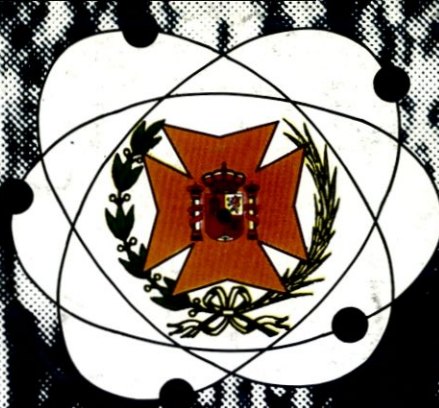


R



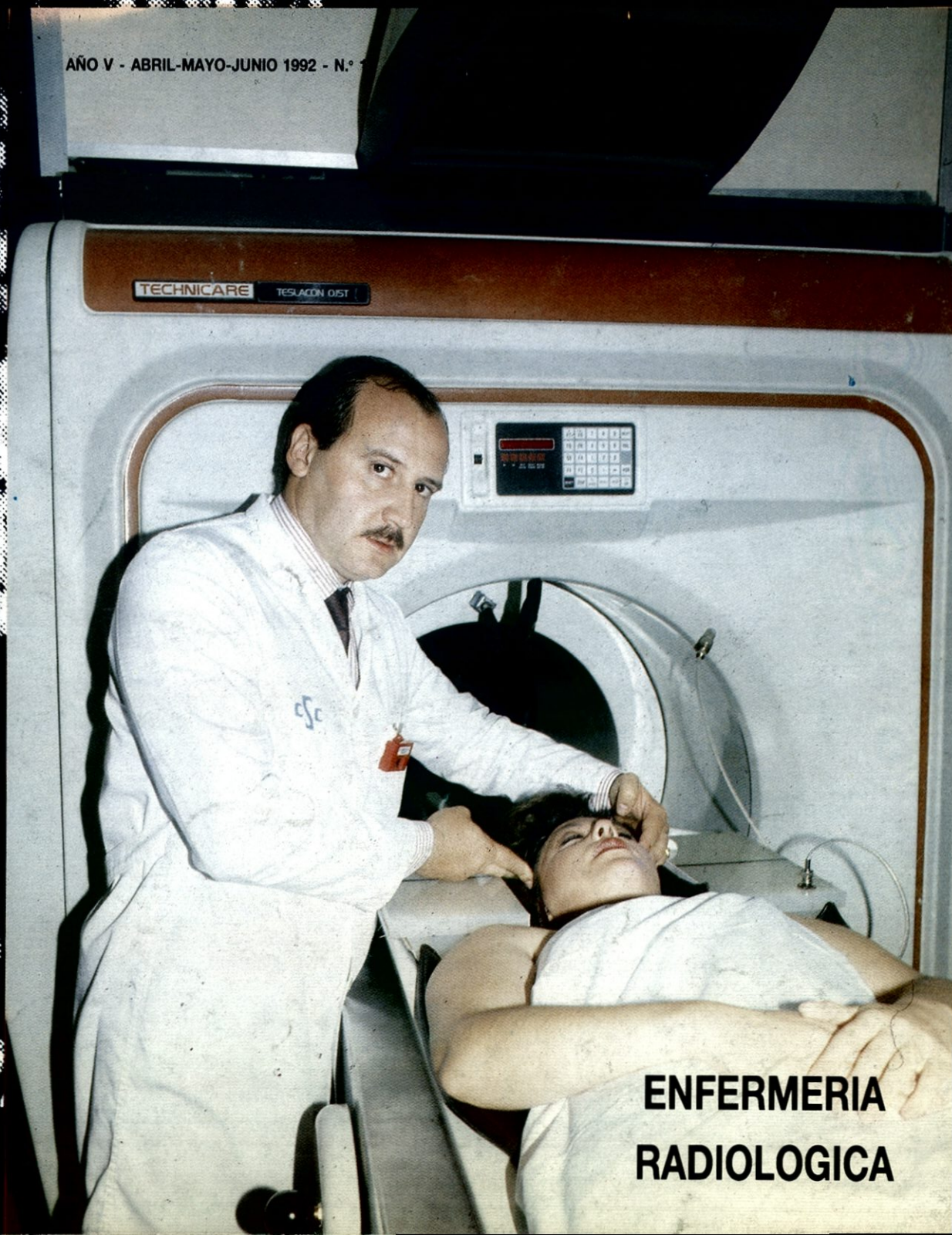
RADIOLOGICA

REVISTA OFICIAL DE LA FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE ASOCIACIONES DE ENFERMERÍA RADIOLÓGICA

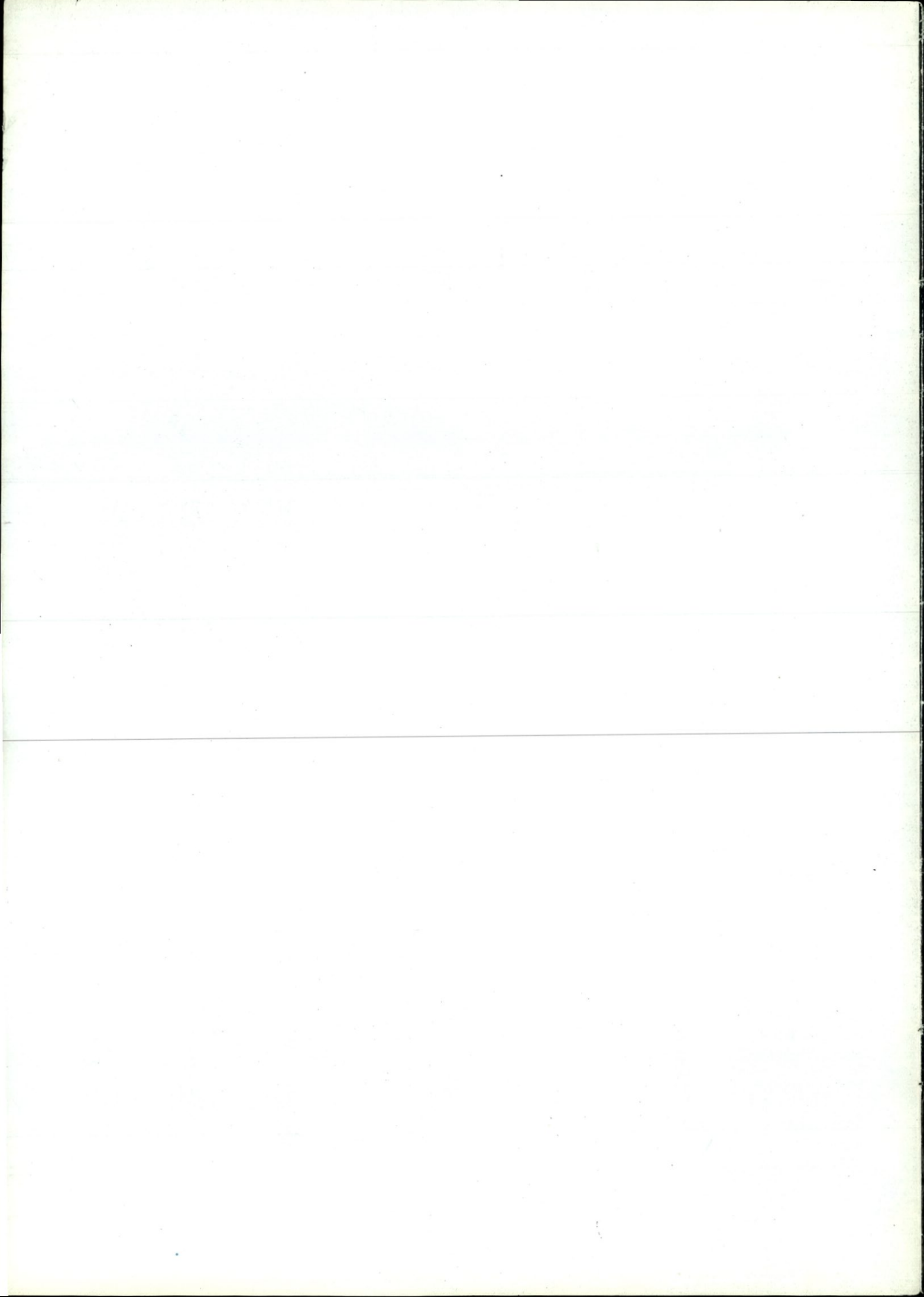
AÑO V - ABRIL-MAYO-JUNIO 1992 - N.º

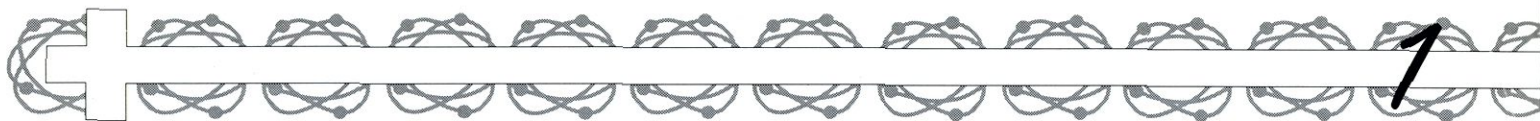
TECHNICARE TESLACON DIST

ENFERMERIA



ENFERMERIA
RADIOLOGICA





S U M A R I O

Pág. 1

SUMARIO

Pág. 3

EDITORIAL: "... no es bien nacido
quien no es agradecido..."

Por:

**Comisión Gestora de la
Federación de Asociaciones de
Enfermería Radiológica.**

Pág. 5

Gammaografía de perfusión
miocárdica con Talio-201.

Por:

**A. Traite, R. Rueda, J. Mora,
T. Mayola, C. Iglesias y
R. Puchal
Servicio de Medicina Nuclear.
Hospital Universitario de Bellvitge
"Prínceps d'Espanya".
Hospitalet de Llobregat.
(Barcelona)**



Pág. 10

Enfermería en endarterectomía
percutánea con sistema TEC.

