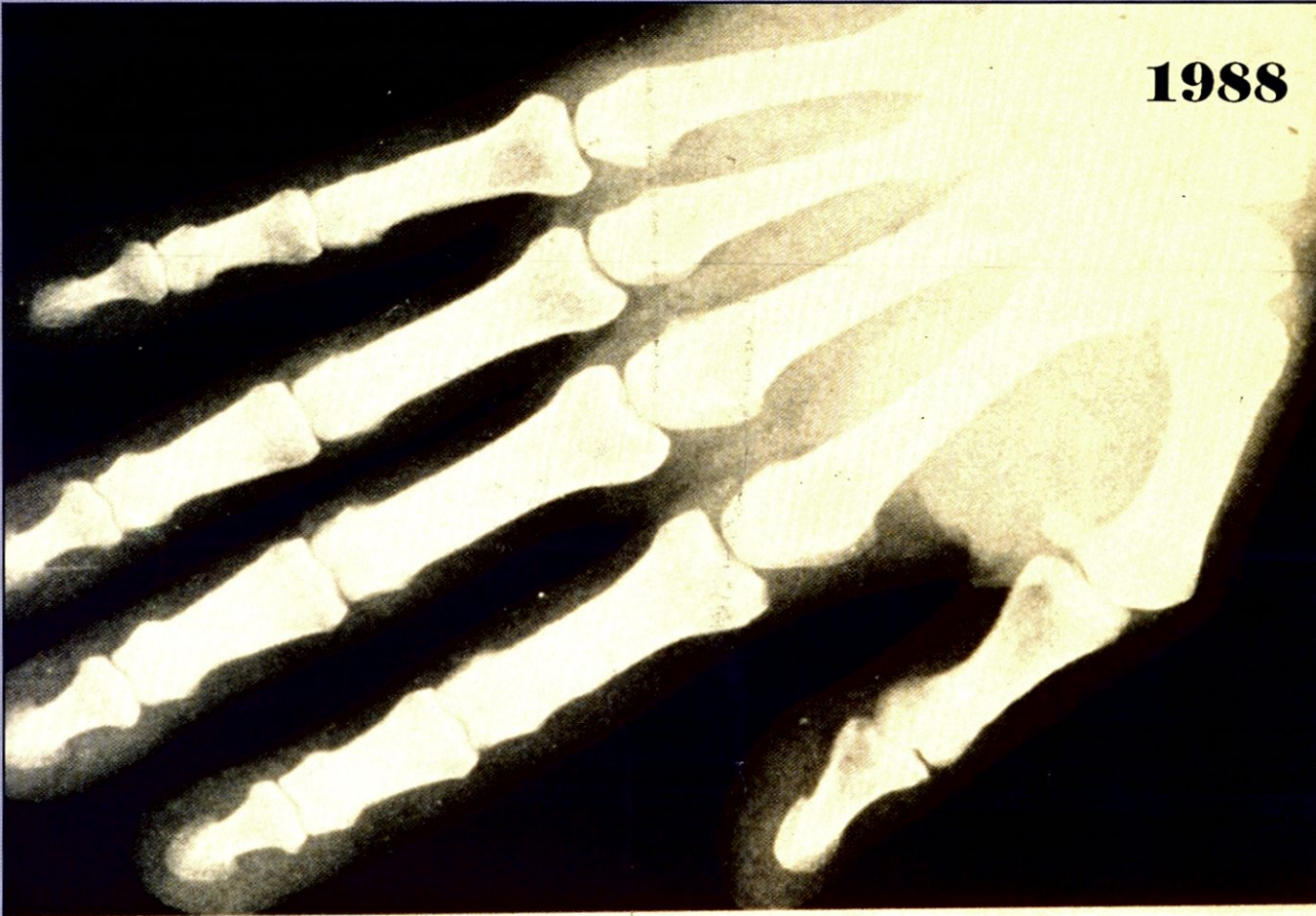


REVISTA OFICIAL DE LA FEDERACION ESPAÑOLA
DE ASOCIACIONES DE ENFERMERIA RADIOLOGICA

ENERO - FEBRERO - MARZO 1994- Nº 22



ENFERMERIA RADIOLOGICA



1988



1896

F i c h a T é c n i c a

Enfermería Radiológica

Dirección:

Gema López-Menchero Mínguez

Jefe de Redacción:

Jesús Inisterra Zerón

Relaciones Publicitarias:

Isabel Beortegui Galindo

Administración:

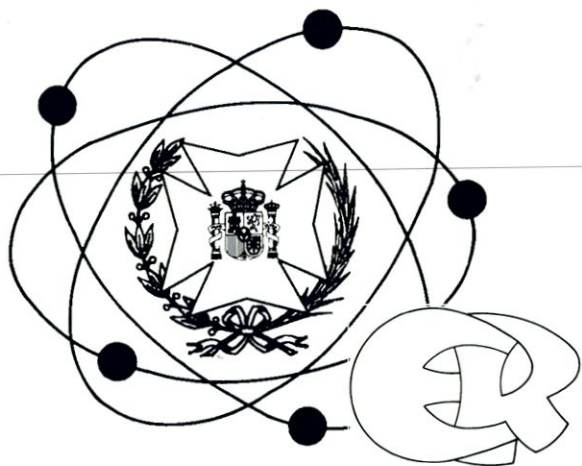
Pilar Pinilla Muñoz.

Suscripciones:

Angel Orduña Onco.

Redactores:

José Antonio López, Carmen Bescos,
Pilar Baranda



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.

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.

Maitte 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

(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 Min-
guez, Director de E.R.



4 Boletín de Suscripción año 1993.

5 El Niño en la Sala De R. X. López Calahorra, J.A. -

Baranda Villarroya, P - Bescós Pérez, C.

11 Radiología Intervencionista en las Complicacio-
nes del Transplante Renal Frutos Alvarez Gonzalez

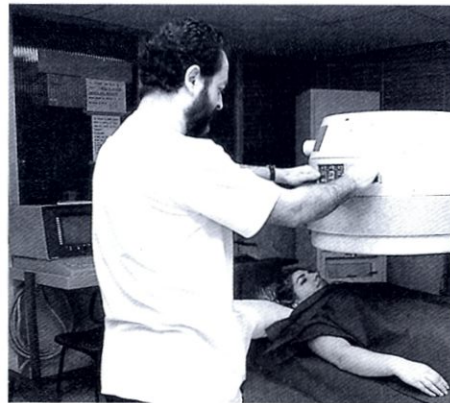
17 La Gammagra-
fía con Galio-67.

-Rueda Salvador,

Rafael

- Traite Caspdevilla,

Alberto.



23 Noticias F.E.A.E.R. Informa su Presidente Nacio-

nal: D. Eduardo Jordan.

24 Crónica de la Asociación Canaria.

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.

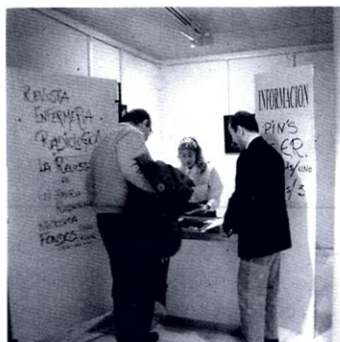
F.- Los trabajos serán enviados a: "Revista de Enfermería Radiológica", Colegio ATS-DUE, calle Bretón nº 48 - Prin. D. Zaragoza, 50005.

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.

La otra Editorial



Un saludo a todos desde Zaragoza.

Hemos empezado un nuevo año, y la situación esta triste y decaída. Todo es ciclico, y supongo que esto es un ciclo, una etapa mas a pasar. Unas veces las cosas van mejor y otras regular, los tiempos unas veces corren buenos y otras veces malos, y actualmente corren peor.

El problema se plantea cuando en los tiempos malos todos dan un paso atras, eludiendo compromisos y responsabilidades.

Nunca me ha gustado que los vecinos vean los trapos sucios de mi casa, por eso escribo "La otra editorial". Cada uno de nosotros sabe que problemas hay, en su Asociación y en la Federación y sabe como solucionarlos, si tiene interes ¡claro!.

Esta revista tiene una ideología, contraportada, que dice bien claro "dar a conocer nuestras inquietudes científicas, promover la investigación y servir de portavoz de la FEAER a sus asociados, en temas relacionados con su especialidad". Espero que en el tiempo, que hemos dirigido esta revista hallamos cumplido con su ideología. Siempre pensamos que esta revista no es un organo de difusión para atacar a otros estamentos, ni para airear problemas internos. Si encambio hemos intentado dar la calidad científica que cada uno dispone al mandar un trabajo, dar información sobre cursos, comunicaros las últimas decisiones legales para cuando las necesiteis esgrimir, que exista comunicación entre nosotros por medio de las crónicas de asociaciones, informaros, al fin y al cabo, de todo lo que sucede a nuestro alrededor, de lo que le sucede a la Enfermería Radiológica.

