelo 100 de 12 bits, con las ventajas del Láser helio-neón, concebida especialmente para producir imágenes de alta definición y sin las posibles distorsiones que se asocian a las radiografías realizadas con cámaras multiformato. La Impresora Láser Kodak Ektascan modelo 100 está especialmente indicada para las modernas técnicas de diagnóstico, tales como Scanners, Resonancia Magnética y Angiografía DIGITAL. Su nivel de equipamiento posibilita la toma de radiografías tanto por el tradicional sistema analógico como por el nuevo sistema digital.

Déjenos mejorar su imagen. Para más información diríjase a Kodak. Dpto. Productos Radiográficos. Ctra. Nal. VI., Km. 23. Las Rozas. MADRID. Tel. 637 20 13.

DIAGNOSTICO DE ALTA DEFINICION, DE KODAK



Kodak
Patrocinador Oficial
de los Juegos Olímpicos
Barcelona 1992



AGFA... eficacia en manipulación de película.



Los sistemas automáticos de manipulación de película en luz de día, le permiten una mayor dedicación a temas más profesionales.

DIS / Diagnostic Imaging Systems
Medical / División
División Sistemas Diagnóstico por Imagen

El aumento de la capacidad de trabajo que estos sistemas le proporcionan permite que se amortice rápidamente su inversión.

Para un departamento de radiología general de gran volumen, la elección más adecuada es CURIX "CAPACITY" Film Center con una rápida y automática carga y descarga de chasis y una procesadora de 90 segundos integrada.

Para servicios descentralizados, como mamografía, pediatría, etc., CURIX "COMPACT" Film Center es la solución ideal, tiene prestaciones similares al CURIX "CAPACITY" incluyendo también el procesado en 90 segundos.



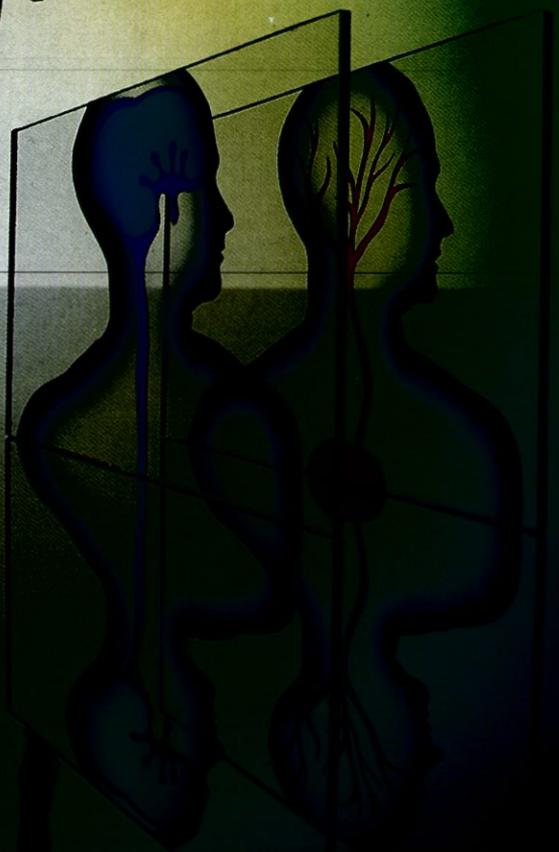
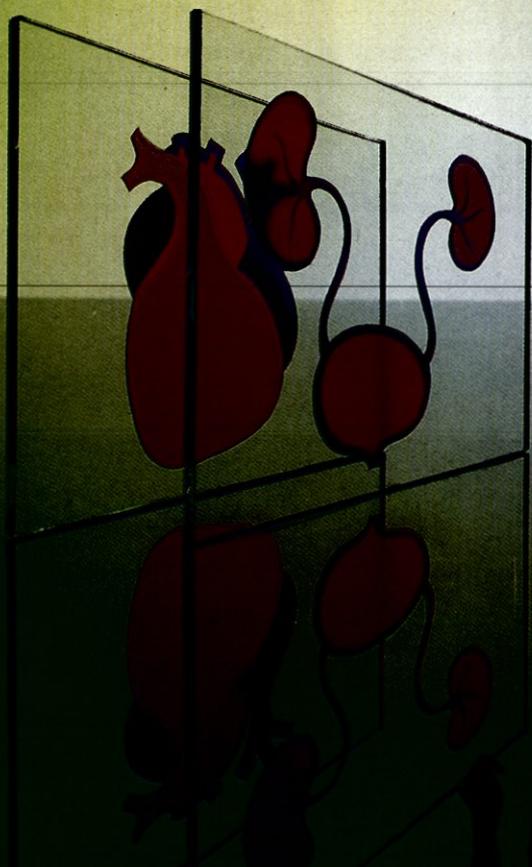
Para servicios que posean TC, RM o Radiología digital, los Video Center SCOPIX "COMPACT" U (con procesadora incorporada) y SCOPIX "COMPACT" S (sin procesadora), son sistemas que integran una cámara multiformato muy versátil y la manipulación automática de película ¡Sin chasis!

Para servicios de Ecografía y Fluoroscopia con arco SCOPIX "MINI" es la elección más práctica, compacto y de fácil manejo, incorpora procesadora y cámara multiformato para película 8" x 10". La manipulación de película es automática, sin chasis y en luz de día.

**Sistemas a la medida
de sus
necesidades**



AGFA 



SCHERING

Todo esto se realiza de una manera protocolizada y precisa no olvidando el aspecto humano de nuestro trabajo.

En nuestro Servicio disponemos de un apartado DG 200 que realiza la sustracción digital de las imágenes, ello nos permite la realización de ciertos tipos de angiografías por vía intravenosa.

DEFINICION DE LA TECNICA

Consiste en realizar un cateterismo venoso central (cava superior, inferior o aurícula derecha), a ser posible accediendo por la vena basilica del brazo izquierdo (que nos favorece por su trayecto anatómico), con un catéter angiográfico tipo Pig-Tail 4F ó 5F.

1. Protocolo de citación.

Previo a la exploración, mantenemos una entrevista con el paciente, elaborando una historia de enfermería: filiación, hábitos, antecedentes alérgicos, estudios previos con aplicación de contraste, enfermedades anteriores o crónicas (diabetes, enfermedades cardiopulmonares, etc.) y algún dato de interés de la historia clínica.

El segundo paso es una explicación clara y concisa de la exploración que se le va a practicar y su utilidad o finalidad, especificando la manera en que puede colaborar, así como los riesgos inherentes a un estudio de este tipo.

