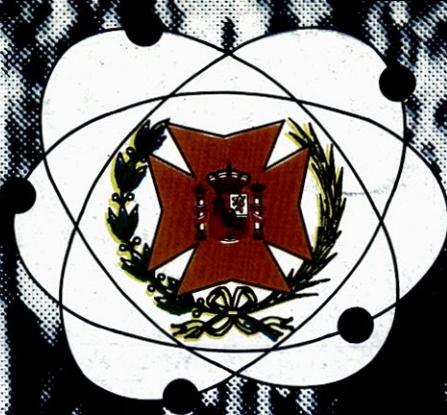


R

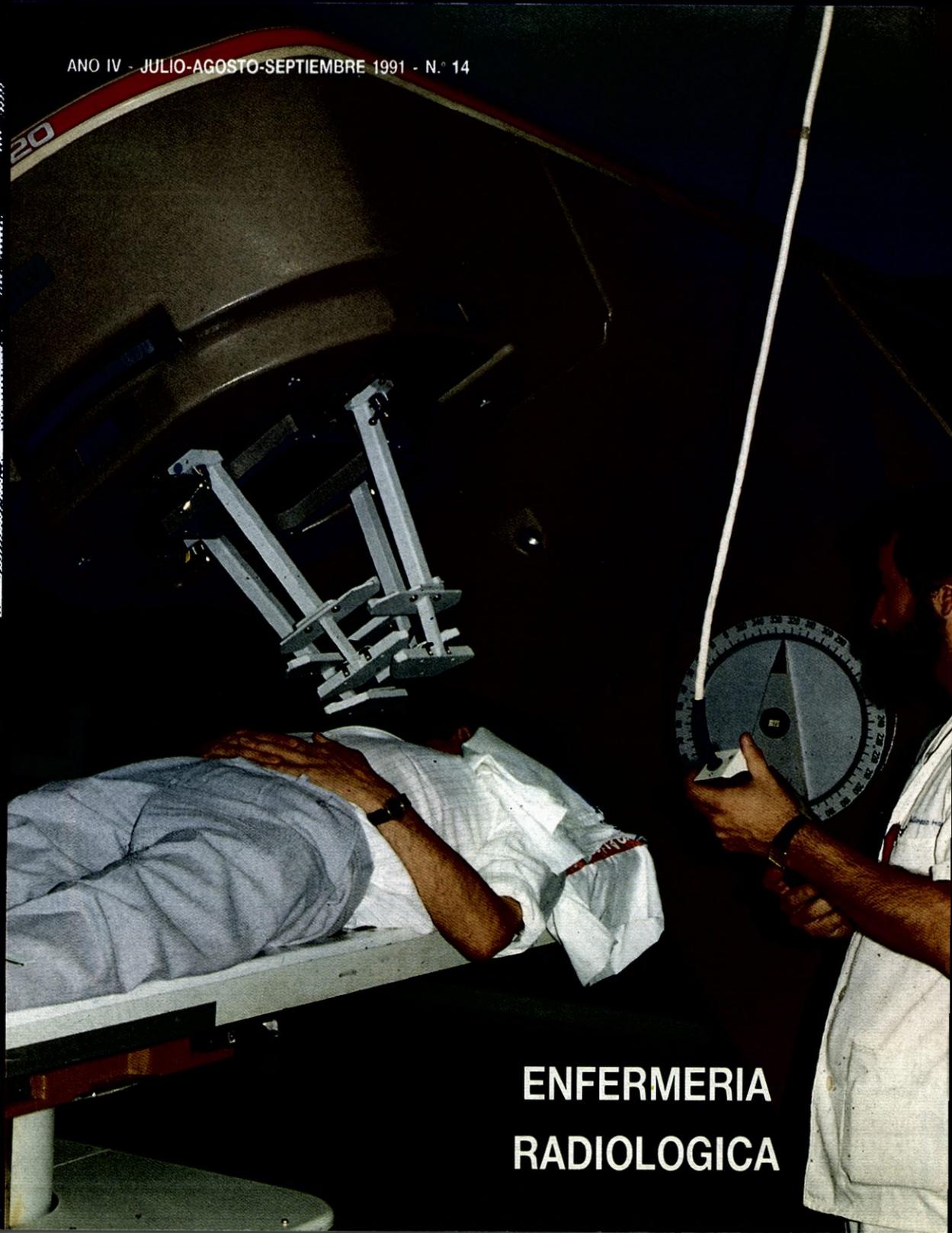


RADIOLOGICA

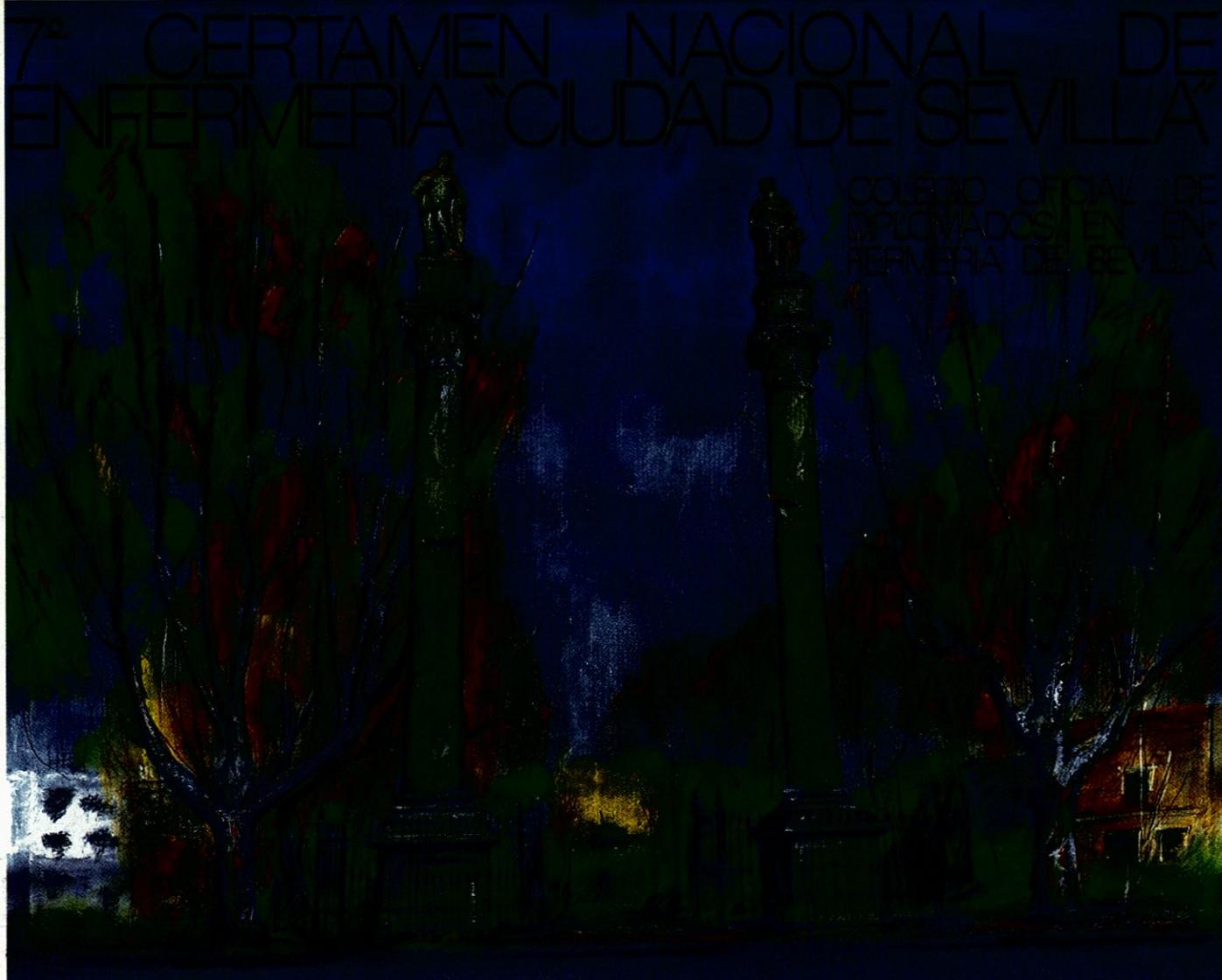
REVISTA OFICIAL DE LA FEDERACION ESPAÑOLA DE ASOCIACIONES DE ENFERMERIA RADIOLOGICA

AÑO IV - JULIO-AGOSTO-SEPTIEMBRE 1991 - N.º 14

ENFERMERIA



ENFERMERIA
RADIOLOGICA



7º CERTAMEN NACIONAL DE ENFERMERIA "CIUDAD DE SEVILLA"

COLEGIO OFICIAL DE DIPLOMADOS EN ENFERMERIA DE SEVILLA

PREMIOS

PRIMERO: 600.000 ptas.

SEGUNDO: 300.000 ptas.

TERCERO: 200.000 ptas.

Los premios se concederán al autor o autores que mejor contribución aporten a la investigación y trabajos científicos de Enfermería que cumplan las siguientes:

B A S E S

- 1.ª- **Denominación:** Título "Certamen Nacional de Enfermería, Ciudad de Sevilla".
- 2.ª- **Objeto:** Los premios se concederán a estudios monográficos o trabajos de investigación de Enfermería, no publicados, que se presenten a este Certamen de acuerdo a las Bases del mismo.
- 3.ª- **Dotación:** La dotación económica será de SEISCIENTAS MIL pesetas (600.000) para el trabajo premiado en primer lugar, de TRESCIENTAS MIL pesetas (300.000) para el premiado en segundo lugar y DOSCIENTAS MIL pesetas (200.000) para el premiado en tercer lugar.
- 4.ª- **Presentación:** Los trabajos que opten a este Certamen deberán ser presentados dentro de los plazos que cada Convocatoria anual marque, no tendrán limitación de espacio y acompañarán Bibliografía, si la hubiese. Se presentarán por duplicado ejemplar en papel tamaño D.I.N. A4, mecanografiados a doble espacio por una sola cara, y encuadernado; incluirán en separata un resumen del mismo, no superior a dos páginas.
- 5.ª- **Concursantes:** Sólo podrán concurrir profesionales en posesión del Título de A.T.S. o D.E. y que se encuentren colegiados; serán admitidos trabajos realizados en equipo. En este caso se entiende por autor, a los efectos de lo dispuesto en estas Bases, al primer firmante de cada trabajo.
- 6.ª- **Jurado:** Será Presidente del Jurado el del Colegio de Diplomados de Enfermería de Sevilla, o persona en quien él delegue. Cinco Vocales, cada uno de los cuales representarán: al Colegio de Sevilla, Consejería de Sanidad de la Junta de Andalucía, dos Vocales por las Escuelas Universitarias de Enfermería y uno representando a las Unidades de Formación Continuada de Sevilla. Todos los miembros del Jurado serán Diplomados en Enfermería.
Actuará como Secretario el del Colegio de Enfermería de Sevilla, con voz pero sin voto. El Jurado será nombrado anualmente, teniendo el Presidente voto de calidad.
- 7.ª- **Decisión del Jurado:** Los concursantes, por el simple hecho de participar en la Convocatoria, renuncian a toda clase de acción judicial o extrajudicial contra el fallo del Jurado, que será inapelable.
- 8.ª- **Documentación:** Los trabajos que opten al premio, serán remitidos por correo certificado, con acuse de recibo, al Colegio de A.T.S. y D.E.: calle Infanta Luisa de Orleans nº 10. SEVILLA 41004. Deberán indicar en el sobre: para el 7º Certamen Nacional de Enfermería Ciudad de Sevilla. No llevará remite ni datos de identificación del autor ni del Centro de Trabajo, si lo hubiere. Los trabajos serán firmados con seudónimos y acompañarán sobre cerrado con la misma identificación, en cuyo interior se incluirán: nombre, dirección completa, lugar de trabajo, si lo hubiese; certificado de colegiación reciente y "curriculum vitae", que se abrirá tras las concesiones de los premios.
- 9.ª- **Propiedad de los trabajos:** Los trabajos que se presenten al Certamen quedarán en propiedad del Colegio Oficial de A.T.S. y D.E. de Sevilla, que podrá hacer de ellos el uso que estime oportuno. En caso de publicación de algún trabajo habrá de hacerse mención de su autor. Los autores premiados solicitarán autorización por escrito a este Colegio para su publicación en otros medios, con la única obligación de mencionar que han sido premiados en el 7º Certamen Nacional de Enfermería Ciudad de Sevilla.
- 10.ª- **Incidencias:** El hecho de participar en este Certamen supone la aceptación previa de las presentes Bases.
- 11.ª- **Titular del Premio:** Será Titular del importe de los premios quien aparezca como único o primer firmante del trabajo.
Podrán optar al mismo los trabajos presentados hasta el día 31 de Octubre de 1991. Los premios serán comunicados a sus autores o primer firmante por el Secretario del Jurado, mediante correo certificado.
El fallo del Jurado se hará público el día 10 de Diciembre de 1991.