Queremos agradecer el interés por recibir la revista que han mostrado otros estamentos como: Medicos Radiólogos, Físicos, Técnicos, Asociaciones de otras especialidades de Enfermería, Bibliotecas, Librerías médicas... etc. Esto nos anima a intentar mejorar su calidad.

Esperamos estar en buen camino. Nos gustaría poder seguir haciéndolo. Si vosotros quereis.

Cuidaros mucho.

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 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.

Europa 2.500 Ptas.

Otros Países 3.500 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

..... de de 19

FIRMA DEL TITULAR

El Niño en la Sala de R.X.

Autores:

López Calahorra, J.A. (D.E.) - Baranda Villarroya, P. (D.E.) - Bescós Pérez, C. (SUPERVISORA)
Servicio Radiodiagnóstico Materno-Infantil

Centro de Trabajo:

Hospital Miguel Servet
Zaragoza



El niño posee unas características propias.

INTRODUCCION.

Suele ser habitual entre la enfermería de radiodiagnóstico que realiza su trabajo mayoritariamente con adultos, recibir con cierta incomodidad, aquellas peticiones de estudios referentes a



La protección debe extenderse a las personas que rodean al niño.

niños. Más aún si estos se hallan en una edad donde la colaboración no es lo habitual, y sus cuerpos tienen grandes diferencias de densidades y proporciones. En los centros específicos de radiodiagnóstico pediátrico existen los

mismos problemas, pero la enfermería que atiende a estos pequeños está familiarizada con un tipo de comunicación entre este paciente y sus acompañantes (muy importantes estos últimos). Por otra parte, se cuenta con unos medios que van a facilitar la inmovilización del pequeño o el que este se sienta un poco más cómodo en nuestro servicio.



La protección debe extenderse a las personas que rodean al niño.

CARACTERISTICAS PROPIAS DEL PACIENTE PEDIATRICO.

Tomando como referencia nuestro quehacer diario y el borrador de la ASOCIACION EUROPEA DE RADIOLOGIA PEDIATRICA(1), de su reunión en Feldafing en octubre de 1990, hacemos un pequeño análisis de las causas que diferencian a un niño de un adulto en una sala de R.X. y proponemos algunas ideas que pueden ser de cierta utilidad en este area del radiodiagnóstico.

¿POR QUE ES DIFERENTE UN NIÑO EN LA SALA DE R.X.?

- Por su falta de colaboración.
- Por su especial sensibilidad a las radiaciones ionizantes.
- Por la necesidad de unos cuidados de enfermería apropiados a su edad.

FALTA DE COLABORACION

Debido a su corta edad, problemas de desarrollo psico-motriz, down, etc. o incluso a pánico por alguna experiencia desagradable, podemos encontrarnos con falta de colaboración por parte del niño. Si el niño es capaz de entender, quizás baste con una paciente explicación del procedimiento. Cuando el niño no razona, o es muy pequeño, puede ser necesario el uso de medios mecánicos de inmovilización o la participación de alguna persona que colabore en el procedimiento.



Las manos no deben aparecer en la radiografía.



Las manos deben protegerse con guantes.

COMO INMOVILIZAR A UN NIÑO

En cada servicio, estamos seguros, tenéis vuestros particulares medios de inmovilización. Sólo vamos a nombrar algunos de los mas comunes. En nuestra práctica diaria nos da buen resultado el porta niños; es especialmente útil para realizar estudios de neo-natos y lactantes en bipedestación. Cuando se trata de estudios en mesa, los sacos de arena son de gran ayuda y además éstos están al alcance de cualquier unidad. Un objeto que suele acompañar a las mesas de R.X. son las bandas de compresión, podemos aprovechar éstas para inmovilizar las piernas o los cuerpos de nuestros pequeños pacientes. Conviene tener muy claro que una **buena inmovilización** nos va a llevar a una **buena protección** y una **mejor calidad** radiológica(2).

ESPECIAL SENSIBILIDAD A LAS RADIACIONES IONIZANTES.

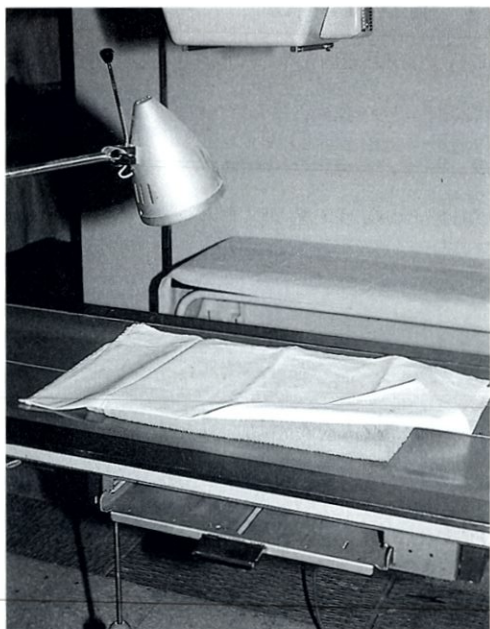
Es en pediatría donde la protección radiológica cobra especial significado. De todos es sabido que aquellos organismos en desarrollo participan de una mayor sensibilidad a las radiaciones ionizantes(3), por esto y por la mayor expectativa de vida, es por lo que la posibilidad de desarrollar enfermedades tumorales a causa de la exposición a R.X. en los primeros diez años de vida es de tres a siete veces mayor que entre los treinta a cincuenta años.