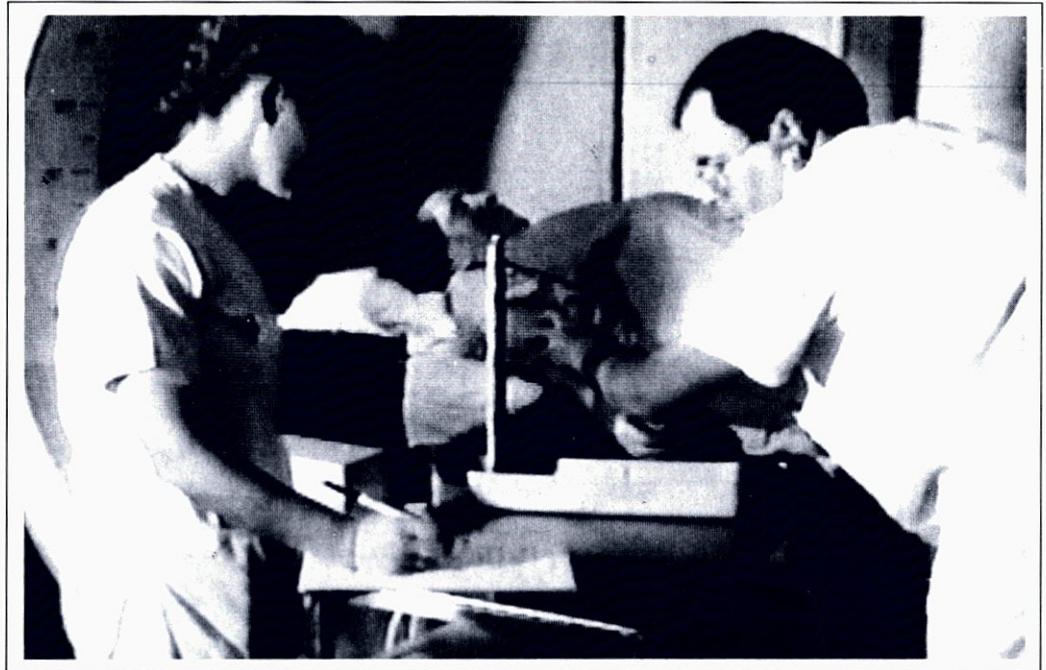
A continuación le damos el protocolo de preparación y una explicación concisa del mismo (ANEXO I).

Por último se le da cita con

- Catheter angiográfico Pig-tail 4F ó 5F.
- Bateas y cazoletas.
- Mesas auxiliares.
- Llave de tres vías.

sueros, tomas de oxígeno con mascarillas, aspirador, etc.) para que esté todo preparado.

Colocando al paciente en decúbito supino sobre la mesa



día y hora concreta, así como la autorización escrita para que firme la misma (ANEXO 2).

Material utilizado:

- Antiséptico para la piel (Povidona Yodada).
- Gasas estériles.
- Paños de campo estériles.
- Suero fisiológico (humedecer material para lubricarlo).
- Jeringas y agujas de un solo uso.
- Anestesia local (Clohidrato de mepivacaina).
- Bisturí.
- Bateas estériles.
- Abocath 16G ó 18G.
- Guía recta de 125 cm. ó 150 cm.

- Equipo de perfusión.
- Alargador estéril.
- Petos plomados.
- Contraste no iónico 300 mg.

2. Estudio Radiológico.

Antes de comenzar el estudio, una media hora aproximada, como medida profiláctica aplicamos al paciente una inyección I.M. de un antihistamínico, que se anota en la hoja de enfermería, documento en el que va a quedar constancia de la evolución técnica del estudio, así como de cualquier incidencia en el mismo (ANEXO 3).

Simultáneamente, otro enfermero/a verifica el material necesario para una emergencia (medicación,

radiológica, localizamos la vena que vamos a abordar (prefiriendo la v. basilica del brazo izquierdo, a la altura de la flexura del codo), procediendo a la desinfección de la zona de punción con povidona yodada, cubriendo toda la zona adyacente con paños de campo estériles.

Todo el equipo se coloca los mandiles de radioprotección y los enfermeros/as que van a realizar la técnica proceden al lavado de manos quirúrgico y a la colocación de guantes estériles y bata.

a) Desarrollo Técnico.:

1. Infiltramos anestesia local en la piel (a un lado de la vena procurando no tocar su pared) con el fin de disminuir el dolor en el momento de pasar la guía y el catéter.



2. Canalizamos la vena con un abocat 16G ó 18G.

3. Introducimos una guía recta, por su parte flexible, para dejarla en cava superior o aurícula derecha, realizando un control por escopia para verificar su localización.

4. Retiramos el abocat, dejando la guía y limpiándola con una gasa impregnada de suero fisiológico, de esta forma evitamos la formación de pequeños coágulos en la guía y la lubricamos.

5. Introducimos el catéter, a través de la guía, para dejarlo en cava o aurícula con control escópico.

catéter en un lado y en el otro el récord que viene del inyector de contraste.

7. Fijamos todo este sistema a piel para que los movimientos que se producen con la presión de la inyección no desconecten el mismo.

8. El inyector automático nos permite regular la cantidad de velocidad de la inyección de contraste, así, dependiendo de la edad, peso, gasto cardíaco, estado general del paciente y problema diagnóstico, seleccionamos estos parámetros (1).

9. Inyección de contraste.

puede notar en la inyección de contraste (calor, sequedad de boca, etc.), del mismo modo se le pedirá que a nuestra indicación "no respire" y "no mueva el vientre" permanecerá en apnea (este momento es importante si deseamos unas imágenes diagnósticas de calidad).

c) *Control post-inyección.*: Al concluir la fase de adquisición de imágenes, observamos y preguntamos al paciente de sus sensaciones con la inyección, tomamos pulso y tensión arterial, conectando el sistema gota-gota de suero fisiológico para mantener permeable el catéter. Todo ello

la retirada del catéter.

Con el fin de no dañar la pared venosa y las venas superficiales, introducimos la guía para poner recto el pigtail y retiramos todo el bloque guía y catéter, con control escópico.

Por último, hacemos compresión digital en el punto de punción durante 3-5 minutos para hacer hemostasia, limpiamos con un antiséptico y colocamos un pequeño apósito dando por concluida la exploración.

Si el paciente está ingresado o ha tenido alguna complicación en el estudio y requiere hospitalización, rellenamos la hoja post-estudio (ANEXO-4) que enviamos con el paciente a su habitación de ingreso.

3. Indicaciones y Contraindicaciones.

Las peticiones de angiografías por sustracción digital intravenosas vienen prescritas por los especialistas de otros servicios y deben ser ratificadas por el radiólogo vascular.

Indicaciones:

- Aneurismas de aorta abdominal.

- Hipertensión renovascular.

- Patología de los troncos supraaórticos.

- Estenosis de aorta o de grandes vasos.

- Comprobación de cirugía vascular.

- Embolismo pulmonar.

6. Comprobando que fluye sangre, conectamos una llave de tres vías al catéter, colocando una perfusión de suero fisiológico gota-gota para mantener permeable el

b) *Adquisición de imágenes:* Para obtener buenas imágenes, es importante la colaboración del paciente, por lo que es necesario explicarle las sensaciones que

dejándolo constar en la hoja de enfermería.

d) *Cuidados post-estudios radiológicos.*

Si las imágenes obtenidas han sido adecuadas y el paciente se encuentra en perfecto estado, dentro de la normalidad, procederemos a



(1) Troncos supraaórticos; 300 mg.; 40 cc.; 18/20 cc./sec.
Aorta abdominal; 300 mg.; 50 cc.; 18/20 cc./seg.