ILUSTRE COLEGIO
OFICIAL DE
DIPLOMADOS EN
ENFERMERIA
DE SEVILLA

Premios 1990:

- 1º D.ª M.ª Dolores González de Haro
- 2º D. Pedro Palomino Moral
- 3º D.ª Josefina Castro Vizoso



S U M A R I O

Pag. 1

SUMARIO

Pag. 3

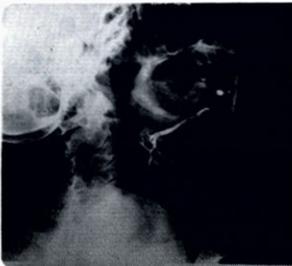
EDITORIAL: Sobre como, "El que calla otorga".

Por:
J. Manuel de los Santos Alfonso, D.E. y Fisioterapeuta.

Pag. 5

La Sialografía Parotídea

Por:
José Carlos Herrera Filgueras y José Luis Sánchez-Trincado García A.T.S./D.E., Servicio Radiología Hospital Clínico Universitario. Sevilla.



Pag. 10

Propuesta de un plan de Enfermería para la mejora asistencial en el Servicio de Radiología.

Por:
Rafael Sánchez García, A.T.S. especialista en Radiología. Rafael Pérez García, A.T.S. del Servicio de Radiodiagnóstico.



Pag. 18

Valor de la supresión del tratamiento antiácido con antihistamínico H2 para la determinación de la gastrinemia.

Por:
A. Traite, J. Mora, J. Daumal, E. Bonet y M. Roca, del Servicio de Medicina Nuclear del Hospital Universitario de Bellvitge "Prnceps d'Espanya".

Pag. 23

NOTICIAS F.E.A.E.R.



Pag. 25

CRONICA DE ASOCIACIONES.



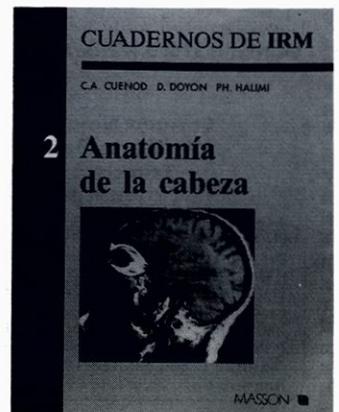
Pag. 27

TRIBUNA ABIERTA: El informe "Abril Martorell" y su repercusión sobre la Enfermería Radiológica.

Por:
Francisco Rodríguez Ferrer Presidente de la Asociación de Enfermería Radiológica.

Pag. 29

CRITICA DE LIBROS.



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 publicación 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 Radiología se envía gratuitamente a todos los miembros de la F.E.A.E.R.

Ideología

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:

M^ª Dolores Guillén Calero

Administración y R. Publicitarias:

Enrique Gómez Núñez.

Redactores:

Micaela Madueño Gómez y Francisco Padilla Filloy.

Departamento Internacional:

Gonzalo Haro Madero.

Departamento Suscripciones:

Concepción Fernández Martín

Comité Asesor:

Carmen Najara Vela, Fco. Javier Laspra Montero, Genma López Menchero, Bernabé Trujillo Martínez, Mayte Esporrín Las Heras, Francisco Faus Gabande, Ramón Hernández Hernández, Francisco Rodríguez Ferrer, Pilar Darriba Rodríguez

(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 ... GRAFICAS DEL GUADALQUIVIR, S. A. (95) 451 39 88

SOBRE COMO, "EL QUE CALLA OTORGA"



l desasosiego, la ansiedad y la irritabilidad que en la mayoría de las personas produce la incapacidad total o parcial para predecir los acontecimientos que le vayan a afectar más o menos inminentemente, genera internamente un caudal energético que se traduce externamente en signos evidentes de alerta y vigilancia.

Este estado, propicia la búsqueda de información, de signos, de datos, que disminuyan esa tensión interna, tan desequilibrante e incómoda como indeseable por ser elemento incidente en la homeostasis y en consecuencia, alterador de todos los mecanismos de retroinformación tanto orgánicos como psicológicos, que acabarán por polarizarse en función de centrar al individuo como totalidad, en pos de eliminar o desvelar el enigma que dispara el consumo de energía más allá de los límites permisibles por el régimen económico que cada individuo tiene establecido.

Los que constituimos el colectivo de Enfermería, entendemos lo que se acaba de decir, por dos motivos, más que el resto de los mortales, o si no más, por lo menos, mejor.

Todos, antes o después, hemos visto cómo esa forma de respuesta se pone de manifiesto en los pacientes a los que cuidamos, ante situaciones de enfermedad, exploraciones, intervenciones, hospitalizaciones, etc... Y, cuando hemos caído en la cuenta, cuando hemos sido conscientes de las repercusiones que tal situación le acarrea, se nos ha ocurrido que podemos intervenir y lo hemos hecho de un modo tan simple y tan eficaz que lo continuamos haciendo con buenos resultados para el paciente; lo que hacemos para minimizar esa situación angustiosa, no es ni más ni

menos que proporcionarle una información veraz y concisa del procedimiento al que se va a someter, le hemos dado oportunidad de expresar sus dudas y miedos, que hemos disipado a base de información adicional.

De esta forma, somos capaces de intervenir terapéuticamente y lo que es mejor, de paliar el sufrimiento que genera la incertidumbre por desconocimiento.

Por otro lado, y a tenor de lo que en general vemos que nos ocurre como colectivo frente a situaciones como:

- a) El déficit de D.E. existente en relación con la demanda social y las necesidades reales, que se mantiene año tras año.
- b) La parálisis crónica que sufre el Proyecto de Ley de Funciones Profesionales, en la Sanidad.
- c) La desaparición de las Escuelas de Formación de Especialistas en Enfermería.
- d) La ausencia total de información y definición que al respecto de los Planes de Estudios Básicos y de Especialistas, sustentan nuestros máximos representantes.
- e) La proliferación de nuevas profesiones "afines", el incremento del paro en otras, también "afines", y la escisión, o la absorción de actividades (Especialidades), clásica y troncalmente vinculadas, cuando no generadas, de Enfermería –por cuidativas–, o, las intransigencias de ultradogmáticos, clásicos y supramodernos, que en el seno de nuestro colectivo atomizan, cuando es necesario pensar y actuar de forma unánime y compacta.

Elementos todos, y aunque no todos los existentes, significativos de que más o menos inminente van a ocurrir "cosas" que nos afectan a

todos, pero que también –y excúsenme la perogrullada–, a cada uno en particular de nosotros, y que no obstante, sólo es evidente la ausencia de signos externos, visibles o audibles, que expresen inquietud, alarma, o tensión, cosa que lógicamente puede hacernos pensar que también en este caso, para esta circunstancia, hemos encontrado una fórmula que nos inmuniza contra esos factores estresantes, y que parece sufrir un efecto benéfico sobre la salud colectiva de enfermería, a juzgar por el estado de placidez y relajación que ante esos pródromos, masivamente expresamos.

Sinceramente, creo que no es justo que esta fórmula tan especial que dota al que la posee de una también especial impermeabilidad o refractariedad ante los problemas que en otros producen severos disturbios de salud, y que nosotros hemos descubierto y en la que como colectivo somos maestros, nos la quedemos para disfrute exclusivo.

Apunto desde este foro que se me brinda, la posibilidad de registrarla y hacerla extensiva al resto de la humanidad sufriente, cosa que además de reportarnos un prestigio que necesitamos, y el estatus que nos merecemos, a lo mejor nos hace acreedores dignos a un Nobel, de Salud, de Paz o vaya Vd. a saber, porque a lo peor ni siquiera hemos caído en la cuenta..., todavía.

**José Manuel de los Santos
Alfonso, D.E.**

Fe de erratas: Por error de imprenta el autor de la Editorial "Hasta cuando estaremos lamentándonos" es D. Marcos Gómez Godó y no el que suscribe en la Revista nº 13.

BOLETIN DE SUSCRIPCION AÑO 1991

Nº Suscriptor

ENVIAR BOLETIN DE SUSCRIPCION A:

REVISTA ENFERMERIA RADIOLOGICA
Infanta 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

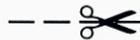
DOMICILIACION BANCARIA

IMPORTE SUSCRIPCION :

España (I.V.A. Incluido) 2.000 pts
Europa 2.500 pts
Otros Países 3.500 pts

A nombre

Revista Enfermería Radiológica
Banco del Comercio, Agencia Colegio
ATS/D.E.
Cta. Cte. 55-14



ORDEN DE PAGO - DOMICILIACION BANCARIA

Nombre del titular de la cuenta
Banco o Caja de Ahorros
C/C nº Agencia
Calle Nº C. 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

LA SIALOGRAFIA PAROTIDEA

Por:

José Carlos Herrera Filgueras y José Luis Sánchez-Trincado García
A.T.S./D.E., Servicio Radiología Hospital Clínico Universitario. Sevilla.

La presencia de una tumefacción en la glándula parótida suele comportar cierta dificultad en el diagnóstico del enfermo, ya que la variedad patológica de dicha glándula y la similitud sintomática provocan el confusiónismo. Unas veces se presentan unilateralmente y otras de forma bilateral.