Nunca se insistirá lo suficiente sobre lo necesario de una **adecuada colimación**(4). En pediatría, no es suficiente con ajustar el haz de rayos al formato del chásis ya que en un 18x24 cabe casi la totalidad de un recién nacido. No podemos olvidarnos de los protectores gonadales y sobre todo de que la primera norma de protección es que el estudio esté realmente **justificado**. Recordemos que una **buena colimación** equivale a una **buena protección**.



Una adecuada información es imprescindible.

Tengamos también un recuerdo para la importancia que tiene una correcta elección de los **factores de exposición**(5), a mayor kilovoltaje menos miliamperios y por lo tanto radiación más inocua y más rápida, lo cual favorece la no aparición de borrosidad cinética. Todo esto, claro está, respetando un mínimo de contraste en la calidad radiográfica.



Un poco de confort favorece la exploración.

CUIDADOS DE ENFERMERIA ADECUADOS A SU EDAD.

La observación es en enfermería algo fundamental. En una sala de R.X. la observación de la/el enfermera/o debe ser continua, más si cabe cuando se trate de exploraciones especiales o cruentas. A la seguridad tanto física como emocional debemos añadir una estrecha vigilancia de todos aquellos dispositivos de drenaje, perfusión o inmovilización que porte el pequeño.

Especial importancia tiene en niños muy pequeños el proporcionarles un ambiente adecuado, ya que sus cuerpecitos son muy sensibles a los cambios de temperatura; un simple foco de luz a su lado puede hacer que un pequeño lactante o neo-nato deje de retorcerse de frío y permitarnos realizar un buen estudio, una manta encima de la mesa convertirá esta en algo un poco mas confortable

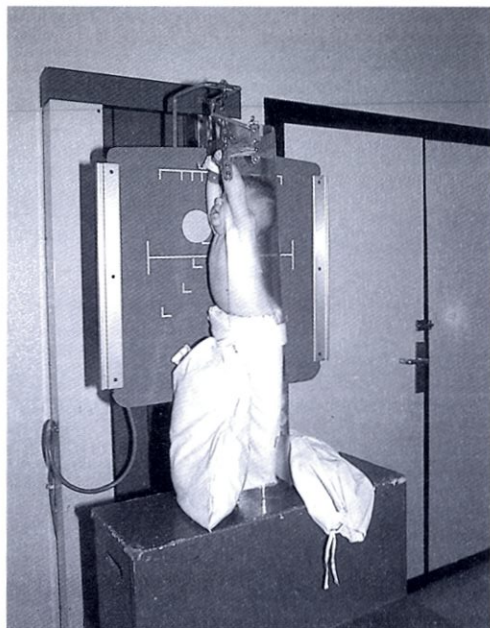
PADRES SI, PADRES NO.

Estamos seguros que en algunos centros es común la presencia de los padres, otro acompañante, en la sala de exploración. También damos por hecho que en otros centros no está permitida esta presencia. Nuestra experiencia al respecto es de restringir al máximo el acceso a acompañantes, pero en ocasiones nos ha sido de gran ayuda la colaboración de los padres. Haciendo referencia al borrador de la ASOCIACION EUROPEA DE RADIOLOGIA PEDRIATICA, decir que éstos padres serán protegidos adecuadamente e instruidos sobre lo que se pretende de ellos, adverti-



La observación es fundamental.

dos de no interponerse en ningún momento entre el haz directo y el niño, y su permanencia será totalmente voluntaria. Por supuesto es labor de la enfermera que todo esto se cumpla a la hora de realizar el estudio.



El Porta-niños es muy útil a la hora de inmovilizar a los pequeños.

LA ENFERMERA Y LA SUJECION DE NIÑOS.