Por:

**Francisco Javier Fernández Artillo,
Juan Carlos Santos Palomino,
Rocío Gil Pérez.**

**Enfermeros de la Unidad de
Radiología Vascular Intervencio-
nista.**

**Hospital Clínico "Virgen de la
Victoria". Málaga.**

Pág. 18

Estudio radiológico del manguito
rotador del hombro.

Por:

**Andoni Aza Sanz
A.T.S. Servicio de Radiodiag-
nóstico.
Hospital de Cruces.**



Pág. 23

NOTICIAS F.E.A.E.R.



Pág. 24

CRONICA DE ASOCIACIONES.

Pág. 26

TRIBUNA ABIERTA.



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

Ficha Técnica

ENFERMERIA RADIOLOGICA

Dirección:
Manuel Zambrano Bono.

Jefe de Redacción:
Ricardo Bonilla Martínez.

Administración y R. Publicitarias:
Enrique Gómez Núñez.

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, Manuel Sastre Hernández, Domingo García García, Javier Rey Díaz, Eduardo Jordan Quinzano, Sonia Hernández Rojo.

(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

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.



EDITORIAL

"... no es bien nacido quien no es agradecido..."

La EDITORIAL de nuestra Revista, por mérito propio, en esta ocasión, debe estar dedicada a los compañeros que recientemente presentaron su dimisión de los puestos que venían ocupando en la JUNTA DIRECTIVA de nuestra FEDERACION. (Asamblea General de fecha 13-6-92).

Cuando circunstancias como esta se dan en cualquier actividad laboral o social, no dudamos en acordarnos de lo sabio y profundo que es nuestro "refranero popular español". Dice uno de ellos:

"... no es bien nacido quien no es agradecido..."

Nosotros, las Asociaciones, los miembros que las componen y cuantos compañeros/as estamos interesados en nuestra problemática como Enfermería Radiológica, **SOMOS BIEN NACIDOS**. Porque nacimos de forma deseada por nuestro colectivo, con unos objetivos y una finalidad loable, necesaria y aglutinadora, **defender la razón de nuestra existencia**.

Por lo tanto, siendo consecuentes, también **SOMOS AGRADECIDOS**. Reconocemos, comprendemos, toda vez que agradecemos, el esfuerzo de esos compañeros que tras su deber cumplido, hoy abandonan sus responsabilidades directivas, pero que ni mucho menos abandonan el Proyecto.

Estamos convencidos de que su gestión, como toda cuestión, no ha sido compartida en ocasiones. Que habrán cometido errores. Pero indudablemente, nadie, absolutamente nadie, les podrá reprochar su predisposición, dedicación y buena voluntad.

Siempre, y en cualquier aspecto de la vida, es muy importante el tener "memoria histórica". Nos ayuda, en base a unas raíces, a no perder el norte y recordarnos quien es quien. Para aquellos que son más veteranos en nuestros Proyecto, les resultará fácil comprender lo que escribimos.

Baste recordar las dificultades para su puesta en marcha. El cuidado dado en su crecimiento con mimo de madre, para que nuestra Organización creciera sana y firme. Todo ello nos ha permitido el llegar a una adolescencia (todavía nuestra Federación es joven) con la salud queda la seriedad y la experiencia del trabajo bien intencionado. Vaya pues para todo ello nuestra gratitud.

Esta Editorial no pretende tener visos de tristeza o nostalgia. Nuestra Organización, los miembros que hoy dejan su cargos, todos han dado una gran prueba de madurez. Dejan paso a otros/as compañeros/as para que continúen la labor. A buen seguro que entre todos sabremos dar

merecido respuesta a su confianza y a la propia Federación.

Permitidnos, queridos compañeros, que aprovechemos también esta Editorial para públicamente agradecer a ese COLEGIO OFICIAL DE SEVILLA, a su Junta Directiva y a su Presidente D. José M. Rueda, su ayuda y colaboración, lo que ha facilitado sobremanera el desarrollo de nuestra Organización. A todos Udes., muchas gracias.

Aun con la contradicción que representa el decir un hasta luego (que no un adiós) a unos amigos, el final de esta Editorial es fácil, por su simpleza y profundidad a la vez. Sencillamente se trata de decirnos:

...AMIGOS, COMPAÑEROS..., GRACIAS POR TODO.

A los anteriores, IGNACIO y MIGUEL. A los más recientes: MANOLO, ANTONIO, RICARDO, BERNABE, ENRIQUE. A todos vosotros, deciros, que en nuestros colectivo (Enf. Radiológica) a fuerza de ser honrados, os reconocemos vuestra labor.

Somos conscientes de lo innecesario de decirlo, pero..., **CONTAMOS CON VOSOTROS**.

GRACIAS.

**Comisión Gestora
de la Federación de
Asociaciones de Enfermería
Radiológica.**

BOLETIN DE SUSCRIPCION

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:

☐

DOMICILIACION BANCARIA

IMPORTE SUSCRIPCION :

España (I.V.A. Incluido) 2.500 pts

Europa 3.000 pts

Otros Países 5.000 pts

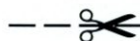
A nombre

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



GAMMAGRAFIA DE PERFUSION MIOCARDICA CON TALIO-201

Por:

A. Traite, R. Rueda, J. Mora, T. Mayola, C. Iglesias y R. Puchal.
Servicio de Medicina Nuclear. Hospital Universitario de Bellvitge
"Prínceps d'Espanya". Hospitalet de Llobregat. Barcelona.

INTRODUCCION

La cardiopatía isquémica es una entidad patológica que representa una de las primeras causas de morbimortalidad en nuestra sociedad moderna. Básicamente, se produce por un desequilibrio entre la demanda de oxígeno por parte del miocardio y la capacidad de las arterias coronarias para proporcionárselo. La extracción de oxígeno por parte del miocardio es prácticamente total, por lo que la única manera de aumentar el aporte de oxígeno es aumentando el riego sanguíneo (perfusión) por parte de las coronarias.

La cardiopatía isquémica es una entidad patológica que representa una de las primeras causas de morbimortalidad en nuestra sociedad moderna.

Si existen alteraciones en la pared de las coronarias, éstas son incapaces de suministrar el flujo adecuado a las necesidades del miocardio, creándose un desequilibrio entre demanda y aporte de oxígeno, con lo que aparece la sintomatología.

Clínicamente la cardiopatía isquémica puede manifestarse como dos grandes entidades: el infarto agudo de miocardio (IAM) y el angor o "angina de pecho". La primera consiste en la obstrucción aguda de una arteria coronaria, con la subsiguiente necrosis del territorio irrigado por la misma. La segunda entidad, el angor, es una isquemia crónica del miocardio y sin necrosis.

La Medicina Nuclear aporta una serie de pruebas diagnósticas que tienen como denominador común el tratarse de pruebas incruentas que normalmente no precisan más que la inyección endovenosa de un trazador. Son fáciles de repetir, permitiendo controlar el efecto de fármacos y la evolución de los pacientes.

El Tl-201 es un radioisótopo que presenta un comportamiento similar al potasio (K). Una vez inyectado, es rápidamente extraído por diversos órganos.

El motivo del presente trabajo es presentar una de estas pruebas diagnósticas: la gammagrafía con Talio-201 en esfuerzo y reposo (o gammagrafía de perfusión miocárdica).

DISTRIBUCION DEL Talio-201

El Tl-201 es un radioisótopo que presenta un comportamiento similar al potasio (K). Una vez inyectado, es rápidamente extraído por diversos órganos, entre los que cabe citar el corazón, hígado, bazo y sistema muscular esquelético.

De la dosis inyectada en esfuerzo, como máximo se fija en el miocardio un 4%, dependiendo su distribución en el corazón de dos factores:

1.- Del flujo sanguíneo regional.

2.- De la viabilidad de la célula miocárdica, es decir, de la capacidad del miocito de transportar activamente el Tl-201 desde el espacio intercelular al interior citoplasmático. Este transporte precisa energía para producirse y sólo tiene lugar en los miocitos viables (vivos).

Así pues, en principio, tanto las zonas isquémicas (perfusión disminuida) como en las necróticas (miocitos muertos) existirá una menor concentración del trazador, por lo que aparecerán en las gammagrafías como zonas hipoactivas (frías).

Sin embargo, debe señalarse que la distribución del Tl-201 en el miocardio no es constante, modificándose con el tiempo, dando lugar al fenómeno de redistribución. Esta depende de dos factores: el progresivo acúmulo en zonas hipoperfundidas y el lavado (arrastre) en las zonas normales. Esta combinación de factores tiende a igualar las zonas hipoperfundidas y las normales.

METODOLOGIA DE LA EXPLORACION

- Atendamos al paciente desde que llega a nuestro Servicio, una vez realizados los trámites administrativos, hasta que se termina la exploración por completo.

- Explicamos al paciente el tipo de exploración, cómo se realizará

y le aclaramos las dudas que pueda tener.

- Comprobamos el funcionamiento del utillaje necesario para realizar la exploración (electrocardiógrafo, desfibrilador, manguito de presión, etc.) y la existencia de los fármacos necesarios en caso de complicaciones.

- Seleccionamos el fotopico del Talio-201 para poder realizar la exploración.