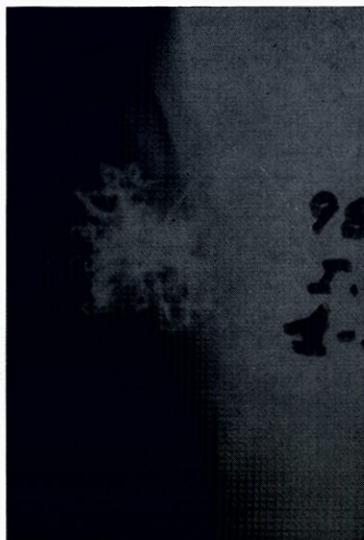


Mientras que en algunos casos, como en las inflamaciones agudas supuradas, la anamnesis y la exploración local permiten etiquetar fácilmente el proceso patológico; en otros se hace preciso disponer de otras exploraciones complementarias para localizar nuevos datos que permitan establecer un diagnóstico correcto y tratamiento adecuados.

Haciendo un recuerdo anatómico, diremos que la Parótida es la más voluminosa de las glándulas salivales. Está constituida por una parte superficial grande y otra profunda relativamente pequeña y muy vascularizada. Entre ambos lóbulos se distribuyen las ramas del nervio facial, de ahí las complicaciones frecuentes de parálisis faciales que acompañan la patología Parotídea.

Su conducto excretor o de Stenon, emerge de la zona más alta

del borde anterointerno de la Parótida, tiene una longitud de 5 a 6 cms. sigue por la cara externa del músculo masetero, atraviesa el bucinador y desemboca en la papila salival, situada en el vestíbulo bucal junto al segundo molar del lado correspondiente. La glándula Parótida está localizada en el compartimento parotídeo, rodeada



de su propia fascia, tiene su límite craneal en la parte exterior del conducto auditivo externo, la articulación temporomaxilar y el arco

SE HACE PRECISO
DISPONER DE
OTRAS
EXPLORACIONES
COMPLEMENTARIAS
PARA LOCALIZAR
NUEVOS DATOS
QUE PERMITAN
ESTABLECER UN
DIAGNOSTICO Y
TRATAMIENTO
ADECUADOS

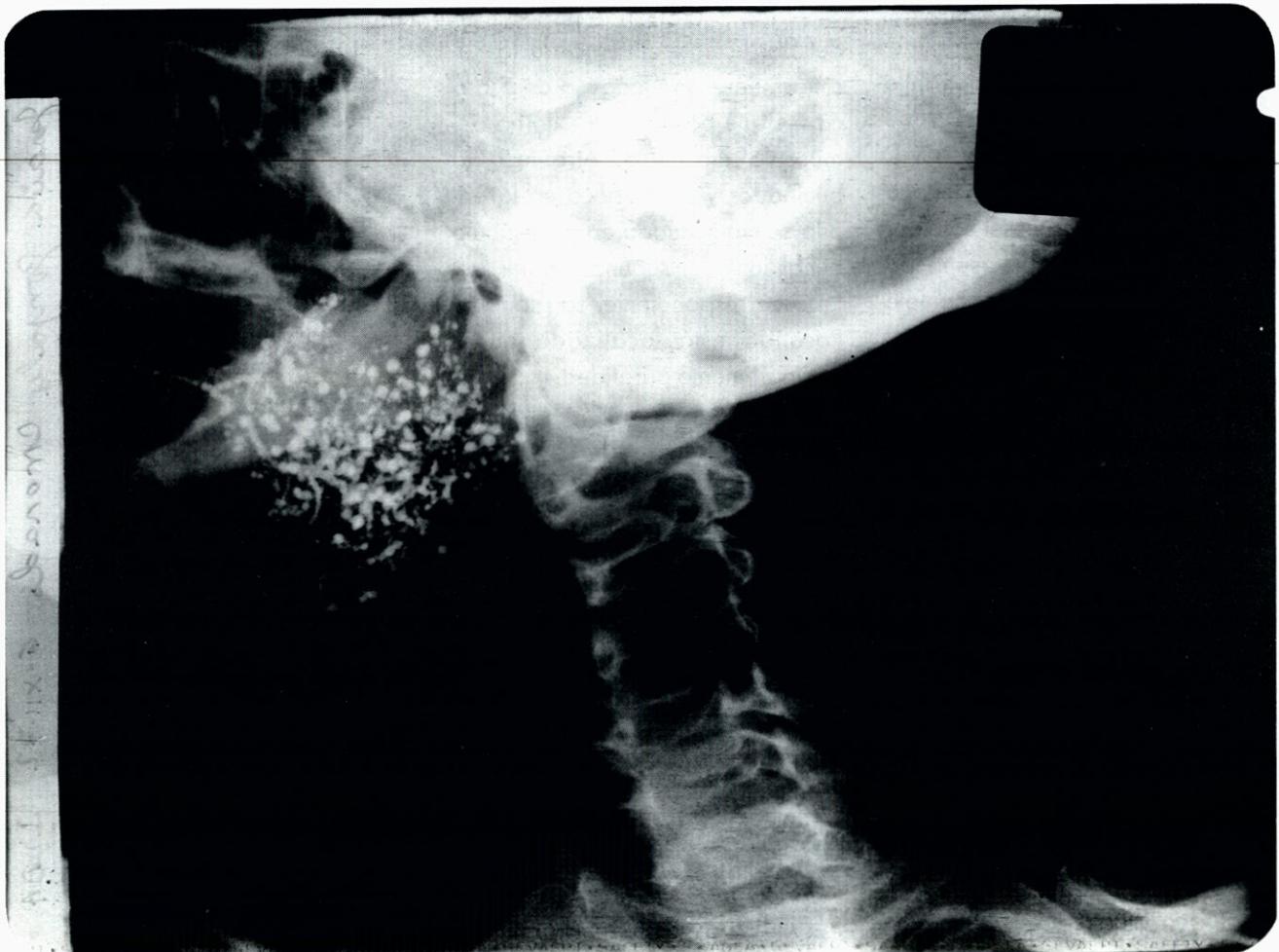
cigomático, posteriormente contacta con la tuberosidad mastoidea, la yugular interna, la apófisis y músculos estilogloideos y por delante se amolda perfectamente a la rama ascendente del maxilar inferior.

Los procedimientos diagnósticos: La patología de la glándula Parótida, suele ser variada y frecuente, caracterizándose por una sintomatología muy similar, causando dificultades en el diagnóstico ya que la anamnesis, inspección y palpación suelen ser insuficientes, haciéndose preciso el empleo de exploraciones complementarias.

LA PATOLOGIA
DE LA
GLANDULA
PAROTIDA
SUELE SER
VARIADA Y
FRECUENTE

La Sialografía como prueba complementaria es la ideal ya que nos permite la visualización de las estructuras ductales y acinares, mediante la introducción de contrastes radiopacos en los conductos de las glándulas salivales, facilitando así el diagnóstico de los procesos patológicos que afectan a dichas glándulas, ya que el examen radiológico simple es de un interés muy restringido, limitado a la exclusiva búsqueda de cálculos.

Las técnicas sialográficas empezaron a utilizarlas en 1913 Poirie y Charpy con preparados de mercurio.





rio, más tarde Arcelin empleó una solución de bismuto, pero debido a la gran toxicidad que estos productos ocasionaban, fueron abandonadas dichas exploraciones hasta la

LA SIALOGRAFIA
COMO PRUEBA
COMPLEMENTARIA
ES LA IDEAL YA
QUE NOS PERMITE
LA VISUALIZACION
DE LAS
ESTRUCTURAS
DUCTALES Y
ACINARES

aplicación clínica de compuestos yodados como medios de contraste, por Sicard y Forestier en 1922. Tres años más tarde, Barsony realiza experiencias con una solución de potasio yodado. En 1926 Jacobovici y Cols denominaron a esta exploración "SIALOGRAFIA" definiéndola como (la demostración radiológica de las glándulas salivales y sus sistemas ductales). El mismo año Carsten empleó Lipidol para demostrar dilataciones en el conducto de Stenon. Los mayores avances en este procedimiento diagnóstico los desarrollaron Rubin y Blatt, y Rubin y Holt en 1955 y 1957 respectivamente, quienes describieron una técnica que ha sido denominada por ellos "SIALOGRAFIA SECRETORA".

De los métodos diagnósticos a nuestro alcance, la anamnesis y la

exploración clínica, nos ofrecen una alta fiabilidad en el etiquetaje de tumores parotídeos. Sin embargo la Sialografía ayuda a determinar el

LAS
TECNICAS
SIALOGRAFICAS
EMPEZARON
A UTILIZARLAS
EN 1913
POIRIE Y
CHARPY CON
PREPARADOS
DE MERCURIO

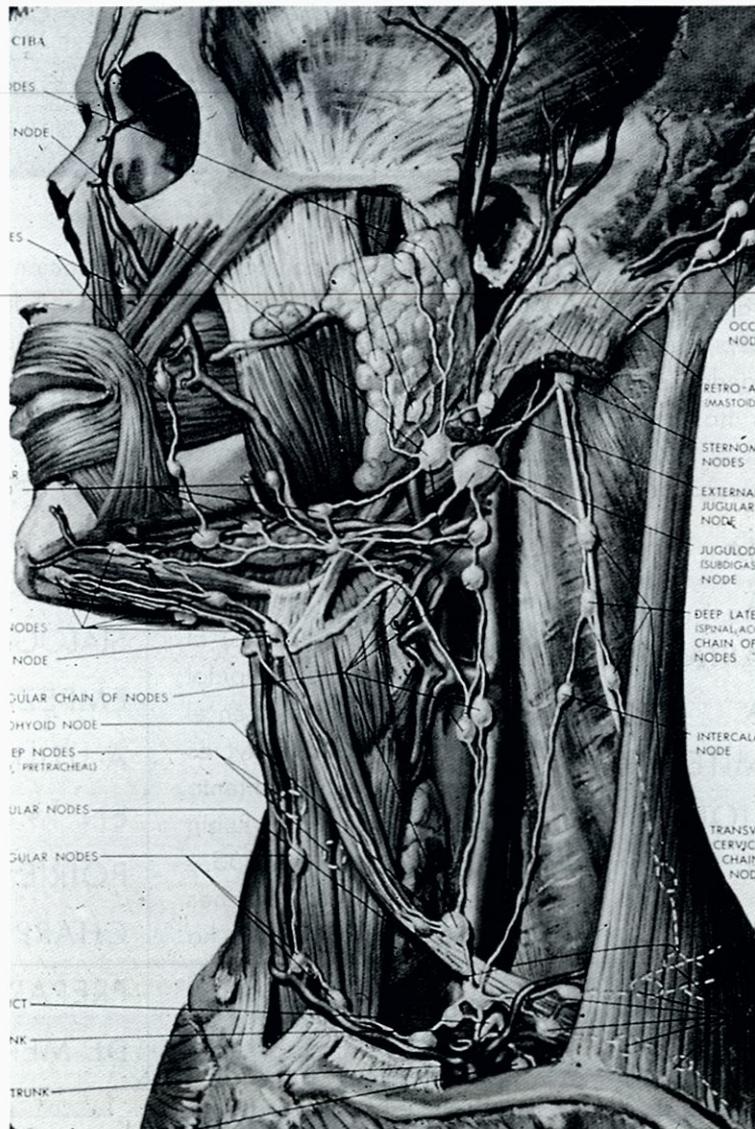
tamaño, localización, origen del tumor (Extrínseco e intrínseco) grado de afectación glandular y posible invasión de tejidos adyacentes. Las lesiones benignas suelen ser normalmente circunscritas y encapsuladas, mientras la maligna suele ser infiltrante.