Contraindicaciones:

- No tener buenas venas accesibles para el cateterismo venoso central.
- Insuficiencia cardíaca congestiva.
- En pacientes con hipersensibilidad al yodo.
- En pacientes que previamente observamos que va a ser imposible su colaboración.

CONCLUSIONES

Nuestra experiencia nos lleva a las siguientes conclusiones:

1. La entrevista previa a la exploración radiológica es necesaria para disminuir la ansiedad del paciente, los enfermos se encuentran más tranquilos en la exploración si conocen previamente al profesional que realiza la técnica. La información completa de lo que se va a hacer ayuda a la comprensión del enfermo en el momento de dar su consentimiento. Con la historia de enfermería adecuamos las técnicas al paciente concreto.

2. Para lograr un cateterismo central de la forma más favorable, hay que acceder por la vena basilica del brazo izquierdo siempre que sea posible, puesto que es más favorable su trayecto anatómico (el trayecto subclavio-contrario innominado y cava superior hace un arco más pronunciado favoreciendo el cateterismo).

3. Es indispensable usar guía recta para no dañar la capa íntima de las venas, más molesto para el paciente, al mismo tiempo que con su manipulación no retrocede al chocar con un obstáculo, cuestión que con la guía en "J" sí ocurre.

4. La infiltración de anestesia local en el punto de punción reduce las molestias y el dolor al paciente en el momento de manipular el catéter para deslizarlo por la guía.

5. La retirada del catéter hay que realizarla en bloque con la guía en su interior, enderezando la punta del pigtail, para no dañar las venas superficiales del brazo.

RESUMEN ESTADÍSTICO

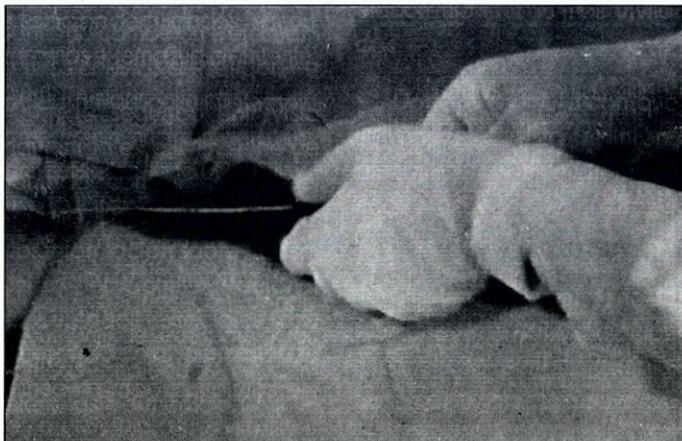
Estudios Totales de:

- Vascular en A.S.D.....	264
• Vía arterial.....	201 → 76 %
• Vía venosa.....	63 → 24 %
- Estudios venosos.....	63
• Troncos supraórticos	30 → 50 %
• Art. renales	25 → 40 %
• Miembros inf.....	3 → 7 %
• Cerebral.....	1 → 1 %
• Abdominales.....	4 → 5 %
- Incidencias	
• Sin incidencias	55 → 87,3 %
• Con alguna incidencia	8 → 12,7 %
- Tipos incidencias	
• Mala canalización venosa	2 → 25 %
• Dificultad en la inserción del catéter en cava o aurícula	3 → 37,5 %
• Hematomas posteriores.....	1 → 12,5 %
• Reacciones al contraste (excepto calor)	0 → 0 %
• Malas imágenes por caus paciente (no colaborar	2 → 25 %

BIBLIOGRAFIA

Eisenberg, R.L. *Atlas de diagnóstico diferencial por la imagen*. Ediciones Consulta. Barcelona, 1988.

Pedrosa, C.S.; M. Manuell e I.I. Kricheff. *Complications of digital intravenous angiography. Experience in 2488 craniocranial examinations*. Am. J. Roent. Genol, 1984.





ANEXO I

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO
INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD
COMPLEJO HOSPITALARIO
ATENCIÓN ESPECIALIZADA
Paseo de San Vicente 58 182
37007 SALAMANCA

SERVICIO DE
RADIODIAGNOSTICO

PACIENTE. APELLIDOS Y NOMBRE: _____
Nº DE HISTORIA _____
SERVICIO SOLICITANTE _____
CITADO PARA EL DIA _____ HORA _____
PARA REALIZAR EXPLORACION _____

PROTOCOLO DE PREPARACION PARA ESTUDIOS ANGIOGRAFICOS

PRUEBAS DE COAGULACION:

- Tiempo de Protombina. Número de plaquetas.
- Tiempo de Howell.

Ayuno de _____ desde _____ horas, antes, pero bien hidratado.

Irrigaciones de limpieza intestinal: La víspera se administrarán dos irrigaciones de 2 litros cada una con agua tibia y sal. Repetir si la última saliera sucia.

Dieta pobre residuos durante los 3 días anteriores a la exploración. Eanterior la comida será poco abundante y pobre en residuos. Se evitará alimentos flatulentos, en particular legumbres, ensaladas, fruta, pan integral así como todo tipo de verduras crudas.

Rasurado de _____

VALIUM 5 mgr., 1 comprimido la noche anterior, otro la mañana del examen.

Suprimir tratamiento anticoagulante 12 horas antes.

INFORME CARDIO-PULMONAR

C.T. previo imprescindible.

El paciente acudirá con su autorización firmada para la realización de la prueba y los documentos clínicos de mayor interés.

Firma. _____

ANEXO III

HOJA DE ENFERMERIA

NOMBRE: _____
PROCEDENCIA: POLICLINICA
HOSPITALIZACION HABITACION _____
CENTRO: _____

ESTUDIO: _____

MATERIAL: ABOCATH TIPO _____
CATHETER TIPO _____
CONTRASTE TIPO _____ CANTIDAD _____

EVOLUCION:

T/A INICIO: _____ PULSO INICIO: _____
T/A FINAL: _____ PULSO FINAL: _____

MEDICACION EN SALA: _____

TIPO DE ANESTESIA: LOCAL
GENERAL

TIPO DE TECNICA: ARTERIAL
VENOSA

PUNTO DE PUNCION: _____
DURACION DEL ESTUDIO: _____

INDICENDIAS:

FECHA DE REALIZACION: _____
PERSONAL DE ENFERMERIA: _____

ANEXO II

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO
INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD
COMPLEJO HOSPITALARIO
ATENCIÓN ESPECIALIZADA
Paseo de San Vicente 58 182
37007 SALAMANCA

SERVICIO DE
RADIODIAGNOSTICO

MUY IMPORTANTE

NORMAS PARA LA UTILIZACION DE CONTRASTE RADIOLOGICO

Nos sentimos en la obligación de informarle; en relación a que los medios de contraste radiológico pueden dar lugar en el enfermo inyectado desde, una perfecta tolerancia, lo que suele ser la norma, hasta una serie de intolerancias como: sensación de calor, lipotimias, náuseas, vómitos, etc., fácilmente tratables y recuperables o reacciones alérgicas más graves e incluso parada cardiorespiratoria (por suerte muy poco frecuente).

