

REVISTA OFICIAL DE LA FEDERACION ESPAÑOLA
DE ASOCIACIONES DE ENFERMERIA RADIOLOGICA



OCTUBRE - NOVIEMBRE - DICIEMBRE 1993 - Nº 21



ENFERMERIA RADIOLOGICA

Ficha Técnica

Enfermería Radiológica

Dirección:

Gema López-Menchero Mínguez

Jefe de Redacción:

Jesús Inisterra Zerón

Relaciones Publicitarias:

Isabel Beortegui Galindo

Administración:

Pilar Pinilla Muñoz.

Suscripciones:

Angel Orduña Onco.

Redactores:

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

Comité Asesor:

Eduardo Jordán Quinzano

- Presidente de FEAER.

Fco. Javier Laspra Montero

- Vice-Presidente de la FEAER.

Fco. Palomino Condón

- Secretario de la FEAER.

Joans Pons Camprubí

- Tesorero de la FEAER y
Presidente de la A. CATALANA.

Sonia Martínez Rojo

- Presidente A. CANARIA.

J. Manuel Fernández Marín

- Presidente A. ESTREMEÑA.

Fco. Javier Rey Díaz

- Presidente A. GALLEGA.

Ignacio Calleja Muñoz

- Presidente A. MADRILEÑA.

Maite Esforrín Lasheras

- Presidente A. NAVARRA.

Fco. Faus Gabande

- Presidente A. VALENCIANA.

Gema López-Menchero Mínguez

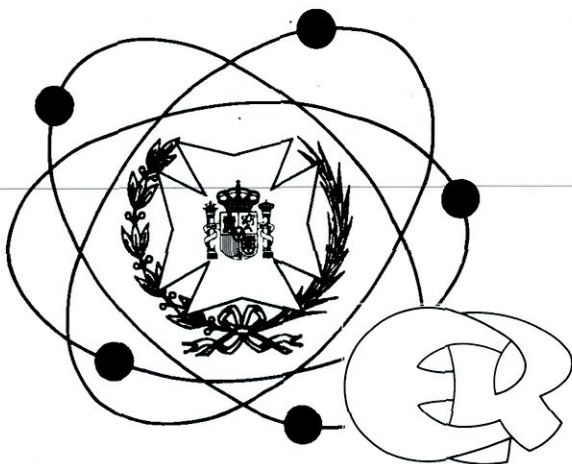
- Presidente A. ARAGONESA.

JUNTA GESTORA: Antonio Buendía

- A. ANDALUZA

JUNTA GESTORA: Juan Ballester

- A. MURCIANA



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.

(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

Sumario

2 Protocolo.

3 Editorial. Gema López-Menchero Minguez, Director de E.R.

4 Boletín de Suscripción año 1993.

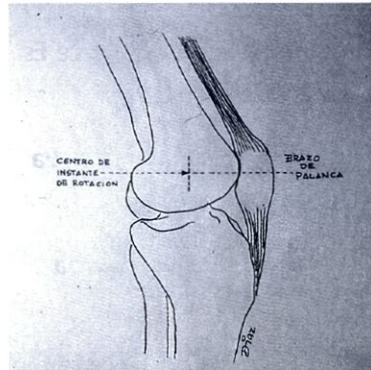


5 Aportación de Enfermería Nuclear en las Complicaciones Post Artroplastia total de Rodilla (A.T.R.). R. Díaz, C. Rodrigo, J. Pons y F. Quílez.

11 Planes de cuidados en Enfermería Radiológica.

M^º Pilar Darriba Rodríguez..

17 Manejo de los pacientes con Ictericia



Obstructiva Maligna, mediante Endoprótesis Biliar Autoexpansible, tipo Wallstent.

Frutos Alvarez González.

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

24 Crónica de la Asociación Asturiana.

25 Crónica de las Asociaciones.

26 Tribuna Abierta.

28 La Sonrisa Radiológica. Peña Romerales.

PROTOCOLO

A.- Los trabajos serán enviados, 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, y firmante.

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

G.- El autor recibirá: Certificado de publicación, 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 ningún autorización expresa de la misma.

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

Editorial

¡Hola a todos desde Zaragoza!



Parece mentira, pero con esta revista cerramos el año 93. Cuatro son las que hemos lanzado a la luz y después de todas las angustias por hacerlo dignamente bien, estamos satisfechos... pero sólo porque en Granada nos los habéis demostrado, con vuestras felicitaciones, vuestros ánimos y sobre todo por vuestro interés por recibirla.

Pero que vuestro interés no se quede sólo en recibirla, ayudarnos a que cada día sea "mas buena", tenga auténtica calidad profesional, tener en cuenta que es la expresión, el testimonio escrito de nuestra profesión, es la cara que muchos ven cuando se habla de Enfermería Radiológica.

Acaba el año y entre regalos y cava y buenos deseos, debemos pararnos a reflexionar un poquito sobre nuestro nivel de compromiso y participación en todo aquello que supone nuestra vida, nuestro desarrollo personal, nuestro futuro... Ser considerado profesional serio y eficaz, frente a un "asalanamiento impersonal", es algo por lo que luchar todavía, es algo que tenemos que seguir demostrando, permitirme que os cuente un cuento, ahora que estamos en Navidad, real como la vida misma:

Manix trabaja de enfermera en Radiodiagnóstico en un Ambulatorio. Durante un puente largo se negó a trabajar una mañana sin auxiliar (pues las dos que hay, lo habían pedido y eran de fuera, esas cosas que siempre pasan...) para no fastidiar a ninguna auxiliar los radiólogos pasaron las placas durante toda la mañana... a los dos meses se jubiló una enfermera y su plaza fue cubierta por otro estamento... que no da problemas de "quién hace que" y que habiendo médicos las responsabilidades quedan cubiertas.

Personas como Manix que están donde están por un buen turno, que no son solidarias, que se sienten obreras, que les importa un rábano que porras son los rayos X y si tienen que repetir 3 veces un abdomen... como dicen mis amigos los gallegos: "habelas...;hailas! como las meigas...

*Y habría que reflexionar como quiero que me vean los demás profesionales con los que me relaciono, como soy más útil a la sociedad y a mí mismo... Habría que reflexionar tantas cosas, que no me va a dar tiempo estas Navidades, pero intentaré seguir en esto el año próximo... Ahora levanto mi copa y brindo por todos los que estamos AQUI.
¡FELIZ NAVIDAD! ¡Colegas!*

GEMA LOPEZ-MENCHERO MINGUEZ
DIRECTOR DE E.R.

BOLETIN DE SUSCRIPCION A LA FEDERACION PARA RECIBIR LA REVISTA ENFERMERIA RADIOLOGICA.

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.....NºPiso.....

Código PostalPoblación

ProvinciaEspecialidad

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 nºAgencia.....

CalleNºC. Postal

PoblaciónProvincia

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

Aportación de Enfermería Nuclear en las complicaciones Post Artroplastia total de Rodilla (A.T.R.)

Autores:

R. DIAZ, C. RODRIGO, J. PONS y F. QUILEZ

Enfermeros/as de Medicina Nuclear del Hospital de la Sta. Creu i de Sant Pau. BARCELONA

Centro de Trabajo:

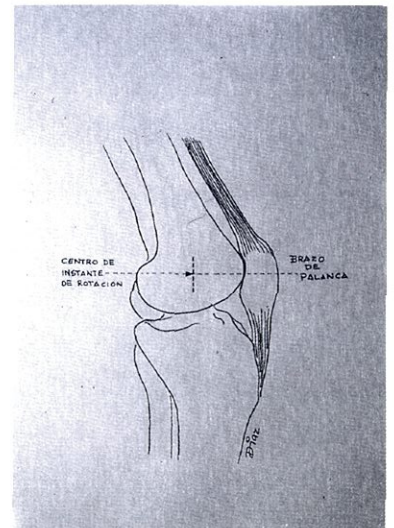
Hospital de la Santa Creu i San Pau.

1.- INTRODUCCION.

Todo paciente con sintomatología requiere de un diagnóstico fiable y de unos cuidados específicos para recuperar de nuevo aquel estado de salud que le permita vivir de manera "autónoma, solidaria y feliz". En nuestro caso, un paciente con sintomatología de dolor, limitación importante de la pierna y deformidad grave, requiere un diagnóstico y unos cuidados específicos para recuperar su estado de salud.