Constituye la Sialografía una exploración obligada en todo proceso patológico salival, por la facilidad de su técnica y las pocas complicaciones que representa cuando se dispone de un material y marco idóneos para su realización; el material que debe utilizarse es

muy simple, basta con un catéter fino de politeno, un medio de contraste yodado como el que utilizamos en las pielografías o el Lipidol ultrafluido que es liposoluble, además una jeringa desechable de 2 cc. para así poder practicar la inyección del contraste por vía intracanalicular.

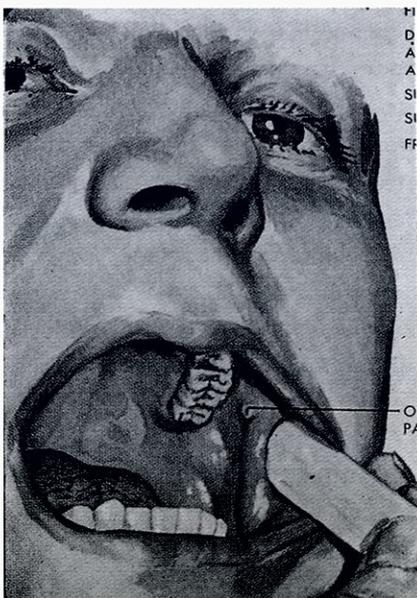
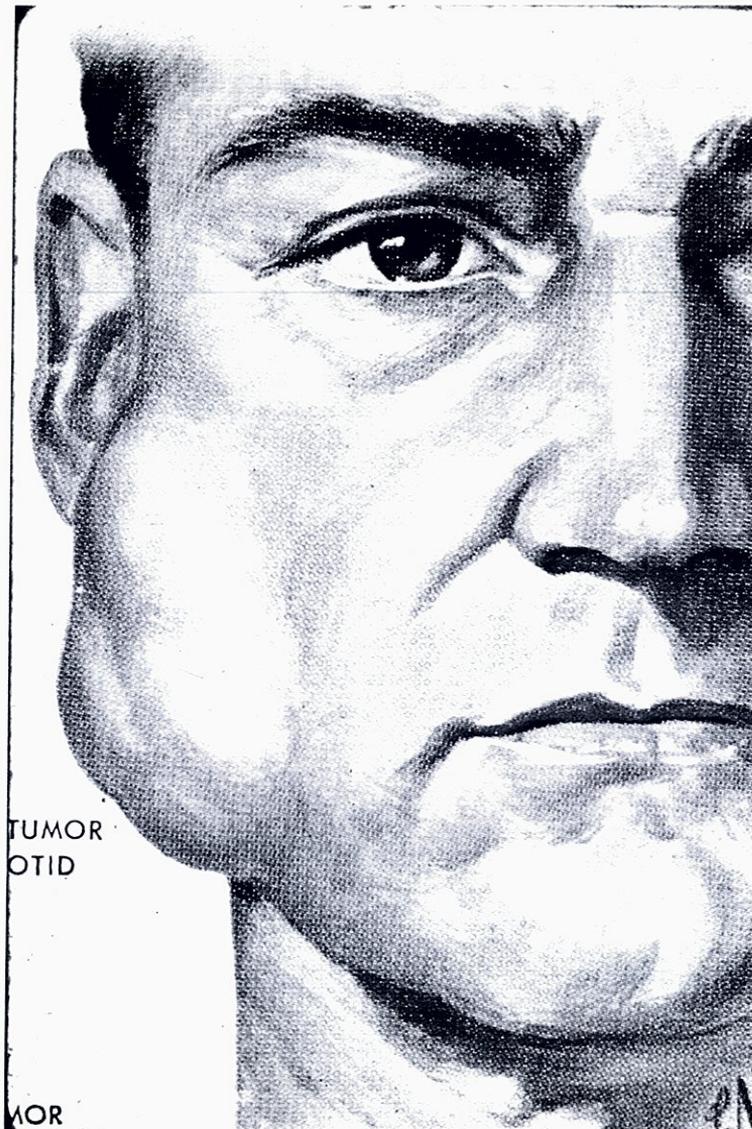
La localización de la papila del conducto excretor se realiza con suma facilidad, pues basta la simple inspección del vestíbulo bucal, a nivel del segundo molar superior, para lo cual estimularemos la secreción salival haciendo que el

DE LOS METODOS
DIAGNOSTICOS A
NUESTRO ALCANCE,
LA ANAMNESIS Y LA
EXPLORACION
CLINICA NOS
OFRECEN UNA ALTA
FIABILIDAD EN EL
ETIQUETAJE DE
TUMORES
PAROTIDEOS



paciente tome buchadas de zumo de limón, expresándose, de esta forma la glándula, al comenzar con mayor fluidez la secreción salival, momento que aprovecharemos para la canalización de la papila del conducto excretor, el cual no ofrecerá dificultades en la progresión del catéter hasta pasados unos milímetros que el conducto de Stenon se acoda ligeramente al cruzar el músculo bucinador.

PROCEDEREMOS A LA INYECCION DEL CONTRASTE PARA REALIZAR EL SIALOGRAMA, EN EL QUE SERAN SUFICIENTES DE 0,5 A 2 cc. INYECTADOS DE FORMA LENTA Y CONTINUADA



Una vez conseguido ésto, procederemos a la inyección del contraste para realizar el sialograma, en el que serán suficientes de 0'5 a 2 cc. inyectados de forma lenta y continuada, justo hasta que el paciente aprecie dolor o tirantez a nivel de la Parótida a explorar, pues una sobredosificación daría lugar a imágenes radiológicas anormales, ya que pasaríamos entonces de la simple repleción a la distensión acinocanalicular. Se procede entonces a la obtención de varias placas del contraste en proyec-

nes A.P. o frontal y perfil, no sin antes en esta última haberle dado al enfermo una inclinación adecuada de unos 30 grados, para que no se superpongan las imágenes del lateral contrario y librar así las estructuras análogas que carecen de contraste.

Una vez obtenidas las placas del sialograma, habremos conseguido las pruebas complementarias necesarias para el diagnóstico y correcto tratamiento posterior del enfermo.

PROPUESTA DE UN PLAN DE ENFERMERIA PARA LA MEJORA ASISTENCIAL EN EL SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO

Por:

Rafael Sánchez García, A.T.S. especialista en Radiología.
Rafael Pérez García, A.T.S. del Servicio de Radiodiagnóstico.

Aunque este trabajo va encaminado específicamente a la sección de Torax, puede ser extrapolable básicamente a otras secciones del Servicio.

Consideramos que la calidad asistencial debe estar por encima del control de calidad puramente técnico de las exploraciones, ya que en ocasiones y ante un paciente en grave estado, una placa puede ser diagnóstica sin que sea técnicamente perfecta. Esta calidad asistencial sólo puede ser garantizada por la presencia del personal de Enfermería, que son los que están capacitados para ello.

Una de las más feroces críticas que recibe la Sanidad Pública es la despersonalización en el trato de los pacientes. Se agravaría la situación si ese trato dependiera exclusivamente de personal técnico sin formación en Asistencia Sanitaria.

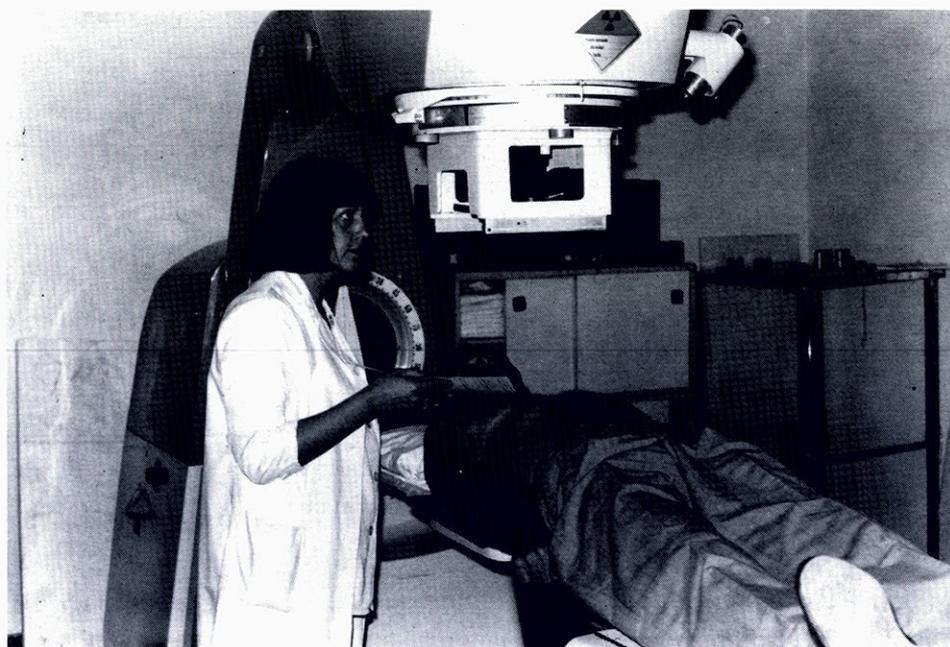
La Atención de Enfermería es derivada del marco conceptual que se debe aplicar en los servicios de Radiología. Así pues se debe emplear un Método Científico mediante el cual se puedan detectar tal variedad de problemas, realizar un análisis y diagnóstico, planificar unos cuidados y valorar periódicamente, en pos, siempre de la máxi-

ma calidad y eficacia del trabajo. Esto llevaría a la elaboración de un P.A.E. (Proceso de Atención de

LA ATENCION
DE ENFERMERIA
ES DERIVADA
DEL MARCO
CONCEPTUAL
QUE SE DEBE
APLICAR EN
LOS SERVICIOS
DE
RADIOLOGIA

Enfermería), de aplicación general, que permitiera una interpretación aislada entre el personal y los pacientes, con garantía de calidad. Las matizaciones e individuales imprevistas dependerán, en gran parte del arte personal del enfermero, en ese momento, pero serán transmitidas de modo inmediato (sesiones, seminarios, manuales, cursillos...), para la perfección ideal del marco conceptual.

El desarrollo de actividades y técnicas de atención se encamina en tres direcciones básicas: TECNICA ASISTENCIAL, TECNICA RADIOLOGICA Y TECNICA CLINICA.



EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES Y TECNICAS DE ATENCION SE ENCAMINA EN TRES DIRECCIONES BASICAS:
TECNICA ASISTENCIAL, TECNICA RADIOLOGICA Y TECNICA CLINICA

Los objetivos de este plan son:

- 1) Mejorar la calidad asistencial
- 2) Definir el Campo de Actuación de Enfermería en el Servicio de radiodiagnóstico.