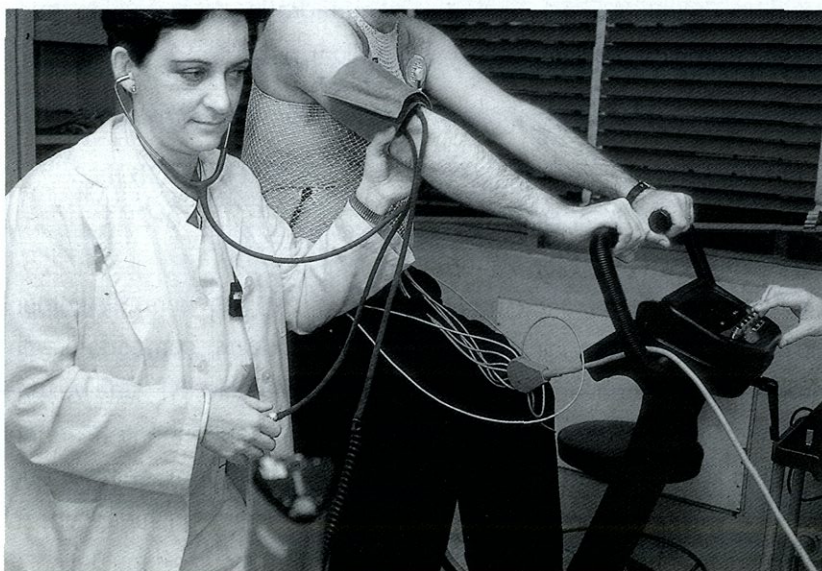
- Obviamente, la exploración debe suspenderse si aparecen complicaciones o arritmias graves.

- Debemos citar como complicaciones más importantes: el dolor torácico anginoso, sudoración intensa, palidez, mareo, disnea importante o cianosis.

- Para el tratamiento de estas complicaciones debemos disponer de una serie de fármacos entre los que cabe citar: oxígeno, vasodilatadores coronarios (cafinitrina, adalat), antiarrítmicos (lincaína, trangorex, manidón), broncodilatadores (eufilina, ventolín), dopamina y atropina.

Si se produce un paro cardíaco debemos disponer de adrenalina, bicarbonato sódico, isuprel, desfibrilador, etc.

- Antes de iniciar la exploración instalamos una vía parenteral, a



ser posible en una vena antecubital del paciente, se le monitoriza, tomamos la tensión arterial basal y el pulso y se practica un electrocardiograma basal.

- Acto seguido se iniciará el esfuerzo en la bicicleta ergométrica con una carga débil que se irá aumentando poco a poco (p.e.. cada 3 minutos) hasta que el paciente consiga la frecuencia teórica máxima, que será distinta en cada uno de ellos. Una vez conseguida inyectamos 4 mCi (milicurios) de Tl-201 y se continuará el esfuerzo durante 1 minuto más aproximadamente. Este último punto es necesario para aumentar el contraste entre las zonas patológicas y las normales.

REGISTRO DE IMAGENES

Inmediatamente después de la prueba de esfuerzo, se coloca al paciente en una camilla especial en decúbito supino para proceder a la exploración propiamente dicha.

Actualmente existen dos métodos:

El primero consiste en obtener tres imágenes según las proyecciones A.P., L.I. y O.A.I. 45°, las cuales permiten una valoración global del ventrículo izquierdo.

Una vez terminado el registro de las gammagrafías de esfuerzo, el paciente debe permanecer en re-

poso relativo (puede caminar sin cansarse) y también puede comer frugalmente. Aproximadamente, tres horas después se obtienen los registros correspondientes al reposo (redistribución) en las mismas condiciones de la gammagrafía de esfuerzo.

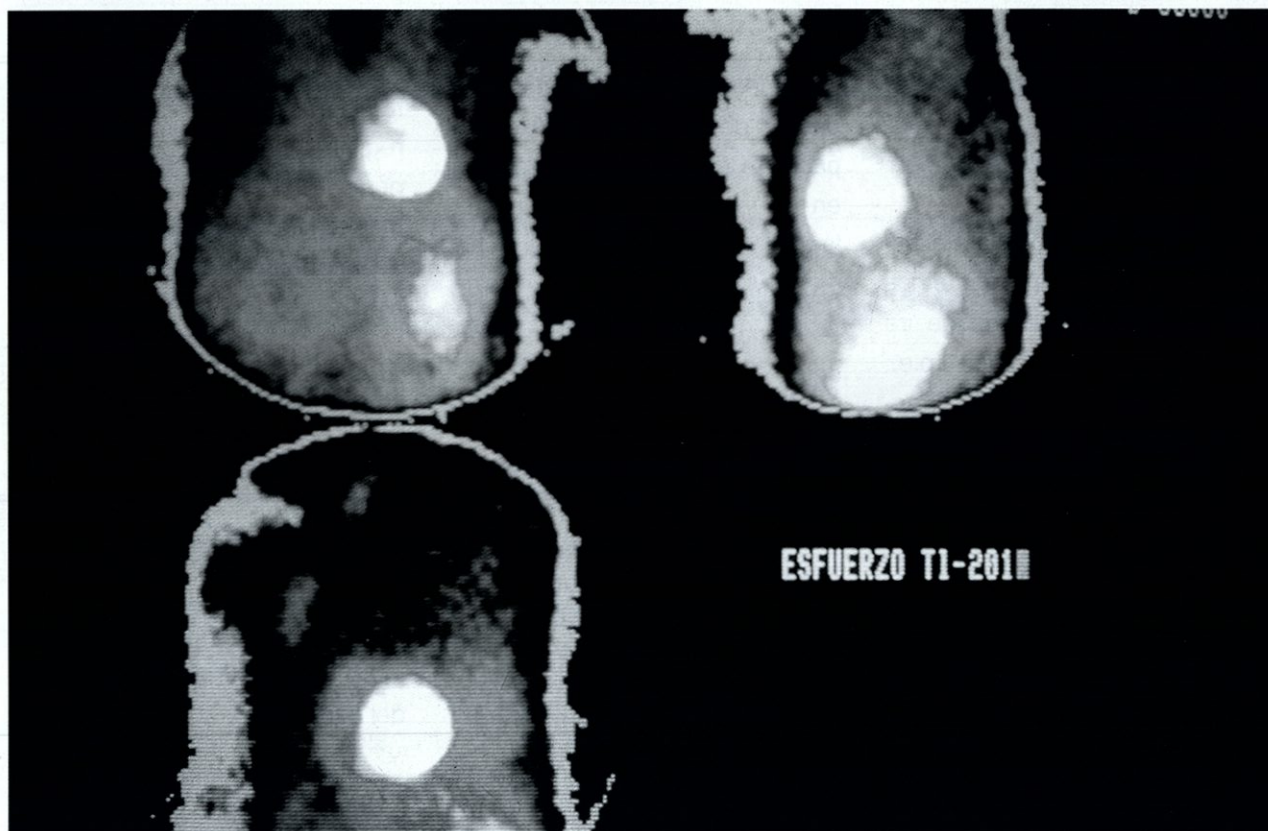
El segundo método consiste en la Tomografía computarizada por emisión de fotón único o SPECT.

El SPECT consiste en obtener la distribución tridimensional del trazador a partir de imágenes planas obtenidas según un gran número de orientaciones alrededor del paciente.

De esta forma, igual que en el



X



TAC, pueden obtenerse imágenes.

Esto ha supuesto una revolución en la Medicina Nuclear, pues permite realizar un estudio mucho más completo del músculo cardíaco y de la redistribución del trazador en la fase del reposo, ya que se ha pasado de las 3 proyecciones A.P.-O.A.I. 45° y L.I. convencionales, a poder visualizar la estructura miocárdica por cualquier plano.

Para ello se emplean gammacámaras tomográficas que son iguales a las convencionales pero dotadas de un dispositivo que permite que el cabezal describa una órbita circular o elíptica alrededor del paciente.

Los datos así obtenidos se procesan mediante un ordenador para obtener las imágenes correspondientes a la orientación que se desee.

La exploración se inicia con el cabezal a -45° O.A.D. y se registra una imagen cada 2.8° hasta que el cabezal se sitúa a 135° O.P.I., con lo que en total se obtienen 32 imágenes.

A partir de éstas, el ordenador reconstruye una imagen tridimensional que permite obtener a su vez los cortes coronal, sagital y transversal del corazón.

Además, al evitar la superposición de planos, se obtiene una vi-

sualización más detallada tanto del miocardio como de los vasos coronarios, lográndose un diagnóstico más eficaz al aumentar la sensibilidad de la exploración.

La realización de este tipo de exploraciones está facilitado tanto por la buena disponibilidad de los isótopos que se utilizan, pues son los que usamos habitualmente, como por los instrumentos para realizar el SPECT, ya que son los mismos para los estudios convencionales: una gammacámara y un ordenador.

La realización de estudios con SPECT no suponen más gasto que la inversión inicial de una gammacámara tomográfica.

INTERPRETACION DE LA IMAGENES

Si una zona presenta una actividad normal tanto en esfuerzo como en reposo, la perfusión de dicha zona puede considerarse normal. Si nos encontramos ante una zona hipoactiva en esfuerzo que normaliza en el reposo, nos hallamos ante una zona isquémica pero sin necrosis.

Finalmente, si existe hipoactividad tanto en esfuerzo como en reposo, es que se ha producido una necrosis en dicha zona, existiendo por lo tanto daño celular irreversible.

Es normal una ligera visualización del ventrículo derecho en la prueba de esfuerzo. Sin embargo, no debe visualizarse en el estudio de reposo. Su aparición en la gammagrafía de reposo indica una hipertrofia del mismo.

INDICACIONES DE LA GAMMAGRAFIA ESFUERZO-REPOSO CON Talio-201

Esta exploración está indicada en los siguientes casos:

- Pacientes con alteración electrocardiográfica en la prueba de esfuerzo normal (sin Talio-201) y sin sintomatología o con dolores torácicos no anginosos.

- Pacientes con angor típico.

- Prueba de esfuerzo electrocardiográfica indeterminada, debido a:

- * prueba de esfuerzo normal inadecuada, ya que no se ha conseguido el 85% de la frecuencia máxi-

ma teórica.