En todo este proceso de diagnóstico y de cuidados, ENFERMERÍA RADIOLOGICA, aporta una parte muy importante. Es obvio y me permito recordar que nuestra razón de ser como profesionales es contribuir con nuestras habilidades y conocimientos al fomento de la salud y a la prevención de las enfermedades, siendo nuestra principal función el cuidar al paciente/enfermo que solicita de nuestros servicios.

De nuestra parte está, el ser eficientes y positivos al realizar aquellas actividades técnico/asistenciales, para poder aportar al



clínico, mediante documentos gráficos precisas fiables para un correcto diagnóstico.

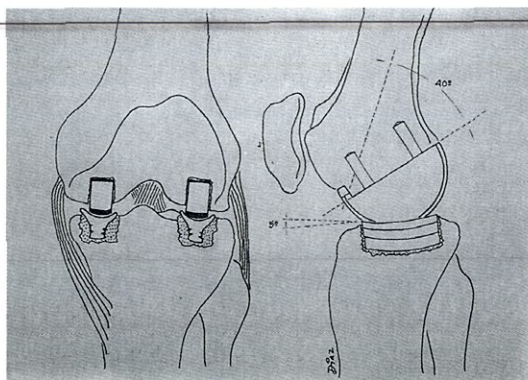
En esta comunicación queremos mostrar de que manera enfermería de Medicina Nuclear puede ayudar en las complicaciones post-artroplastia total de rodilla .

2.- PACIENTES QUE REQUIEREN UNA A.T.R.

El implante total de la rodilla (PTR) tiene sus indicaciones en pacientes afectados de artrosis, artritis reumatoide y artritis postraumática.

En estos pacientes, una vez presentan dolor, limitación importante de la movilidad y deformidad grave, y hayan fracasado las medidas terapéuticas conservadoras estará indicado la colocación de una prótesis total de rodilla.

Con el implante de la prótesis se pretende conseguir: alivio del dolor (indicación principal), corrección de la deformidad, mejoría de la estabilidad y, aunque más difícil de lograr, aumentar la amplitud del movimiento.



3.- BREVE DESCRIPCION DE LA TÉCNICA DE LA IMPLANTACION DE PROTESIS.

La investigación para la prótesis ideal de la rodilla ha conducido a innumerables diseños, todos los cuales pueden clasificarse de la forma siguiente:

- a.- implantes de limitación con bisagra
sin bisagra
- b.- de limitación parcial
- c.- sin limitación.

No pretendemos entrar en detalles, sólo mostrar el prototipo de sustitución total de rodilla conocida como la artroplastia de rodilla policéntrica de Gunston.

Consta de dos tallos semicirculares de acero inoxidable (o de aleación de cromo y cobalto) cimentados en ranuras en los condilos femorales y que se articulan con surcos de polietileno de densidad elevada, cimentados en el interior de las mesetas tibiales.

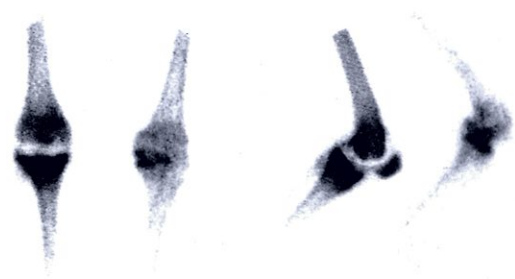
4.- CUIDADOS DE ENFERMERÍA Y POSIBLES COMPLICACIONES.

Hemos agrupado los cuidados de enfermería en:

- a.- pre-quirúrgicos inmediatos
no inmediatos
- b.- post-quirúrgicos

a.- cuidados pre-quirúrgicos:

- apoyo psicológico al paciente
- reposo relativo 24 h. antes de la intervención quirúrgica
- limpieza, rasurado y asépsia de la zona quirúrgica
- control de constantes
- protocolo antibiótico según prescripción facultativa.
- anticoagulantes según prescripción facultativa



b.- cuidados post-quirúrgicos inmediatos:

- control de constantes vitales
- control neuro vascular distal de la extremidad inferior afectada: (coloración, temperatura, sensibilidad, movilidad...)
- control de redones
- mantener la extremidad inferior elevada.
- control del vendaje compresivo. - determinación de controles analíticos y radiológicos según prescripción facultativa.
- analgesia si procede.

c.- cuidados post-quirúrgicos no inmediatos:

- control constantes
- control neuro vascular de la extremidad inferior afectada.
- retirar redones 48 horas post intervención quirúrgica.
- revisión herida quirúrgica en presencia médica, retirando vendaje compresivo .
- sedestación con "tubigrip"
- a la 72 horas post I.Q. Flexión-extensión para fortalecer cuádriceps.
- fisioterapia con carga parcial progresiva.
- fisioterapia con carga total ayudado con bastones.
- retirada de grapas a los 15 días.
- revisión herida quirúrgica a las 48 horas o según precise.

COMPLICACIONES DE LA ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA

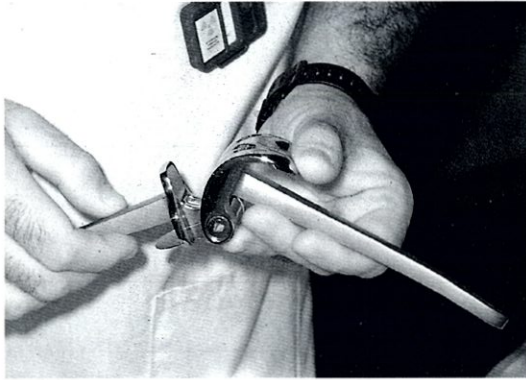
Hace falta controlar con atención al paciente en busca de las siguientes complicaciones potenciales. Unas pueden aparecer de inmediato y son la luxación, las fisuras, lesiones del paquete neurovascular, hematomas y dehiscencia de la sutura.

Otras pueden aparecer mas tarde y hace falta conocerlas, son:

*** infección.**

El paciente debe recibir antibióticos antes, durante y después de la intervención ya que la infección puede obligar a retirar la

prótesis. Si durante las primeras 72 h. aumenta la temperatura del paciente, se debe examinar la herida en busca de cualquier signo de infección como enrojecimiento, tumefacción, dolor o supuración. Si se sospecha de una infección urinaria hará falta preguntar al paciente si nota dolor o escozor al orinar.



*** tromboflebitis**

Como medida de prevención, mantener las piernas del paciente elevadas para favorecer el retorno venoso. Colocar medias antiembolia y hacerle realizar ejercicios con las piernas. Procurar que ande lo mas pronto posible.

*** T.E.P.**

*** Desgaste mecánico de la prótesis.**

Puede presentarse al cabo de bastante tiempo. La duración de una prótesis se calcula en unos 10-15 años.

*** Aflojamiento de la prótesis.**

Aparece cuando se desgasta la interfase hueso-cemento. El aflojamiento de la prótesis produce dolor y colapso del hueso, siendo necesaria su revisión.

*** Rigidez articular persistente.**

*** Infección localizada en el lugar de la implantación de la prótesis.**

5.- PRUEBAS DIAGNOSTICAS: RADIOLOGÍA, GAMMAGRAFIA OSEA CON MDP, GAMMAGRAFIA CON GALIO Y GAMMAGRAFIA CON LEUCOCITOS MARCADOS, CON ANTIGRANULOCITOS MARCADOS Y CON IgG POLICLONAL.

Cuando el paciente acude al traumatólogo con sintomatología de dolor después de un tiempo de la implantación de la prótesis, empieza todo un proceso de revisión que gracias a las exploraciones de Medicina Nuclear se podrá llegar a un diagnóstico fiable. En la realización de estas exploraciones hace su aportación ENFERMERÍA NUCLEAR.

Una vez analizada dicha rodilla con radiología convencional, sin que se llegue a un diagnóstico concluyente, es remitido el paciente a Medicina Nuclear para su estudio.

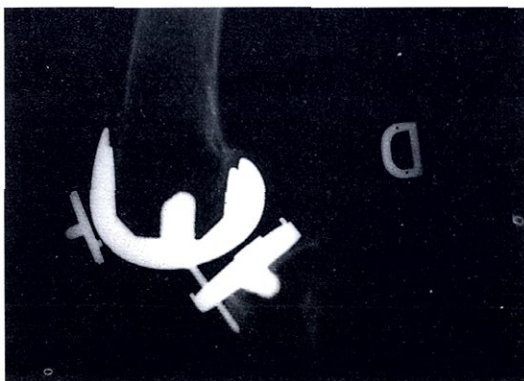


La Medicina Nuclear permite el diagnóstico, la valoración y el seguimiento de cualquier paciente mediante el uso de radiotrazadores. La gammagrafía (técnica

que nos da información sobre la estructura y la función de órganos o tejidos a través de isótopos combinados con una molécula transportadora) pretende aportar datos sobre el que sucede en dicha rodilla a nivel de tejido óseo.