Con el propósito de aportar mejoras a la atención que actualmente prestamos a los pacientes, creemos conveniente la aplicación del cuadro general de atención elaborado por la asociación Suiza de Diplomados en Enfermería. (Cuadro 1)

La asistencia que en nuestro Hospital se está realizando en estos momentos creemos que corresponde al nivel 1. Teniendo en cuenta que hay recursos humanos y técnicos para mejorarlos se podría llegar a corto plazo a nivel 2 y a largo plazo a nivel 3. Para conseguir estos objetivos creemos imprescindible:

- TRABAJO EN EQUIPO
- CUIDADOS DE ENFERMERIA
- CONTROL DE CALIDAD
- FORMACION CONTINUADA.

UNIDAD BASICA DE TRABAJO:

Estaría compuesta por:

- 1 Médico/D.E.
- 1 T.E.R.

Entendemos que esta fórmula es la única válida para la correcta actuación del área concreta de trabajo.

Corresponde al A.T.S. la coordinación entre los miembros del equipo y la relación de éste con el resto del Hospital (recabar historias, placas previas, etc.).

ORGANIZACION GENERAL

- 1.- Control de las citaciones.

CORRESPONDE AL A.T.S. LA COORDINACION ENTRE LOS MIEMBROS DEL EQUIPO Y LA RELACION DE ESTE CON EL RESTO DEL HOSPITAL

LOS ENFERMOS QUE PRECISEN ESTUDIOS CON TECNICAS INVASIVAS, SERAN VISITADOS EL DIA ANTES POR EL A.T.S.

Independientemente de la parte administrativa de las citaciones, el A.T.S. deberá conocer con antelación y controlar directamente el número y clase de estudios que se han de citar diariamente, para poder planificar correctamente el trabajo propio y de los T.E.R.

Es indispensable el escalonamiento de las citaciones, con lo que se evitarían largas esperas en los pasillos.

2.- Hacer una valoración previa de las necesidades de los pacientes según su procedencia y estado.

3.- Aplicar los cuidados necesarios encaminados a satisfacer las necesidades detectadas durante su permanencia en el servicio.

Se deberá habilitar en el Servicio una Zona de Observación para enfermos que precisen de mayor atención (encamados, oxigenote-

rapia y en mal estado en general) separada del área de Enfermos ambulatorios. Esta zona será atendida permanentemente por A.T.S. y una Auxiliar de Enfermería.

Los enfermos que precisen estudios con técnicas invasivas, serán visitados el día antes por el A.T.S. bien en su habitación, bien en la consulta de Enfermería Radiológica, de nueva creación, donde se le informarán del tipo de estudio que se va a realizar, con el fin de obtener el mayor grado de colaboración. Así mismo se hará constar en una hoja de Enfermería Radiológica las posibles alergias a posibles contraste o medicamentos. Así mismo se le indicará al paciente y explicará adecuadamente la preparación más idónea que en cada caso deba seguir.

4.- Vigilar la aplicación de los cuidados de radioprotección adecuados en cada caso, prestando especial atención a los niños, para los que se pondrán en práctica adecuados sistemas de inmovilización que hagan innecesaria la presencia de familiares en la sala de exploración, así como a mujeres en edad fértil, no siendo recomendable realizar radiografías durante la segunda fase del ciclo menstrual.

5.- Realizar técnicas de radiodiagnóstico que por su complejidad o por la gravedad del paciente no puedan ser realizadas por T.E.R., tales como técnicas invasivas, así como el control del resultado de las mismas y su identificación.

6.- Llevar los registros de Enfermería que hayan sido definidos en cada caso.

7.- Información al paciente. El

paciente debe saber en todo momento donde está y qué es lo que se le va a hacer.

Sería necesario elaborar folletos informativos sobre exploraciones que puedan ocasionar algún tipo de trauma psíquico al enfermo.

REALIZAR TECNICAS DE RADIODIAGNOSTICO QUE POR SU COMPLEJIDAD O POR LA GRAVEDAD DEL PACIENTE NO PUEDAN SER REALIZADAS POR T.E.R., TALES COMO TECNICAS INVASIVAS, ASI COMO EL CONTROL DEL RESULTADO DE LAS MISMAS Y SU IDENTIFICACION

CONTROL DE CALIDAD EN LA EJECUCION DEL ESTUDIO

1.- Recursos humanos.

A lo largo de los últimos años los avances tecnológicos han disminuido el trato humano y personalizado, convirtiendo a las profesiones relacionadas con la Salud, en rutinas mecánicas amparadas por sofisticados aparatos que desplazan

EN NUESTRO SERVICIO LOS A.T.S. POSEEN DILATADA EXPERIENCIA EN LA REALIZACION DE EXPLORACIONES Y AÑOS DE ANTIGUEDAD EN EL MISMO

al ser humano. Por ello es importante saber compaginar la tecnología (función técnica) con la aplicación de cuidados integrales. Este nexo de unión entre aparato y enfermo es la Enfermería.

Si bien el trabajo de aplicación de métodos de radiodiagnóstico ha sido tradicionalmente realizado por el personal de enfermería, la incor-

poración de parcelas que actualmente están poco atendidas y que se cubren básicamente gracias a la buena voluntad de algunos profesionales tanto médico como de enfermería.

En nuestro Servicio, los A.T.S. poseen dilatada experiencia en la realización de exploraciones y años de antigüedad en el mismo. En alto número poseen la titulación oficial de la especialidad de Electrorradiología.

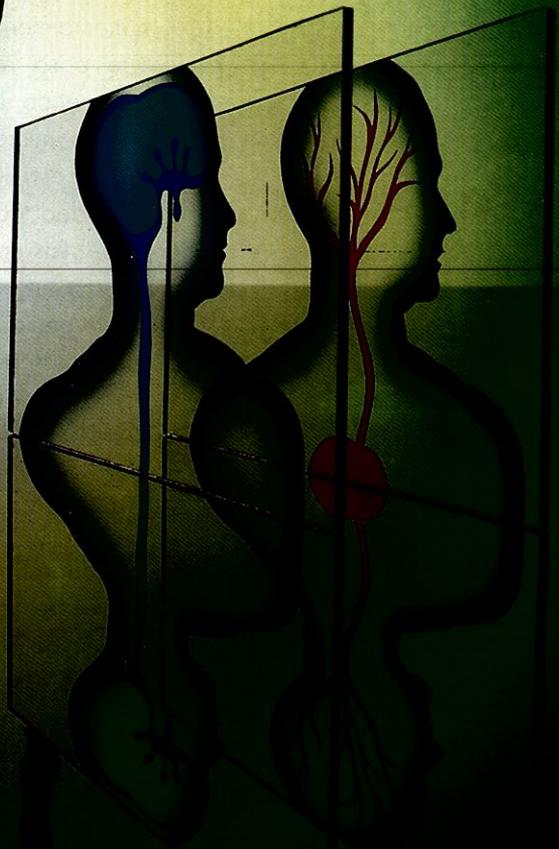
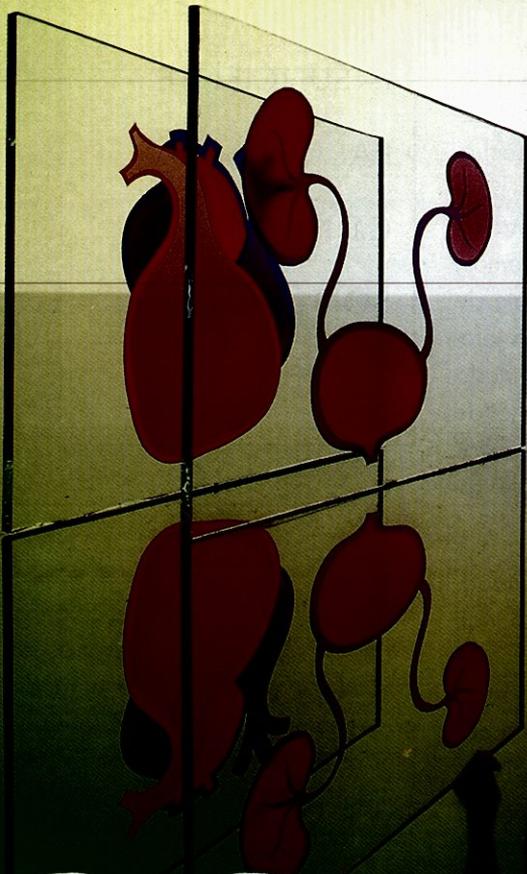
En cuanto a los T.E.R., desde la incorporación de las primeras promociones hasta ahora, hemos podido comprobar que la preparación que reciben, o bien es fundamentalmente teórica o es insuficiente para realizar con soltura su cometido. La prueba está en el elevado número de placas desechadas, estudios repetidos y la baja calidad técnica de sus exploraciones. Las causas de esto, creemos, están en el abandono docente de este personal por parte de las jefaturas y supervisiones de Enfermería y la falta de apoyo del personal de Enfermería que han visto en ellos una amenaza a sus puestos de trabajo.

Nada más lejos de la realidad. Creemos que la tendencia actual, lejos de sustituir a los A.T.S. por T.E.R. está en el aprovechamiento de las funciones de ambos para conseguir mejorar la calidad asistencial conclusiones reflejadas en las últimas Jornadas Andaluzas de Enfermería Radiológica, celebradas el pasado mes de diciembre en Almería y a las que tuvimos oportunidad de asistir.

La calidad técnica de las exploraciones radiológica creemos que

EN CUANTO A LOS T.E.R., HEMOS PODIDO COMPROBAR QUE LA PREPARACION QUE RECIBEN, O BIEN ES FUNDAMENTALMENTE TEORICA O ES INSUFICIENTE PARA REALIZAR CON SOLTURA SU COMETIDO

debe ser supervisada por el A.T.S. mediante la aplicación de criterios objetivos claros, discutidos y especificados previamente por el médico y controlados mediante la creación de una ficha de control de calidad que deberá ser cumplimentada por el mismo y remitida al Radiólogo junto con el estudio realizado. Este control de calidad se puede hacer mediante muestreo porcentual, que irá en descenso hasta unos límites, en función de la preparación del equipo básico de trabajo.



SCHERING



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



La nueva visión de Kodak





LA CALIDAD
TECNICA DE
LAS
EXPLORACIONES
RADIOLOGICAS
CREEMOS
QUE DEBE SER
SUPERVISADA
POR EL A.T.S.

Igualmente el control estadístico, tanto del gasto de placas útiles y desechadas, como los posteriores estudios estadísticos generales de la sección serán responsabilidad del A.T.S.

2.- Recursos materiales.

a) Control de Calidad en cuanto a aparatos medios y demás partes integrantes del Servicio (maquinaria, material, almacén, etc.).

b) Dotar de material exclusivo de trabajo al área de Infecciosos: Fundas para chasis desechables, portátil fijo en dicha área, material de lencería, etc.

c) Control sobre la higiene general del Servicio y limpieza de los

equipos (punto, éste en extremo abandono en este Servicio).

d) Hacer hincapié en el control del mantenimiento de los equipos,

EL A.T.S. SERA
EL
ENCARGADO
DE RECABAR
LAS
DEMANDAS
DEL PERSONAL

prestando especial atención al control de la limpieza de las procesadoras así como de la elaboración de los líquidos para revelar, verificando sistemáticamente el estado de los mismos.