- * electrocardiograma no interpretable.

- Bloqueo de rama.

- Hipertrofia ventricular izquierda.

- Drogas: quinidina, fenotiacinas.

- Hiperventilación.

- Alteraciones electrolíticas.

- Seguimiento de pacientes portadores de By-Pass.

- Control de pacientes sometidos a trombolisis.

BIBLIOGRAFIA

- C. CANTERA. Rev. Esp. Med. Nuclear, 7 Supl. II (18-24), 1988.
- J.L. PEREZ PIQUERAS. Rev. Esp. Med. Nuclear, 9, Supl. III (1), 1990.
- V. GUTMAN. Rev. Esp. Med. Nuclear, 9 Supl. III (3-10), 1990.
- J.P. LA BANDA y cols. Rev. Esp. Med. Nuclear, 9, Supl. III (11-20), 1990.

ENFERMERIA EN ENDARTERECTOMIA PERCUTANEA CON SISTEMA TEC

Por:

Francisco Javier Fernández Artillo

Juan Carlos Santos Palomino

Rocío Gil Pérez

Juan Méndez Rubio

Celia Martínez Pérez

Enfermeros de la Unidad de Radiología Vascular Intervencionista

HOSPITAL CLINICO "VIRGEN DE LA VICTORIA"

MALAGA

INTRODUCCION

El presente trabajo que vamos a presentar tiene la intención de dar a conocer las características, montaje y funcionamiento del sistema TEC y el papel del Enfermero/a en este nuevo tipo de intervencionismo vascular.

También pretendemos comunicar nuestra propia experiencia desde que iniciamos esta técnica en octubre de 1990 tanto en la manipulación del material como en la solución de los problemas que nos han surgido.

1. DESCRIPCION DEL SISTEMA TEC

El Sistema TEC corta las placas de ateromas, aspirándolas al mismo tiempo.

1.1. Componentes

- Unidad de Conducción:
 - Conexión Batería.
 - Conexión Bote Aspiración.
 - Conexión Tubo de extensión.
 - Conexión Introdutor.
 - Mando de avance.
 - Embrague.
 - Mando interruptor.
 - Transmisión rotatoria.
- Batería: que tiene dos niveles de potencia.
- Catéter: de diferentes grosores: 3, 2'7, 2'3, 2 y 1'7 mm., aunque hay en investigación toros de mayor calibre.
- Botes de Aspiración: 125 cc.
- Guía 0'014 Steerable 300 cms.

El Sistema TEC se muestra como un método resolutivo de revascularización arterial. Tiene como ventaja la extracción del material ateromatoso, en vez de su pulverización o impactación en la pared arterial. Tiene la capacidad de tratar lesiones más largas que otros métodos intervencionistas.

- Tubo de extensión: que cierra el sistema de vacío.

- Introdutor: que aunque no es imprescindible que sea uno especial que hay, sí que es adecuado.

1.2. Montaje

- Retirada de fiador.
- Colocación catéter.
- Colocación tubo de extensión.
- Conexión Batería y Bote aspiración.
- Purgado de sistema con Suero fisiológico heparinizado.
- Colocación sobre guía.
- Ajuste al sistema de introducción con válvula.

2. DESARROLLO DE LA TECNICA

2.1. Punción técnica Seldinger con diferentes vías de abordaje, dependiendo de la localización de la lesión:

- Vía femoral retrógrada.
- Vía femoral anterógrada.
- Vía poplítea.

2.2. Recanalización del trayecto ocluido o estenosado con sistema catéter-guía u otro sistema, y una vez conseguido se intercambia por la guía del TEC.

2.3. Avance manual bajo control de scopia del catéter hasta la zona proximal de la lesión.

2.4. Se inicia el procedimiento TEC, en el que el catéter comienza a rotar, cortando las placas de ateroma y aspirándolas al mismo tiempo, mientras que se va avanzando lentamente. En este momento las funciones del enfermero son:

- Control de aspiración y cambio de botes.
- Control de la situación de la guía.

2.3. Se repiten varios pases con el mismo catéter, en los que hay que seguir vigilando los aspectos del apartado anterior.

2.4. Cuando el paso del catéter a través de la lesión no es muy dificultoso, se extrae todo el sistema TEC manteniendo la guía distal a la lesión y se cambia el catéter por uno de mayor grosor, para lo que hay que montar de nuevo todo el sistema.

2.5. En caso de no aspiración:

- Avisar para detener rotación y avance del catéter.

- Retirada del sistema TEC manteniendo la guía en la posición deseada.

- Lavar y purgar de nuevo el sistema, y en particular el catéter, que puede estar obstruido por el material aspirado.

- Material extraído, se vacía en un tarro con formol para enviarlo a Anatomía Patológica.

2.6. Un punto importante es vigilar la salida del catéter a la zona de revascularización, procurando una máxima aspiración en ese momento, debido al riesgo de embolización distal.

- En estos controles, el Enfermero de la Consulta valora a los pacientes e informa al Radiólogo Vascular de la evolución de estos pacientes, recomendándole en caso de dudas la realización de una arteriografía de control.

4. NUESTRA EXPERIENCIA

En este apartado vamos a relacionar dentro de nuestra experiencia, los datos que nos parecen más interesantes sobre los casos que llevamos realizados hasta ahora.

Entre estos datos incluimos:

- Sexo.
- Edad.
- Etiología.
- Grado de Lafontaine.
- Factores de riesgo.
- Características de la lesión.
- Vías de abordaje.
- Procedimiento asociado.
- Complicaciones.
- Tto. posterior.
- Exito técnico.

- Tiene la capacidad de tratar lesiones más largas que otros métodos intervencionistas.

- Previo al uso es imprescindible la recanalización del trayecto ocluido o estenosado con una guía, la cual intercambiaremos por la guía de 0'014 que se usará para pasar el catéter TEC.

- El canal abierto está limitado al tamaño del catéter usado, que puede ser como máximo 3 mm., de ahí que a veces se necesita otra técnica intervencionista para finalizar la intervención.

- Aunque en principio pueda parecer complicado para el radiólogo el manejo, con poca experiencia se hace fácil su utilización.

5. CONCLUSIONES

- El sistemas TEC se muestra como un método resolutivo de revascularización arterial, que puede ser usado de forma única o asociado a otros procedimientos intervencionistas.

- Es menos traumático para la pared del vaso que otros métodos intervencionistas.

- Tiene como ventaja la extracción del material ateromatoso, en vez de su pulverización o impacción en la pared arterial.

2.7. Realización de los controles radiográficos durante y post intervención necesarios y oportunos, suficientes para documentar el procedimiento y los resultados, a veces incluso con ecografía intrarterial.

2.8. Apoyo en otras técnicas intervencionistas posteriores al sistema TEC, si así lo requiriera el caso.

3. PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO

Se ha hecho para el seguimiento de los resultados de este sistema TEC un estudio multicéntrico muy completo donde se contemplan:

- Datos de filiación.

- Datos clínicos.

- Datos de la lesión.

- Datos del procedimiento.

- Control a las 48 horas.

- Controles: 1, 3, 6 y 12 meses; 3 y 5 años.

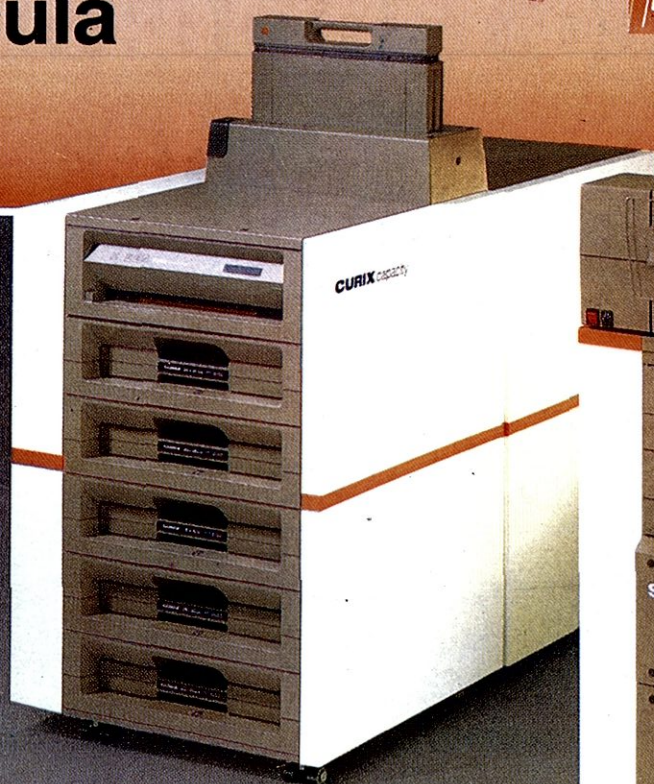
Este protocolo de seguimiento en nuestra Unidad es realizado por el Enfermero de la Consulta de Enfermería Rx Vascular Intervencionista. Sus actividades comprenden:

- Recogida de todos los datos necesarios previos al procedimiento.

- Realización de pletismografía de ambos MM.II. para la determinación de pulsos e índices TOBILLO/BRAZO.

- Información de todo lo referente al proceso, explicando venta-

Los expertos en sistemas de manipulación de película son los propios fabricantes de película



CURIX CAPACITY FILM CENTER es un sistema luz de día único, que facilita la labor diaria del profesional. Un sistema hecho por expertos capaz de manipular y procesar películas para todo tipo de aplicación. Acepta todos los formatos, incluyendo los especiales como el 10 x 10 cm. por medio de almacenes adecuados.

Pensando en el futuro, ha sido diseñado bajo un concepto modular.

Basado en esta línea modular, AGFA-GEVAERT crea el **SCOPIX COMPACT U** que combina una cámara multiformato, una unidad de carga y transporte automático de película y una reveladora, todo ello controlado por microprocesador.

