



ENFERMERIA RADIOLOGICA

REVISTA OFICIAL DE LA FEDERACION ESPAÑOLA DE ASOCIACIONES DE ENFERMERIA RADIOLOGICA

ABRIL-MAYO-JUNIO 1993 - Nº 19



Sumario

2 Protocolo. Ficha técnica.

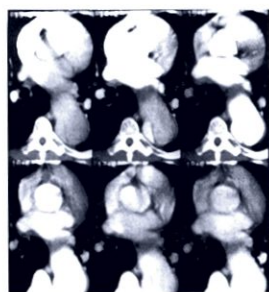
3 Editorial. Gema López-Menchero

Minguez, Director de E.R.

4 Boletín de Suscripción año 1993.

5 Proceso de atención de Enfermería

en un Servicio de Medicina Nuclear. Milian Miras, Rosa i Pons Camprubí, Joan.



10 T.A.C. Dinámica en disecciones de Aorta Torácica. Juan Carlos Florido Martín, D.E., Martín López Rentero, D.E. - Hospital Regional "Carlos Haya" Málaga.

14 Tratamiento de los enfermos con Hipertensión Arterial de origen vasculo-renal mediante angioplastia renal percutánea. Frutos Alvarez González, Hospital Regional Universitario "Reina Sofia" Córdoba.

19 Noticias F.E.A.E.R. Informa su Presidente Nacional: D. Eduardo Jordan.

20 Crónica de la Asociación Catalana.

21 Crónica de la Asociación Cantabra.

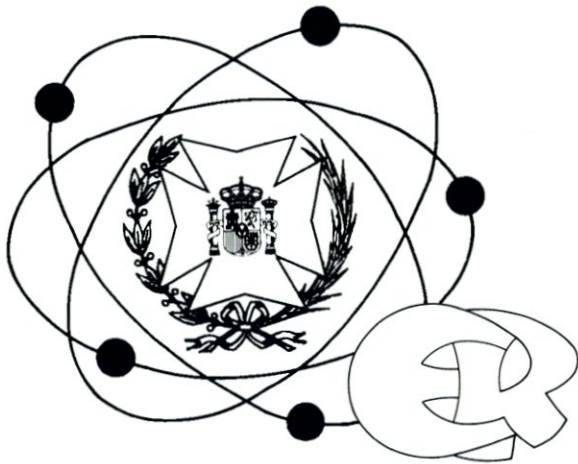
22 Crónica de la Asociación Andaluza.

23 La Sonrisa Radiológica.

24 Tribuna Abierta. Real Decreto 1275/1992 de 23 de octubre.

26 Andrés Manrique Navarro. Presidente del Ilmo. Colegio ATS-DUE de ZARAGOZA.





Ficha Técnica Enfermería Radiológica

Dirección:

Gema López-Menchero Mínguez

Jefe de Redacción:

Jesús Inístera Zerón

Administración - R. Publicitarias:

Isabel Beortegui

Departamento Suscripciones:

Pilar Pinilla y Concha Recaj

Redactores:

José Antonio López, Angel Orduna, Conchita Saez-Benito, Carmen Bescos, Pilar Baranda

Comité Asesor:

Eduardo Jordán Quinzano, Fco. Javier Laspra Montero, Fco. Palomino Condón, Joans Pons Camprubí, Fco. Rodríguez Ferrer, Sonia Martínez Rojo, J. Manuel Fernández Marín, Fco. Javier Rey Díaz, Ignacio Calleja Muñoz, Maite Esforrín Lasheras, Carmen Nájara Vela, Fco. Faus Gabanda

(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 CEE 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: Z-896/93

Impreso por Gráficas Parra, S.L. Polígono "Miguel Servet", nave 7 - CTRA. Castellón, km. 3,600. Teléfono (976) 42 11 84 - Fax (976) 59 79 07 - 50013 ZARAGOZA

PROTOCOLO

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

remitidos a: "Revista de Enfermería Radiológica", Colegio ATS-DUE, calle Bretón nº 48 - Prin. D. Zaragoza, 50005.

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.

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.

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.

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 ninguna autorización expresa de la misma.

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

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

IDEOLOGIA

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

Un saludo a todos desde Zaragoza.

Como sabéis a partir de este año, que apareció la revista nº 18, esta Asociación Aragonesa de Enfermería Radiológica, ha asumido la responsabilidad de dar vida a esta revista. Por ahora hemos mantenido su estructura anterior que nos parecía adecuada y nos hemos dedicado a darle otra cara por aquello del diseño, de que sea mas moderna, mas actual y no penseis que ya lo hemos conseguido, seguimos intentando encontrar un modelo que os resulte atractivo e interesante. Si alguien tiene ideas creativas y buenas, será un placer recibirlas.



Vamos ha intentar que siempre aparezcan, dos trabajos de Radiodiagnóstico y uno de Radioterapia o de Medicina Nuclear, pero esto depende exclusivamente de vosotros mentalizaros: que para que la revista salga es necesario que mandeis vuestros trabajos.

Siempre he apostado por una FEDERACION DE RADIOLOGIA, donde estemos todos representados, no solo los de "Rayos". Actualmente y por la información que tengo, son pocos los compañeros de Radioterapia y de Medicina Nuclear que pertenecen a la Federación, muchos se unieron a la Asociación de Enfermería Oncológica, otros permanecen solos porque tan solo son uno o dos, otros pasan de asociaciones "donde siempre se paga y nunca se hace nada". No soy quien para intentar convencer a nadie, un buen profesional debe saber cuando es necesario, no solo en su trabajo diario, sino como apoyo con su presencia, en todas aquellas actividades extra-laborables que su profesión necesite para dignificarla y sustentarla.

Somos una Federación que funciona, esto esta demostrado, pero seguimos necesitando y lo necesitaremos siempre, el apoyo de todos los que nos gusta lo que hacemos, el apoyo de todos los que pensamos que ENFERMERIA DEBE ESTAR EN RADIOLOGIA y para esto no queda mas remedio que ser coherente y colaborar cada uno en la medida que le sea posible y su conciencia le dicte.

Tendo la obligación como Director de esta revista, de hacer de "pepito grillo", intentaré plantear cuestiones que nos ayuden a reflexionar y a seguir caminando. Esta editorial esta abierta para todos los que tengais algo importante que comunicar.

GEMA LOPEZ-MENCHERO MINGUEZ
DIRECTOR DE E.R.

BOLETIN DE SUSCRIPCION AÑO 1993

Nº Suscriptor

ENVIAR BOLETIN DE SUSCRIPCION A:

REVISTA ENFERMERIA RADIOLOGICA
C/ Bretón nº 48 - Princ. D
50005 - ZARAGOZA

DIRECCION DE ENVIO:

nombre y apellidos

Dirección Nº Piso

Código Postal Población

Provincia Especialidad

FORMA DE PAGO:

CHEQUE NOMINATIVO

DOMICILIACION BANCARIA

IMPORTE DE SUSCRIPCION:

España (I.V.A. incluido)2.000 Ptas.

Europa2.500 Ptas.

Otros Paises3.500 Ptas.

A nombre de
REVISTA ENFERMERIA RADIOLOGICA
Caixa Ag. nº 2 c/c. nº 1274-02-0000531-67
c/. Foranes Santander



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

.....dede 19

FIRMA DEL TITULAR

Proceso de atención de Enfermería en un Servicio de Medicina Nuclear

Autores:

Milian Miras, Rosa i Pons Camprubí, Joan

Centro de Trabajo:

Hospital de la Santa Creu i de S. Pau. Barcelona

Las responsabilidades de cualquier profesional sanitario son fundamentalmente de dos tipos:

1.- Actos instrumentales

2.- Actos de relación

Los actos instrumentales son los que practicamos utilizando cualquier técnica de la práctica clínica. Por ejemplo: al tomar la P.A. u obteniendo imágenes para diagnóstico.

Dependiendo de que actos instrumentales practiquemos nos diferenciamos unos profesionales de otros; por ej.: enfermería de Medicina Nuclear se diferencia de la de U.C.I...

Los actos de relación son comunes o deberían serlo para todos los profesionales de la sanidad. Estos actos son los referidos a la dimensión humana de cualquier profesional sanitario, mediante los cuales ayudamos a tolerar y afrontar el stress psicológico que representa sentirse enfermo. Ej.: tratando al enfermo como una persona demostrando calor y compromiso.

A menudo abordamos esta dimensión humana con intuición o con la herencia que nos va dejando nuestra propia experiencia profesional. Se nos forma para la aplicación de determinadas técnicas y se nos exigen responsabilidades sobre estas prácticas.

No podríamos decir lo mismo sobre el aspecto humano de nuestra formación. La profesión de Enfermería se define como una profesión eminentemente humanística y una de las características de este tipo de profesiones es que se ajusten a un código de conducta basado en principios éticos. En nuestro país no existe todavía un código de ética de Enfermería, pero si existen los derechos del enfermo. Si los revisamos atentamente veremos que una de las características es que nos exigen que estos actos de relación sean de una determinada calidad humana.