Es por lo que se hace necesario que el enfermo o familiar tenga conocimiento de ello y, ante la necesidad de practicar el estudio; lo autoricen y se responsabilicen con su firma de la posibilidad de estos riesgos.

Autorización del
enfermo, familiar o tutor. _____

NOMBRE DEL ENFERMO _____
D.N.I. _____
CITADO EL DIA _____

ANEXO IV

SERVICIO de RADIODIAGNOSTICO

FICHA DE CONTROL POST-ESTUDIO ANGIOGRAFICO

SOLICITADO por:

Servicio: _____ Dr.: _____

FILIACION:

Nombre y apellidos: _____
Día en que se ha realizado el estudio: _____ Hora: _____
Realizado por Dr.: _____

Estudio Realizado: _____

Punto de Punción: _____

VIGILANCIA INDISPENSABLE (A RELLENAR POR EL PERSONAL SANITARIO DE LA PLANTA).

1. Observación del punto de punción para control de posibles hematomas.
2. Palpación de pulsos periféricos y toma de tensión arterial

RECOMENDACIONES:

1. Reposo en cama durante _____ horas.
2. Precauciones particulares: _____

ANESTESIA:

Premedicación: _____
Anestesia: _____
Duración: _____
Precauciones: _____
Vigilancia: _____

Firmado Dr.: _____

NOTICIAS F. E. A. E. R.

Desde estas líneas, y continuando con la dinámica establecida hasta ahora de comunicar a sus asociados cuantas informaciones entendemos son relevantes, y que pongan de manifiesto las gestiones realizadas por la Junta Directiva de la F.E.A.E.R.; pasamos a informaros de las últimas efectuadas el pasado 26-10-1990 en Madrid por parte del presidente D. Manuel Zambrano Bono, el vicepresidente D. Antonio Muñoz Vinuesa y el secretario general D. Ricardo Bonilla Martínez.



En esta maratónica jornada, comenzamos con una visita al INSALUD, tanto para recabar información respecto al logro de posibles subvenciones para nuestra Federación, quedando claro que el acceso a las mismas sería factible a través de las distintas asociaciones autónomas y no como Federación; así como para incidir en el tema de las funciones tanto de T.E.R. como de D.E. en los servicios de radiodiagnóstico.

En este tema quedó claro que si en cualquier situación entenderíamos que existe posibilidad de intrusismo en la prestación de cuidados, encauzáramos el tema judicialmente.

En la segunda entrevista mantenida en el Ministerio de Sanidad con el asesor del Ministro, D. Juan Muñoz, tuvimos información sobre la disolución del Comité Nacional de Cuidados Especiales, con la promesa de la formación de un nuevo grupo de trabajo, ya

que el actual no era operativo.

Sobre este punto, y pese a las manifestaciones del Sr. Muñoz sobre el desarrollo en un futuro de Cuidados Especiales, fue la impresión de los asistentes la falta de voluntad política para su puesta en marcha.

Asimismo, se aprovechó esta reunión para comunicar el rechazo de esta Federación al documento generado por el Consejo General de D.E. sobre **Propuesta de Modificación de las Ordenes Ministeriales del 14-6 y del 11-12 de 1984**, con el que no estamos de acuerdo y a cuya elaboración no fuimos invitados.

Dado la premura con que se concertó esta reunión, ambas partes entendimos la necesidad de celebrar otra en fechas próximas.

Siguiendo el calendario de reuniones con la Asociación Española de Técnicos Radiólogos, mantuvimos un nuevo en-

cuentro en el que se trataron asuntos de interés mutuo.

Finalmente, y convocada por la F.E.A.E.R., tuvo lugar en la Sede del Ilustre Colegio Oficial de Madrid, una reunión con todas las Asociaciones que integran Cuidados Especiales, en la que se puso de manifiesto la falta de cooperación por la parte del Consejo General con respecto a esta especialidad, y en la que se acordaron:

1º) Remitir escrito al Consejo General exigiéndole la convocatoria de un debate nacional de la citada especialidad para llegar a

conclusiones que impulsen la misma.

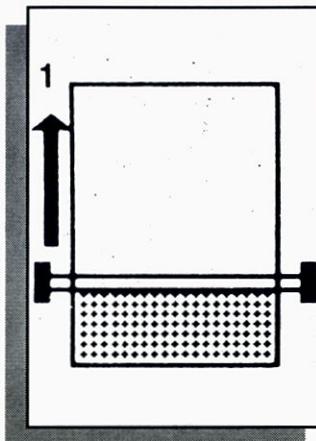
2º) En caso de no obtener respuesta, como en anteriores requerimientos, se acordó realizar medidas de presión hacia los que creemos deben defender a la Enfermería Española.

Celebradas en Aguadulce (Almería), las IV Jornadas Andaluzas de Enfermería Radiológica, los días 6, 7 y 8 del pasado mes de diciembre.

Tenemos que felicitar al comité organizador por el esfuerzo llevado a cabo para que dicha celebración se desarrollara con el éxito que todos deseábamos.

Tenemos la obligación de resaltar el alto nivel, tanto profesional como didáctico, que ha sido premisa común en todas las ponencias y comunicaciones presentadas.

Creemos, por lo evidenciado en estas Jornadas, que quede constatado una vez más, que la radiología actual está íntimamente ligada a la Enfermería, y que una sin otra,



no permitiría ofrecer al usuario, la Seguridad, Calidad y asistencia necesaria para la realización de los estudios radiológicos.

Por otra parte debemos felicitar a los congresistas, que de distintos puntos de España, han asistido a estas Jornadas. Salvando las dificultades e inconvenientes, que los medios de transporte y horarios han supuesto para ellos. Sirvan de ejemplo los compañeros de Asturias y Canarias.

Concluyendo, sirvan estas líneas, para animar, tanto a los organizadores de jornadas y congresos, como a los profesionales de Enfermería Radiológica, que ven en estas celebraciones una oportunidad de perfeccionar conocimientos, y a la vez, de man-

B.O.E. 1.3261990 de 14 de septiembre.

" Real Decreto 1132/1990, de 14 de septiembre, por el que se establecen medidas fundamentales de protección radiológica de las personas sometidas a exámenes y tratamientos médicos.

La utilización de las radiaciones ionizantes en el campo de la medicina ha permitido realizar importantes progresos y desarrollar nuevas técnicas para el diagnóstico, la terapia y la prevención, que resultan ventajosas si se utilizan en el momento oportuno y adoptando las medidas necesarias que permitan mejorar la protección radiológica del paciente.