Ahora, con sólo pulsar un botón obtendrá una copia de la imagen de su monitor.

Por eso, sean cuales sean sus necesidades en este campo, AGFA-GEVAERT, el fabricante de película más importante de Europa, tiene una solución a su medida.

Expertos en fabricar y manipular película.

DIS / Diagnostic
Medical / Imaging
 / Systems
 / Division



AGFA 



JUSTE S.A.Q.F.

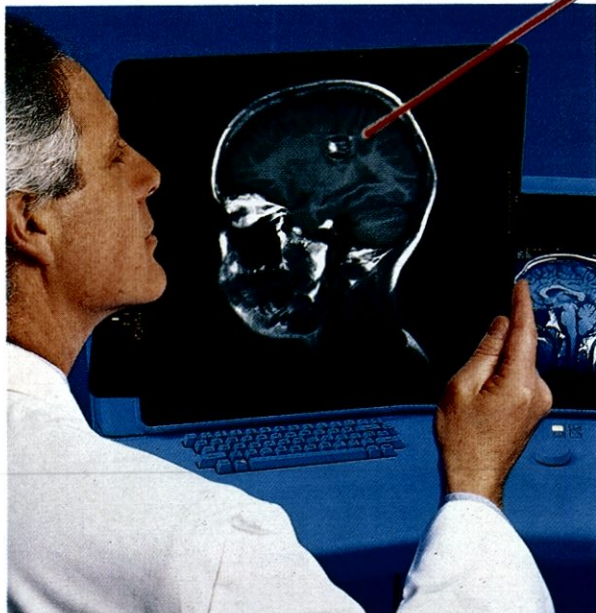
**Unico fabricante
español de
contrastes
radiológicos**

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.

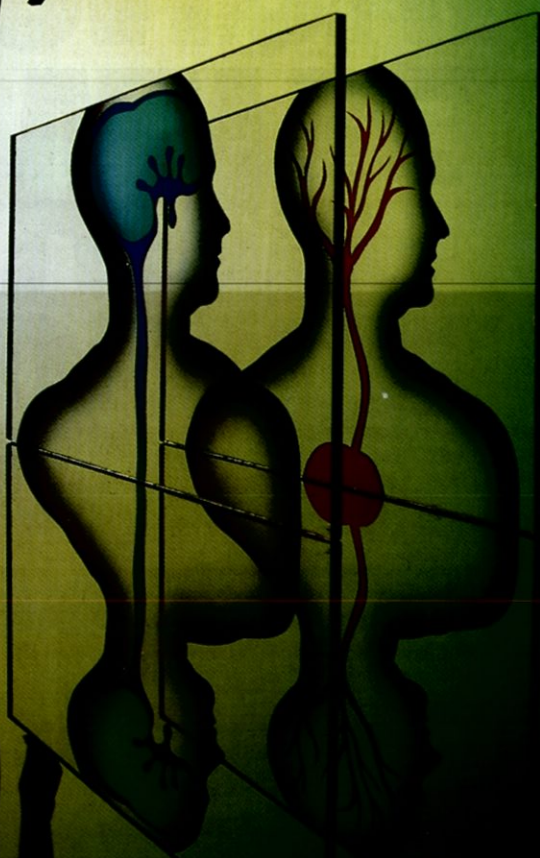
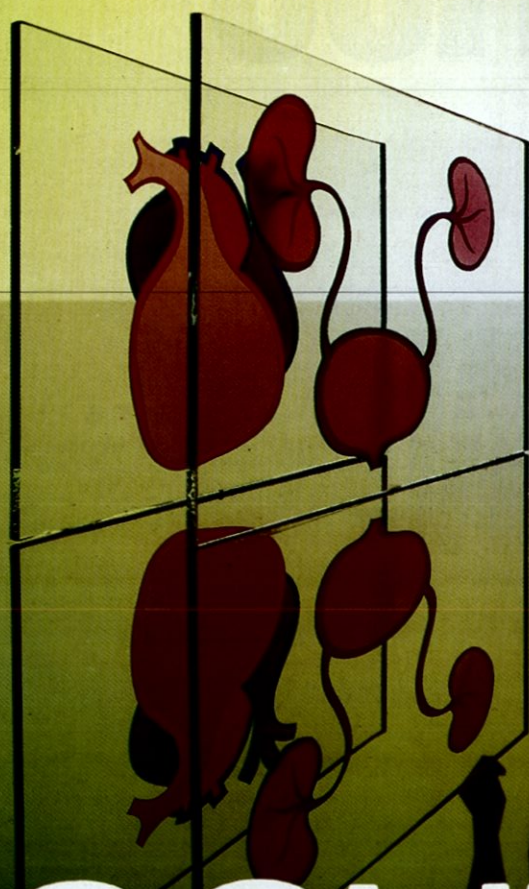
Déjenos mejorar su imagen. Para más información diríjase a Kodak. Dpto. Productos Radiográficos. Ctra. Nal. VI., Km. 23. Las Rozas. MADRID. Tel. 637 20 13.

DIAGNOSTICO DE ALTA DEFINICION, DE KODAK

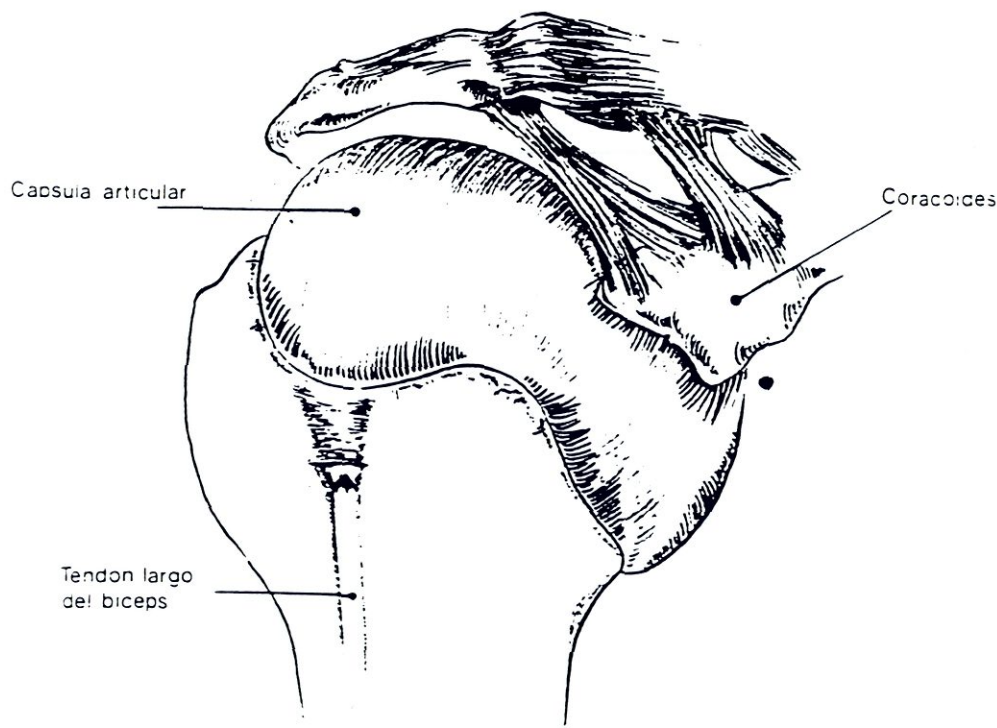


La nueva visión de Kodak





SCHERING



jas e inconvenientes, firmando tras esto una autorización a la intervención. Con esta información lo que intentamos también es concienciar al enfermo de que se le va a someter a una intervención quirúrgica, pero con ciertas ventajas respecto a la que le pudieran realizar los cirujanos cardiovasculares.

- Tras la intervención, preparación de toda la documentación que va a ir a la Unidad de Hospitalización con el paciente.

- Visita al día siguiente para retirada de apósito compresivo y va-

loración del estado general del paciente así como de los pulsos implicados en la intervención.

- 48 horas: realización de nueva pletismografía para evaluación del índice TOBILLO/BRAZO y anotación en su Historia.

- En el momento del alta hospitalaria, se le da cita para el seguimiento de su situación en cuanto a hábitos y síntomas clínicos así como para la realización de la correspondiente pletismografía e índice TOBILLO/BRAZO, según el protocolo ya fijado.

- Al igual ocurre con el montaje, el enfermero, a los pocos casos, es capaz de montarlo en un tiempo mínimo y realizar los cambios de catéter también de forma muy rápida.

Por último, creemos necesario el seguimiento en todo procedimiento intervencionista, más aún en el sistema TEC por ser un procedimiento nuevo, y lo que es todavía más importante, es el enfermero el encargado de hacer este seguimiento, de tener un contacto directo con el paciente, de vigilar su evolución y de hacer una valoración del mismo.

ESTUDIO RADIOLOGICO DEL MANGUITO ROTADOR DEL HOMBRO

Por:
Andoni Aza Sanz
A.T.S. Servicio de Radiodiagnóstico
HOSPITAL DE CRUCES

1. INTRODUCCION

A lo largo de la vida se produce un proceso involutivo que da lugar a cambios degenerativos en el manguito rotador y estructuras adyacentes en prácticamente toda la población mayor de 50 años, siendo muy frecuentes las roturas del manguito por encima de los 60 años, a menudo, desencadenados por un traumatismo banal.

La articulación glenohumeral no es de apoyo como la cadera o la rodilla, por ello, la artrosis es rara. Es en cambio una articulación muy móvil, de ahí que la patología tendinosa sea muy frecuente.

2. ANATOMIA

El manguito rotador está formado por los tendones de los músculos subescapular, supraespinoso, infraespinoso y redondo menor, que se mezclan entre sí y la cápsula subyacente de la articulación glenohumeral.