En definitiva pensamos que debemos responsabilizarnos de que nuestros actos de relación sean eficientes y respondan a la necesidad de prestar una asistencia integral al individuo.

La enfermera/o que practica su profesión en un Servicio de Medicina Nuclear ha de saber también:

- DEFINIR
- DESARROLLAR
- PROTOCOLIZAR los actos de relación de ayuda terapéutica que debe utilizar en contacto con el paciente.

Características que definen la relación paciente-enfermería de Medicina Nuclear:

- Relación de corta duración
- Se produce para una práctica concreta.
- Desconocimiento y en muchos casos prejuicios del paciente hacia la especialidad de M. N.

Por lo tanto la necesidad de ser eficiente en nuestra relación aumenta, así como la de saber establecer una buena interacción y la de saber ganarnos la confianza del paciente con rapidez.

Para poder responder con eficiencia a nuestros objetivos precisamos:

- a.- Conocimiento psicología del paciente.
- b.- Conocimiento básico de comunicación.
- c.- Saber aplicar estos conocimientos básicos en nuestro trabajo diario.

Es necesario saber comprender lo que representa sentirse, estar, ser enfermo. La teoría de las Necesidades Humanas de Maslow aplicadas a la persona enferma y recientemente la teoría de la Relación de Ayuda son instrumentos eficaces para configurar un proceso de atención.

Para plantearnos nuestras acciones podemos dividir:

el Proceso de Atención De Enfermería en 6 apartados:

- 1.- Recibir al enfermo
- 2.- Explicar el protocolo a realizar en M.N.
- 3.- Escuchar las preguntas, comentarios, peticiones y quejas.
- 4.- Identificar las necesidades físicas y psicológicas del paciente.
- 5.- Satisfacer esas necesidades durante su estancia en nuestro Servicio.
- 6.- Despedir al paciente

1.- RECIBIR AL ENFERMO.

Representa quizás la parte mas fácil de nuestra relación con el paciente pero ya empieza a funcionar el mecanismo de interacción y es muy importante observar:

- a.- Llamar al enfermo por su nombre completo
- b.- Pronunciarlo correctamente
- c.- Presentarse y explicar nuestras funciones
- d.- Procurar una expresión agradable y un tono de voz adecuado
- e.- Mostrarse receptivo a las preguntas inmediatas del paciente

2.- EXPLICAR EL PROTOCOLO A SEGUIR EN MEDICINA NUCLEAR

Procuraremos tener en cuenta no exagerar la necesidad de informar.

La enfermera/o debe comunicar la información relevante a cerca del procedimiento.

Saber reconocer el nivel de conocimientos de cada paciente, lo que necesita saber y usar las palabras adecuadas a cada situación.

Es importante que la conversación transcurra en un lugar tranquilo y privado en el que hayan el mínimo de distracciones.

- Espacio físico adecuado para poder conversar con el paciente.
- Definir de forma sencilla lo que es un Servicio de Medicina Nuclear.
- Explicar el procedimiento a seguir incluyendo información a cerca de:

- * nombre de la exploración.
- * descripción del estudio. Necesidad de la exploración.
- * asegurarse de que la preparación previa del enfermo se ha efectuado correctamente.
- * dosis radiactiva necesaria.
- * vía de administración.
- * efectos secundarios.
- * instrucciones concretas al paciente.
- * posiciones necesarias durante el estudio.
- * duración del estudio.
- * instrumentación necesaria.
- * proximidad de la instrumentación al cuerpo.

- Asegurarse de que el paciente lo ha comprendido y facilitar las preguntas inmediatas.
- Plantearse modificaciones en el procedimiento si el paciente es incapaz de cooperar de forma completa.

3.- ESCUCHAR LAS PREGUNTAS, COMENTARIOS Y QUEJAS DEL PACIENTE.

Escuchar con atención mostrando interés por su proceso y los problemas que plantee a cerca de la exploración a realizar.

4.- IDENTIFICAR LAS NECESIDADES FISICAS, PERSONALES Y PSICOLOGICAS DEL PACIENTE.

Saber reconocer y afrontar los problemas Físicos y Psíquicos que el paciente presenta en nuestro servicio es una responsabilidad profesional ineludible.

En muchos de nuestros servicios recibimos enfermos hospitalizados y sería de gran

utilidad para el personal de enfermería protocolizar la comunicación con el resto de la Enfermería de otros Servicios del Hospital.

A continuación se enumeran las diferentes necesidades físicas, personales y psicológicas.

Necesidades físicas

Procuraremos observar y satisfacer las necesidades básicas de:

- CONFORT
- TEMPERATURA
- HIGIENE
- PROPORCIONAR VENTILACION ADECUADA
- PROPORCIONAR ALIMENTACION ADECUADA
- ESTIMULACION Y CONTACTO FISICO

Necesidades personales

Procuraremos observar y satisfacer las necesidades personales de:

- DIGNIDAD
- INTIMIDAD
- ASPECTO
- COMUNICACION

Necesidades psíquicas

Maslow estableció un orden jerárquico de necesidades psíquicas y son las siguientes:

- RECONOCIMIENTO
- SEGURIDAD
- AUTOESTIMA
- SER AMADO
- AMAR
- PERTENENCIA
- CONTACTO EMOCIONAL
- ESTIMULO EMOCIONAL/INTELLECTUAL
- LOGRO

A partir de la observación, apreciación y valoración de la conducta o manifestación del paciente analizaremos cada necesidad que nos permita aproximarnos a la realidad de cada paciente.

5.- SATISFACER ESTAS NECESIDADES DURANTE SU ENTANCIA EN EL SERVICIO DE MEDICINA NUCLEAR.

Procuraremos organizar el personal del Servicio adecuadamente para poder evaluar y satisfacer las necesidades de cada enfermo.

6.- DESPEDIR AL PACIENTE.

Mostrarse receptivo y atento hacia lo que el paciente explica sobre la exploración. Facilitar que nos lo comunique.

Evitar dar información directa al paciente a cerca del resultado de la exploración.

Facilitar la información a cerca de cuando y donde se debe recoger el resultado de la exploración.

CONCLUSION:

Varios autores definen el Proceso de Atención de Enfermería como un instrumento de trabajo del profesional que potencia una actitud dinámica, deliberada y consciente para reducir y/o resolver los problemas de Enfermería de manera ordenada y sistemática en cualquiera de las áreas o enfoques en que se desarrolle la práctica profesional.

Creemos que el profesional de enfermería de Medicina Nuclear tiene que desarrollar su modelo, observando el método científico que contribuya a una asistencia integral al individuo.

PROCESO DE ATENCION MEDICINA NUCLEAR

MOMENTOS
DEL
PROCESO

RECIBIR
AL ENFERMO

EXPLICAR
EL PROTOCOLO

ESCUCHAR
LAS PREGUNTAS

IDENTIFICAR
NECESIDADES

SATISFACER
NECESIDADES

DESPEDIR
AL PACIENTE

RELACION MEDICINA NUCLEAR

CARACTERISTICAS
de esta relación

SON
DE CORTA DURACION

PARA
UNA PRACTICA CONCRETA

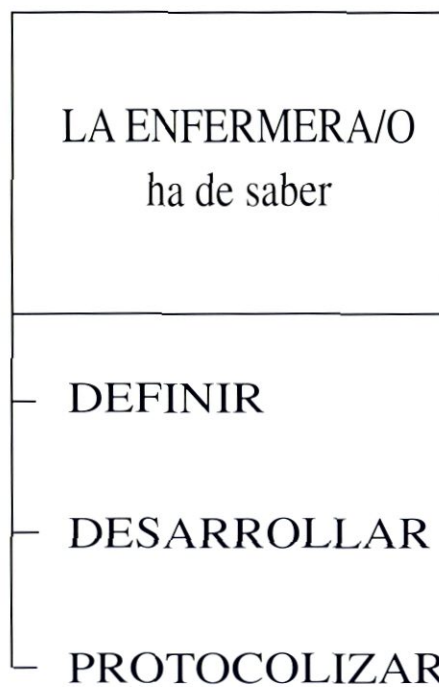
PACIENTE
DESINFORMADO

PREJUICIOS
POR M.N

ANGUSTIA
POR LA ENFERMEDAD

SER
EFICIENTE

ACTOS DE RELACION MEDICINA NUCLEAR



NECESIDADES PACIENTES DE MED. N.



T.A.C. Dinámico en disecciones de Aorta Torácica

Autores:

Juan Carlos Florido Martín, D.E. y Martín López Rentero. D.E.

Centro de Trabajo:

Hospital Regional "Carlos Haya" Málaga.

Resumen

Proponemos la técnica que se realiza en el Servicio de Radiodiagnóstico del Hospital Regional de Málaga, para la detección de disecciones de Aorta torácica, mediante T.A.C. dinámico con contraste I.V.

Conclusiones

La T.A.C. constituye un método no invasivo, con una fiabilidad diagnóstica del 88% para cualquier tipo de disección, bien sea de aorta ascendente, como descendente.

Para la obtención de este tanto por ciento se deben realizar estudios dinámicos con mesa fija e inyección de bolus de contraste I.V. Además la T.A.C. nos puede ofrecer información de estructuras vecinas, procesos inflamatorios, abscesos, trombo intraluminal, etc., siendo el método idóneo para confirmar la ruptura de la disección y realizar un seguimiento de los aneurismas crónicos.