El isótopo más empleado es el Tc99 M; tiene una vida media de 6 horas y la capacidad de combinarse con muchas moléculas transportadoras es muy alta. La molécula transportadora tiene que ser una que capte el órgano o tejido diana.

Para hacer una gammagrafía ósea de dicha rodilla la molécula transportadora utilizada es el MDP (METILENDIFOSFONATO). Tiene afinidad para nutrir el tejido óseo siendo parámetro diagnóstico el modo como acumula dicha substancia cada uno de los huesos. Un acúmulo hipercaptante en una zona concreta de un hueso nos indicará patología (metabólica, traumática, infecciosa o tumoral) existente en aquel lugar. Es sabido que la G.O. es más sensible y proporciona información con mayor precocidad que la radiología, sobre cualquier alteración ósea.



Se utiliza una cámara (gamma) nuclear para obtener las imágenes.

En los casos concretos de sospecha de infecciones óseas o articulares, en que

la gammagrafía ósea es dudosa o negativa, suele complementarse la exploración con otros trazadores mas específicos para este tipo de patología, como el citrato de ^{67}Ga . Es otro isótopo utilizado que tiene tropismo hacia áreas infectadas; dicho tropismo es debido, por una parte al aumento de la permeabilidad capilar e hipervascularización de dichas zonas y por otra a su unión a los microorganismos invasores y a la transferrina secretada por los leucocitos.

¿Como se realizan dichas gammagrafías?

Se selecciona el isótopo y la molécula transportadora adecuados.

Se mezclan in vitro el isótopo y la molécula transportadora.

Se inyectan al paciente, generalmente por vía endovenosa.

Se esperar el tiempo necesario para que el radioisótopo sea capturado por el órgano diana. (para la gammagrafía ósea son dos horas y para la G. con galio de 48-72 horas.

Se detecta la radioactividad acumulada mediante una cámara (gamma) nuclear.

La radioactividad (gamma en este caso) se convierte en el cristal de la cámara en luz. Esta a su vez es convertida en señales eléctricas a través de unos tubos fotomultiplicadores. Se pueden obtener una gran cantidad de imágenes en un corto período de tiempo. Toda esta información se almacena en el ordenador.

Actualmente y estas entran dentro de los nuevos avances de MEDICINA NUCLEAR, se complementa el estudio, con gammagrafía de leucocitos marcados, con anticuerpos monoclonales antigranulocitos marcados o con la IgG policlonal (Hig); todos ellos agentes transportadores y capturados por el órgano diana.

Quiero aunque sea brevemente comentar los estudios con anticuerpos marcados. En el caso que nos ocupa anti-granulocitos.

Existe la hipótesis que toda célula que sufre transformación adquiere antígenos específicos, es decir, sustancias químicas complejas que no solo despiertan la formación de anticuerpos sino que suelen unirse a estos.

Estos antígenos específicos ofrecen la posibilidad de usarlos como "diana" para su localización "in vivo". Es suficiente disponer de una solución inyectable de anticuerpos específicos que marcaremos previamente con un isótopo para obtener una gammagrafía de dicha zona.

El mecanismo de fijación tanto de los leucocitos marcados como de los anticuerpos antigranulocitos a nivel del foco infeccioso forma parte de la respuesta inmunológica normal del enfermo ante la infección.

5.- CONCLUSION.

El profesional de enfermería, conocedor por una parte de las diferentes patologías y de los cuidados que requieren, cuando por su especialidad ha de proporcionara mas a mas, elementos de ayuda para un diagnóstico correcto, sabe y debe responder con sus habilidades y destrezas a dicho objetivo.

Pienso que Enfermería Radiológica y mas en concreto enfermería de Medicina Nuclear realizando sus propias funciones Técnico-asistenciales puede aportar en el caso de una posible complicación de la ATR la ayuda imprescindible al paciente, junto con los cuidados pertinentes

Planes de cuidados en Enfermería Radiológica

Autoras:

M^a PILAR DARRIBA RODRIGUEZ

Supervisora de Formación Continuada de Enfermería.

Enfermera Especialista en Electroradiología.

Centro de Trabajo:

C.H. "Arq. Marcide - Prof. Novoa Santos" FERROL.



Hospital "ARQ. MARCIDE" FERROL La Coruña

PLANES DE CUIDADOS EN ENFERMERIA RADIOLOGICA

Existen múltiples definiciones de Enfermería, pero todas concluyen en un mismo objetivo: proporcionar cuidados de la máxima calidad, contribuyendo así a elevar el nivel de salud y el bienestar de la población en un contexto de desarrollo social.

Este objetivo, al que aspiramos todos los profesionales de Enfermería, no podrá ser llevado a cabo si no conocemos previamente el qué, el cómo y el por qué de lo que hacemos, para quién y a que coste.

El plan de cuidados aplicado sistemáticamente en los cuidados de Enfermería nos proporciona el mecanismo para poder cumplir dicho objetivo.

En las Escuelas de Enfermería, actualmente, se enseña todo o casi todo lo relacionado con el plan de cuidados, como elaborarlo y como llevarlo a cabo pero a la hora de trabajar en una institución sanitaria, tanto Hospital como Centro de Salud u otros, aparecen las primeras dificultades para llevarlo a la práctica. Dichas dificultades empiezan por el propio personal de Enfermería, debido ello a múlti-

ples motivos. Todos sabemos que los planes de cuidados hasta la fecha, no han tenido demasiada aceptación: por desconocimiento, por la forma de entender el proceso, por falta de tiempo, por falta de conocimiento acerca de los mismos, por dificultades en su aplicación, etc.

Pero muchos de nosotros, esperamos que en un futuro no muy lejano, se produzca un cambio de actitudes hacia ellos. Con la utilización de unos planes de cuidados adecuados, mejora sustancialmente la calidad de los cuidados de Enfermería que ofrecemos, nos permite una mayor coordinación entre el personal de Enfermería, evita omisiones y duplicidades, garantiza una continuidad en los cuidados de Enfermería prestados al paciente, además de fomentar la participación activa del paciente en los cuidados, estableciendo objetivos mutuos y sintiéndose parte importante de los mismos.

Profesionalmente, con el plan de cuidados, la Enfermería define sus funciones ante el paciente y ante otros profesionales de la edad, prestando cuidados que unen interdependencia (trabajo en equipo), dependencia (tareas delegadas) e independencia (tareas propias de la Enfermería), adaptándose a las circunstancias apropiadas en cada momento y beneficiándose de los mejores aspectos de cada una de ellas, consiguiendo así nuestro objetivo fundamental que es proporcionar unos cuidados de Enfermería de calidad.

Los planes de cuidados aumentan la satisfacción en el trabajo ante la consecución de resultados, estimulan la creatividad y las innovaciones, ya que es un método dinámico y cambiante, determinado por las necesidades del paciente y la consecución de objetivos. Con todo ello se evitan las tareas rutinarias que llevan al aburrimiento; y además estimulen las habilidades interpersonales al favorecer una mayor comunicación de la Enfermería, tanto con el paciente como con sus propios compañeros.

Los planes de cuidados son un método organizado de prestación de cuidados, al mismo tiempo son flexibles, cambiantes, dinámicos,...dependiendo siempre de las necesidades del paciente, de la resolución de sus problemas: a medida que se van resolviendo éstos, sus necesidades van cambiando. Cada individuo responde de una forma única ante los problemas, por lo que cada plan de cuidados tendrá una parte individualizada para cada paciente.

Al trabajar con un método organizado y sistemático, aunque flexible, las actividades se dirigirán hacia la consecución de los objetivos. Si trabajáramos con otro método de enfoque más improvisado y desorganizado, nos puede llevar a la frustración de no poder ver los resultados, con el plan de cuidados sí, los podemos ver, proporcionándonos la satisfacción del trabajo bien hecho.

Pero, bueno, aunque todos sabemos lo que es un plan de cuidados, vamos a darle un pequeño repaso:

El plan de cuidados es la aplicación del método científico a la resolución de problemas en los cuidados de Enfermería, es un método organizado y sistemático para aplicar dichos cuidados de una forma individualizada, al tener siempre en cuenta que cada persona responde de una forma distinta ante un determinado problema de salud, garantizándole así una adecuada recepción de cuidados de Enfermería.