En este sentido la Directiva del Consejo 84/466/EURA-



de la detección precoz, diagnóstico o tratamiento de las enfermedades, atendiendo así las recomendaciones formuladas por la Comisión Internacional de Protección Radiológica, Organización Mundial de la Salud y el Comité Científico de las Naciones Unidas para el estudio de los efectos de las radiaciones ionizantes.

del Ministro de Sanidad y Consumo, con la aprobación del Ministerio para las Administraciones Públicas e informe favorable del Consejo de Seguridad Nuclear, de acuerdo con el Consejo de Estado y previa deliberación del Consejo de Ministros en su reunión del día 14 de septiembre de 1990,

DISPONGO

La presente disposición tiene por objeto, trasponer a nuestra legislación la citada Directiva 84/466/EURATOM, lo que ha de llevarse a efecto mediante Real Decreto con carácter de norma básica, habida cuenta de que la fijación de normas sobre protección radiológica de las personas sometidas a exámenes y tratamientos médicos viene exigida por los principios de "unidad del sistema sanitario" y de "garantía de igualdad de todos los españoles en su derecho a la salud", amparados en la competencia reconocida al Estado en el artículo 149.1.1ª y 16ª de la Constitución y en el artículo 40.5 de la ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad,

Artículo 1º. Toda exposición a radiaciones ionizantes en un acto médico deberá realizarse al nivel más bajo posible, y su utilización exigirá:

1. Que esté médicamente justificada.
2. Que se lleve a cabo bajo la responsabilidad de Médicos u Odontólogos.

Art. 2º.1. Los responsables de la utilización de radiaciones ionizantes en un acto médico, citados en el punto 2, del artículo precedente, tendrán que haber adquirido, durante su formación universitaria o mediante estudios complementarios, los conocimientos adecuados sobre protección radiológica.

En su virtud, a propuesta



tener relaciones con compañeros de otras provincias, e intercambiar inquietudes y experiencias, que creemos contribuyen de gran manera a valorar de forma adecuada, nuestra actividad diaria.

A continuación presentamos íntegro el texto del Real Decreto sobre "Protección Radiológica" publicado en el

TOM ("Diario Oficial de las Comunidades Europeas" L265/2, de 5 de octubre) fija medidas fundamentales relativas a la protección radiológica de los pacientes y permite mejorar la calidad y eficacia del acto radiológico médico, evitando exposiciones inadecuadas o excesivas, sin impedir el uso de las radiaciones ionizantes en el plano

2. El personal técnico que colabore en la utilización de radiaciones ionizantes en un acto médico deberá poseer los conocimientos adecuados sobre las técnicas aplicadas y las normas de protección radiológica.

Art. 3º.—No se podrán realizar exámenes radioscópicos directos sin intensificador de imagen, salvo que concurren circunstancias de extraordinaria y urgente necesidad apreciadas por el Médico.

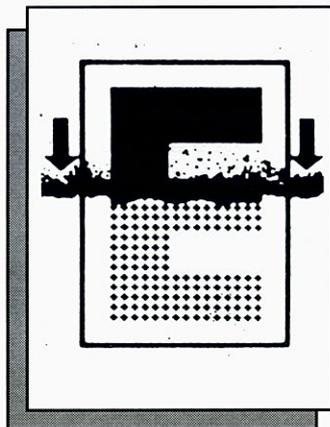
Art. 4º.—Con independencia de lo previsto en el Reglamento sobre Protección Sanitaria contra Radiaciones Ionizantes, aprobado por Real Decreto 2519/1982, de 12 de agosto ("Boletín Oficial del Estado" de 8 de octubre) y modificado por Real Decreto 1753/1987, de 25 de noviembre ("Boletín Oficial del Estado" de 15 de enero de 1988), y sin perjuicio de las competencias de autorización, control e inspección, que puedan corresponder a otros Organismos, todas las instalaciones que puedan corresponder a otros Organismos, todas las instalaciones de radiodiagnóstico, radioterapia y de medicina nuclear, serán objeto de vigilancia estricta por parte de la Administración Sanitaria competente en cuanto a los criterios de calidad en radiodiagnóstico, radioterapia y medicina nuclear para garantizar la protección radiológica del paciente.

Art. 5º.—Las instalaciones de radiodiagnóstico, cuando el número de equipos o las técnicas empleadas lo aconsejen; las de medicina nucle-

ar, excepto las de radioinmunoanálisis, y las de radioterapia, dispondrán de un experto cualificado en radiofísica, propio o concertado. Por Real Decreto se determinarán las condiciones necesarias para tener dicha cualificación así como los requisitos que habrán de cumplirse en el caso de servicios concertados, e igualmente se fijarán las circunstancias en que será exigible a las instalaciones de radiodiagnóstico disponer del experto en radiofísica.

Art. 6º. - 1. El Ministerio de Sanidad y Consumo inscribirá en el Censo Nacional de Instalaciones de Radiodiagnóstico, Radioterapia y de Medicina Nuclear todas las instalaciones de esta naturaleza existentes en el territorio nacional, con el fin de tener permanentemente actualizado el inventario de las mismas para hacer posible una planificación que evite la multiplicación inútil de dichas instalaciones. La información contenida en el Censo se enviará periódicamente a los Organismos competentes.

2. Las Administraciones Sanitarias remitirán a la Dirección General de Salud Alimen-



taria y Protección de los Consumidores, Centro directivo a cuyo cargo estará el Censo, comunicación relativa a todas las instalaciones incluidas en el ámbito del presente Real Decreto, radicadas en sus respectivos territorios comprensivos de los siguientes extremos:

Nombre del Centro o Institución.

– Nombre del titular.

– Dirección postal.

– Población.

– Provincia.

– Aparatos generadores de radiaciones ionizantes.

– Clase de equipo (especificando en cada caso si se destina a diagnóstico o a terapia).

– Fuentes de radiación, especificando los tipos de radionucleidos, si se trata de fuentes encapsuladas o no encapsuladas, sus actividades máximas previstas, en Becquerelios (Bq), y si se destinan a diagnóstico o a terapia.

3. La modificación de instalaciones que varíe los datos de las mismas que figuren en el Censo, así como el cese de la actividad y la clausura de las instalaciones, habrán de ser comunicadas al citado centro directivo por la autoridad competente para la correspondiente anotación en el Censo.

4. Los titulares de instalaciones se verán obligados a facilitar a los Organismos a

que se hace referencia en el número 2 del presente artículo, cuanta información se le solicite para su posterior remisión a la Dirección General de Salud Alimentaria y Protección de los Consumidores.

DISPOSICIONES ADICIONALES

Primera.—Lo dispuesto en el presente Real Decreto no excluye el cumplimiento, en su caso, de lo prevenido en el Reglamento sobre Instalaciones Nucleares y Radiactivas, aprobado por Decreto 2869/1972, de 21 de julio.

Segunda.—No obstante lo dispuesto en el artículo 1º, 2, se autoriza a los podólogos para hacer uso con carácter autónomo de las instalaciones o equipos de radiodiagnóstico propios de su actividad en los límites del ejercicio profesional correspondiente a su título académico.

Tercera.—La presente disposición tiene el carácter de norma básica, a los efectos previstos en el artículo 149.1.1º y 16º de la Constitución.

DISPOSICION FINAL

Se faculta al Ministro de Sanidad y Consumo para dictar las disposiciones precisas para el desarrollo y ejecución de lo dispuesto en el presente Real Decreto.

Dado en Madrid a 14 de septiembre de 1990.

JUAN CARLOS R.