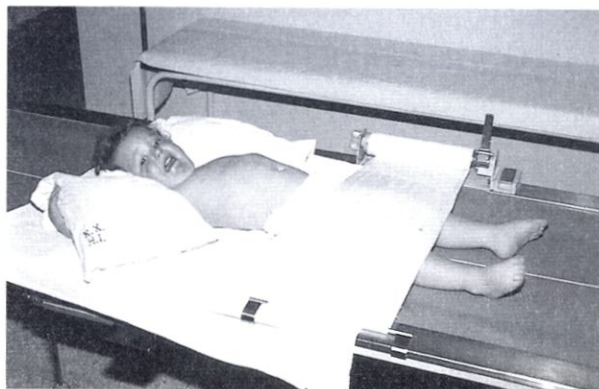
Está claro como estos pequeños nos implican a todos los que les rodeamos a la hora de pasar por una sala de R.X.. Tengamos muy en cuenta las medidas de protección radiológica y seamos, el personal de enfermería expuesto, los primeros en cumplirlas. Hagamos un correcto uso de collarines, delantales, guantes. Se pueden ver en algunos estudios las manos sin guantes plomados de la persona que inmoviliza al niño, esto debe de desaparecer de las radiografías ya que va contra todo principio

de radioprotección además de romper con todos los criterios de calidad de cualquier exploración radiográfica.

COMENTARIO

No se nos pasa por alto que nuestra legislación, en la actualidad, deja claro que debe ser el personal profesionalmente expuesto el que realice las mencionadas labores de sujeción de los pequeños. Pero también es cierto que en ocasiones, la presencia de padres o parientes del niño ayuda en el desempeño del procedimiento, sobre todo si el estado del niño es de una gran ansiedad y excitación. De cualquier manera cada caso habría de ser estudiado por separado teniendo en cuenta las particularidades de la exploración del niño, de los padres y de los medios de inmovilización con que cuenta el servicio encargado de realizar la exploración.

La realidad es que el documento, "Criterios de Calidad para imágenes Radiográficas en Pediatría", tomado como referencia para la realización de este trabajo, no



El uso conjunto de sacos y bandas de compresión facilita las exploraciones.

desestima la presencia de los padres en la sala de R.X.. Aunque, naturalmente, desde aquí no podemos contradecir la legislación vigente y solo queremos llamar la atención para que en los casos en que de forma voluntaria y tras haber sido informados correctamente, aquellos padres que realicen labores de sujeción lo hagan debidamente protegidos e instruidos.

Por último dejar claro que ese tiempo dedicado a informar y explicar los procedimientos radiológicos a niños y padres debe estar incluso en el tiempo dedicado a la exploración.

No se puede entender la realización de ninguna prueba diagnóstica sin que los responsables del niño sepan exactamente lo que se va a hacer con el niño.

BIBLIOGRAFIA

1- Borrador sobre "CRITERIOS DE CALIDAD PARA IMAGENES RADIOGRAFICAS EN PEDIATRIA".

Sociedad europea de radiología pediátrica. Feldafing 1990.

2- Primer Curso de Control de Calidad en Radiología para D.E.. Impartido por el Servicio de Radiodiagnóstico del C.M.E. Ramón y Cajal. Zaragoza. Feb. 1991.

3- Curso Internacional de Radiobiología y Protección. Impartido por: Profesor Fernando Solsona Motrel.

Hospital Miguel Servet de Zaragoza 1987.

4- Curso de Capacitación para Operadores de Instalaciones de Radiodiagnóstico.

Ilustre colegio de D.E. de Zaragoza. Zaragoza Nov. 1991.

5- Fundamentos de Técnica Radiográfica.

Manuel Gárate Rojas.

Ed. Ancora. Barcelona. 1988.

Radiología Intervencionista en las Complicaciones del Trasplante Renal

Autor:

FRUTOS ALVAREZ GONZALEZ
ATS/DE. Especialista en Electro-Radiología
Sección de Radiología Vascular-Intervencionista

Centro de Trabajo:

Hospital Universitario "Reina Sofia"
Cordoba

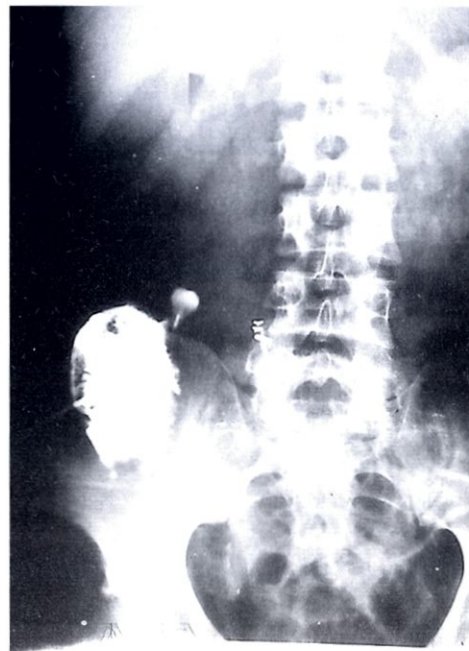
INTRODUCCION

Los Trasplantes Renales son una técnica que se viene realizando cada día más, como tratamiento de elección, en los pacientes con insuficiencia renal crónica habiendo disminuído de forma considerable su morbilidad y mortalidad quirúrgica.