Todos conocemos que el plan de cuidados consta de varias etapas, vamos a describirlas muy superficialmente:

- VALORACION: Es en ésta etapa donde recogemos toda la información posible sobre el paciente, con el fin de identificar sus problemas de salud, tanto potenciales como reales. Con éste fin se utilizan todos los medios a nuestro alcance, como: la entrevista personal, la observación, la valoración física, la información procedente de familiares, de su Historia clínica, de otros profesionales de la salud, etc. Para llevarnos hacia una identificación de los problemas del paciente, obtenida como consecuencia de analizar toda la información recopilada anteriormente.

-PLANIFICACION; Despues de recoger la información e identificar los problemas del paciente, se determina la forma de administrar los cuidados de Enfermería, de forma organizada e individualizada, y siempre dirigida hacia los objetivos que se pretende conseguir.

Para elaborarlo se siguen unos pasos que van desde el establecimiento de prioridades hasta la determinación de las actividades de Enfermería a realizar pasando previamente por la fijación de los objetivos a conseguir.

Si no se registrara el plan de cuidados, todo el esfuerzo realizado puede quedar desaprovechado, ya que nadie se enterará. En cambio, si se escribe, estamos comunicando a nuestros compañeros/as, los problemas identificados, los objetivos acordados y las actividades necesarias para cumplirlos, además de servir como registro para evaluar el cuidado integral del paciente.

-EJECUCION; Consiste en llevar a la práctica el plan de cuidados, analizando y registrando en la Historia de Enfermería, la respuesta del paciente ante los cuidados administrados.

-EVALUACION; En éste momento se plantea, tanto al personal de Enfermería como al paciente, si el plan de cuidados ha dado resultado o si es necesario introducir alguna modificación en él, evaluando para ello la consecución de los objetivos, la forma de aplicación del plan y analizando los factores que han contribuido a su éxito o a su fracaso. Para terminar dando por concluidos los cuidados, si estos ya no son necesarios o introduciendo los cambios pertinentes en el plan de cuidados, repitiendo otra vez el proceso.

Las distintas etapas de un plan de cuidados, por separado, sólo existen en la teoría: en la práctica todas están interrelacionadas y se puede estar realizando dos etapas a la vez, aunque la eficacia de cada etapa dependen de la precisión con que se haya llevado a cabo la anterior.

APLICACION EN ENFERMERIA RADIOLOGICA

Todo lo explicado anteriormente tiene su aplicación práctica en el Servicio de Radiología, ya que utilizando los planes de cuidados, la Enfermería Radiolo-

gica está definiendo sus funciones, ante sus compañeros, ante el paciente y ante otros profesionales de la salud.

La Enfermería Radiológica utiliza el método científico para la identificación de problemas dentro de los cuidados de Enfermería Radiológica, lo cual nos permite valorar e identificar correctamente los problemas presentados por un paciente que llegue al Servicio de Radiología, planificar las acciones de Enfermería más adecuadas para solucionarlos, intentando, en cierta medida, adaptar la exploración a las características del paciente, para finalizar preguntándonos si conseguimos los resultados esperados o corregir los errores introduciendo los cambios necesarios.

El primer paso para una correcta aplicación del plan es recoger toda la información posible, de la forma más exhaustiva y completa, para lo cual disponemos de diversos recursos, como: Historia clínica, información obtenida a través del propio paciente (entrevista), información procedente de la familia, información facilitada por otros profesionales de la salud (celadores, enfermera de planta, etc.) y la petición radiológica.

Toda esa información recogida debe registrarse en una Hoja o Historia de Enfermería Radiológica, de forma que no se pierda ni traspapele y que se pueda consultar en cualquier momento que ésta sea necesaria.

Todos los métodos para recoger información son válidas, todos son utilizados en mayor o menor medida, según el tipo de exploración radiológica a que se someta el paciente y todos, en general, nos encontramos familiarizados con ellos.

El complemento necesario de la Historia de Enfermería Radiológica son los protocolos, elaborados en cada Servicio de Radiología y adaptados a las circunstancias especiales de cada Hospital (ámbito, nº de camas, exploraciones que se realizan, tipo de enfermos, etc.)

Puede parecer que estoy hablando de situaciones ideales, es porque considero que tanto la Historia de Enfermería como los protocolos o la elaboración de un plan de cuidados se realiza actualmente en pocos Servicios de Radiología, aunque en los que se utiliza tengo entendido que está dando buenos resultados. Y, en Radiología, considero, que la causa de su no utilización, no está solamente en la falta de tiempo, sino en que estamos (siempre generalizando), acostumbrados a otro ritmo de trabajo, a otra forma de hacer las cosas, desde hace mucho tiempo y adaptarnos a nuevos cambios siempre cuesta bastante trabajo, aunque estos sean mejores. Muchas veces por el simple hecho de ser novedad ya rechazamos de principio y lo catalogamos como innecesario, como nueva carga de trabajo, como más papeles, etc. cosa que en realidad no siempre es así. Si nos damos cuenta de las ventajas que supone utilizar el plan de cuidados no tendríamos tanto recelo en aplicarlo en la Enfermería Radiológica.

Retomando el tema: tras la recogida de datos y la identificación de problemas pasamos a intentar solucionarlos, planificando nuestras actuaciones, priorizando las necesidades del paciente y estableciendo los objetivos que pretendemos conseguir.

En la valoración recogimos datos importantes sobre el paciente, sobre su Historia clínica (datos médicos), sobre su estado físico y psíquico, sobre su capacidad de movilización y de colaboración, y sobre el grado de información que tiene acerca de la exploración que se le va a realizar.

Con todo ello, encontramos e identificamos problemas relacionados con la exploración, desde que el enfermo no se puede mover solo hasta que no tiene las pruebas necesarias para efectuar la exploración o que simplemente está angustiado. Pero a la hora de planificar nuestras acciones nos podemos encontrar que no solo tenemos que actuar nosotros, que necesitamos del médico o de un celador, u otra persona... Por lo que muchas veces es necesario que la planificación, en Radiología, sea conjunta, que los diversos estamentos colaboren estrechamente, en un trabajo en equipo, y que las diversas opiniones lleguen a un punto común, con un razonamiento lógico y estableciendo unos objetivos, pero siempre adaptándose a las necesidades individuales de cada paciente, para proporcionarles los mejores cuidados.

Tras la planificación de los cuidados y de la exploración, pasamos a llevarlo a la práctica, mientras continuamos valorándolo ante la posibilidad de aparición de nuevos problemas.

Aquí vemos que no existen "compartimentos estanco" donde mientras se realiza un etapa no se puede efectuar otra, es decir, se puede estar realizando una valoración y una planificación al mismo tiempo, y no por ello, dejar de ser efectivo.

Al planificar y realizar los cuidados no nos podemos olvidar de aspectos propios de Enfermería Radiológica, como preparar el material necesario, adoptar las medidas correctas de protección tanto para el paciente como para nosotros y de aplicar las técnicas exploratorias radiológicas adecuadas en cada momento, sin olvidarnos en ningún momento de una vigilancia continua sobre el paciente, previniendo posibles problemas y actuando inmediatamente.

También deberíamos tener muy en cuenta el grado de información que posee el paciente sobre Radiología y sobre la exploración que se le va a realizar. Según sea ésta, así actuará; como nosotros pretendemos que colabore en el estudio debemos informarle previamente, no podemos esperar que participe en el estudio que no conoce. Muchas veces, de esa colaboración dependen el éxito o el fracaso de un estudio.

Cuando la exploración finaliza, no finaliza nuestro trabajo, ya que continuamos prestando cuidados al devolver al paciente a su Unidad en las mismas condiciones en las que llegó (en referencia a sueros, sondas, etc.) y registrando por escrito todo lo sucedido, ya sea en la Hoja de observaciones o en la Historia de Enfermería Radiológica.

Al registrar las actividades de Enfermería Radiológica en relación al paciente queda constancia de las mismas: un hecho no registrado puede no haber sucedido. Además, asegura una continuidad en los cuidados al llegar a su Unidad, por la información que les proporciona a los/las enfermeros/as acerca de la exploración realizada, problemas presentados y cuidados posteriores que necesita.

Por otro lado, con estos registros, disponemos de una fuente de datos, para evaluar los resultados obtenidos con nuestros cuidados e investigar posibles actuaciones.

La evaluación debe ser continua durante todo el proceso de la exploración, pero al final se determinará si se consiguieron los objetivos propuestos o en caso contrario ¿porqué se falló y donde está el fallo? para cambiar el plan y rehacerlo de nuevo.