El Ministro de Sanidad y Consumo,
Julián García Vargas.

CRONICAS DE ASOCIACIONES

Desde la Asociación Andaluza nos remiten para su publicación las conclusiones a las que llegaron tras la celebración de las IV Jornadas, que tuvieron lugar en Aguadulce (Almería).

Por Francisco Rodríguez Ferrer,
Presidente de la A.A.E.R.

UANDO los compañeros de Almería nos hicimos cargo de la Organización de las Jornadas, recuerdo como los Organizadores de anteriores Jornadas nos auguraron un año tenso y lleno de nervios; y el miedo comienza a llegar desde el mismo momento en que uno sueña con llegar a alcanzar el número mágico de 100 congresistas.

También quiero recordar que algún compañero de Barcelona me hizo la advertencia de que los congresos que se hacen en Andalucía son "distintos"; al principio no entendía el significado de sus palabras, pero comprendí cuando un mes antes del inicio de las Jornadas, se rebasó el centenar de Congresistas, hasta llegar a doblar esa cifra en la Jornada inaugural.

El hecho de que estas Jornadas nacieran con buena suerte, lo reflejan la rápida tramitación y concesión del Reconocimiento del Interés Científico-Sanitario, la aceptación de S.M. la Reina D^ª Sofía de la Presidencia de Honor y la excelente colaboración de la práctica totalidad de las firmas comerciales presentes en Radiología.

Las conclusiones de nuestras jornadas, se pueden resumir en los siguientes puntos:

a) Se hace necesario, por parte de la Administración, de una inmediata delimitación de funciones para A.T.S. y Técnicos de F.P.

b) El no desarrollo de Cuidados Especiales, como nueva Especialidad de Enfermería, en la que se encontraría incluida la Enfermería Radiológica, crea un vacío formativo muy grave para los

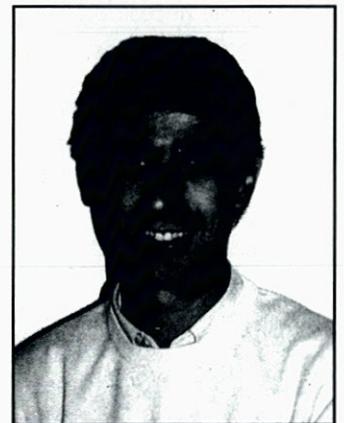
futuros profesionales de la Enfermería Radiológica, y produciendo una incertidumbre sobre hacia dónde han de conducirse los estudios medios de Radiología.

c) La Enfermería Radiológica forma, por méritos propios un campo de conocimientos específicos y perfectamente delimitados, dentro del Área de Ciencias de la Salud, con una base científica propia y necesitada de un respaldo y reconocimiento social de la labor asistencial de alta calidad que nos requieren nuestros pacientes.

d) La excelente labor desarrollada por la *Asociación Andaluza de Enfermería Radiológica*, en defensa de nuestra profesión y de sus profesionales y cuyo máximo reflejo es la Organización y desarrollo de las Jornadas Andaluzas.

Sería faltar a la verdad si no manifestara que lo mejor de las Jornadas han sido sus congresistas.

A todos nos ha sorprendido la alta participación en el desarrollo de las sesiones científicas y la buena calidad de las Ponencias y Comunicaciones expuestas, resultando premiada la elaborada por los compañeros del Hospital Clínico de Salamanca, titulada, *Papel de la Enfermería en la Angiografía por Sustracción Digital vía I.V.*



También tuvo lugar, en el transcurso de las Jornadas, una Asamblea General de carácter informativo de la A.A.E.R., en la que se hizo un repaso al grado de desarrollo de los objetivos programados para el año 90, y de las intenciones previstas para el próximo año, y de cuyo contenido se hará un extenso reportaje en el siguiente número del Boletín Informativo de la Asociación.

Por último, agradecer a la Redacción de "Enfermería Radiológica" su labor para favorecer la difusión de la convocatoria de las Jornadas y destacar que ya se han recibido varias ofertas de distintas ciudades andaluzas para la organización de las V Jornadas, previstas para el año 1992, lo que demuestra que el espíritu de la Enfermería Radiológica sigue más vivo que nunca.



TRIBUNA ABIERTA

Decir que el mundo actual atraviesa una época de continuo cambio, es repetir un manido tópico. Si se quiere decir que ese cambio es más acelerado actualmente, que en otras épocas históricas, seguimos en el tópico.

Por Antonio Muñoz Vinuesa



S obvio que la Radiología, como cualquier ciencia, como cualquier otra rama del saber, o mejor aún, como cualquier otro acontecer del hombre, sufre en sus contenidos, valores, métodos, instituciones, etc. el impacto del tiempo.

En relación a este impacto, y con el objetivo primordial de que la Radiología, mejore la oferta que actualmente realiza, perfeccione su estructura y aumente la calidad final de sus productos, queremos decir, sus técnicas y sus cuidados, ha de someterse forzosamente, a un proceso de renovación y cambio. Que no de reforma.

Pero como las palabras no son neutrales, sino que el uso los carga de significado, queremos realizar, antes de seguir con nuestro planteamiento, unas puntualizaciones en torno a los términos anteriormente citados.

Reforma, es un término que va unido fundamentalmente a decisiones administrativas y de política sanitaria. Al dirigirse más a la estructura, los objetivos, el marco socio-político del cambio, etc. la oferta metodológica es pobre, la adhesión de las fuerzas sociales exigua, y la actitud de los profesionales es la de seguir en la cómoda ortodoxia.

Renovación, no es tanto un

cambio formal cuanto una actitud, un talante de aquellos que desarrollan su labor en los cuidados y técnicas de la Radiología, a la búsqueda de nuevas pautas profesionales. Al surgir de una insatisfacción, las vías de renovación son un tanto anárquicas, espontáneas y asistemáticas. Surge de un rechazo a lo mostrenco, a lo evidenciado como poco eficaz, como poco eficaces son los últimos acontecimientos acaecidos en relación a nuestra especialidad. Nos referimos a la inminente aparición del Decreto para desarrollar las Especialidades en Enfermería, donde la Radiología no aparece. Ni siquiera lo hace Cuidados Especiales, la sentencia del Tribunal Supremo declarando nula la Disposición Adicional de la O.M. de 14 de junio de 1984, y de las diversas sentencias que se están produciendo en los distintos juzgados de Estado Español, dando la razón indistintamente a los colectivos en litigio, Técnicos en Radiología y Diplomados en Enfermería.

Creemos que ha llegado el momento de reflexionar, sobre la situación que nos encontramos actualmente. ¿Qué hemos logrado con nuestras actuaciones en el pasado, y que otras líneas de trabajo podemos poner en marcha en el futuro, que nos conduzcan a unos objetivos que satisfagan a todos?

Dichas reflexiones las debemos realizar, bajo el prisma de una realidad indiscutible e innegable. Desde un tiempo a esta parte, actualmente y en el futuro, estamos abocados a trabajar juntos en los Servicios de Radiología: Técnicos y Enfermeros.