Un trasplante renal implantado con éxito significa una gran mejoría en la calidad de vida del paciente.

Sin embargo el enfermo trasplantado renal presenta un alto riesgo de padecer una serie de complicaciones postquirúrgicas que pueden ser tratadas por procedimientos percutáneos, que son rutinariamente usados en el diagnóstico y tratamiento de patologías similares en los riñones nativos, aunque existe un pequeño riesgo de infección o daño para el trasplante.

El presente trabajo muestra las distintas técnicas que se pueden usar como tratamiento y/o diagnóstico dando una alternativa al tratamiento quirúrgico de las complicaciones renales en el paciente trasplantado.



ABSCESO

COMPLICACIONES DE LOS TRASPLANTES RENALES

Las podemos dividir en dos grupos:

A- Uropatías obstructivas:

A-1 **Intrínsecas** de la vía excretora originada como consecuencia de estenosis de la unión ureterovesical, torsión ureteral, necrosis ureteral, cálculos, etc.

A-2 **Extrínsecas** de la vía excretora que provocan compresiones sobre ella como linfocelos, Urinomas, Abscesos, hematomas, etc.

B- Patología Vascular:

B-1 **Estenosis arteriales** generalmente debidas a fibrosis en la anastomosis quirúrgica.

B-2 **Aneurismas y Fístulas arteriovenosas** provocadas por las biopsias a las que son sometidos los pacientes trasplantados.

B-3 **Trombosis arterial.**

TECNICAS DE RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA

Uropatías obstructivas:

Estas complicaciones ocurren con una frecuencia del 1 al 10 %, según la bibliografía consultada, en los pacientes trasplantados, dando lugar a hidronefrosis y empeoramiento progresivo de la función renal.

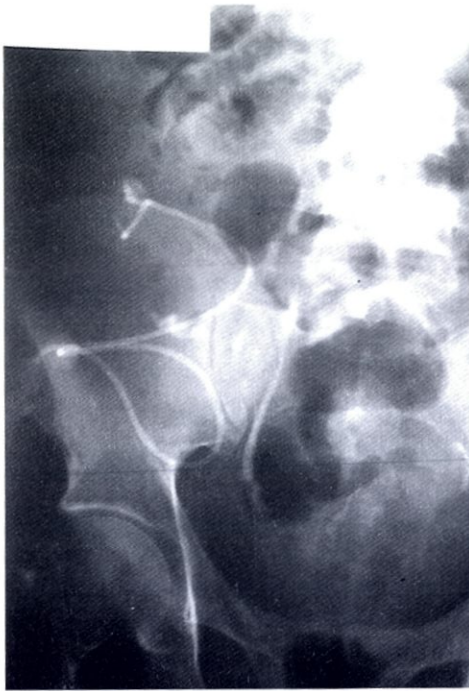


Como paso previo para cualquier tratamiento quirúrgico o percutáneo para solucionar el problema oclusivo intrínseco tendrá que realizarse una nefrostomía percutánea de descarga lo que mejorará la función renal.

A través del catéter de nefrostomía percutánea podemos realizar una pielografía anterograda y así determinar el lugar exacto de la obstrucción y a veces la causa.

En la preparación del paciente para la nefrostomía hay que tener presente la cobertura antibiótica a la que debe estar sometido el paciente como prevención a posibles infecciones posteriores, ya que la orina es un medio de cultivo excelente, y se puede contaminar con la manipulación, y comprobar los factores de coagulación.

Mediante ecografía en tiempo real, se mide la distancia al cáliz más asequible, cerca del borde lateral del riñón, trasplantado, consiguiendo de esta manera evitar la entrada en peritoneo y la posibilidad de hemorragias post-nefrostomía, debido a que la entrada se realiza de la forma más paralela al pedículo vascular renal.



NEFROSTOMIA

Se realiza la punción con la medida e incidencia marcada en la ecografía, retirando el fiador fluirá a través de la vaina, la orina retenida en el cáliz puncionado, una muestra de la cual se mandará al laboratorio de microbiología para cultivo y antibiograma.