Los músculos anteriormente citados tiene forma triangular con base en la escápula y vértice en la cabeza humeral, donde se insertan mediante terminaciones tendinosas, que en conjunto constituyen el manguito. Este se adhiere tan íntimamente a la cápsula que forman una sola estructura.

3. PATOLOGIA

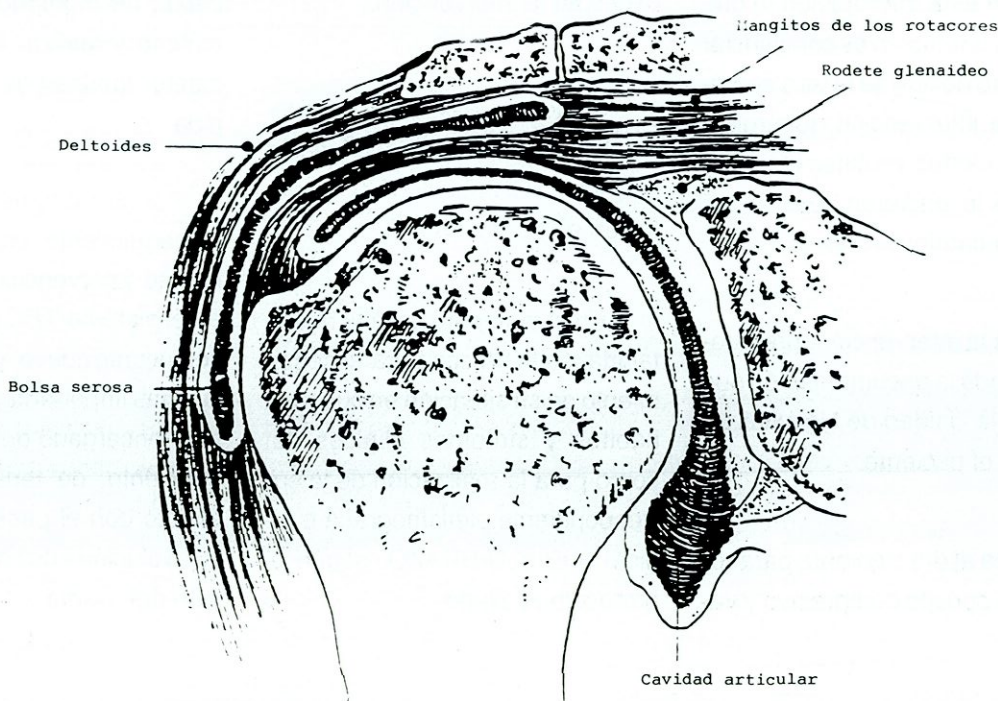
El principal diagnóstico de enfermedad es la de hombro doloroso.

Diagnóstico médico: Tendinitis, degeneración del manguito y rotura del manguito rotador, ya sea parcial o total. Dolor a la abducción activa entre los 60° y 90°, llamado arco doloroso.

ESTUDIO RADIOLOGICO

4. RADIOLOGIA SIMPLE

La radiología simple no muestra alteraciones significativas. La



Corte transversal

Un espacio acromiohumeral menor de 6 mm. indica rotura del manguito rotador.

proyección radiológica frontal muestra una imagen del acromion como techo de la articulación glenohumeral; sin embargo, está muy posterior y hace poco contacto con la cabeza humeral.

En el estado agudo, con una importante contractura muscular, la cabeza humeral puede aparecer ascendida.

En estados más avanzados, se describe la existencia de quistes en el hueso cortical del cuello anatómico del hombro.

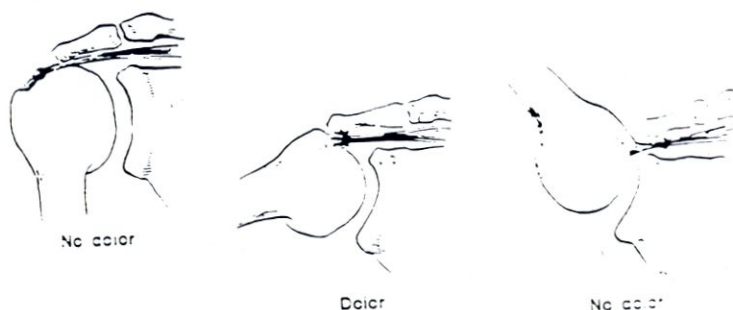
La distancia radiológica normal acromio-humeral es de 7 a 14 mm., y por debajo de 6 mm. se puede sospechar una rotura importante del manguito rotador.

5. ECOGRAFIA

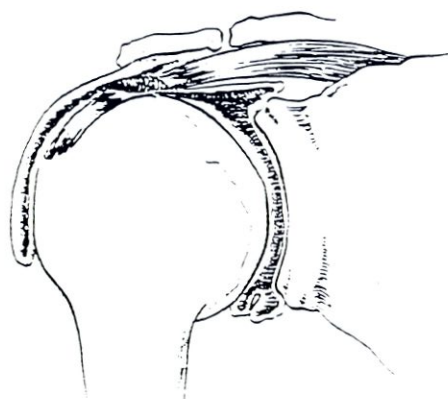
La ecografía debe realizarse antes de introducir ningún tipo de contraste y debe ser bilateral para evitar errores de interpretación.

R.M.N. es la única técnica que puede detectar la patología tendinosa en su estadio inicial.

ARCO DOLOROSO



ROTURA DEL MANGUITO



El techo de la bolsa subacromial está adherido a la parte inferior del acromion y al ligamento coraco-acromial: Su base se adhiere a una parte del troquíter y el manguito rotador que en él se inserta.

T.A.C. delimita el sitio y tamaño de la rotura del manguito. Información más valiosa para el tratamiento.

El estudio ecográfico, al ser un método no invasivo, puede repetirse para seguir la evolución de la patología.

Se realizan proyecciones longi-

guito en abducción y extensión, así como de forma dinámica, valorando el espesor del manguito, sus contornos y continuidad.

6. ARTROGRAFIA DE HOMBRO

El primero en utilizar la artrografía aérea u opaca en la articulación del hombro para el estudio de las lesiones del manguito rotador fue GOLDMAN y recomendó la reparación temprana de las roturas completas.

La artrografía opaca y artro-neumografía gleno-humeral muestra el estado de los tejidos blandos que rodean la articulación. En la artrografía normal, el contraste no sobrepasa los límites del manguito rotador; cuando la rotura es completa se pone en evidencia la comunicación entre la cavidad articular y la bolsa subacromial. En general, cuando el manguito rotador muestra cambios degenerativos, también está afectada la porción intraarticular del bíceps.

La artrografía de hombro es importante tras una lesión aguda, en los casos en que es necesario estimar el grado de lesión del manguito tendinoso de los rotadores y de la cápsula articular antes de considerar la reparación quirúrgica.

La indicación más común es en los casos de dolor y limitación persistente de los movimientos, en los

que la artrografía puede poner de relieve lesiones quirúrgicas remediables o demostrar pruebas de que la exploración quirúrgica es innecesaria.

Ante la luxación recidivante, puede demostrar la existencia de lesiones o defectos de la cavidad glenoidea y por consiguiente el tratamiento quirúrgico.

TECNICA ARTROGRAFICA

Se coloca al paciente en decúbito supino en la mesa telemandada de Rayos X. Practicamos la artrografía puncionando la articulación por vía anterior, perpendicular en un punto situado 2 cm. inferior y lateral a la punta de la apófisis coracoides, bajo control radioscópico, previa anestesia local y estricta asepsia cutánea.

Se inserta una aguja de punción lumbar de calibre 20 y bisel corto a partir de la marca cutánea con una inclinación media de 5°. Se inyectan 10 ml. de contraste y 10 ml. de aire, bajo control de escopía. Una vez terminada se retira la aguja, movilizamos cuidadosamente el hombro con movimientos pasivos para asegurar la distribución del contraste por toda la cavidad articular y para facilitar el paso de dicha sustancia a través de cualquier posible defecto capsular.

TECNICA RADIOLOGICA DE LA ARTROGRAFIA

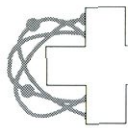
Las radiografías standard se realizan con el paciente decúbito supino y prono, seguido de proyecciones anteroposteriores con el brazo en rotación interna, externa y neutra; también puede practicarse una proyección axial del surco del bicipital, abducción 90°, inclinación del tubo cráneo-caudal entre 10 y 40°.

7. TOMOGRAFIA COMPUTADA

Como complemento del estudio artrográfico y a continuación, se realiza el T.A.C., ya que utilizando contrastes hipoosmolares permiten tiempos prolongados de exploración.

El paciente se coloca en decúbito supino, con el hombro a estudiar centrado en el gantry; se seleccionan cortes que abarquen desde el borde inferior del acromion hasta el final de la glenoides, con un grosor de 5 mm. realizados a intervalos de 3 mm.; se obtienen imágenes ampliadas utilizando ventanas para partes blandas.

Otros estudios a realizar para confirmar o asegurar diagnósticos definitivos es la Resonancia Magnética Nuclear.



8. RESONANCIA MAGNETICA NUCLEAR

Esta prueba se basa en la propiedad de ciertos elementos del organismo, fundamentalmente el hidrógeno, de generar un campo magnético al girar sobre su propio eje.

Mediante la aplicación de un campo magnético externo y un complejo sistema emisor y receptor de radiofrecuencias, se aprovecha esta propiedad para producir una señal, que tratada por computador, da lugar a imágenes diagnósticas.

La Resonancia no utiliza radiación ionizante ni contraste potencialmente alergénico, considerándose totalmente inocua para el organismo.

El único inconveniente es su elevado precio y la sensación de claustrofobia que se siente al estar inmerso en un túnel estrecho durante un tiempo de 15 a 35 minutos.