Generalidades

La disección aórtica consiste en la formación de un falso canal entre el tercio medio y el externo de la túnica media por el desgarro de la túnica íntima de la pared arterial.

Según el área de la aorta afectada se clasifican:

según DeBakey

TIPO I



TIPO II



TIPO III



según Stanford

TIPO A

TIPO B

En la realización del estudio hemos de obtener imágenes basales, pasar a imágenes de máxima concentración de contraste y retorno a la basal, para ello, hemos de tener en cuenta la gran cantidad de sangre y la velocidad a que circula por la aorta torácica. Se hace aconsejable el empleo de bolus de contraste, en lugar de la perfusión continua, para la obtención de imágenes de calidad, con valores de atenuación aceptables.

Además debemos contar con las limitaciones técnicas que impone el Scanner (G.E. 9800). El tiempo mínimo de un barrido de 360° es de dos segundos, ofreciendo un retraso entre disparos de tres segundos y medio con un movimiento de mesa de diez milímetros, si usamos el programa dinámico. Para reducir este retraso, realizaremos el estudio sin movimiento de mesa, obteniendo un retraso entre disparos de dos segundos y tres décimas.

Otro factor a tener en cuenta, son los movimientos respiratorios del enfermo, ya que, nos puede variar la localización de los cortes. Lo ideal es efectuar todos los disparos en máxima inspiración, para ello, cada dos disparos, se le dará tiempo para respirar bajo las instrucciones del operador. Si no fuese posible se realizaría el estudio con el enfermo haciendo respiraciones superficiales.

Material

- Equipo GE/9800
- Contraste yodado no iónico de baja concentración (Iohexol 240 mgr. l/ml.) ya que uno de alta concentración dificulta la embolada rápida y puede crear artefactos en algunas imágenes. Generalmente administramos 150 c.c.
- Jeringas de 50c.c.
- Abocath nº 16G-18G
- Prolongador con grifo, con ello, reducimos el riesgo de desconexión de la jeringa durante la embolada y nos permite situarnos más lejos de la fuente de radiación.
- Esparadrapo
- Gasas
- Guantes de un solo uso
- Antiséptico
- Delantal plomado

Técnica

- Indicaciones al paciente del estudio que le vamos a realizar y de como debe efectuar los movimientos respiratorios.
- Realización de la punción venosa, siendo preferible la vena antecubital del brazo izquierdo, para poder visualizar el tronco venoso innominado.
- Realización del Scout, para ello, posicionamos al paciente en decúbito supino, con una almohada bajo la cabeza, con los brazos por encima de ésta y los pies próximos al gantry. El centrado

es supraesternal, sobre el cartílago cricoides (igual que en un estudio de tórax).

-Programación de los cortes. Sobre el scout se localizan los troncos supraórticos y la válvula aórtica, en caso de duda, se realizará un estudio previo sin contraste.

Se programarán tres grupos de seis disparos cada uno. El primer grupo se localizará a la salida de los troncos supraórticos, el segundo a nivel de la válvula aórtica y el tercer grupo intermedio entre los dos anteriores. Foto nº 1 y nº 2.

-La inyección del bolus de contraste se efectuará en cinco segundos, 50 c.c. en cada grupo; siendo el prep delay de 10-12 segundos.

La técnica más adecuada es de 140 Kv. y 140 MA., el giro del tubo será de 360° en cada disparo, programado una reconstrucción standar, en una matriz de 320.

-En la realización del estudio dinámico la adquisición de datos es prioritaria a cualquier orden o función del aparato, para posteriormente efectuar la reconstrucción de las imágenes.

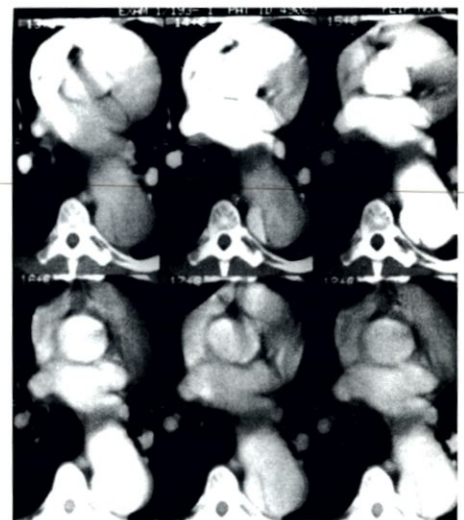
Obtendremos imágenes basales, de máxima concentración de contraste y retorno a la basal en cada uno de los tres grupos. Foto nº 3.

FOTO 1



Scout de tórax con la localización de los tres grupos de disparos.

FOTO 3



Imágenes correspondientes al tercer grupo de disparos, con localización a nivel de aorta; en la que se aprecia la luz verdadera, el flap de la íntima y la falsa luz de la pared arterial, en una disección de aorta torácica descendente.

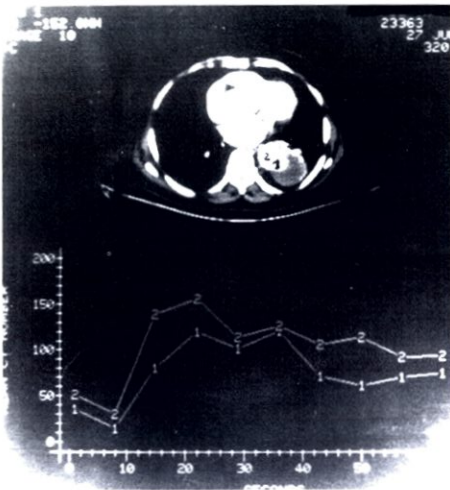
FOTO 2

CONTRAST		DESC: IV		DISP		MIDSON		PREP		
MG/C	SON	LOC	THK	X	Y	FOV	RES	TIME	DELAY	
1/C	1	1	10	0	0	0	45	0	464	1
2/C	1	1	10	0	0	0	45	0	468	0
3/C	1	1	10	0	0	0	45	0	472	0
4/C	1	1	10	0	0	0	45	0	476	0
5/C	1	1	10	0	0	0	45	0	481	0
6/C	1	1	10	0	0	0	45	0	485	0
7/C	1	1	10	0	0	0	45	0	501	1
8/C	1	1	10	0	0	0	45	0	505	0
9/C	1	1	10	0	0	0	45	0	510	0
10/C	1	1	10	0	0	0	45	0	514	0
11/C	1	1	10	0	0	0	45	0	518	0
12/C	1	1	10	0	0	0	45	0	522	0
13/C	1	1	10	0	0	0	45	0	538	0
14/C	1	1	10	0	0	0	45	0	543	0
15/C	1	1	10	0	0	0	45	0	547	0
16/C	1	1	10	0	0	0	45	0	551	0
17/C	1	1	10	0	0	0	45	0	555	0
18/C	1	1	10	0	0	0	45	0	559	0

Listado de la programación de los tres grupos de disparos.

Posteriormente se pueden conseguir imágenes intermedias mediante la segmentación de las existentes y efectuar curvas de tiempo densidad, de especial interés en las disecciones. Foto nº 4

FOTO 4



Curvas de tiempo-densidad en una disección de aorta descendente.

-Si hay afectación de los troncos supraórticos se efectuará un estudio de mediastino superior de diez mm. de grosor y diez mm. de separación entre cortes.

En caso de afectarse la aorta descendente se efectuarán cortes de quince mm. de separación y diez mm. de grosor, del resto de la aorta, para saber donde termina la disección y los vasos que compromete, siendo aconsejable la administración de otros 50 c.c. de contraste IV. en perfusión.

Bibliografía

- Cesar S. Pedrosa. Tratado de Radiología Clínica. Ed. Interamericana. 1989.
- Farreras Rozman. Medicina Interna. Ed. Marín S.A. 1986.
- D. Doyon, M. Lavel-Jeantet, Ph. Halimi, E.A. Cabanis, J. Frija. Manual de T.A.C.. Ed. Masson S.A. 1989.
- El Médico en Situaciones Urgentes (Aneurisma Aórtico). Medicina Integral vol. 15- nº 8. Abril 1990.
- Radiology Evaluation of Aortic Dissection. Ed. Radiology 1991 vol. 180 nº 2 pag. 197-305.