Con todo lo dicha anteriormente creo que podemos ver, que en Enfermería Radiologica también se pueden utilizar eficazmente los planes de cuidados, y que ello nos puede traer muy buenos resultados, para nosotros, para el paciente y en general para toda la Enfermería Radiologica.



**M^{re} PILAR DARRIBA
RODRIGUEZ**

*Supervisora de Formación
Continuada de
Enfermería*

*Enfermera Especialista
en Electroradiología.
FERROL (La Coruña)*

BIBLIOGRAFIA

Alfaro R. Aplicación del proceso de Enfermería. Guia práctica Ed. Doyma. 1988. Barcelona

Cervantes Alma. Enfermería Radiológica. Ed. Limusa. 1988. México.

Fernandez Gomes y otros. Calidad de cuidados de Enfermería. Caso práctico. Revista ROL DE ENFERMERIA. 157: 45-52. 1991. BARCELONA.

Hollaway Nancy M Planes de Cuidados en Enfermería Médico-Quirúrgica. Ed. Doyma. 1990. Barcelona.

Mompart M.P. Formación en Ciencias de la Salud. Revista Notas de Enfermeria. 8:439-447. 1991. Barcelona.

Taptich B.J. y otros. Diagnóstico de Enfermería y planeación de cuidados Ed. Interamérica. 1992. México.

La investigación como instrumento de mejora de los cuidado. Revista Nota de Enfermería. 8:427-432. 1991. Barcelona

Manual de Enfermería Médico-Quirúrgica. Toma I. Ed. Interamericana.

Manejo de los Pacientes con Ictericia Obstructiva Maligna mediante Endoprótesis Biliar Autoexpansible, tipo Wallstent

Autor:

FRUTOS ALVAREZ GONZALEZ

A.T.S./D.E. Especialista en Electrorradiología

Sección de Radiología Vascular-Intervencionista

Centro de Trabajo:

Hospital Universitario "REINA SOFIA" CORDOBA

INTRODUCCION

En los pacientes afectos de ictericia obstructiva maligna provocada por un proceso neoplásico irresecable y para evitar la derivación biliar quirúrgica, surgió en los últimos años, como tratamiento alternativo, el drenaje biliar y la posterior colocación de una prótesis que actuaba como conducto fisiológico.

Estas prótesis fueron evolucionando rápidamente.

En un principio fueron las TEFLONADAS, confeccionadas de un material duro que se podía preformar mediante la aplicación de calor.

Posteriormente aparecieron las SILICONADAS, que eran más blandas y se adaptaban bastante bien a la conformación de la vía biliar. Los inconvenientes de estas prótesis fueron:

- Las MOVILIZACIONES, pese al mecanismo de anclaje.
- Las OBSTRUCCIONES, debido principalmente al diámetro de luz (8-12 F) y a las concreciones biliares provocadas principalmente por infecciones secundarias a reflujo duodeno-biliar.

Ultimamente aparecieron las prótesis metálicas autoexpansibles, que solucionan en gran parte los problemas que presentaban las anteriores (Movilización, Obstrucción), mejorando además la colocación o implantación de la misma que se realiza de una forma menos traumática ya que se introducen mediante un catéter de pequeño tamaño 7F consi-

guiendo un gran diámetro de prótesis ya que alcanza una vez expandida 1 cm. El objeto de este trabajo es analizar nuestra experiencia con endoprótesis biliares autoexpansibles tipo WALLSTENT, implantadas por vía percutánea, bajo control radioscópico en 35 pacientes, afectados de ictericia obstructiva maligna. Dichas endoprótesis se colocaron en todos los casos en dos tiempos:

1.- Implantación de un catéter de drenaje Ext-Int.

2.- Colocación de la endoprótesis. Se valoran los cuidados de Enfermería previos, durante y en el período inmediato post-implantación. Se analizan los distintos materiales utilizados, haciendo énfasis en la importante labor del A.T.S./ D.E en el conocimiento de dichos materiales, para lo cual se exige un alto grado de cualificación. Por último, se estudian las complicaciones presentadas y las medidas a adoptar para prevenirlas.

PREPARACION DEL PACIENTE



1) El día anterior a la exploración en la sala de hospitalización.

- Se visita al paciente, explicándole detalladamente el tipo de procedimiento que se va a realizar.
- El paciente firma la hoja de autorización de la implantación.
- Se revisa la historia para ver la evolución (No hay que olvidar que se encuentra con un catéter de drenaje Ext-Int.), y se pide estudio de coagulación.
- Se ordena dieta absoluta de al menos ocho horas antes de la implantación.

2) En la sala de Rayos X.

- Se recibe al paciente preparándole de forma adecuada para asegurar la máxima eficacia y colaboración.
- Se prepara la mesa de RX con una sábana verde limpia y un papel absorbente debajo de ella.
- Se coloca al enfermo sobre la mesa de RX.
- Se canaliza una vía con perfusión de mantenimiento a ser posible en el brazo izquierdo.

- Toma de T.A.
- Se colocan electrodos de monitorización y el monitor. - Se administra por vía IV una mezcla de analgesia y sedación (Nosotros preparamos un cocktail con 1 cc de Dolantina, 1 cc de fenergán, 2,5 cc de Nolotil y 0,25 cc de Atropina) administrando la cantidad según peso, edad y estado del paciente.
- Se realiza una placa simple que sirve de control.
- Se descubre el apósito del drenaje biliar.
- Se prepara el campo, desinfectándolo con POVIDONA YODADA.
- Se revisa la historia para ver el estudio de coagulación del día anterior.
- Se prepara la mesa de material bajo condiciones de esterilidad máxima.

MATERIAL

- Bolsa estéril para tubo de RX
- 3 batas estériles
- Una sábana fenestrada y varios paños de campo
- Compresas y gasas
- Capsulas para contraste, suero y restos de lavado y evacuación
- Guantes plomados y quirúrgicos
- Dos jeringas de 10 cc y una jeringa de 20 cc
- Aguja de 40/8 para administración de anestesia local
- Hoja de bisturí
- Guía de 0,038" Teflonada de 1,45 m de largo
- Introdutor de 7F
- Manómetro y equipo de presión
- La prótesis WALLSTENT previamente elegida tras calcular la longitud de la estenosis
- Cateter tutor

METODO

- Se realiza placa contrastada a través del catéter de drenaje externo-interno, para medir la longitud de la estenosis.
- Se colocan marcas radiopacas en piel delimitando la estenosis proximal y distalmente.
- Se hace pasar la guía de 0.038" a través del cat. ext-int. hasta la tercera porción duodenal - Extraer el cat. ext.int.



- Se prepara la prótesis para su implantación observando visualmente que se encuentra en perfectas condiciones.
- Se realiza el purgado de la prótesis siguiendo las siguientes pautas:
 - a) Conectar una jeringa de 20 cc a la llave de la prótesis y realizar dos aspiraciones creando una presión negativa en el espacio anular existente entre los dos catéteres coaxiales y la membrana.
 - b) Conectar el manómetro y el equipo de presión cargado con contraste puro y abrir la llave dejando que el contraste llene el espacio anular entre los catéteres, aumentando la presión no más de cuatro Atm.
 - c) Seguir visualmente el avance de la columna de contraste hasta observar la aparición de una pequeña gota de contraste en el extremo distal de la membrana.
 - d) Realizar la misma operación que en el apartado a) pero una sola vez.

Una vez terminada la operación de purgado se introduce el catéter con la prótesis en el introductor 7F y se hace pasar por la guía, manteniendo el introductor fuera del cuerpo.

Bajo control de escopia se hace avanzar la prótesis, posicionándola entre las marcas colocadas en la piel y que delimitan la zona estenótica.



Una vez colocada en el lugar adecuado, se hace subir la presión en la membrana hasta 4,5 Atm. Sujetar con una mano la parte metálica del cuerpo interno y tirar del conector en T hacia atrás sobre el tubo de acero inoxidable.

Vigilar constantemente la presión no dejando que baje de 4,5 Atm mientras se está desplegando la prótesis .

Desplegar la prótesis poco a poco, posicionandola de nuevo.

Una prótesis que se haya desplegado demasiado distalmente puede ser retirada ligeramente, siempre que quede 1/4 de prótesis sin largar, sin embargo si se ha desplegado demasiado proximalmente no puede ser adelantada.

Una vez colocada la prótesis se extrae el catéter portador y se introduce el catéter tutor a través de la guía realizando placas sin y con contraste para ver la correcta colocación y la eficacia.