FORMACION CONTINUADA

El A.T.S. será el encargado de recabar las demandas de formación del personal. Elaborará los planes de necesidades de formación que enviará al departamento

de Formación Continuada del Hospital.

Planificará los seminarios, puesta en común, unificación de criterios, etc., que deberán hacerse de forma sistemática y con un programa previamente elaborado.

| Nivel | 0 | 1 | 2 | 3 |
|---|--|---|---|--|
| Cuidados básicos | El paciente recibe los cuidados esenciales. Sufre deterioros. | El paciente recibe los cuidados mínimos esenciales. No sufre deterioros físicos como en el nivel 0. | El paciente recibe cuidados planificados según sus necesidades. | El paciente participa en sus cuidados. También la familia. |
| Cuidados específicos o terapéuticos | El paciente recibe cuidados que comportan errores. Sufre complicaciones evitables. | El paciente recibe cuidados correctos, pero esencialmente dictados por la rutina del hospital. No se producen errores. | El paciente está informado antes y después. Recibe todo el apoyo y vigilancia que precisa. Los cuidados son individualizados. | El paciente comprende el concepto y finalidad de su tratamiento. Da su consentimiento y colabora. Está preparado para seguir su tratamiento solo o ayudado por el equipo o/y su familia. |
| Atención de las cuestiones de orden psico-social | El paciente sufre traumas psíquicos, ansiedad, inseguridad, represión, aislamiento, etc. | El paciente debe conformarse y atenerse a la rutina del hospital. No recibe atención en relación a las preocupaciones que se puedan plantear. | Gracias al clima de confianza, el paciente puede expresar sus necesidades. Se siente comprendido y aceptado. Puede mantener contactos en el hospital. | Obtiene una experiencia útil de su estancia en el hospital. Ha adquirido un modo de vida adaptable a su estado, que le permite prepararse. |
| Información | El paciente no recibe información, NO tiene posibilidades de manifestar su opinión. | El paciente recibe información estereotipada, regida por la rutina del hospital. | El paciente se beneficia de relaciones interpersonales auténticas, favoreciendo el diálogo e intercambio de opiniones. | El paciente recibe los consejos adecuados que le permiten progresar gracias a una relación de confianza con el personal asistencial. |
| Planificación de los cuidados y transmisión de información. | La transmisión de información es insuficiente. | La transmisión de información está asegurada como mínimo a través de los escritos o comunicados. | La planificación de los cuidados se modifican según sus necesidades. El equipo asistencial se reúne de forma periódica. | El paciente y familia participan en la planificación de su tratamiento y de sus cuidados. La valoración está asegurada en el hospital y fuera de él. |

VALOR DE LA SUPRESION DEL TRATAMIENTO ANTIACIDO CON ANTIHISTAMINICOS H2 PARA LA DETERMINACION DE LA GASTRINEMIA

Por: A. Traite, J. Mora, J. Daumal, E. Bonet, M. Roca, del Servicio de Medicina Nuclear.
Hospital Universitario de Bellvitge "Prínceps d'Espanya"

Se ha estudiado la influencia de la medicación con antihistamínicos H2 en la determinación de la gastrinemia, para ello se ha realizado esta exploración a 17 pacientes sin haberles suspendido la medicación y tras la supresión de la misma. Los valores obtenidos tras la supresión fueron ligeramente menores que los obtenidos bajo tratamiento, aunque no supuso ninguna trascendencia clínica.

 Para la determinación de la Gastrinemia en pacientes ulcerosos con sospecha de padecer un síndrome de Zollinger-Ellison se recomienda la supresión de todo tipo de tratamiento antiulceroso, especialmente de los antihistamínicos H2 al menos 48 horas antes de la extracción ya que pueden falsear o variar los resultados (1,2). Asimismo la supresión de la medicación puede inducir en estos pacientes un empeoramiento de los síntomas e incluso pueden sangrar.

Para evitar estudiar el incremento real de los niveles de gastrinemia producidos por la medicación y valorar la supresión de la misma se ha estudiado un grupo de pacientes diagnosticados de úlcus gastroduodenal y tratados con antihistamínicos H2, determinándose la Gastrinemia en muestras de sangre extraídas sin suspender la medicación y tras supresión de la misma 48 horas antes de dicha extracción.

ASIMISMO LA
SUPRESION DE LA
MEDICACION
PUEDE INDUCIR EN
ESTOS PACIENTES
UN
EMPEORAMIENTO
DE LOS SINTOMAS
E INCLUSO PUEDEN
SANGRAR

MATERIAL Y METODOS

Se han estudiado 17 pacientes de edades comprendidas entre 25 y 45 años (media: 34), 16 varones y 1 mujer. El diagnóstico de todos ellos era de ulcus gástrico o duodenal y estaban sometidos a tratamiento con antihistamínicos H2 a dosis individualizadas.

A cada paciente se le realizaron dos extracciones: una sin haber suspendido la medicación antiulcerosa y otra tras supresión del tratamiento 48 horas antes. El intervalo

A CADA PACIENTE SE LE REALIZARON DOS EXTRACCIONES: UNA SIN HABER SUSPENDIDO LA MEDICACION ANTIULCEROSA Y OTRA TRAS SUPRESION DEL TRATAMIENTO 48 HORAS ANTES

de tiempo transcurrido entre ambas extracciones nunca fue superior a una semana.

Las muestras se tomaron tras un ayuno de al menos 12 horas. La sangre se dejó coagular espontáneamente en un tubo siliconado y al vacío centrifugándose para la obtención del suero, congelándose éste a -20°C hasta el momento de efectuar la determinación.

Las muestras obtenidas con y sin medicación se procesaron simultáneamente.

La determinación de la Gastrinemia se efectuó mediante una técnica de radioinmunoanálisis clásico. (Gastrin RIA de Becton Dickinson). El valor de referencia utilizado fue de 10-45 pmol/l. Los análisis estadísticos utilizados fueron la comparación de dos medias, muestras pequeñas y datos apareados, así como el cálculo del coeficiente de correlación de Spearman.

RESULTADOS (tabla 1)

La media obtenida de los resultados bajo tratamiento fue de 30.5 con una desviación estándar de 17.8 (rango: 12.0-90.7 pmol/l).

La media de las determinaciones efectuadas tras la supresión del tratamiento fue de 25.6 (desviación estándar: 17.4; rango: 86.7-12.3)

LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN ESTE TRABAJO MUESTRAN QUE LOS VALORES DE GASTRINEMIA OBTENIDOS TRAS LA SUPRESION DEL TRATAMIENTO SON MENORES QUE LOS OBTENIDOS SIN SUPRESION DEL MISMO

El análisis estadístico (comparación de medias) mostró que los valores obtenidos en los pacientes tras suprimir el tratamiento fueron significativamente menores ($p < 0.026$) que los efectuados sin dicha supresión.



Se observó correlación ($r=0.534$; $p<0.01$) entre los valores obtenidos bajo tratamiento y tras su supresión (Figura 1).

En 11 de los pacientes la determinación sin tratamiento dio valores inferiores a la efectuada con tratamiento.

En el resto se obtuvieron resultados prácticamente equivalentes.

En 15 de los pacientes se obtuvieron siempre valores dentro del intervalo de referencia. Un paciente presentó resultados elevados tanto como tratamiento como tras la supresión del mismo y solamente en 1 paciente, la determinación efectuada bajo tratamiento fue ligeramente

superior al rango de referencia (47.9 pmol/l) mientras que la muestra obtenida sin tratamiento fue normal (22 pmol/l) (tabla 2).

DISCUSION

Los resultados obtenidos en este trabajo muestran que los valores de gastrinemia obtenidos tras la supresión del tratamiento son menores que los obtenidos sin supresión del mismo.

Sin embargo en todos los casos excepto en uno, los valores obtenidos con y sin tratamiento, se situaron dentro del intervalo de referencia, y por lo tanto el efecto de la medicación en la determinación de

la gastrinemia carecería de importancia a efectos prácticos.

El valor ligeramente más alto obtenido en los pacientes bajo tratamiento antiulceroso se explicaría por la disminución del pH del jugo gástrico lo cual implica una estimulación compensatoria de la secreción de gastrina (3,4).

En conclusión podemos decir que la supresión del tratamiento antiulceroso con antihistamínicos H2 no es necesaria para la determinación de la gastrinemia en los pacientes con úlcus gastro-duodenal, resultado más cómodo para el paciente y evitando las posibles consecuencias de la supresión del tratamiento.

TABLA 1

Resultados obtenidos en los 17 pacientes estudiados. Valores de Gastrinemia en pmol/l.

| PACIENTE Nº | BAJO TRATAMIENTO | TRAS SUPRESION |
|-------------|------------------|----------------|
| 1 | 47.0 | 22 |
| 2 | 34.5 | 16 |
| 3 | 23 | 20.9 |
| 4 | 25.5 | 19.5 |
| 5 | 24.8 | 21.8 |
| 6 | 90.7 | 86.7 |

TABLA 1
(continuación)

| PACIENTE N° | BAJO TRATAMIENTO | TRAS SUPRESION |
|-------------|------------------|----------------|
| 7 | 20.2 | 13.4 |
| 8 | 32.1 | 35.6 |
| 9 | 12 | 12.3 |
| 10 | 14.4 | 19.7 |
| 11 | 39.1 | 37.8 |
| 12 | 19.6 | 22.7 |
| 13 | 34.5 | 37.5 |
| 14 | 23 | 16.9 |
| 15 | 32.6 | 15.1 |
| 16 | 21.4 | 21.7 |
| 17 | 21.8 | 18.4 |

TABLA 2

Clasificación de los pacientes según los niveles de gastrinemia en determinación dentro del rango de referencia (10-45pmol./l). Resultados tanto bajo como tras la supresión del tratamiento