Introduciendo a través de la vaina guías de distintos calibres se colocará el cateter que servirá de drenaje, normalmente de 7F o 9F de calibre.

Pasados unos días de la colocación del catéter de nefrostomía se comprueba de nuevo el lugar de la oclusión mediante pielografía anterógrada.

Se realizaran lavados del catéter cada doce horas para verificar su permeabilidad.

Dependiendo de la causa que origine la oclusión y usando la vía de acceso del catéter de drenaje se realizará la dilatación ureteral o se colocará un Stent en el caso de estenosis elástica extracción del cálculo, etc, si procede o se derivará el paciente para tratamiento quirúrgico.

En el caso de colecciones perirrenales, **uropatías obstructivas extrínsecas**, se drenará el contenido de la misma localizando por ecografía en tiempo real la zona más superficial o cercana a la piel de la colección y actuando seguidamente de la misma forma que para una nefrostomía percutánea, utilizando catéteres de mayor o menor grosor según sea el contenido de la colección, normalmente de 9F a 12F.

Se enviará al laboratorio para cultivo y antibiograma una muestra del contenido de la colección.

Se realizarán lavados posteriores cada doce horas con suero fisiológico y controles con fluoroscopia para observar como van evolucionando dichas colecciones. En el caso de los **linfoceles** se intentará la esclerosis del mismo mediante lavados con una solución al 50% de alcohol y povidona iodada, ya que el linfocele mantiene su comunicación con el sistema linfático y caso de no esclerosarlo puede recidivar.



NEFROSTOMIA

PATOLOGIA VASCULAR:

Estenosis arteriales, que se tratarán mediante angioplastia trasluminal percutánea para lo cual se puncionará la arteria femoral cateterizándola por el método del Seldinger.

Se realizará arteriografía previa de la zona del trasplante para localizar la estenosis.

Se programará al enfermo para ATP, preparándolo con antiagregantes plaquetarios durante 48 horas antes y vasodilatadores media hora antes de la realización de la angioplastia.

La técnica se basa en la colocación de un catéter balón en la zona estenótica realizando varias dilataciones en ella, hasta comprobar que ha desaparecido la estenosis.

Para evitar microembolias en arterias renales distales se administrará 2500 UI de heparina sódica previa a la dilatación y 2500 UI al finalizar.

La elección del tamaño del balón se realizará midiendo en la arteriografía previa la zona proximal y distal de la estenosis y la longitud de la misma.

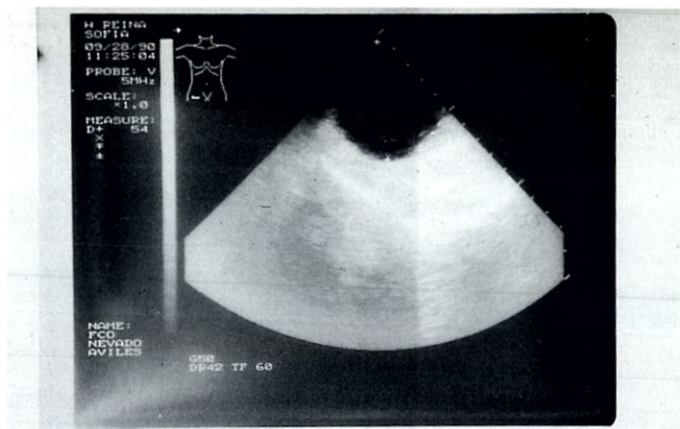
En el caso de estenosis elásticas se puede colocar una prótesis tipo Stent.

Al finalizar la plastia o colocación de Stent se realizará una arteriografía de control.

Al finalizar la ATP se prescribe una pauta para evitar complicaciones tardías:

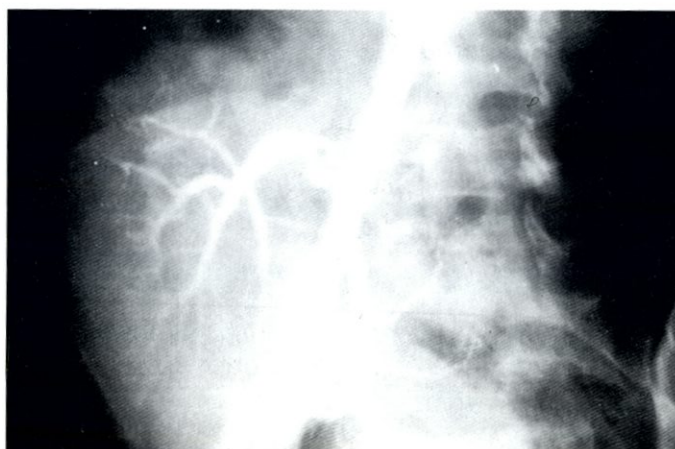
Heparina IV= 60 mg/4 h. durante 48 h.