Se fija el cateter tutor a piel mediante un punto de seda.

La misión de este catéter tutor es mantener la vía de abordaje durante 4 a 5 días y poder realizar controles posteriores o tratamiento de la prótesis por si aparece alguna complicación.

Enrollar y cubrir con apósito adhesivo el cat. tutor.



Si durante la implantación surgiera algun problema, la prótesis se retiraría a través del introductor, que tiene como misión proteger el parénquima hepático.

Para la colocación de la prótesis son necesarios tres profesionales, uno vigila la presión, otro sujeta el catéter para evitar la movilización de la prótesis y que se despliegue en un lugar distinto al seleccionado y un tercero para hacer la maniobra de despliegue de la prótesis.

-Durante este período de implantación se vigilan constantemente los signos vitales del paciente (T.A., Monitor).

Administración de más cocktail por vía IV si fuera necesario.

Una vez terminada la implantacion se envía el paciente encamado a su habitación.

CUIDADOS POST-IMPLANTACION

Se vigilan los signos vitales del paciente ya que esto ayudará al descubrimiento temprano de las complicaciones.

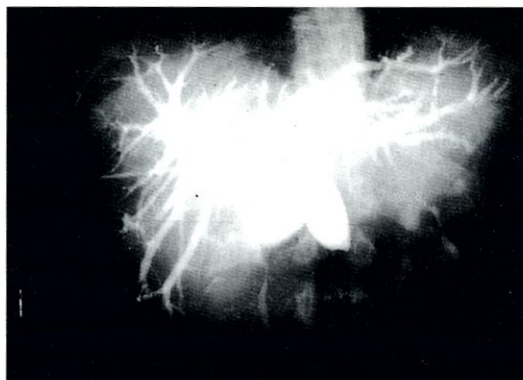
Cobertura antibiótica de amplio espectro.

A los cuatro o cinco días se realizan placas sin y con contraste para ver que no ha habido movilización, comprobando la efectividad así como la expansión de la prótesis.

Si todo va bien se retira el cateter tutor y el paciente es dado de alta.

COMPLICACIONES

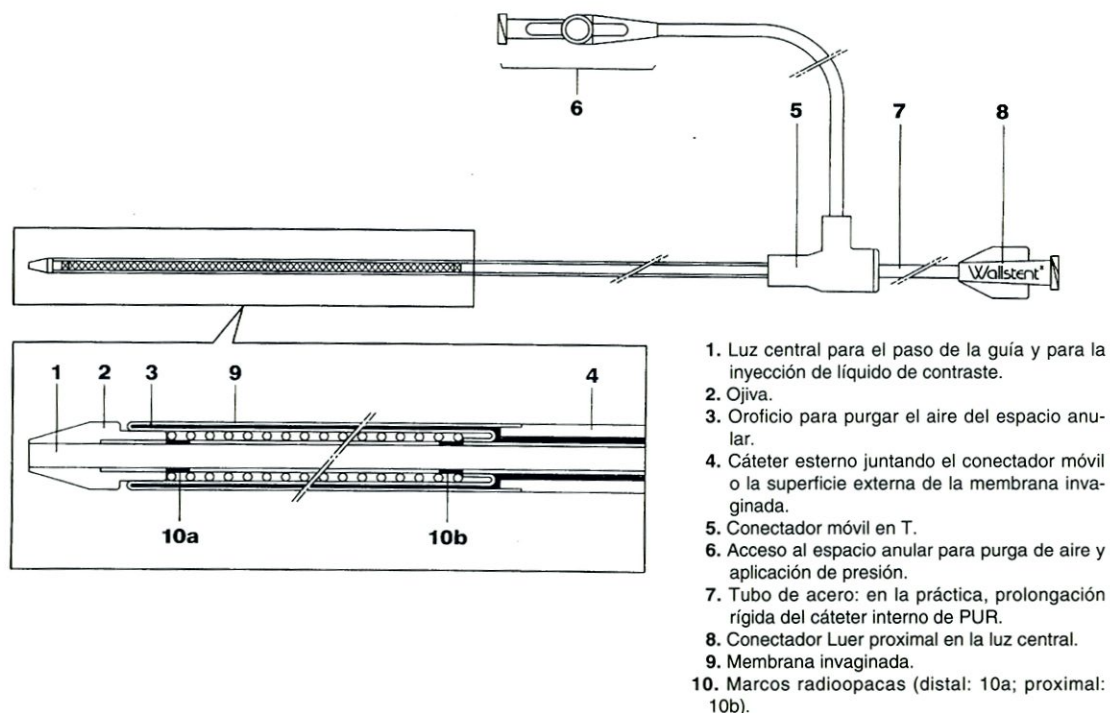
En nuestra experiencia de 35 pacientes a los que se le colocó este tipo de prótesis, sólo en cuatro casos se observó obstrucción de la misma.



En dos de los casos se resolvieron mediante una nueva punción y limpieza de la prótesis dejando colocado un cat. ext-int.

En otros dos se colocó una nueva prótesis de mayor longitud por dentro de la anterior.

Un caso de dificultad en la colocación al ser por vía anterior y existir una gran curva que dificultaba la retirada de la membrana extrayéndose la prótesis a través del introductor y colocando en su lugar una siliconada, a esta enferma se le colocaron dos prótesis una por vía anterior y otra por vía axilar media.



INFORMA SU PRESIDENTE NACIONAL:

D. Eduardo Jordán



Durante mi reciente estancia en el Congreso de Granada con motivo de la celebración del "V Congreso Nacional de Enfermería Radiológica", tuve la oportunidad de dirigirme personalmente a los presidentes y representantes de las diferentes Asociaciones integradas en esta Federación Española de Enfermería, y de explicarles cual era la situación real en este momento.

En mi tierra somos poco partidarios de ocultar ó disfrazar lo malo y de "edificar castillos en el aire", entre otras cosas porque acaban calléndose, llevándose, en ocasiones, a buenas personas consigo. Así pues hay una realidad que no debe permanecer oculta y que no es otra que la Federación se encuentra en momentos críticos derivados de su muy delicada situación económica, y que los logros que con esfuerzo se habían obtenido en el último año, y los contactos institucionales que se habían iniciado ya en esta etapa, se tambalean ahora al carecer de los medios mínimos necesarios.

No ha habido, como demostré documentalmente, un derroche de medios, sino, al contrario, un ahorro de gastos en relación con el presupuesto aprobado por unanimidad por las Asociaciones, dándose un grado de irresponsabilidad tal que, pese al angustioso llamamiento realizado por Gema en el último editorial de esta revista, no llegan a 300 los asociados que han hecho frente al pago de cuotas de la Federación sobre un volumen total alrededor de 800 en este año. lo que es igual que decir que contamos con unos ingresos que no llegan a la mitad de los establecidos para responder de la integridad de los gastos.

Con la constitución en el año 1988 de esta Federación, se pretendió integrar a los profesionales de Enfermería que desempeñaban su labor en los servicios de Radiología del país. Es evidente que este objetivo no se ha alcanzado, sino que, por el contrario, el reducido número de asociados nunca se sintió realmente integrado en la Federación y consecuentemente nunca asumió sus responsabilidades como gestores y líderes. No hemos sido en definitivas capaces de "implicarnos" ni de "implicar" con ello la renovación y el aporte de nuevas ideas en el seno de la Federación ha sido inviable.

En Granada alguien expresó que poco a poco las reuniones se estaban convirtiendo en un debate de "ancianos", y efectivamente los que estábamos frente a frente en las reuniones durante años somos siempre los mismos.

Es evidente que esta situación no puede mantenerse por más tiempo, existen dos alternativas: la disolución de la Federación, o en su remodelación urgente y efectiva.

Como repetí en Granada "nuestra Enfermería será lo que el colectivo profesional quiera ser", y "El Futuro está en manos de todos, la importancia de la Enfermería será proporcional a la contribución que cada enfermero aporte".

Mi amigo Faus mantiene que "la situación tiene arreglo, que todo es cuestión de cumplir nuestros compromisos, replantearnos objetivos, con nuevas ideas, y con un trabajo serio y continuado".

Gema afirma que "necesitamos ser serios, si queremos pertenecer a nuestro grupo profesional, estar integrados, como otros profesionales, en actividades que nos definan, que nos caractericen como un colectivo en movimiento y preocupado por sus alternativas de futuro. Necesitamos ser serios y plantearnos con rigor la continuidad de cada uno dentro de su Asociación y por tanto de la Federación".