Por lo que nos preguntamos, ¿Qué sentido tiene mantener luchas estériles y confrontaciones permanentes?, que sólo han provocado frustraciones y un alto grado de insatisfacción a unos y a otros.

No admitir esta realidad, es negar algo que tenemos ante nuestros propios ojos y que puede provocar de no remediarse, situaciones de consecuencias catastróficas.

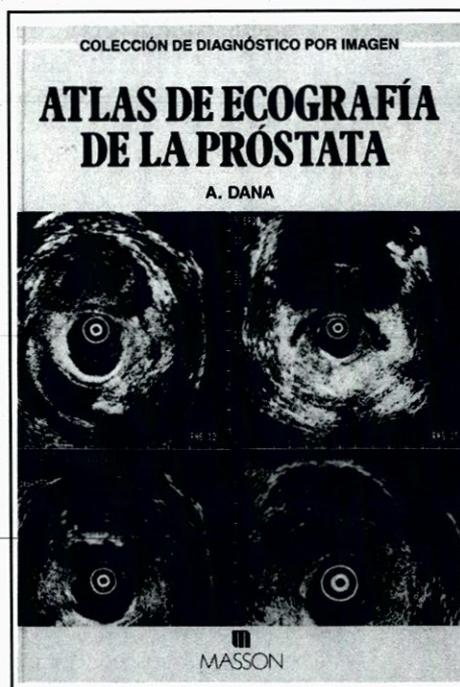
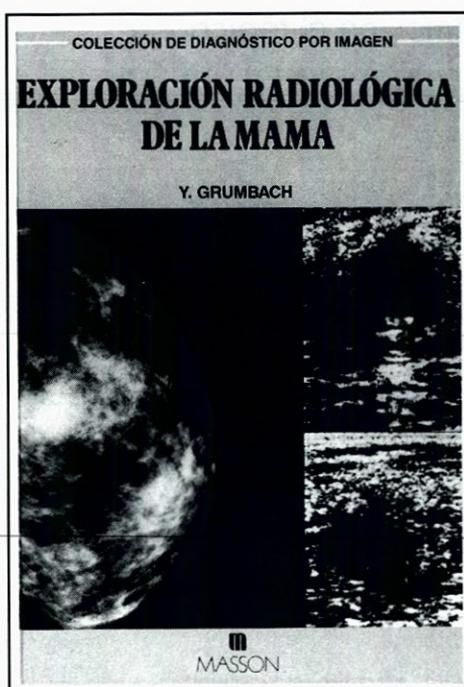
Por toda esta serie de consideraciones seguiremos animando a la Federación Española de Enfermería Radiológica, a que continúe trabajando sobre ese proyecto (Renovación), esbozado en meses anteriores en esta Revista, en esta misma sección. Proyecto éste, proceso de Renovación diríamos nosotros, que debe desarrollarse conjuntamente con la Asociación de Técnicos en Radiología, por lo que los contactos iniciados con dicha Asociación, deben reanudarse sin más dilaciones.

Nos estamos refiriendo a la posibilidad futura, de que algún día viese la luz una Diplomatura

Universitaria en Radiología, que aglutine a los colectivos existentes en la actualidad, que acabe con esas luchas estériles que comentábamos anteriormente y que permitiera la adquisición de una sólida formación, para hacer frente a la aceleración científica, que nos ha tocado vivir a todos.

Estas consideraciones no deben tomarse, con un cariz más o menos dogmático, sino que deben entenderse como nuestro pensamiento, producto de esas reflexiones a las que aludíamos anteriormente y cuyo objetivo final, no es otro, que conseguir una proyección asistencial y docente lo más amplia posible de las Ciencias de la Radiología, para que de esta manera, seamos capaces de prestar una óptima atención sanitaria a los pacientes que se nos confían.

Es posible, que alguien piense que las diferencias terminológicas que hemos pretendido establecer, son demasiado retóricas o demasiado sutiles, y que no merece la pena perder el tiempo en tal discusión. Por el contrario, entendemos que es conveniente tener claro qué es lo que hay detrás de las variadas propuestas que se ofrecen a Técnicos y a Enfermeros, desde la administración central y autonómica, ciertos grupos de "trabajo" autocalificados de progresistas, los modelos de los teóricos, los recelos de los prácticos, etc.



ENTRE los últimos ejemplares que hemos recibido en nuestra redacción, contamos con: *Exploración Radiológica de Mama* y *Atlas de Ecografía de la Próstata*. El primero de ellos se trata de la versión en castellano del Dr. Fausto Gimeno Solsona, de la obra original titulada *Exploration Radiologique du Sein*, que tiene como autor al Profesor de Radiología Yves Grumbach. La obra editada en mayo de 1990, consta en su introducción de un estudio

estadístico de la incidencia de tumores, continuando con recuerdo de cómo debe ser la calidad de la imagen para poder hacer un diagnóstico fiable, tras esto, recordatoria anatómica de la misma y descripción de todo tipo de exploraciones radiológicas y ecografías de la misma, para terminar con un índice alfabético.

En el segundo también se debe la versión al castellano al Dr. Gimeno Solana, Médico Adjunto de Servicio

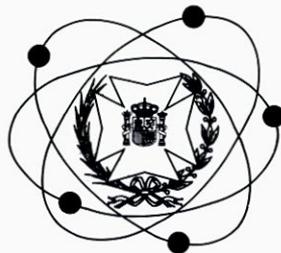
de Radiodiagnóstico del Hospital Clínico y Provincial de Barcelona, de la obra original titulada: *Atlas Déchographie de la Próstata*, que tiene como autor a Alain Dana. La obra editada en diciembre de 1989 comienza con los modelos prostáticos descritos por dos de los profesores que han configurado, digámoslo así, la anatomía radiológica de la próstata que aún continuamos utilizando, tras ello describen los medios de abordaje a la misma, consta de seis

capítulos, conclusión e índice alfabético.

Ambas obras cuentan con imágenes de gran calidad, como hemos venido comentando en esta colección de obras titulada *Diagnóstico por Imagen*.

Creemos que ambas obras son aconsejables a nuestro colectivo ya que aportarían gran ayuda para la realización de este tipo de exploraciones que nos describen.

Enrique Gómez Nuñez.



Con motivo de haber sido publicado en el B.O.E. los nuevos Planes de Estudio de la carrera de Enfermería, y debido a la transcendencia para el futuro de la Profesión, la cual ha sido maltratada con una reducción drástica de las horas lectivas. Considerando, además, que resulta muy significativo el silencio de nuestros Organos de Representación Profesional, Sindicatos y algunas Asociaciones Científicas, traemos a las páginas de nuestra Revista el comunicado del Colegio de Sevilla que ha sido publicado en todos los periódicos de la Provincia en el que, entre otras consideraciones, anuncian la interposición de un Recurso contra el Real Decreto pidiendo la paralización del mismo y su posterior anulación, por herir gravemente los intereses de los profesionales y de los usuarios, que necesariamente recibirán una atención de menor calidad.

ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE AYUDANTES TECNICOS SANITARIOS Y DIPLOMADOS EN ENFERMERIA DE SEVILLA A TODOS LOS DIPLOMADOS EN ENFERMERIA SEVILLANOS

Este Colegio Profesional, ante la situación de hechos consumados con la aprobación del Nuevo Plan de Estudios de la Carrera de Diplomados en Enfermería (Real Decreto 1.466/90. B.O.E. 20-11-90), se ve en la ineludible obligación de informar a los profesionales de esta Provincia el inicio de acciones jurídicas pertinentes junto a la más enérgica protesta por la agresión de que es objeto nuestra Profesión al rebajarse las horas lectivas de la Carrera desde las 4.600 actuales, a un mínimo de 1.800 y un máximo de 2.700 horas.

No se entiende cómo el Gobierno de España, que está obligado a cumplir las Directivas Comunitarias, haya castigado nuestro Colectivo **incumpliendo las referentes a nuestra profesión** (77/452-453), por lo que los A.T.S./D.E. españoles no podrán convalidar **SU** Título en Países de la Comunidad Europea, pero sí, triste y cierto, recibir profesionales de otras naciones que ocuparán puestos de trabajo en nuestros centros sanitarios.

También hay que **denunciar**, en consecuencia, la enorme degradación que se producirá en la calidad asistencial para los ciudadanos en el Sistema de Salud, donde la Enfermería tiene un papel y unas responsabilidades absolutamente importantes a desempeñar.

Por tanto, **este Colegio va a interponer Recurso Contencioso Administrativo contra el Real Decreto antes mencionado.**

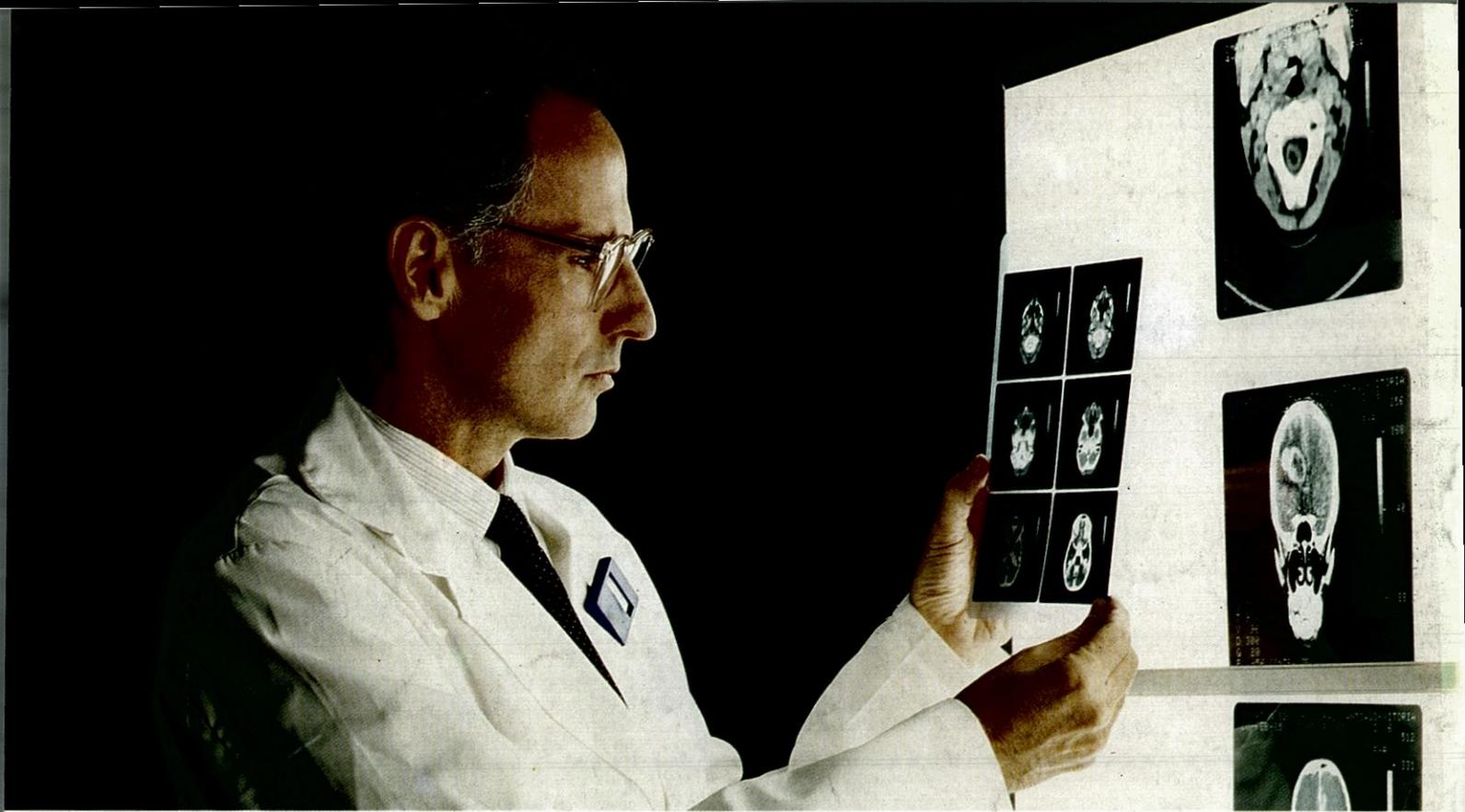
Reiteramos nuestra **Indignación** ante lo que es un atropello, humillación y retroceso en la situación de nuestra Carrera Universitaria. Esta profesión de Enfermería padece secularmente, una larga serie de afrentas, vejaciones y marginaciones ante las que ha respondido sobradamente con entrega, humanidad y preparación.

El Plan de Estudios es, por ahora, el penúltimo agravio a que someten al colectivo de Enfermería. **Manifestamos categóricamente la culpabilidad y responsabilidad de este Gobierno**, e invitamos al colectivo profesional a que haga una seria reflexión sobre dónde nos está conduciendo la actual política sanitaria.

Finalmente, ante situaciones tan impropias de un País que se dice moderno, queremos dejar constancia tanto de la protesta de este Colegio como del sentir general de frustración y asombro de sus integrantes colegiados. Estamos ante un reto histórico frente al que debemos reaccionar desde la honda convicción de que nadie, absolutamente nadie, puede quedarse impasible a los ataques que desvirtúan años y años de esfuerzo y entrega.

Sevilla, 12 de diciembre de 1990.

LA JUNTA DE GOBIERNO DEL COLEGIO DE ENFERMERIA



VALCA, FIABILIDAD EN DIAGNOSTICOS

En VALCA conocemos la importancia y la responsabilidad de su trabajo. Y esa necesidad de obtener la más completa información para emitir un diagnóstico correcto.

La tecnología VALCA ha logrado poner a su disposición el material radiográfico más completo, para que usted obtenga los mejores resultados.

La investigación exhaustiva de un gran equipo de profesionales garantizan la seguridad y fiabilidad del material radiográfico VALCA.



VALCA

LA TECNOLOGIA EN IMAGEN

Fotografía, Artes Gráficas y Radiografía.

VALCA, S.E. DE PRODUCTOS FOTOGRAFICOS, S. A.