Tratamiento de los enfermos con Hipertensión Arterial de origen vasculo-renal mediante angioplastia renal percutanea

Autor:

Frutos Alvarez González

ATS/DE Especialista en Electroradiología - Sección de Radiología vascular-intervencionista

Centro de Trabajo:

Hospital Regional Universitario "Reina Sofia" - Córdoba

INTRODUCCION

- La hipertensión (HTA) es uno de los problemas clínicos más comunes.
- La mayoría de los pacientes van a sufrir una HTA de origen desconocido, hablamos entonces de HTA de origen esencial y sólo una minoría la padece por una causa conocida que puede ser: Endocrina, Renal, Vascular, o del S.N.C.
- Se consideran hipertensos a aquellos individuos con una presión sistólica igual o superior a 140 mm. Hg y/o una diastólica igual o superior a 90 mm Hg.
- La causa curable más común de HTA es la de origen renovascular, habiéndose estimado una prevalencia del 0.2 al 10% de los pacientes hipertensos.
- La estenosis de la arteria renal puede tener numerosas causas o etiologías: Arterioesclerosis, Displasia Fibromuscular, Arteritis, Coartación Aórtica, Etc.
- Sin embargo, aproximadamente los 2/3 de los pacientes con hipertensión renovascular tienen cambios arteriales debido a arterioesclerosis y 1/3 se deben a displasia fibromuscular.
- La arterioesclerosis de la arteria renal ocurre como parte de un proceso generalizado que afecta a aorta abdominal, troncos supraaórticos, arterias de los miembros, etc.
- La lesión se localiza en el 1/3 proximal de la arteria, en el ostium, o en ramas segmentarias, estando más afectados los varones de edad avanzada.
- La displasia fibromuscular se localiza en 1/3 medio-distal de la arteria renal, afectando predominantemente a mujeres menores de 40 años.
- La HTA de origen renovascular podría definirse como aquella que es curada o mejorada tras revascularización.
- Es frecuente encontrar de forma fortuita estenosis de la arteria renal en pacientes normotensos al realizar una arteriografía por otra causa, lo que conlleva que la presencia de una estenosis de la arteria renal en un paciente hipertenso no implica necesariamente una relación causa-efecto.
- No hay características clínicas que distingan entre una hipertensión renovascular y otra esencial, por tanto habrá que realizar una serie de pruebas antes de determinar que la causa de la hipertensión es la estenosis de la arteria renal.
- Actualmente el tratamiento de revascularización de las estenosis puede ser de dos tipos: Quirúrgico, mediante ByPass, y ATP siendo esta última de primera elección por ser menos cruenta y tener menor mortalidad y morbilidad.
- El objeto del presente trabajo es analizar nuestra experiencia en angioplastia renal percutánea realizada a 27 pacientes afectados de HTA de origen renovascular como, alternativa al tratamiento quirúrgico.
- Se valoran los cuidados de enfermería previos, durante y en el período inmediato post-angioplastia.
- Se analizan los distintos materiales utilizados, haciendo énfasis en la importante labor del ATS/DE en el conocimiento de dichos materiales.
- Por último, se estudian las complicaciones presentadas y las medidas a adoptar para prevenirlas.

PREPARACION DEL PACIENTE

EL DIA ANTERIOR A LA EXPLORACION EN LA SALA DE HOSPITALIZACION.

- Se visita al paciente, explicándole detalladamente el tipo de procedimiento que se le va a realizar.
- El paciente firma la hoja de autorización para poder realizarle la angioplastia.
- Nos aseguramos de que no es alérgico al contraste yodado y que se encuentra tomando antiagregantes plaquetarios.
- Se advierte al paciente que debe tomar abundantes líquidos de 2 a 3 litros.
- Se revisan pulsos femorales para observar cual es el lugar idóneo para entrar.
- Se revisa la historia para ver la evolución de la HTA y se pide estudio de coagulación y rasurado de la zona inguinopubiana.
- Se ordena dieta absoluta desde ocho antes de la exploración.
- Se suspende la terapia antihipertensiva.

EN LA SALA DE RADIOLOGIA VASCULAR INTERVENCIONISTA

- Se recibe al paciente preparándole de forma adecuada para asegurar la máxima eficacia y colaboración.
- Se toma la TA.
- Se le administra un Adalat sublingual.
- Se coloca al paciente sobre la mesa de exploración y se canaliza una vía para perfusión de mantenimiento, a ser posible en el sitio contralateral al que se ha elegido para la punción arterial.
- Se observa si el rasurado inguinopubiano es correcto.
- Se colocan electrodos de monitorización y el monitor.
- Se realiza placa simple que sirve de control.
- Se revisa la historia para ver el estudio de coagulación, contraindicando la exploración una actividad de protrombina < 55% y una cantidad de plaquetas < 90.000 m³.
- Se prepara el campo de punción desinfectando con povidona yodada.
- Se prepara la mesa bajo condiciones de máxima esterilidad.

MATERIAL

- Marca de plomo.
- Bolsa estéril para tubo de Rx.
- Dos batas estériles.
- Sábana fenestradas.
- Varios paños de campo.
- Compresas.
- Gasas.
- Cápsulas para contraste, suero y restos de lavado.
- Guantes plomados.
- Guantes quirúrgicos.
- Dos jeringas de 10 cc.
- Un ajeringa de 20 cc.
- Una jeringa de 5 cc.
- Aguja de 40/8.
- Hoja de bisturí
- Introducutor de 5 F.
- Cateter para realizar cateterización de arteria renal 5F.
- Cateter de balón de 5 F previamente elegido
- Abbocath del 16 G.
- Guía teflonada de 0.032" de 1.45 m.
- Guía dirigible STD "STEERABLE" de 0'016" y 1'75 m".
- Alargadera conector de alta presión.
- Equipo de presión con manómetro.
- Llave para cateter.

METODO

- Lo primero que hay que tener en cuenta, es que si el enfermo no tiene una arteriografía abdominal realizada en el último mes, se le hace una previa a la angioplastia, ya que pueden ocurrir cambios importantes en una estenosis en un corto periodo de tiempo.

- Durante la exploración el enfermo estará monitorizado, con administración de suero de mantenimiento y control de la TA.

- La técnica se basa en la colocación de un cateter balón en la zona de estenosis.

- Se realiza un Seldinger femoral o humeral colocando en el sitio de la punción un introductor de 5 f.

- Se cateteriza la arteria renal estenótica con el cateter de 5F.

- Se realizan pequeñas inyecciones de contraste para localizar la estenosis.

- Se coloca una marca de plomo en la piel señalando el lugar exacto de la estenosis.

- Una vez cateterizada la arteria el principal problema es pasar la estenosis, debe hacerse de la forma más atraumática posible usando guías que tengan un floping muy flexible.

- Se hace pasar la guía de 0.016" alojando el floping de la guía en una arteria renal distal.

- Se extrae el cateter que se ha utilizado para canalizar la arteria renal, dejando la guía de 0.016".

- Se introduce el cateter balón elegido dejándolo en el lugar que señala la marca en la piel, mediante las marcas radiopacas que señalan el principio y final del balón.

- En cuanto a la elección del tamaño del balón hay que tener en cuenta que ha de ser apropiado a la estenosis en cuestión.

- Una longitud de 2 cm., suele ser generalmente apropiada para la arterias renales.

- En cuanto al grosor, se mide en la arteriografía diagnóstica previa, el calibre del vaso en la zona proximal y distal de la estenosis, utilizando generalmente un balón cuyo calibre sea el del vaso 0, 1 ó 2 mm. superior (últimamente han aparecido en el mercado unos balones de bajo perfil que aumentando la presión en el balón consiguen dilatar esos 2-4mm. de más que a veces son necesarios).

- Una vez ubicado el balón en la zona a dilatar, se conecta el equipo de inflado con manómetro, cargado de suero y contraste al 50%.

- Se administra 2.500 U.I. de heparina sódica por vía arterial para evitar embolias renales.

- Se procede al llenado del balón con la solución, suero-contraste.

- La presión normal que se necesita generalmente oscila de 6 a 10 atm.

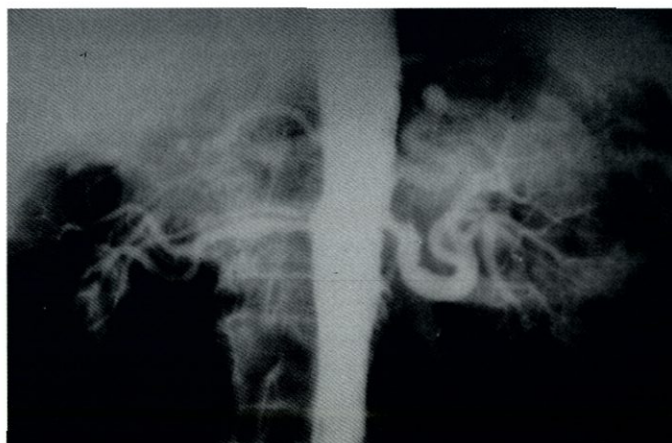
- El dolor experimentado por el paciente al llenar o inflar el balón puede ser indicativo de si el balón es el adecuado o no.

- Generalmente el dolor disminuye al desinflar el balón desapareciendo completamente en 1 minuto.

- Si el dolor continúa siendo intenso, generalmente indica patología arterial severa (ruptura, oclusión).

- Por el contrario si el paciente no siente ningún dolor al inflado y la muesca de la estenosis continúa una vez inflado o al empezar a desinflar de nuevo, puede ser indicativo de que el balón no es el adecuado y habrá que redilatar de nuevo la lesión con un balón nuevo, esta vez el adecuado.

- Es importante no movilizar el balón una vez inflado.