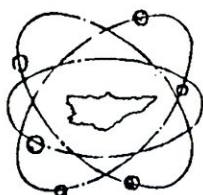
Puntualizaba mi amigo Manolo Sastre que mis discursos se empiezan a comprender con mi tratamiento de "ilustrísimo".

Efectivamente por imperativo de la organización del "V Congreso de Enfermería Radiológica", (sobre la que tengo que decir que nunca tuve ningún control, tal es así que desconocía el programa del Congreso hasta que recogí la documentación, y que sólo fuí requerido por la organización para que les tramitara la concesión del "interés sanitario", para el Congreso cuando estaban todos los plazos de solicitud vencidos), mi conferencia no podía ser "política", sino exclusivamente institucional. Pero quiero profundamente ahora y desconociendo aún lo que va a suceder, y si podemos aún reconducir nuestra situación, afirmo que **"no estamos dispuestos a soportar lastres momificados por más tiempo"** y que en esta Federación no existen ni Asociaciones ni profesionales imprescindibles. Por ello me dispongo a llevar a cabo las medidas correctoras aprobadas en Granada, como primer paso para la revitalización interna de la organización.

Simultáneamente en el seno de cada Asociación habrá que iniciar un verdadero debate ideológico, y dar entrada en la estructura a nuevos hombres y mujeres con ideas, como paso previo para la estimación objetiva de nuestras metas y de la estructura necesaria para llevarla a cabo.

Efectivamente Manolo, el antiguo cura de mi pueblo, cuando se ataba mal los botones de su sotana, tenía que desabrocharlos de nuevo para poder solucionar el problema. En la Federación a llegado el momento de "desabrochar" y... ¿quien sabe? si de sustituir algún botón, pero hay que hacerlo rápido, va en ello la viabilidad de la Federación, Y NUESTRO FUTURO COMO PROFESIONALES.

EDUARDO JORDAN QUINZANO
PRESIDENTE



ASOCIACION ASTURIANA DE ENFERMERIA RADIOLOGICA

Víctor Sáenz, 5 - bajo
Apartado 365
33080 OVIEDO

Nos pide nuestra querida directora de la revista E.R. que realicemos una crónica de esta Asociación Asturiana, la cual con mucho gusto realizamos, para informaros de las actividades que hemos realizado por estas tierras.

Ante todo queremos deciros que a partir de la organización de las II Jornadas de la Sociedad Norte, que como bien podréis comprender "quema" bastante, hemos pasado un año sabático, que esperamos nos sirviera para recapitar y recargar las baterías.

Todos los profesionales de la Enfermería de esta provincia saben a quien dirigirse para recabar información o criterios ante cualquier problema que se suscite en los diferentes servicios de Radiología, sean o no pertenecientes a esta Asociación, como así ha sucedido.

Ahora mismo estamos empeñados en que la Radiología sea materia de estudio en la Escuela Universitaria de Enfermería, para ello se han realizado reuniones con su director, con el cual encontramos algún obstáculo, pero es de esperar que no sean infranqueables.

Desde aquí queremos decir que contamos con la impresionante ayuda del Colegio de A.T.S. - D.U.E., que por medio de su Presidente D. Emilio Losa, nos da un soporte y una gran colaboración ante los problemas que tenemos planteados, tanto provinciales como nacionales, como por ejemplo la resolución 25490 del Consejo de Seguridad Nuclear, en el que el primer informe jurídico, salió de este Colegio.

Tenemos el proyecto de realizar un curso de Experto en Enfermería Radiológica, juntándonos con compañeros de provincias limítrofes, esperando levantar ese decaimiento que se siente por estos lares, ya que hay cierta reticencia a integrarse en esta Asociación, tal parece que se les quiere vender una lavadora que no les interesa, cuando la realidad es que estando unidos podemos conseguir lo que realmente merecemos, si no, ver casos y cosas de estamentos muy afines al nuestro.

Ya sabéis que estamos a vuestra entera disposición, y ya que está próxima la Navidad, deseamos a todos unas FELICES FIESTAS y que el año 94 os traiga todo lo que deseáis.

JAVIER LASPRA MONTERO

Presidente de la A.E.R.A.

NOTA INFORMATIVA

Para todos aquellos que durante los días del Congreso en Granada nos manifestásteis como podíais recibir la revista, teneis dos maneras:

-Haceros socios de vuestra asociación o en caso de no haberla en vuestra comunidad, poneos en contacto con la Asociación más cercana geográficamente.

- O mandar el boletín de suscripción de la revista y así perteneceréis a la Federación directamente.

Esto no lo hacemos por meteros en la Federación porque si ¿eh?. Esto se hace porque si ponemos un boletín de suscripción en España, Europa y otros países, se entiende que vendemos la revista y entonces entraríamos en la categoría de empresa o negocio y tendríamos un montón de lios como tener que pagar el I.A.E. y "obligaciones" por el estilo, además nosotros no pretendemos nada de eso, nuestra pelea es dar a conocer nuestra profesión a nuestros profesionales por medio de la formación, la investigación y el servicio a la sociedad.

¡UNA BUENA NOTICIA!

Se va a constituir la ASOCIACION MURCIANA, nuestro compañero Juan Ballester, Supervisor de Radiodiagnóstico del Hospital "Virgen de la Arrixaca" de Murcia, va a convocar a toda la Enfermería Radiológica murciana, para empezar a funcionar todos juntos.

Desde esta Revista os animamos y nos felicitamos de que cada día más compañeros estén concienciados de su profesión.

Ya contamos con vosotros, Murcianos!

V CONGRESO NACIONAL GRANADA



Con el fin de ir mejorando la calidad de los congresos sucesivos, esta Revista os pide vuestra opinión y vuestra crítica, siempre constructiva. Gracias.

1º A tu juicio donde tendría que estar la sede del Congreso.

- En el mismo Hotel?
- En un Centro especializado?

2º Te parece correcta la calidad de las ponencias en este Congreso?

- Si
 - No
- Porqué.....

3º Te parece correcta la calidad de las comunicaciones en este Congreso?

- Si
 - No
- Porqué.....

4º Crees que se tratan suficientemente a fondo la función de Enfermería en Radiología?

- Si
 - No
- Porqué.....

5º Crees que un coordinador debe de estar verjado en los temas que tiene que modular?

- Si
 - No
- Porqué.....

6º Crees que en la documentación del Congreso debe de estar incluido, desde el principio, el libro de ponencias?

- Si
 - No
- Porqué.....

7º Crees que el certificado de ponente o comunicante, se debe de entregar junto con el de asistencia, respectivamente?

- Si
 - No
- Porqué.....

8º Crees que la relación calidad/precio se cumplió en las comidas y las cenas?

Si

No

Porqué.....

9º Crees que los Congresos los deben organizar totalmente...

La Federación como Entidad

Respectivas Asociaciones

Otros

10º Que sugerirías para las mejoras del próximo Congreso?

.....
.....

OJALA QUE LLUEVA CAFE (...en Granada)

“La veneranda dispensera trájoles pan y dejó en la mesa un buen número de manjares, obsequiándoles con los que tenía guardados. El trinchante sirvióles platos de carne de todas suertes y colocó a su lado áureas copas. Y un heraldo se acercaba a mendo para escanciarles vino.”

Suele ser habitual a lo largo de la historia de las civilizaciones, en todo tipo de reuniones de negocios, trabajo, celebraciones, que quien desempeña las funciones de anfitrión, agasaje a sus invitados con ricas viandas que, no sólo sirvan para satisfacer las necesidades gástricas sino que, además, alimenten el espíritu y reporten sensación de bienestar y agradable recuerdo. De tal forma y manera que el cansancio del trabajo o la tensión ocupen un lugar secundario. El resultado de una negociación, de una venta, puede ser adverso, pero la evocación del buen yantar, no cabe duda, que ayuda a afrontarlo con otro talante.

Gusta al convidado saborear aquéllas artes culinarias que, aún sin sofisticaciones, forman parte de la cultura milenaria o contemporánea y de la idiosincrasia de la zona, siendo todo el conjunto vector de elogios hacia nuestro mentado anfitrión.