Las ventajas desde el punto de vista diagnóstico son: la posibilidad de realizar cortes en múltiples planos (axial, sagital, coronal, oblicuos, etc...), así como su mejor contraste de derrame articular.

9. AMBITO GEOGRAFICO

Los pacientes estudiados corresponden a todo el área de Vizcaya, fundamentalmente del Hospital de Cruces y Ambulatorios dependientes del mismo, así como del Hospital de Galdácano y Ambulatorios respectivos.

La muestra definitiva la constituyen 153 pacientes. Todos ellos fueron estudiados con ecografía, Rayos X simples, artrografía y T.A.C.

A 46 de estos pacientes se les practicó también Resonancia Magnética Nuclear.

En cuanto al sexo, se han estudiado 91 varones y 62 mujeres.

El abanico de edades ha estado comprendido entre 14 y 83 años, con una media de 48 años.

10. DIAGNOSTICO FINAL

ECOGRAFIA	NORMAL 86
	ADELGAZADO 1
	DESGARRO
	PARCIAL 18
	ROTURA 48
ARTROGRAFIA	NORMAL 85
	ADELGAZADO 1
	DESGARRO
	PARCIAL 18
	ROTURA 49

11. CONCLUSIONES

1. La radiología es fundamental para el diagnóstico preciso de la patología del hombro.

2. La radiología simple, con varias proyecciones, debe ser la primera exploración a realizar. Un espacio acromiohumeral menor de 6 mm. indica rotura del manguito rotador.

3. La artrografía es la exploración diagnóstica para la capsulitis adhesiva.

4. T.A.C. delimita el sitio y tamaño de la rotura del manguito. Información más valiosa para el tratamiento.

5. ECOGRAFIA. Si es negativa, no descarta totalmente la existencia de rotura y otras alteraciones.

6. R.M.N. Es la única técnica que puede detectar la patología tendinosa en su estadio inicial.

T.A.C.	NORMAL 85
	ADELGAZADO 1
	DESGARRO
	PARCIAL 18
	ROTURA 49
R.M.N.	NORMAL 24
	ADELGAZADO 1
	DESGARRO
	PARCIAL 7
	ROTURA 14



BIBLIOGRAFÍA

D. ROIG ESCOFET. El hombro doloroso.

D. GARAI RODRIGUEZ. Lesiones del manguito rotador.

D. P. BARO ROS. Artrografía y Tomografía computada del hombro.

D. GOLDMAN. The double contrast shoulder arthrogram.

D. G.H. WHITEHOUSE. Técnicas de radiología diagnóstica.

D. F. SAEZ GARMENDIA. Hombro doloroso/inestable. Diagnóstico por imagen.



NOTICIAS F. E. A. E. R.

Informamos en esta sección de la Asamblea General Extraordinaria celebrada en la ciudad de Madrid el pasado sábado 13 de junio, convocada urgentemente y a la que además de la Junta Directiva, asistieron los Presidentes y/o representantes de las siguientes Asociaciones autonómicas.

- Asociación Andaluza.
- Asociación Aragonesa.
- Asociación Asturiana (Sociedad Norte)
- Asociación Canaria.
- Asociación Madrileña.
- Asociación Valenciana.

- Asociación Vasca.

No siendo habitual la referencia, en esta sección, a las Asambleas de la Federación, lo hacemos en esta ocasión ya que el punto 2º del Orden del Día presentó su dimisión irrevocable la actual Junta Directiva, pasando a constituirse una Gestora formada por las Asociaciones Andaluza, Aragonesa, Catalana, Valenciana y Sociedad Norte.

La andadura de esta Junta Gestora será hasta la celebración de la próxima Asamblea General Ordinaria en Zaragoza, durante la celebración de las Jornadas Aragonesas, en la que se propusieron como temas a tratar, entre otros:

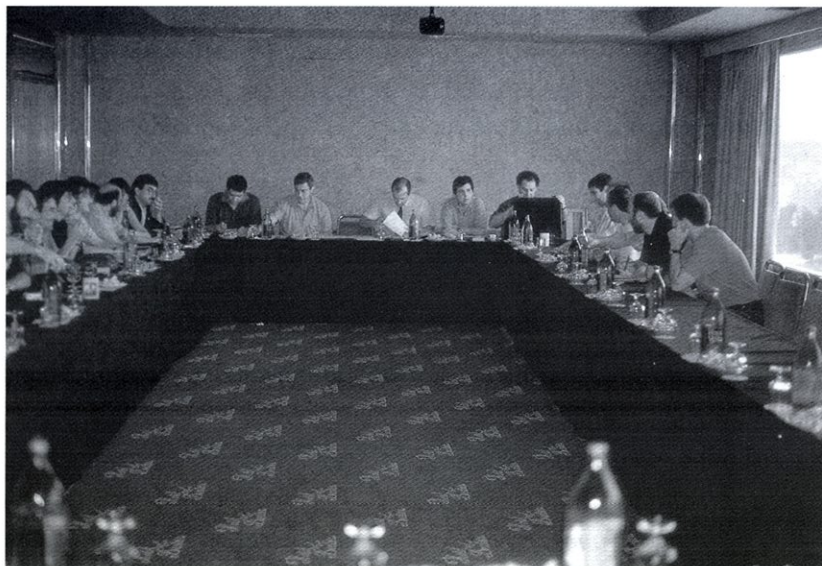
- nombramiento de nueva Junta Directiva.

- análisis y/o modificación de cuotas.

- posible modificación de Estatutos.

Durante este periodo, entre junio y octubre, la operatividad de la Federación quedará asegurada gracias al ofrecimiento de Manuel Sastre Hernández, de la Asociación Valenciana, para desempeñar la coordinación de todas las gestiones que se originen y ostentando la representatividad de la Federación así como los de Enrique Gómez Núñez y Ricardo Bonilla Martínez, de la Asociación Andaluza, los cuales, pese a su dimisión, seguirán en sus cargos de Tesorero y Secretario así como responsabilizándose de que vean la luz los números de junio y septiembre de la Revista Enfermería Radiológica.

Será pues a partir del próximo mes de octubre cuando, nombrada una nueva Junta Directiva y decidida la política a seguir por la Asamblea General, podremos seguir avanzando en el logro de nuestros objetivos.



Ricardo Bonilla Martínez
Secretario General
en funciones F.E.A.E.R.

CRONICA DE ASOCIACIONES

ASOCIACION ARAGONESA ENFERMERIA RADIOLOGICA

ESTE AÑO 92 TAMBIEN ES BUENO PARA ARAGON. No tenemos Expo ni Olimpiadas, pero tenemos en marcha las Primeras Jornadas Aragonesas de Enfermería Radiológica, que nos están dando tanto trabajo como la Expo y las Olimpiadas juntas. Pero tranquilos, nosotros también estaremos a punto para recibirlos a todos..., como os merecéis.

Aparte de esto, en el mes de febrero-marzo realizamos, en el Colegio de A.T.S./D.U.E. de Zaragoza, el 2º Curso de Enfermería Radiológica para post-graduados, reconocido por el Rectorado y baremable, el cual fue todo un éxito., cubriéndose todas las plazas y consiguiéndose que algunos de los más jóvenes y "locos" se enamorasen de la Radiología, por lo menos tanto como nosotros.

Hemos aumentado el número de socios y eso significa que cada día hay más gente convencida de que enfermería tiene que estar en radiología.

Nuestra noticia más importante

que hemos conseguido que para el curso 92-93 la Universidad de Zaragoza, en la Escuela Universitaria de Enfermería, empieza a impartir la asignatura de radiología, la cual, por ahora, está considerada como optativa, pero por algo se empieza.

En Huesca, nuestro hombre fuerte, el supervisor de radiología del Hospital San Jorge, Angel Orduma, ha conseguido lo mismo. El empezará a dar clases a partir de septiembre-octubre.

Nos falta Teruel ... ¡ya caerá!

Gemma López-Menchero Míguez
Presidenta A.A.E.R.

ASOCIACION CANARIA DE ENFERMERIA RADIOLOGICA

Las Palmas de G.C., a 16 de Junio de 1992

Estimados compañeros:

Aunque estamos profesionalmente en unas circunstancias extraordinarias, ya que por algunas partes parece que somos profesionales a extinguir, pensamos que debemos defender nuestra profe-

sión, primeramente como Enfermería en general y después en campos concretos, como puede ser nuestra especialidad, durante tanto tiempo tan discutida.

Creemos que una de las mejores maneras de defender lo nuestro es precisamente la UNIDAD de todos los profesionales a los que nos afecta, y es por eso que estamos empezando a trabajar en la Asociación Canaria de Enfermería Radiológica con la ilusión de conseguir un reconocimiento funcional está creado y el tiempo nos irá dando la razón poco a poco, aunque nos cueste trabajo, no debemos desmoralizarnos y sí hacernos valer, resultado cada vez más imprescindible en los cuidados al paciente y en el trabajo diario dentro de los servicios de Radiología.

Es por todo esto que afrontamos con ilusión llevar adelante y conseguir la unión y comunicación de todos los A.T.S. que trabajan en Radiología, para de esta manera lograr nuestro justo reconocimiento profesional.

Por todo ello, nos parece importante que todos los profesionales estemos conectados y pensemos



que una de las mejores maneras de hacerlo es por medio de la Federación de Asociaciones, que ha realizado en su trayectoria una labor de estímulo y unión fundamental para nuestra comunicación, desarrollo y defensa de nuestro trabajo.

Desde nuestra recién nacida Asociación, hacemos un llamamiento a todos nuestros asociados para que animen al resto de compañeros a unirse a nuestra lucha y a fomentar la comunicación entre todos.

Sonia Hernández Rojo
Presidenta A.C.E.R.

* * *

"IN MEMORIAM"

El pasado día 24 de junio falleció en la ciudad de Granada nuestro amigo Manuel Fernández-Saavedra de la Peña (Delegado de SIEMENS para Andalucía).