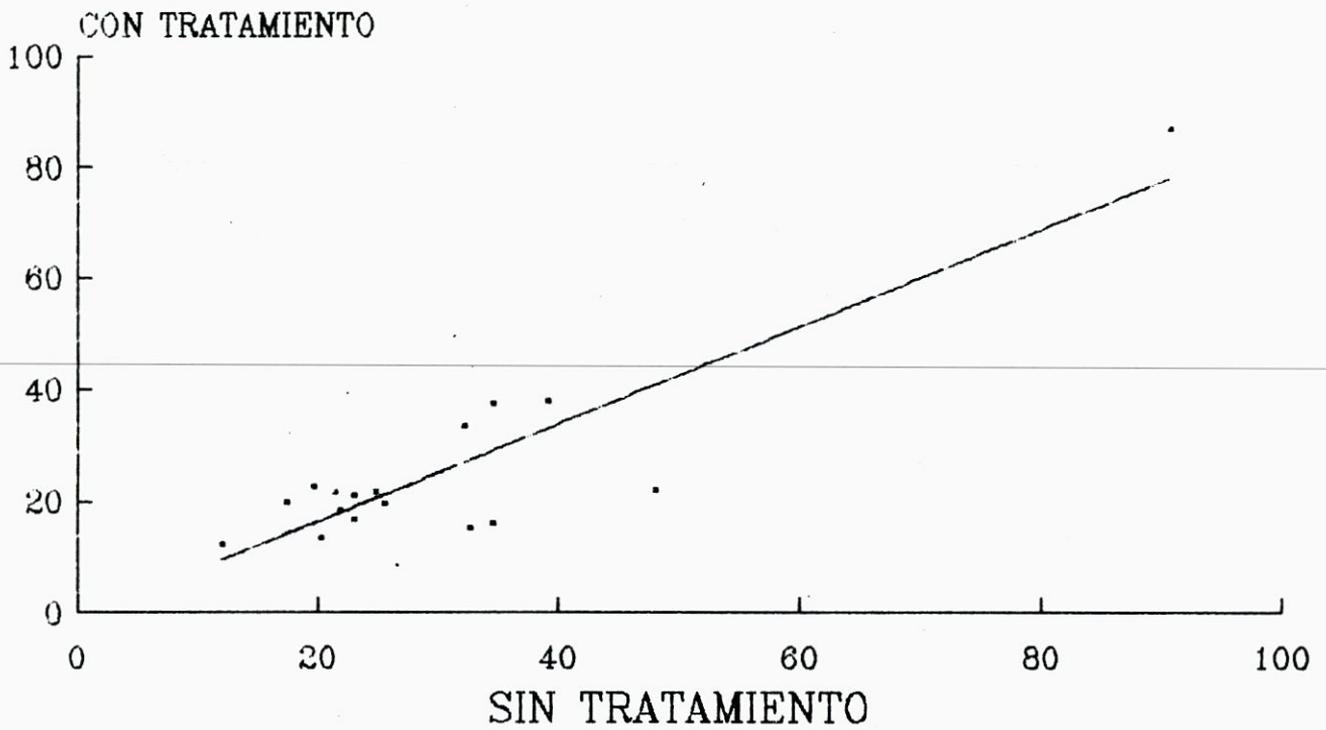
| S I N T R A T A M I E N T O | CON TRATAMIENTO | | |
|--|-----------------|---------|-------|
| | N.L. | ELEVADA | TOTAL |
| NL | 15 | 1 | 16 |
| ELEVADA | 0 | 1 | 1 |
| TOTAL | 15 | 2 | 17 |



FIGURA 1

Recta de regresión entre los valores obtenidos bajo tratamiento y tras la supresión del mismo

$r = 0.534$
 $p < 0.01$



RESULTADOS EN pmol/l

NOTICIAS F. E. A. E. R.

INFORME DE LA REUNION CON EL REPRESENTANTE DEL CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS DE DIPLOMADOS EN ENFERMERIA Y EL PORTAVOZ DE LA F.E.A.E.R.



Manuel Sastre, portavoz FEAER ante el Consejo General de Enfermería, tercero por la derecha.

–Siguiendo lo acordado en la Asamblea General de la Federación, celebrada en Sevilla el día 12 de Junio del 91, me reuní con la Sra. Ovalle, representante del Consejo General en el Comité Asesor de Especialidades.

–A dicha reunión, deberíamos haber acudido por parte de nuestra Federación, el Sr. D. Bernabé Trujillo y yo.

Por motivos laborales, no pudo acudir el Sr. Trujillo, quien delegó a su vez en el Presidente de la Asociación Asturiana Sr. D. Javier Laspra, quien a última hora y por idénticos motivos tampoco pudo acudir a Madrid.

–La reunión se celebró en la sede de la "Fundación Enfermería y Sociedad".

–Lo expuesto por este Portavoz, lo podemos resumir en los siguientes puntos:

- Presentación y agradecimiento por la entrevista.
- Explicación del por qué del cargo de Portavoz de la Federación ante los Organismos Oficiales.
- Motivo de petición de entrevista:

- Establecimiento de relaciones continuas con nuestros Organismos de Representación.

- Recabar cuanta información de interés se disponga sobre el tema de *Especialidades* y en particular el que hace referencia al de *Cuidados Especiales*.

• Información general situación actual de nuestra Federación, destacando:

- Ambito territorial.
- Excelente número de afiliados.
- Establecimiento de relaciones con las distintas Administraciones.
- Trabajos y Proyectos.
- Información IV Congreso Nacional.
- Etc...

Después de esta introducción, de la intervención de la Sra. Ovalle cabe destacar los siguientes apartados:

1.-Que el *Proyecto de Desarrollo del Título de Enfermero Especialista*, que actualmente se encuentra en los Ministerios de Educación y Ciencia y Sanidad y Consumo, contempla exclusivamente las siguientes:

- Enfermería Geriátrica.
- Enfermería Obstetrico-Ginecológica.
- Enfermería Pediátrica.
- Enfermería de Salud Mental.
- Enfermería de Salud Comunitaria.

- Enfermería de Gerencia y Administración.

2.-Este Proyecto no está todavía aprobado globalmente. Y que parece ser que solamente se tiene por parte de la Administración cierto interés-urgencia en adelantar exclusivamente dos de ellas:

- Enfermería Obstetrico-Ginecológica.
- Enfermería Mental.

La primera de ellas por mandato de urgencia de la C.E.E. que les ha apremiado en su resolución. Y la segunda por motivos de acoplar la "iniciada" reforma psiquiátrica.

3.-El Consejo General, ha sido requerido por la Administración para firmar dicho documento, y no lo ha hecho exigiendo para ello que saliesen las "siete". Por lo que habría que añadir a dicho Proyecto la denominada de Tecnologías Especiales y salir todas en conjunto. Dentro de las denominadas Tecnologías Especiales, es donde iría incluida tanto Laboratorios como Radiología.

4.-Actualmente se tiene informaciones de que solamente la de Matronas va ha ir hacia delante. Lo que significa reconocimiento de Especialidad y por consiguiente retribución económica acorde.

5.-Que como miembro del Consejo General, se congratulaba de que los profesionales de Enfermería que trabajamos en los Servicios de Radiología, nos sintamos ante todo "Enfermeros", coincidiendo con nosotros en los planteamientos

tos y demandas.

6.-Como ya es conocido, el Consejo General presentó una propuesta a los distintos Ministerios implicados sobre lo que se denomina "Carrera Profesional". Este documento de discusión ha sido criticado y se han aportado sugerencias por las distintas Asociaciones Científicas de Enfermería. Por todo ello se ha creado una Comisión de Seguimiento dentro del Consejo General.

Apunta lo interesante que resultaría nuestra aportación a dicha Comisión.

7.-Se tiene la creencia de que si este proyecto fuese factible, permitiría el reconocimiento de distintas Especialidades de Enfermería.

Naturalmente alrededor de los puntos que he reseñado anteriormente, hubieron multitud de comentarios que difícilmente puedo resumir, pero que en caso de interés puntual os podría comentar.

Asimismo acordamos el establecer una línea de colaboración y comunicación, así como cuantas reuniones fuesen precisas para la obtención de nuestros objetivos.

Nos comunicó la Sra. Ovalle, el interés que había demostrado el Sr. Presidente del Consejo. Y que seguramente y en fechas lo más próximo posible nos citaría a una reunión con el Sr. Presidente.

Por último nos animaba en nuestro trabajo de reivindicación y se ofreció para cualquier tema de interés que ella pudiese colaborar.

CRONICA DE ASOCIACIONES



Grupo de participantes al IV Congreso Nacional en Toledo

CRONICA DE LA ASOCIACION MADRILEÑA

Con la celebración del *IV Congreso Nacional de Enfermería Radiológica*, se da un nuevo impulso hacia la consecución de la especialidad de Enfermería Radiológica, para los A.T.S. y Diplomados en Enfermería.

En el desarrollo del mismo se ha generado un gran interés para delimitar sus funciones y atribuciones dentro del colectivo sanitario dedicado a la radiología o más modestamente al diagnóstico por imagen.

Primero destacan la masiva afluencia de profesionales de esta especialidad (unos 350 aproximadamente), así como la buena calidad y nivel de las distintas ponencias que tanto interés han generado.

Este IV Congreso delimita dos grandes vertientes: la primera, la necesidad de la presencia del enfermero/a especialista en todas las

exploraciones en las que el paciente requiera los *más mínimos cuidados de Enfermería* (portor, sueros, catéteres, drenajes, sondas, traqueotomías, o mal estado general del mismo, necesidad de contrastes, inyecciones), para las cuales, está perfectamente capacitado por ser en esencia, el profesional de "cuidados" a través del eje central del P.A.E. (Proceso de Atención de Enfermería).

En este capítulo hemos escuchado ponencias muy interesantes sobre docencias en enfermería Radiológica, a los alumnos de escuelas de Enfermería, a los profesionales de la unidad, y lo que es más importante la interrelación y docencia con otras Enfermería Radiológica, para integrarse con el resto de los profesionales, esta ponencia por lo que tiene de importancia, y novedad, en su protocolo de docencia, perfectamente reglado y con proyectos, futuros ambiciosos fue galardonada con el tercer premio de este Congreso.

En este apartado fueron leídas sendas ponencias sobre el presente y futuro de nuestra especialidad, destacándose las grandes dificultades y trabas interesadas puestas por la administración y gran parte del colectivo médico; la primera por regirse por criterios economicistas en vez de por supuestos de la calidad en los servicios de salud, a todos los españoles; y los segundos el colectivo médico por los celos y miedos que generan unos profesionales universitarios con conocimientos suficientes para poder criticar sus acciones, así como la posibilidad de licenciarse y doctorarse en ciencias de la Enfermería, que supondrá competencias en algunos campos, cosa que jamás puede suceder con el Técnico de F.P. II.

Quedó por supuesto claro, la necesidad de la especialidad de Enfermería Radiológica, dentro de la Especialidad de "cuidados especiales" o como disciplina individualizada, con la duración y formación técnica y clínica suficiente y necesaria-

ria para el nivel universitarios del D.U.E. concienciando a todos los profesionales, de la necesidad de tomar medidas de todo tipo, para presionar a la administración, a tomar en consideración nuestras justas aspiraciones (en una especialidad que nos fue arrebatada); Llegándose en caso necesario y ojalá no fuera necesario la huelga general a nivel nacional, que serían canalizadas por nuestro presidente nacional de la asociación de Enfermería Radiológica, en conjunto y acuerdo con el resto de las asociaciones de las distintas comunidades.

En el *segundo apartado o vertiente* los impresionantes adelantos técnicos dentro del diagnóstico por imagen, así como la sofisticación y alto nivel de las distintas técnicas aplicadas al tratamiento y diagnóstico de los pacientes que abarcan desde los T.A.C. de cuarta y quinta generación, la *Resonancia Magnética Nuclear*, que aporta datos bioquímicos y anatómicos, la *Tomografía por emisión de positrones*, la *Ecografía Doppler en color*, para medición de flujos, los *sistemas expertos en el tratamiento de la imagen (analogía digital)*, *radiología intervencionistas* cuya ponencia obtuvo el segundo premio; el uso de *catéteres especiales mecánicos* como la *sonda o rotor Kensey*, para tratamiento percutáneo de las obstrucciones vasculares, que fue premiado con el máximo galardón del Congreso por su calidad, perfecta presentación, y desarrollo.

Todos estos progresos imparable en un futuro así como muy costosas, en su adquisición por los hospitales, así como por su complejo funcionamiento; requieren la presencia de un *especialista universitario*, como el *Diplomado/a en Enfermería* que posea los conocimientos tanto técnicos, como sanitarios y de salud, para aplicar estas técnicas.