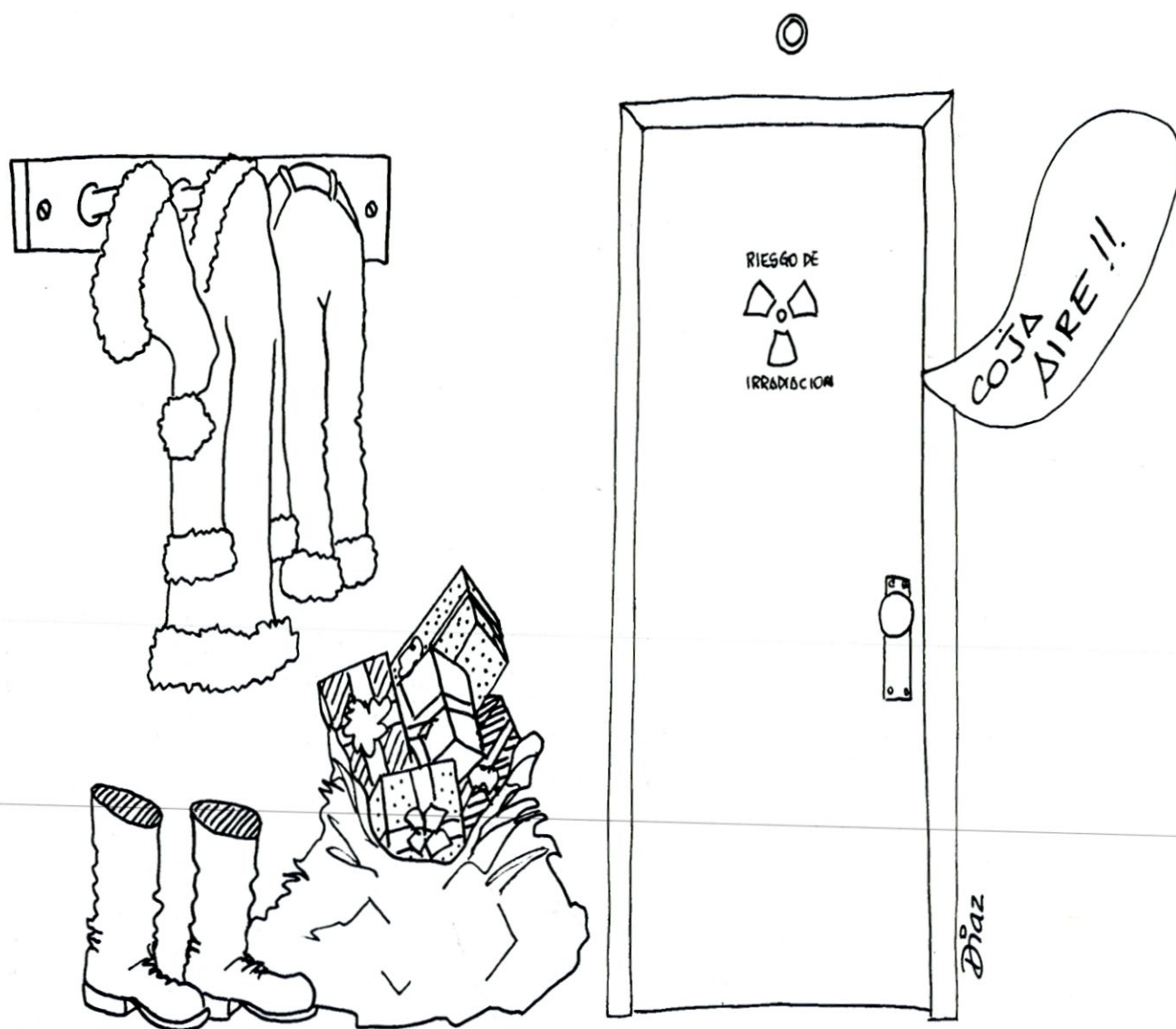
También es cierto, por otra parte, que el hecho fisiológico de la digestión facilita la actuación del dios Morfeo, y, desde este punto de vista, puede resultar incluso razonable, que si se ha de continuar una dura jornada de trabajo, tales manjares se ofrezcan escasos, y hasta espaciados, según tradición musulmana.

Pero por estas latitudes el asunto es diferente. Nos place comer, sin llegar a tratarse de una comilona, y deleitarnos con ello no siendo a un tiempo irreverentes. Al finalizar, una taza de café ejercerá de elemento disuasorio al sopor. Ofrecerla “...no es castigo, sino medicina”. Su efecto es digestivo y estimulante, aporta un suplemento calórico adicional, máxime cuando la lifara carece de las calorías necesarias (ya sea por composición, ya sea por temperatura).

Y sea o no verdad, lo cierto es que a mí me parece que en este país una comida con café, es más comida.

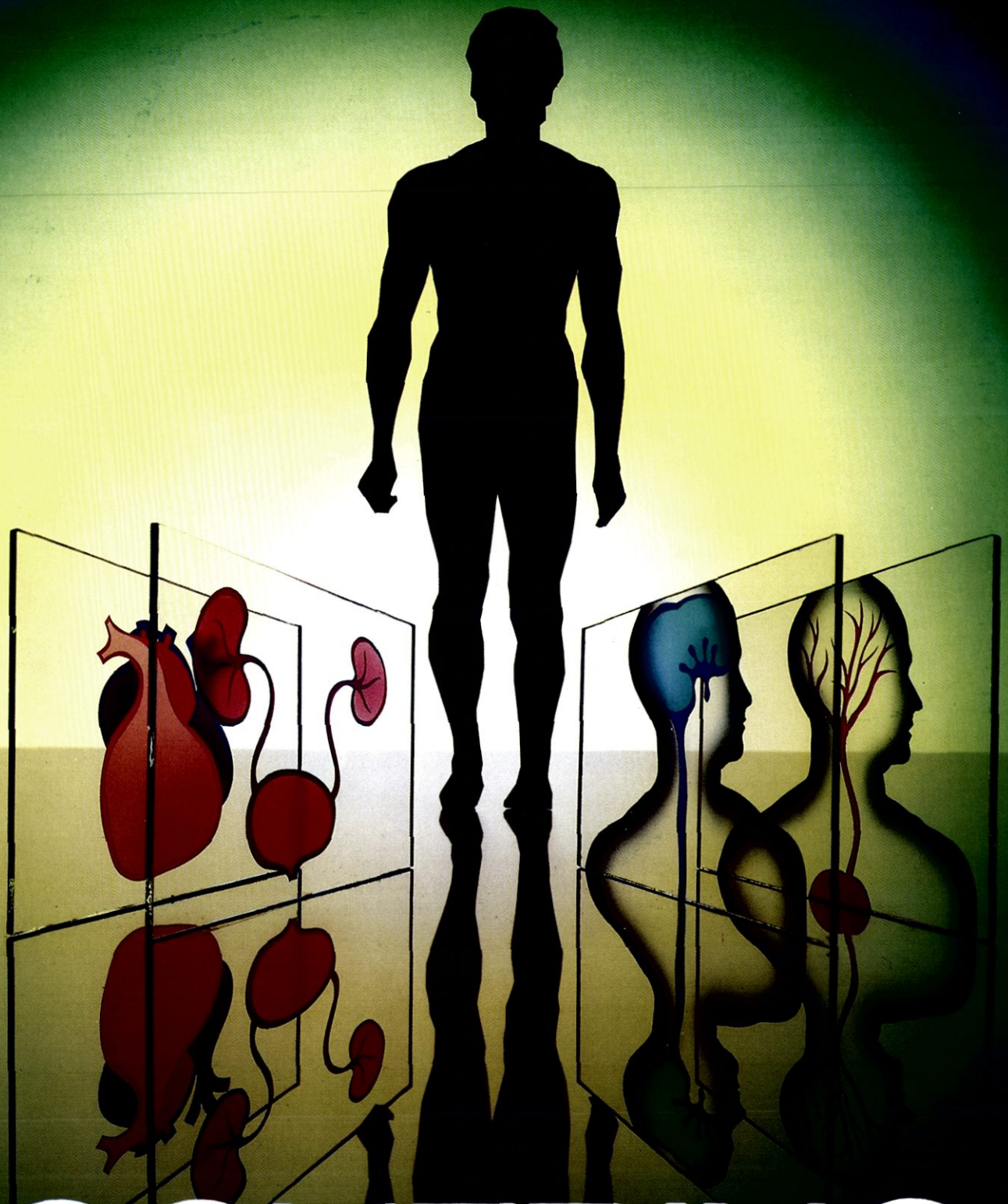
ANGEL ORDUNA
Huesca (ARAGON)

La Sonrisa Radiológica



*Deseamos que el año que viene nos
volvamos a encontrar todos con la
misma alegría y cariño.*

La Peña Romerales



SCHERING

Pide un deseo

*Feliz Navidad
y suerte para
el Año Nuevo
1994.*

FEAER