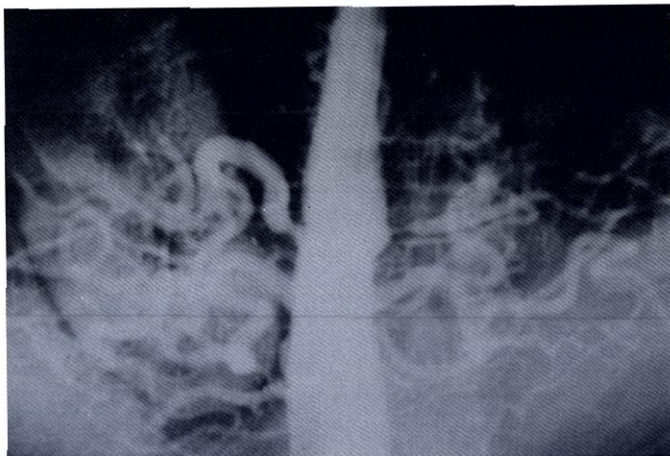
- Tanto el inflado como el desinflado del balón deben realizarse con control de escopia, de esta forma visualizaremos como se vence la muesca de la estenosis sobre el balón al ir inflándolo y al ir desinflándolo si vuelve a aparecer la muesca o parte de ella, significa que queda algo de estenosis residual y esto es muy importante, ya que en estudios de seguimiento se ha demostrado que si después de ATP la estenosis residual es superior al 30%, las posibilidades de que recurra la lesión son muy altas.

- El balón se mantiene inflado de 30" a 60" y se puede repetir la dilatación de 3-4 veces seguidas.

- Al terminar la sesión de dilatación se vuelve a administrar heparina en la misma dosis que al inicio o sea 2.500 U.I. por vía arterial para evitar microembolias renales.

- Se extrae el cateter balón.

- Se introduce cateter para realizar aortografía, no siendo aconsejable realizar arteriografía selectiva para no dañar más la lesión que se haya producido debido a la ATP.



- Se realiza aortografía con una cantidad de contraste de 75 cc. a 25cc./sg.

- Se observa la mejoría o curación de la arteria renal en esta aortografía, valorando el porcentaje de mejoría o curación.

- Se extrae el cateter de aorto y el introductor realizándose hemostasia por compresión de la zona de punción.

CUIDADOS DE Enfermería

DURANTE LA ATP

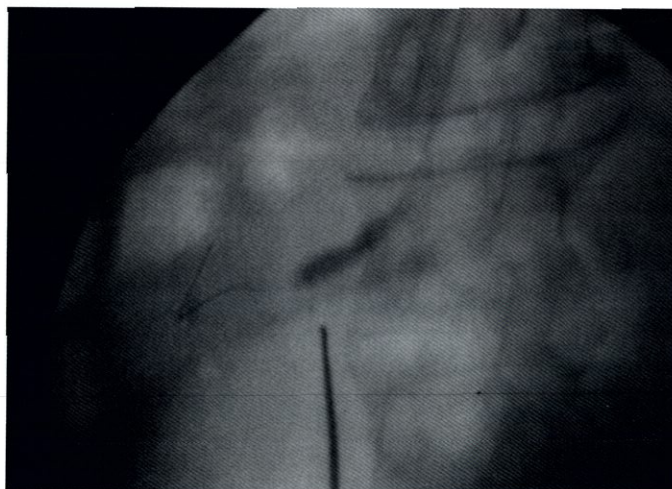
- Colaborar con el médico radiólogo en toda la exploración, como ayudante de campo.
- Explicar al paciente los pasos que se van dando, ya conocidos por él desde el día anterior, lo que permitirá que se encuentre tranquilo y coopere.
- Se vigilan los signos vitales del paciente TA y Monitor.
- Vigilar la posible aparición de alguna reacción de tipo vagal durante el inflado del balón.
- Observar el grado de dolor para actuar rápidamente en caso de complicación (oclusión o ruptura).
- En general cuidar del estado general del paciente durante la ATP.

POST-ATP

- Realizar la hemostasia inmediata a la extracción del cateter introductor.
- Colocar vendaje compresivo, una vez cortada la hemorragia, que se retirará 24 h. más tarde. Una vez terminado de colocar el vendaje compresivo se observa que es efectivo y no hay sangrado por la manipulación de la colocación del vendaje.
- Se toma TA.
- Se informa al paciente de la posición que debe adaptar en la cama para que el vendaje colocado sea lo más efectivo posible, y cuando se puede levantar de nuevo, así como de las medidas dietéticas inmediatas que debe realizar (debe tomar abundantes líquidos para proteger bien el riñón).
- Se pasa al enfermo a su cama observando que en la maniobra no hay sangrado enviándolo encamado a su habitación.
- Posteriormente se vigilará en la planta la buena hidratación del paciente.
- Se tomará la TA en las cuatro próximas horas para ver la efectividad de la angioplastia.
- En general los cuidados que se aplican a cualquier paciente que se le ha realizado una arteriografía.

COMPLICACIONES

- Ruptura.
- Trombosis, embolización distal, disección de la pared arterial.
- Espasmo: generalmente causados por un mecanismo de estimulación de la pared del vaso por la guía o el cateter y puede ocurrir localmente o a distancia.
- Para evitar estas complicaciones así como la reestenosis después de la ATP, existe un protocolo de tratamiento.
- 24-28 h. antes de ATP.
Antiagregantes plaquetarios (aspirina infantil 1/2 C/24 h.)
Vasodilatadores (Persantin 50 mg. ic/Sh.)
- En ATP
Heparina 5.000 UI por vía arterial.
Si hay espasmo: Adalat 1 comp.
Papaverina 8 cc.
- Post ATP
Heparina IV= 60 mg. 4 h.
durante 48 horas.
- Durante 6 meses el mismo tratamiento que se tomó en el pre ATP.



RESULTADOS

- En nuestra experiencia, los enfermos con hipertensión arterial de origen renovascular por causa de diastesia fibromuscular presentaron un porcentaje de mejoría o curación en torno al 85-90%, siendo de curación total el 65% de ese porcentaje.
- Mientras que a los enfermos tratados que padecían hipertensión de origen renovascular por procesos ateromatosos, el porcentaje de curación fue del 65-70%.
- No obstante el aumento del tamaño del vaso y por tanto del flujo arterial al riñón sirvieron para la conservación de la función del riñón afecto.

CONCLUSION

- En la actualidad toda estenosis renal debe ser valorada, antes de plantear una intervención quirúrgica, para una posible angioplastia percutánea, independientemente del proceso que origine la estenosis.

INFORMA SU PRESIDENTE NACIONAL:

D. Eduardo Jordán



Tras un periodo sin resultados apreciables en los últimos meses la Federación, en su nueva etapa, ha comenzado a obtener sus primeros frutos, haciéndose evidente un acercamiento tanto al Cuerpo de Enfermería como a Instituciones y Organismos que se ha visto plasmado en una estrecha colaboración con el Consejo General de Enfermería y su Presidente Don Máximo A. González Jurado y en las entrevistas y contactos mantenidos con Don Donato Fuejo, Presidente del Consejo Superior de Seguridad Nuclear, Don Jesús Gutierrez Morlote, Director General de Recursos Humanos del INSALUD, Don José Manrique Chico, Presidente de la S.E.R.A.M., D^a Pilar Fernández, Directora de la Fundación, etc., así como la publicación de artículos sobre nuestra especialidad en revistas tan importantes como "ROL" y "R. N."

Igualmente, la promoción de vías de financiación ha hecho posible la reaparición de esta revista, asegurándose su continuidad a medio plazo.

Por otra parte, se ha realizado un gran esfuerzo para que la información llegue puntualmente a las diferentes asociaciones, estando actualmente, afrontando la financiación de una segunda fase, en la que la información extractada, llegue personalmente a cada asociado.

Sin embargo, el proyecto en el que hemos puesto más ilusión es en el de "EXPERTO UNIVERSITARIO EN ENFERMERIA RADIOLOGICA", dado que somos conscientes que sin formación no existe futuro para nuestra profesión.

Siendo solo un primer paso, creemos que el EXPERTO SANITARIO es una vía válida,

si podemos y sabemos aprovecharla y desarrollarla. Este es un reto para todos, no sólo para la Junta Directiva de la Federación.

Somos conscientes, de la limitación de recursos y del arduo camino que recorrer, pero estoy convencido de que con el trabajo y el apoyo de todos llegaremos a nuestra meta.

No quiero terminar sin hacer una referencia a la reunión mantenida recientemente con el Presidente y Secretario General del Consejo de Seguridad Nuclear, dada la polémica suscitada por la publicación en el pasado mes de noviembre, de la Resolución de ese Organismo. En dicha reunión, nos informan que en la Resolución no se contempla la concesión automática de la licencia correspondiente al A.T.S. - D.U.E. Especialista únicamente por desconocimiento de esta titulación, y que posterior al recurso interpuesto, han solicitado informe a los Ministerios de Sanidad y de Educación, a fin de que certifiquen que nuestra Especialidad fue impartida y que dentro de sus contenidos figuraban conceptos de radioprotección. Si la respuesta de estos Ministerios es afirmativa se procederá a modificación la Resolución citada, concediendo también al Enfermero Especialista la licencia. Así mismo durante este encuentro se hicieron unos proyectos conjuntos de gran interés, de los cuales tendremos puntual información.