Desde estas líneas expresamos nuestro más sentido pésame a sus familiares.

Siempre le estaremos agradecidos por el apoyo que prestó a nuestra Revista.

TRIBUNA ABIERTA

MEDIA DOCENA DE AÑOS

Con este enunciado, quiero conmemorar los seis años de la legalización de nuestra Federación Española de Enfermería Radiológica. En estos años, se han ido incorporando compañeros de la enfermería radiológica de casi todo el país, que han querido gracias a sus inquietudes profesionales, colaborar en el engrandecimiento de nuestra sociedad, aportando sus conocimientos y experiencias, y como no, sus dudas ante la incertidumbre de nuestro porvenir profesional.

Realmente, éste fue uno de los motivos fundamentales para que en el primer Congreso Nacional se votara por unanimidad de todos sus asistentes, crear un órgano de representación y defensa de nuestros intereses profesionales, además que sirviera de intercambio de experiencias entre sus asociados, así como de promocionar constantemente todo lo relacionado con la enfermería radiológica.

Verdad es reconocer que en todo este tiempo se ha logrado que

nuestra Federación sea una de las más importantes, tanto en número de asociados como en gestiones realizadas en estos años.

La característica principal fue documentar nuestras pretensiones y argumentos, de lo que debe ser la enfermería en general y, por supuesto, la radiológica; quizás se nos tache de excesivamente críticos, pero esta crítica, que nunca ha intentado ser destructiva, estaba casi siempre ratificada por hechos probados o documentos, incluso comunitarios, a los que políticamente no se los ha tenido en cuenta.

La enfermería radiológica hoy es considerada de una forma muy distinta que hace seis años, ¡nuestro trabajo nos costó! La idea de apretar un botón la hemos ido quebrando día a día, demostrando el papel de enfermería en los servicios de radiología, escribiendo nuestros logros científicos y profesionales en nuestra revista, congresos, jornadas, debatiendo en cualquier foro sanitario de nuestro país, con argumentos convincentes,

no utópicos y criticando lo que para nuestro punto de vista no debería ser el camino de la futura enfermería.

Pues bien, esto es reconocido hoy en día por la enfermería en general, y extrapolíticamente incluso por la administración, otro camino distinto es que las ideas políticas actuales vayan por ahí.

Que tenemos aún logros que alcanzar, no cabe la menor duda, pero no sólo de esta Federación, sino de la enfermería en general, llamémosle: Estatuto marco de funciones, Desarrollo de las especialidades, Retribuciones, Desmotivación profesional, etc. Pero este logro será realmente difícil de alcanzar, ante una profesión tan desunida, en la que priman a veces reconocimientos personales y sobre todo falta de colaboración.

Somos críticos, pero muchas de las veces sin alternativas, y por este camino seguiremos hablando de ¡Falta de identidad en nuestra profesión! ¡Hacia dónde vamos! o ¡Jornadas de reflexión de la Enfermería Española!

Llegado el momento de mi relevo como Presidente de esta Federación Española, me gustaría, a través de esta tribuna abierta de nuestra revista, agradecer a todos el apoyo que me habéis prestado y las experiencias positivas, tanto profesionales como personales que me habéis brindado.

Quisiera recordar a compañeros que en estos años departieron conmigo en la responsabilidad de

llevar al mejor puerto nuestra sociedad, y desearles toda clase de éxitos a ellos y a los que vendrán a relevarnos en estos quehaceres.

Especialmente, quisiera agradecer al Colegio de Enfermería de Sevilla su entrega y colaboración sin límites hacia esta Federación Española, y muy especialmente a su Presidente José María Rueda.

Como un compañero nuestro

dijo: Seis años en la vida de una sociedad científica, es como un barco que acaba de salir de puerto y le dan las primeras olas.

Bien, el barco está construido y dispuesto a enfrentarse a cualquier temporal, sigamos colaborando entre todos para llevarlo a buen fin.

Un abrazo.

Manuel Zambrano Bono

CAMBIO '92

En el momento de redactar el presente artículo, nos encontramos en pleno ecuador de un año plagado de acontecimientos de índole faraónica (Expo, AVE, Juegos...), un año que nos parecía a todo buen español de "a pie" como un año mágico. Nada más lejos, esperábamos que algo ocurriera, algo que mejorase y nutriera nuestras esperanzas de seguir creyendo en nuestros proyectos.

Si embargo, este 1992 nos ha deparado social y políticamente grandes dosis de desesperanza, la corrupción de conocidos políticos y de otras estirpes sociales, los despropósitos en materia económica, las apretadas de cinturón por los de turno y para los de siempre, el informe Abril donde de nuevo se cuestiona la representatividad de la Enfermería, la Conferencia de la Tierra, en donde las buenas inten-

ciones se enturbian con los intereses financieros y un largo etc. Eso sí, hemos sabido que existe una ciudad que se llama Maastricht, hemos visto conformar nuevos países hemos contemplado el desfile de acontecimientos que de alguna manera han marcado los rasgos que están caracterizando este 1992.

Como colectivo de Enfermería, a pesar de las esperanzas puestas para 1992 y ante la cercanía de la libre circulación de profesionales prevista para 1993, observamos con pesimismo un tanto conformista, cómo avanza el tiempo y continuamos sin Especialidades (excepción a las Matronas). Licenciatura, sin casi nada y no mejor que estábamos, continuamos inmersos en un "juego de damas". Hasta la voluntad de Dios, nos ha arrebatado de este mundo a quien quizás más

cerca estuvo de entender la problemática de la Enfermería, y, sobre todo, de nuestro binomio ENFERMERIA y RADIOLOGIA.

No es pues un buen año para nosotros la vía hacia la Europa unida, continua y lejana, y nuestra gráfica de ilusiones y propósitos está reflejando una curva deca-dente de manera alarmante. No es cuestión de mirar atrás, sino es sólo para ver que hemos vivido una historia corta pero intensa, y posiblemente la intensidad de las "cosas hechas" por todos, sumado a la incertidumbre del ¿qué va a pasar?, el civismo demostrado por nuestro colectivo y utilizado por otros; en cuanto a la incorporación de otros profesionales, la falta de corporativismo, la desconfianza en quienes nos representan, sean entre otras las consecuencias de este peligroso declive que posible-



¡Se ha echo todo lo que hemos podido!

mente a más de uno de nosotros nos cuestione la continuidad y la credibilidad en este proyecto de Enfermería Radiológica.

¿Está en el cambio la solución?

Los equipos de fútbol utilizan esta fórmula con los entrenadores cuando los resultados no son los esperados.

Sin embargo, el Gobierno no lo emplea cuando algún Ministro encrepa nuestra santa paciencia.

Salvando estos extremos, me vuelvo a preguntar ¿puede ser el cambio la solución dinamizadora de nuestra Federación, Asociaciones y de nuestro Proyecto? He de ser sincero y pienso que SI, pero sin prescindir de las personas, pues

a pesar del conocido tópico "nadie es preciso", en E.R. se da la circunstancia de que todos hacemos falta y además unidos, evitando planteamientos segregacionistas, bien por corrientes de opinión o simplemente por situaciones geográficas.

Cambio'92, como he titulado este artículo de opinión, pretende lanzar un mensaje de reflexión, pero de una reflexión con los pies en el suelo, conscientes de la realidad, preguntándonos:

¿Qué somos? ¿Qué queremos ser? ¿Qué queremos de nuestros representantes? ¿Qué compromiso vamos a adquirir?... y si tras este balance concluimos que es necesario que aunemos un nuevo

esfuerzo con un renovado ideario, pues fenomenal, que se planteen las alternativas y adelante. Pero si no es así, seamos honrados con nosotros mismos, llamemos a las cosas por su nombre, y que de esta etapa 1987-1992 nos sintamos con la sensación "del deber cumplido", porque al final podemos decir, desde el Presidente de la Federación, de las Asociaciones, del Consejo de redacción de la Revista "ER", hasta el último asociado y sin ningún sonrojo, y con la línea meato-orbitaria-conductal auditivo externo perpendicular al suelo, que:

**¡SE HA HECHO TODO LO QUE
HEMOS PODIDO!**

**Francisco Faus Gabandé
Asociación Valenciana**

1^{as} JORNADAS ARAGONESAS DE ENFERMERIA RADIOLOGICA

ZARAGOZA • 1-2-3 OCTUBRE • 1992

DIRIGIDO A:

ATS-DUE DE RADIOLOGIA

(RADIODIAGNOSTICO - RADIOTERAPIA
Y MEDICINA NUCLEAR).

ORGANIZADO POR:

- ASOCIACION ARAGONESA
DE ENFERMERIA RADIOLOGICA.
- ILMO. COLEGIO OFICIAL
DE ATS-DUE DE ZARAGOZA.



3M Productos para Radiodiagnóstico



Películas para Radiografía Médica
Convencional y Ortocromáticas (Sistema Trimax)
Chasis y Pantallas

Procesadoras Convencionales y Equipos Luz Día (Trimatic)
Digitalizadores de Imágen

Sistemas Laser de Imágen para TAC, RMM, ECO y ADS

Delegaciones:

28027 Madrid

Telémaco, 47-53
Tel. (91) 321 60 00
Fax (91) 321 60 02
Télex 27499

08025 Barcelona

Provenza, 388
Tel. (93) 457 54 05
Fax (93) 458 45 72

Oficinas Comerciales:

46003 Valencia

Cronista Carreres, 10
Tel. (96) 352 55 68
Fax (96) 351 70 60

48009 Bilbao

Henao, 7
Tel. (94) 423 08 00
Fax (94) 423 12 60

Departamento Productos Radiodiagnóstico

3M España, S. A.

Apartado de Correos, 25 - 28080 Madrid

Innovamos pensando en usted.