Stand de Revista Enfermería Radiológica, en Toledo

En conclusión dos palabras, para definir el IV Congreso de Enfermería Radiológica, calidad de las ponencias y comunicaciones y muy buena asistencia e interés por parte de los profesionales en esta especialidad tan necesitada de apoyo, unión de criterios y fuerza solidaria, en una sola y única dirección la especialidad, al máximo nivel académico, de Enfermería Radiológica, con las consiguientes mejoras de funciones y nivel retributivo para este profesional.

CRONICA DE LA ASOCIACION ASTURIANA

La Asociación Asturiana de Enfermería Radiológica, tiene planteados en la actualidad, una serie de iniciativas, que espera llevar a buen término.

La primera de ellas consiste en la implantación de la enseñanza de Radiología en la Escuela Universitaria de Enfermería, que como bien sabéis, según la C.E.E. es asignatura de obligado cumplimiento, como materia no troncal. Para ello, hemos mantenido contactos con el Dr. Flórez Lozano, que es el director de la Escuela Universitaria de Enfermería de Oviedo, el cual se ha mostrado muy receptivo con el tema que le

hemos planteado. Del mismo modo, le hemos solicitado a los alumnos de Enfermería pasen a rotar en sus prácticas, por los Servicios de Radiología, como lo hacían antes de vernos metidos en esta galerna de, Especialidades, técnicos de F.P., temas de competencias, etc. etc...; pero como comprenderéis todos, aunque seáis de "Tierra adentro" las galernas pasan y la calma volverá a reinar.

La segunda iniciativa, para nosotros muy importante y de gran trascendencia, por lo que arriesgamos en ello, es la celebración en Gijón los días 19, 20 y 21 de Marzo de 1992 de las 2ª Jornadas de la Sociedad Norte de Enfermería Radiológica.

En dichas Jornadas esperamos contar con vuestra asistencia, ya que tiene el aliciente de ser el día 19, festivo en muchas comunidades, y poder organizar un "puente" para la asistencia a las Jornadas y al mismo tiempo conocer un poco de esta preciosa tierra que es Asturias.

Sin más, un cariñoso saludo desde esta "tierraña" en la que os encontraréis como en vuestra propia casa, pero cambiando el paisaje.

TRIBUNA ABIERTA

EL INFORME "ABRIL MARTORELL" Y SU REPERCUSION SOBRE LA ENFERMERIA RADIOLOGICA

Por:
Francisco Rodríguez Ferrer
Presidente de la Asociación de Enfermería
Radiológica.

Hace ya varias semanas, vió la luz el informe de la Comisión de Analisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud, popularmente conocido entre nosotros por el Informe "Abril Martorell", por ser ese ex-ministro de Economía, el Presidente de la Comisión.

En primer lugar, hay que aclarar, que ese informe no es un proyecto gubernamental, sino el fruto del trabajo encomendado por el Congreso de los Diputados a un grupo de expertos en la materia, y una vez finalizado ha sido entregado a la correspondiente Comisión de Política Social y Empleo de ese Congreso de Diputados. No obstante sería absurdo pensar que el actual Gobierno del Estado, no

va a prestar detenida atención a esas "recomendaciones", más aún cuando muchas de las medidas propuestas por la Comisión van destinadas a corregir el caos presupuestario que supone la gestión directa de la atención sanitaria con cargo a fondos públicos.

Intentaré en la medida de lo posible, resumir los aspectos, más interesantes, y emitir una opinión personal de nuestra profesión.

En una primera introducción, el informe hace un reconocimiento de los logros que el actual sistema ha supuesto para la sociedad española de la década de los noventa, como han sido la universalización de la cobertura sanitaria y el hecho real de haber podido alcanzar unos

indicadores generales de salud de la población, equiparables a los del resto de Estados de la C.E.E.

Entre las carencias que se achacan al actual sistema sanitario merece destacar el escaso papel que aún representa la Atención Primaria, la medicina preventiva y la salud pública, siendo el capítulo de la asistencia hospitalaria el que se lleva la mayor parte del gasto sanitario público.

También se aducen como carencias importantes del sistema de salud la falta de una visión global y empresarial de servicio y la ausencia de estructuras y mecanismos de información evaluaciones y análisis del sector lo que se traduce en un sistema de gestión deficiente.



Entre los propósitos de la reforma que propone la comisión, se destaca el mantenimiento de la filosofía de igualdad y equidad que constituyen la médula del sistema actual, junto con la necesidad de establecer mecanismos que consigan mejorar la responsabilidad de los gestores del sistema, promover una conciencia del coste de la asistencia, tanto entre los profesionales, conseguir la autonomía financiera del sistema y obtener un mayor grado de participación activa del personal en este proyecto.

Uno de los aspectos que más preocupa es el planteamiento que hace la comisión de la rigidez del marco actual de reclamaciones laborales del personal del Sistema Nacional de Salud. Se considera que los actuales Estatutos son un obstáculo para la mejora del funcionamiento de los servicios sanitarios, entre otros motivos porque impide la movilidad del personal y no favorece una más directa implicación de los profesionales en los resultados obtenidos. El informe propone, por un lado mantener la actual vinculación estatutaria para el personal de una nueva incorporación de un marco jurídico laboral ordinario, con las escasas ventajas y bastantes riesgos que ello plantea de cara a la estabilidad en el empleo.

En el capítulo de las estructuras de gestión de los recursos, se aconseja una mayor autonomía provincial, el convenir a los hospitales en una especie de empresas públicas con posibilidad de gestionar automáticamente su presupuesto, sus compras, las contrataciones del personal, etc.

Globalmente, la idea central consiste en convenir al INSALUD, (I.C.S., S.V.S., S.A.S., etc.) en comprador de Servicios, a los Hospitales, tanto públicos como privados, en proveedores de esos Servicios, y al público, en consumidores de los mismos.

Referente a la financiación del sistema, se intenta concienciar a la población y a los profesionales, de la importancia del gasto sanitario y se plantea la posibilidad de que el usuario deba aportar una parte del coste de Servicios que en la actualidad son gratuitos, como medida disuasoria, para evitar el actual abuso que hoy en día existe en gacetas como son el consumo de fármacos, la asistencia en los Servicios de Urgencias, etc. En el apartado retributivo de los profesionales sanitarios, el informe plantea la idea de dividir el salario en dos capítulos, una cantidad fija para cada categoría profesional, y un concepto variable en función de la productividad, dedicación responsable, gasto, etc.

Hay que destacar, finalmente, la mayor parte de la responsabilidad que el informe de la Comisión, otorga a la iniciativa privada como proveedora de servicios sanitarios, en directa e igual competencia con el sector público, como única forma de abaratar costes y obtener mayor eficacia, partiendo de la idea, "haz con recursos propios (estatales), solo aquello que no puedas comprar en el exterior (servicios privados)".

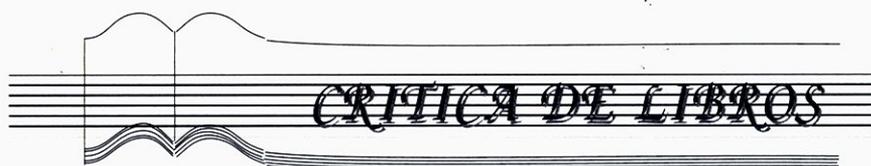
Con referencia a cómo este tipo de presupuestos puede afectar a nuestra profesión, es necesario hacer constar que se reconoce la buena

preparación de los profesionales de Enfermería, incluso superior, a la del resto de países de nuestro entorno. Sin embargo, la falta de especialización, sobre todo en un terreno tan común en la sanidad privada, como son las clínicas radiológicas, puede dar lugar a un descenso en las retribuciones que esos empresarios privados ofrecen al personal Diplomado en Enfermería, ya que estos siempre podrán obtener personal más barato, Técnico de formación Profesional, saltándose frecuentemente cualquier tipo de normativa legal, quién por ejemplo va a denunciar en esos casos que personal no cualificado inyecte contrastes a los pacientes.

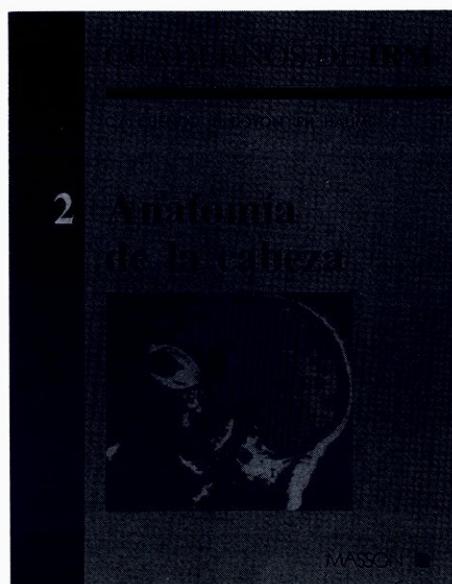
Se reconoce en el informe que la formación de los profesionales sanitarios debe ir parejo a las innovaciones tecnológicas que continuamente se producen. Evidentemente si la Enfermería sigue ignorando en las propias Escuelas a la Radiología, nuestro campo se irá reduciendo hacia la nada.

La formación de Especialistas de Enfermería es una necesidad del futuro que no admite demora si no queremos vernos apartados de ese vendaval de innovaciones organizativas que, tarde o temprano van a llegar y que van a afectar profundamente, e incluso peligrosamente, nuestro actual concepto de cómodos servidores del Servicio Público de Salud.

Francisco Rodríguez Ferrer
Presidente de la Asociación
Andaluza de Enfermería
Radiológica.



CRITICA DE LIBROS



Is imposible realizar e interpretar una imagen de RMN sin un conocimiento suficiente de las bases físicas y tecnológicas subyacentes. Esta obra permite asimilar la esencia de los fenómenos físicos y los aspectos tecnológicos que entran en juego en las imágenes por RMN, gracias a un texto rico en imágenes, aunque riguroso, y una serie de esquemas muy "gráficos". De esta manera y con este espíritu se tratan los aspectos más importantes, como las bases físicas de la RMN, el fenómeno de relajación, las técnicas de localización especial y las

secuencias de excitación. Concebida de esta forma, esta obra permite "comprender" lo que representa una imagen de RMN e interpretarla; es decir, le permite manejar esta maravillosa herramienta de exploración clínica que representan las imágenes por RMN, así como la espectroscopia in vivo.

La aparición de la tecnología de las imágenes por resonancia magnética IRM ha transformado el estudio anatómico de la cabeza.

La anatomía puede estudiarse y no solamente en el cadáver rígido,

sino también in vivo. La IRM, con su sorprendente, resolución de contraste y su posibilidad de obtener cortes en todos los planos del espacio en el individuo vivo, es un medio privilegiado para descubrir o redescubrir las estructuras del cuerpo humano.

La finalidad de este cuaderno es permitir este descubrimiento en los campos privilegiados de la IRM que son la neuroanatomía y la anatomía otorrinolaringológica, todo ello para llevar al lector, a medida que se avanza en las cortes, a redescubrir las distintas estructuras anatómicas.



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).