Eduardo Jordán Quinzano



Barcelona mayo de 1993

La "Associació Catalana d'Infermeria Radiologica" A.C.I.R. cuenta al inicio de 1993, con un total de 140 socios. Cada año registramos un movimiento de unos 20 socios. Unos que causan baja o por cambio de domicilio no notificado, o por cambio de dedicación específica a radiología y otros que son dados de alta como consecuencia de haber asistido a Jornadas donde han entrado en contacto y han conocido nuestra organización.

La Asociación Catalana se consolidó como organización seria y de prestigio a partir de las "Ieres Jornades Catalanes" celebradas en Barcelona en Mayo del 90. Estas Jornadas sirvieron para definir nuestra propia filosofía de la especialidad y a su vez para captar un número adecuado de socios. En aquel entonces formé parte del Comité Científico de dichas Jornadas.

En octubre de aquel mismo año (1990) fui elegido Presidente de A.C.I.R. y desde aquel mismo momento nos propusimos con el resto de la Junta Directiva, dar a conocer el espíritu y la filosofía de las Jornadas a todos los profesionales de enfermería que tuviésemos acceso. La manera sería organizando una sesión monográfica en los grandes centros hospitalarios con la colaboración a ser posible de la dirección o bien a través de Formación Continuada. En ella, mediante el pase del video "Oigaaa" abríamos un diálogo que servía para darnos a conocer. Es así como hemos llegado a casi un millar de profesionales y hemos podido captar sus impresiones gracias a una encuesta que pasábamos al final del acto.

Actualmente la Asociación tiene un peso. Lo demuestra el hecho de solicitar nuestra colaboración en Jornadas y Programas de Formación tal como ha ocurrido este año donde hemos sido invitados a la "II Jornada de Enfermería del área de radiaciones ionizantes" organizada en la Residencia de Bellvitge y más en concreto en la mesa redonda sobre el tema: "Necesidad de informar". También solicitaron nuestra colaboración para impartir un tema del "IV Curso de Formación Continuada de Enfermería" que organizó el Hospital Comarcal de Manresa para todos los Enfermeros de la Comarca del Bages. Marc Gómez i Godó, para Radiodiagnóstico, Jaume Guell i Picazo para Radioterapia y yo para Medicina Nuclear expusimos el tema: Continuidad del plan de Cuidados en las exploraciones y tratamientos con radiaciones ionizantes. Asistieron a la clase un total de unas cien enfermeras/ros.

Recientemente y debido a este largo período en que el Asociado no ha recibido notificación alguna de la Federación he aprovechado para dirigirme personalmente a todos enviándoles una carta explicativa de los últimos acontecimientos y cambio de Junta. Incluí también, a) fotocopia del Documento "I^{er} Proyecto de actuación de la Federación Española" escrita por nuestro Presidente Eduardo Jordan Quinzano; b) carta enviada al Director del Diario Médico sobre el artículo "los técnicos en radiología contra el intrusismo de ATS" y c) Presupuesto de Gastos/Ingresos de la Federación para el ejercicio 1993.

Nuestros esfuerzos en estos momentos están centrados en la Formación. Es urgente organizar Cursos de Formación en Enfermería Radiológica si queremos que otros compañeros de profesión soliciten Radiodiagnóstico, Medicina Nuclear o Radioterapia para ejercer sus funciones. No debemos conformarnos con el hecho de no tener enfermeros preparados, ni tampoco no nos sirve el ser substituidos por técnicos alegando su mejor preparación, dicen algunos. Nos esforzaremos en preparar a otros compañeros y llamaremos a las puertas de los responsables de Formación para que amparen y colaboren en dicha labor. Acciones concretas hacemos en este sentido. De los resultados pienso informaros en una futura crónica.

JOAN PONS CAMPRUBI
Presidente A.C.I.R.



ASOCIACION REGIONAL DE ELECTRRADIOLÓGIA EN ENFERMERIA DE CANTABRIA

Dado que nuestra trayectoria en la Federación ha sido un tanto atípica, a petición de la dirección de esta revista, he creído en la obligación de hacer un repaso general de nuestra historia como Asociación y de justificar algunas de nuestras actuaciones.

El concepto de Federación tuvo sus orígenes en el año 1986, cuando un grupo de enfermeros radiológicos del Hospital Universitario "Marqués de Valdecilla" promovieron, no sin esfuerzo, el "I Congreso Nacional de Enfermería Radiológica" (Santander, 1987) con el objetivo último de reunir a los compañeros de todo el país para defenderse de las continuas agresiones de que eran objeto y contribuir a su actualización científica y profesional.

Creímos que aquel esfuerzo iba a servir para motivar a un número importante de profesionales y afrontar la estructuración de una organización nacional.

La realidad fue distinta a la esperada y solo un reducido grupo de compañeros respaldó el proyecto, y Cantabria aún no recuperada del "strees" originado por la organización de aquel I Congreso, ocupó un segundo plano en la Federación, y dirigió sus escasas fuerzas a la consolidación y legalización de su Asociación Regional.

Desde este segundo plano observábamos como estábamos construyendo un "castillo de naipes", edificado, con ilusión innegable, sobre un insistente debate ideológico y la carencia de un verdadero objetivo común.

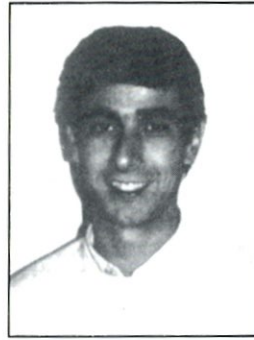
Con el andar del tiempo y de la Federación la situación se hizo evidente, y pudimos observar cómo las diferencias se hacían patentes y cómo la información era cada día menos fluida. Simultáneamente la Federación se había ido alejando de todos sus potenciales colaboradores. Todo ello, originó entonces un "desencanto" en esta Junta que se transmitió a sus asociados con la desvinculación de la Federación y la inactividad en la Asociación como consecuencias.

En 1992, D. Manuel Sastre entonces coordinador de la Junta Gestora de la Federación, nos transmitió una nueva forma de ver la realidad y los objetivos de la Federación, y tras diversos contactos nos demostró que el cambio de rumbo era posible y que este dependía también de que Cantabria se reintegrara a la organización y asumiera, (de acuerdo con el criterio de las diferentes Asociaciones) su Presidencia.

La Asociación Cántabra asumió este reto y hoy, seriamente condicionada por el importante trabajo que origina la Federación cuyo soporte administrativo mantenemos, sus 39 miembros luchan con nuevos bríos por su relanzamiento, en la creencia de la absoluta necesidad del "Enfermero Radiológico", y apoyan totalmente el trabajo de la Federación encaminado a la obtención de una vía de formación pre y postgraduada urgente, sin cuya existencia nos extinguiríamos definitiva e irremediabilmente.

NIEVES BEA ALONSO
Vicepresidente de la A.C.E.R.

SE BUSCA



¿QUE OS PASA?

La asociación más pionera de la Federación y en estos momentos no teneis ni una cabeza visible que os represente. Ni desde la Federación, ni desde la Revista sabemos a quien dirigirnos, a quien pedir datos, a quien mandar información de lo que se está haciendo ¡nada! ni ¡nadie!. Sería una pena que por falta de organización se perdiera una Asociación que siempre se ha distinguido por ser una de las mas dinámicas y eficaces.

Estais organizando, un grupo de Granada, el próximo Congreso Nacional sería un buen momento para que os reorganiceis y volvais a funcionar como siempre lo habeis hecho: fenomenal.

"Es un deseo del resto de las Asociaciones del Estado Español".

Gracias.

¿DONDE ESTAIS?



REAL DECRETO 1275/1992 de 23 de octubre, por el que se modifica y amplía el Real Decreto 305/1990, de 23 de febrero, por el que se regula el reconocimiento de diplomas, certificados y otros títulos de Enfermeros responsables de cuidados generales de los Estados miembros de la Comunidad Económica Europea, el ejercicio efectivo del derecho de establecimiento y la libre prestación de servicios.

El Real Decreto 305/1990, de 23 de febrero, incorpora a nuestro ordenamiento jurídico la Directiva 77/452/CEE, de 27 de junio de 1977, completada por la Directiva 81/1057/CEE, de 14 de diciembre de 1981, sobre reconocimiento de diplomas, certificados y otros títulos de enfermero responsable de cuidados generales, así como la Directiva 77/453/CEE, de 27 de junio de 1977, sobre coordinación de disposiciones legales, reglamentarias y administrativas relativas a las actividades correspondientes a dicha profesión, completadas por el Acta de Adhesión de España y Portugal de 12 de junio de 1985, con entrada en vigor el 1 de enero de 1986.

El consejo de las Comunidades Europeas, con el fin de poner al día las citadas Directivas, adoptó en 30 y 10 de octubre de 1989 las Directivas 89/594/CEE de 30 de octubre de 1989 y 89/595/CEE de 10 de octubre de 1989, por las que se introducen modificaciones de orden técnico, se actualizan los cambios producidos en la denominación de ciertas titulaciones, se protegen los derechos adquiridos y se modifica el programa de estudios.

Por otra parte, en el marco de la unificación alemana, se promulga la Directiva 90/658/CEE, de 4 de diciembre de 1990, con el fin de adaptar la normativa comunitaria en la materia, tomando en consideración las situaciones específicas existentes en el territorio de la antigua República Democrática Alemana.

En consecuencia procede incorporar a nuestro ordenamiento jurídico las directivas señaladas.

En su virtud, a propuesta de los Ministros de Educación y Ciencia y de Sanidad y Consumo y previo informe del Consejo General de Colegios de Ayudantes Técnicos Sanitarios y Diplomados en Enfermería, de acuerdo con el Consejo de Estado y previa deliberación del Consejo de Ministros en su reunión del día 23 de octubre de 1992.

DISPONGO:

Artículo único.

Se modifican y completan los artículos y anexos del Real Decreto 305/1990, de 23 de febrero, que a continuación se relacionan, quedando redactados de la siguiente forma:

«Artículo 2

1. Los enfermeros nacionales de un Estado miembro estén en posesión de alguno de los títulos contemplados en el anexo I, que no se ajuste a los requisitos de formación contenidos en el anexo II, deberán acreditar, para establecerse en territorio español, mediante certificación expedida en su país de origen, que han ejercido efectiva y legalmente la profesión de enfermero responsable de cuidados generales durante un mínimo de tres años consecutivos en el curso de los cinco años anteriores a la fecha de expedición de tal certificación. Dicha actividad deberá haber sido ejercida con responsabilidad plena en la programación, la organización y la administración de los cuidados de enfermería al paciente.

2. Cuando la denominación de un diploma, certificado o título de enfermero responsable de cuidados generales no responda a las incluidas en el anexo I, deberá acompañarse de una certificación expedida por las autoridades competentes de país de origen en la que se acredite que el diploma, certificado o título sanciona una formación conforme a la establecida en el anexo II y ha sido asimilado por el país que lo expidió a aquellos cuyas denominaciones figuran en el anexo I del presente Real Decreto.

3. Los títulos de enfermero responsable de cuidados generales, obtenidos por nacionales de algún Estado miembro que acrediten una formación adquirida en el territorio de la antigua República Democrática Alemana, que no cumplan todos los requisitos de formación contenidos en el anexo II, serán reconocidos.

a) Si sancionan una formación iniciada antes de la unificación alemana.

b) Si facultan para el ejercicio de las actividades de enfermero responsable de cuidados generales en todo el territorio de Alemania, en las mismas condiciones que los títulos concedidos por las autoridades competentes alemanas contemplados en el anexo I, apartado a), del presente Real Decreto y

c) Si se acompañan de un certificado expedido por las autoridades competentes alemanas acreditando que estos nacionales han desempeñado efectiva y lícita-

mente en Alemania la correspondiente actividad un mínimo de tres años consecutivos durante los cinco años previos a la expedición del certificado; estas actividades deberán haber comprendido la responsabilidad plena en la programación, organización y administración de cuidados de enfermería a los pacientes.»

«Artículo 6.

1. El nacional de un Estado miembro en posesión de un título, diploma o certificado, reconocido de acuerdo con lo que se especifica en los artículos 1 al 5 del presente Real Decreto, que desee establecerse en España, deberá cumplir los mismos trámites que para el ejercicio libre de la actividad profesional obligan a los enfermeros españoles. En relación con su inscripción en el colegio profesional correspondiente presentarán, junto con su solicitud de inscripción en el mismo, certificación expedida por autoridad competente del país de origen o de procedencia, en el que se especifique que el solicitante no está inhabilitado temporal o definitivamente para el ejercicio de la profesión.

2. Cualquier autoridad u organización profesional que tuviere conocimiento de hechos graves y precisos acaecidos con anterioridad al establecimiento del interesado en España, fuera del territorio español, que puedan tener consecuencias para el acceso y ejercicio de la actividad, lo comunicará al Ministerio de Educación y Ciencia, quien podrá informar de los mismos al Estado de procedencia y pedir confirmación de los hechos. Sus autoridades decidirán acerca de la naturaleza y la amplitud de las investigaciones que deban realizarse y comunicarán al Estado miembro de acogida las consecuencias que hayan deducido en relación con las informaciones que hayan transmitido. La información transmitida en estos casos tendrá carácter reservado.»

Disposición transitoria única.

Los cursos de formación de Diplomado de Enfermería que hayan comenzado antes del 13 de octubre de 1991, en aplicación de las anteriores condiciones de formación contempladas en el anexo II del Real Decreto 305/1990, de 23 de febrero, podrán terminarse de conformidad con las mismas.

Disposición final única.

El presente Real Decreto entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el «Boletín Oficial del Estado».

Dado en Madrid a 23 de octubre de 1992.

JUAN CARLOS R.

El Ministro de Relaciones con las Cortes
y de la Secretaría del Gobierno.
VIRGILIO ZAPATERO GOMEZ

ANEXO I

Diplomas certificados y títulos en los países de la Comunidad (ver BOE) nº 283, 25-11-92

ANEXO II

Condiciones de formación

1. La obtención de los diplomas, certificados y otros títulos relacionados en el anexo I deberá estar susperditada a la superación de un examen que garantice la adquisición de los siguientes conocimientos y experiencias:

a) Un conocimiento adecuado de las ciencias que constituyen la base de los cuidados generales, incluido un conocimiento suficiente del organismo, de las funciones fisiológicas y del comportamiento de las personas en buen estado de salud y de las personas enfermas, así como las relaciones que existen entre el estado de salud y el entorno físico y social del ser humano.

b) Un conocimiento suficiente de la naturaleza y de la ética de la profesión y de los principios generales relacionados con la salud y sus cuidados.

c) Una experiencia clínica adecuada; ésta que conviene elegir por su valor formativo deberá adquirirse bajo el control de personal de enfermería cualificado y en los lugares donde la importancia del personal cualificado y los equipos sean los apropiados. Para los cuidados de enfermería que haya que dispensar al enfermo.

d) La capacidad para participar en la formación del personal sanitario y experiencia en la colaboración con ese personal.

e) Experiencia en la colaboración con otros profesionales del Sector sanitario.

2. La formación a que se refiere el apartado 1 comprenderá, al menos:

a) Una formación escolar general de diez años sancionada por un diploma, certificado u otro título expedido por las autoridades u organismos competentes de un Estado miembro, o por un certificado que acredite que se ha superado un examen de admisión de nivel equivalente en escuelas profesionales de enfermeros.

b) Una formación a tiempo completo, específicamente profesional, referida obligatoriamente a las materias del programa que figuran en el apartado 5 del presente anexo y que comprenda tres años de estudios o cuatro mil seiscientas horas de enseñanza teórica y clínica, según lo hayan acordado los Estados miembros.

3. La institución encargada de la formación de enfermeros asumirá la coordinación entre la enseñanza teórica y clínica con respecto a todo el programa de estudios.

a) Por enseñanza teórica se entenderá la parte de la formación en cuidados de enfermería gracias a la cual los estudiantes de enfermería adquieren los conocimientos, la comprensión, las aptitudes y las actitudes profesionales necesarias para planificar, prestar y evaluar los cuidados integrales de salud. Esta formación es impartida por el personal docente en cuidados de enfermería, así como por otras personas competentes, tanto en las escuelas de enfermería como en otros centros de enseñanza elegidos por la institución de formación.

b) Por enseñanza clínica se entenderá la parte de la formación en cuidados de enfermería gracias a la cual el estudiante de enfermería aprende, dentro de un equipo y en contacto directo con un individuo sano o enfermo y/o una comunidad, a planificar, prestar y evaluar los cuidados integrales de enfermería requeridos a partir de los conocimientos y aptitudes adquiridos. El estudiante de enfermería no sólo aprende a ser un miembro del equipo sino también a ser un jefe de equipo que organiza los cuidados integrales de enfermería, entre los que se incluye la educación sanitaria para los individuos y pequeños grupos en el seno de la institución sanitaria o en la colectividad.

Esta enseñanza se imparte en hospitales y otras instituciones sanitarias, así como en la colectividad bajo la responsabilidad del personal docente con la titulación de Diplomado en Enfermería y con la cooperación y la asistencia de otros enfermeros cualificados. Otras personas cualificadas y el resto del personal docente de enfermería podrán integrarse en el proceso de la enseñanza.

Los estudiantes de enfermería participarán en las actividades de los servicios en cuestión en la medida en que estas actividades contribuyen a su formación y nos permitan aprender a asumir las responsabilidades que impidan los cuidados de enfermería.

4. La enseñanza teórica a que se refiere la parte A del programa deberá ponderarse y coordinarse con la enseñanza clínica a que se refiere la parte B del mismo, de manera que se adquieran de forma adecuada los conocimientos y experiencias contemplados en el apartado 1. La duración de la enseñanza teórica de, al menos la mitad de la duración mínima de formación a que se refiere el párrafo b) del apartado 2.

5. El programa de estudios para la obtención del diploma certificado u otro título de enfermero responsable de cuidados generales comprenderá las dos partes y, al menos, las materias que se indican a continuación. La enseñanza de una o varias materias podrá impartirse en el marco de las otras disciplinas o en relación con éstas.

A. ENSEÑANZA TEORICA

a) Cuidados de enfermería:
Orientación y ética de la profesión.
Principios generales de salud y de cuidados de enfermería.
Principios de cuidados de enfermería en materia de:

Medicina General y especialidades médicas.

Cirugía General y especialidades quirúrgicas.

Puericultura y Pediatría.

Higiene y cuidados de la madre y del recién nacido.

Salud mental y Psiquiatría.

Cuidados de ancianos y geriatría.

b) Ciencias fundamentales:
Anatomía y Fisiología.
Patología.
Bacteriología, Virología y Parasitología.
Biofísica, Bioquímica y **Radiología**.
Dietética.
Higiene:
Profilaxis.
Educación Sanitaria.

Farmacología.

c) Ciencias Sociales:
Sociología.
Psicología.
Principios de administración.
Principios de enseñanza.
Legislación social y sanitaria.
Aspectos jurídicos de la profesión.

B. ENSEÑANZA CLINICA

Cuidados de enfermería en materia de:

Medicina General y especialidades médicas.
Cirugía General y especialidades quirúrgicas.

Cuidados de los niños y Pediatría.

Higiene y cuidados de la madre y del recién nacido.

Salud mental y Psiquiatría.

Cuidados de los ancianos y geriatría.

Cuidados a domicilio.



P. ¿Vd. como presidente, que opina de la libre circulación de profesionales extranjeros por nuestro país? ¿Tiene Vd. datos sobre cuantos enfermeros/as han venido a trabajar a nuestro país en el último año?

R. En lo que se refiere a la primera parte de la pregunta, he de manifestar que esto en nuestro país no es una noticia nueva, toda vez que el Estado español tiene asumidas desde el año 1977 las directivas de la C.E. en el sentido de la libre circulación de profesionales de enfermería por nuestro país. Mi opinión personal es que todo lo que signifique libre circulación, aportación de nuevos conocimientos, trabajo en equipo con personas de otros pueblos y de otras culturas, siempre es positivo, por encima de todos los problemas o de todas las incomprensiones de falta de comunicación. Lo que está claro es que la cultura, la educación, los conocimientos, la práctica profesional, sólo puede convertirse en el marco de una educación o de una práctica multidisciplinar asumiendo todas las cosas positivas que pueden aportar otros profesionales y emitiendo, lógicamente lo que nosotros tenemos de nuevo.

En cuanto a los datos concretos de los enfermeros que han venido a trabajar a España en el último año he de manifestar que tenemos en nuestro poder, sólomente son 50 los profesionales que en el año 1992 solicitaron el venir a trabajar a España. Es una cifra muy pequeña, muy corta en función de el grave problema que tenemos aquí en nuestro país, problema o ventaja según se mire, es el idioma. El idioma inglés es un idioma perfectamente hablado por todos los países europeos y sí que puede haber una libre circulación entre población anglófona, pero en España es muy difícil el que un profesional de enfermería pueda establecerse sin hablar el idioma, así como es muy difícil que profesionales españoles puedan ir al resto de Europa, porque el idioma es una barrera a menudo infranqueable. Otro aspecto es el de los profesionales sudamericanos, en este momento hay una gran presión en todos los consulados sudamericanos para que exista una apertura de fronteras por parte del Estado español hacia profesionales de enfermería sudamericanos. En estos momentos creo que se está eliminando esa posibilidad, toda vez que, según tengo entendido hay un pacto escrito, pero pacto al fin y al cabo, de controlar la emigración por parte de los 12 países de la C.E.

P. ¿Cree Vd. que los profesionales de enfermería en España están al mismo nivel que los profesionales europeos o americanos?

R. Ante esta pregunta, tengo que hacer un matiz. Cuando hablamos de profesionales de enfermería en España, nos referimos única y exclusivamente a los profesio-

nales de enfermería titulados, D.E., y sus especialidades, que en este momento es ninguna, ya que no está regulada por ley su desarrollo, solamente empezará a funcionar la de Matrona que empezará a partir del año académico que viene. Cuando hablamos de profesionales de enfermería de otros países europeos o americanos nos tenemos que referir a una amplia gama de niveles o jerarquías en las que a todas se les llama enfermeras, pero que no todas tienen el mismo nivel académico. Así pues, si hablamos de la gran masa de profesionales de enfermería españolas están a un nivel superior al del resto de los países europeos o americanos, pero hay muchos países donde la licenciatura es un hecho y que existen individualidades que nos superan en investigación y en elementos curriculados, ahora bien, la gran masa, la práctica de la profesión, es superior en España, toda vez que hay bastantes países europeos y americanos que si bien protegen el título no protegen la práctica con lo cual el campo profesional está por definir.

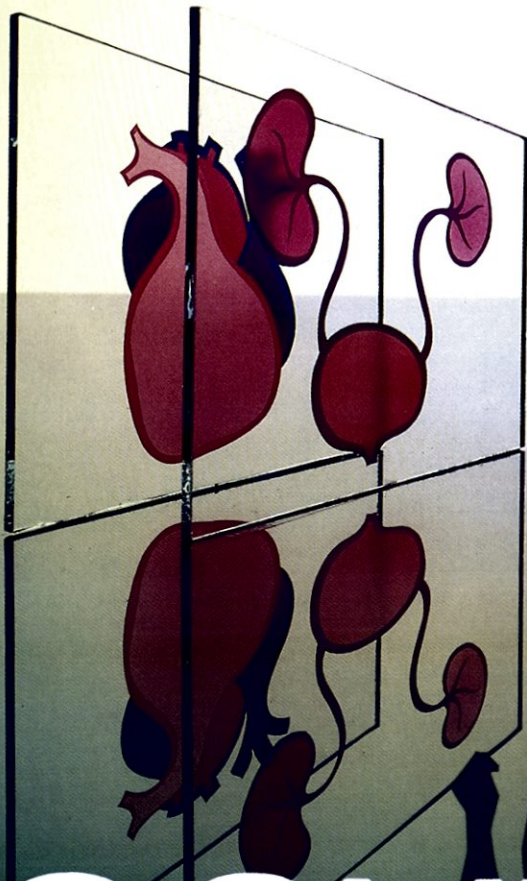
P. ¿Cree Vd. que las directrices de la C.E. en materia de formación o trabajo nos perjudican o nos benefician?

R. Creo que las directrices de la C.E. no nos perjudican, no nos benefician. Son la adecuación de una legislación al marco comunitario. Nuestro estado ha hecho una apuesta por Europa, y en este sentido tenemos que asumirlo. Yo personalmente estoy convencido de que hoy por hoy no va a haber tanto trasiego de profesionales como en un principio podría esperarse en otras profesiones, por lo que hablamos de las propias legislaciones o protecciones del país utilizando el idioma como elemento discriminatorio. Así pues considero que dependerá de la repercusión individual de si quieres entrar o salir en un país y las facilidades que tiene. A nivel colectivo pienso que ni nos perjudican ni nos benefician.

P. ¿Cree Vd. necesario el estudio de la Radiología en el currículum básico de la carrera?

R. Yo considero desde siempre que la Radiología es una ciencia, un arte del saber que debe estar incluido en el currículum básico de la profesión de enfermería ya que forma parte de un campo de diagnóstico y tratamiento de vital importancia en el modo de enfermar del ser humano y los cuidados de enfermería que de ello deriva. Yo apuesto por la técnica a estos niveles, no apuesto por la escuela que manifiesta que la enfermera no debe tocar aparatos, considero que la enfermera a la vez que atender las necesidades del enfermo está perfectamente capacitada para utilizar toda la maquinaria moderna que se necesite, podría poner por ejemplo el que hoy el uso o la práctica de la profesión de enfermería sin el manejar un ordenador es inconcebible, y ahí tenemos el ordenador con el que la enfermera tiene que trabajar. Considero atrasadas las ideas de las personas que opinan que las enfermeras deben estar en la cabecera del enfermo. Creo que si hablamos del hombre como ser integral con tres facetas, allí donde el hombre esté necesitado, allí donde haya necesidad de una técnica o de una ayuda de la que sea hacia el ser humano en su estadio de enfermedad, debe haber una enfermera que cubra sus necesidades elementales y técnicas.

Muchas Gracias Sr. Presidente. Ojalá todos piensaran como Ud.



SCHERING

V CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERIA RADIOLOGICA

Secretaría Científica

Sra. Maite Martín Sánchez
Escuela Universitaria de Ciencias
de la Salud
Avd. de Madrid, 17
18012 Granada
Tel. 958 214552
Fax 958 214552

Secretaría Técnica

Vicente del Corte Inglés
Congresos y Convenciones
Avd. de la Constitución 20, Planta 4
18012 Granada
Tels. 958 209601/04/05
Fax 958 203090

GRANADA

25-26-27 de Nov. 1993

ORGANIZADA POR LA ASOCIACION ESPAÑOLA DE ENFERMERIA RADIOLOGICA