Durante seis meses el mismo tratamiento que tomó en la pre-ATP.



ANEURISMAS Y FISTULAS ARTERIOVENOSAS:

Se procederá de la misma forma que en las estenosis cateterizando mediante técnica de Seldinger la arteria renal afecta, embolizándola mediante material reabsorbible o microcoils.



MALLINCKRODT
Imaging

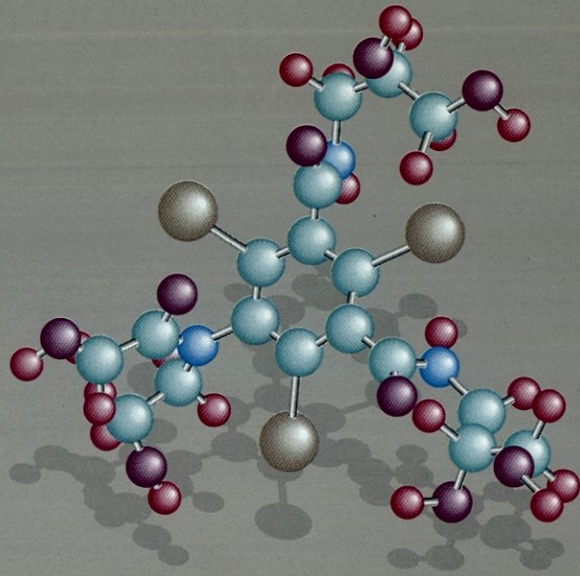


CARACTERISTICA: HIDROFILO

EL MEDIO DE CONTRASTE
MONOMERO NO IONICO DE LA
ULTIMA GENERACION

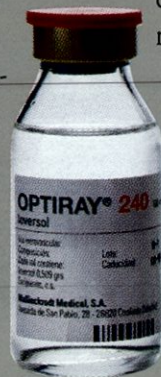
OPTIRAY®
Ioversol

OPTIRAY®



LA MOLECULA UNA CLAVE PARA LA TOLERANCIA

OPTIRAY® es el medio de contraste no-iónico para radiografía sin grupos metilo y con seis grupos hidróxilos, colocados simétricamente que dan a la molécula de OPTIRAY® la hidrofiliía más alta de todos los medios de contraste monómeros no-iónicos.¹



Muchos autores ven una relación evidente entre hidrofiliía y tolerancia de los medios de contraste radiográficos.^{2,3}

Con mucho, OPTIRAY® tiene la hidrofiliía más alta de todos los medios de contraste monómeros no-iónicos, confirmada por el mayor coeficiente de distribución agua/octanol. Se distingue también por su buena tolerancia general y neural.^{1, 4, 5}

En la práctica diaria, y confirmada por numerosos estudios clínicos, OPTIRAY® representa una

- tolerancia destacada
- imagen excelente
- amplia gama de concentraciones y presentaciones adecuadas para la práctica diaria.

1 Le Mignon M M, et al.: Eur. J. Radiol. 1991; 13: 126 - 133; 2 Speck U, et al.: In: Taenzer V, Zeidler E, eds.; Stuttgart; 3 Dawson P: Invest. Radiol. 1988; 23 (Suppl. 2): S310-S317; 4 McClennan B L: AJR 1990; 155: 225-233; 5 Ralston W H: Invest. Radiol 1989; 24(S1): S2-S9

OPTIRAY® (Ioversol). COMPOSICION por 100 ml: OPTIRAY® 160: 33,9 g Ioversol; OPTIRAY® 240: 50,9 g Ioversol; OPTIRAY® 320: 67,8 g Ioversol; INDICACIONES (Adultos): Angiografía cerebral, Arteriografía coronaria selectiva y ventriculografía izquierda, Arteriografía periférica, Arteriografía renal, Arteriografía visceral, Angiografía de sustracción digital intraarterial, Flebografía ascendente (venografía), Tomografía computarizada craneal, Tomografía computarizada del cuerpo, Urografía excretora intravenosa. POSOLOGIA: Varía según la exploración, volumen y presentación. CONTRAINDICACIONES: No tiene. EFECTOS SECUNDARIOS: Las reacciones adversas debidas al uso de OPTIRAY®, son usualmente moderadas, de corta duración y se resuelven espontáneamente (sin tratamiento). Las inyecciones del medio de contraste están asociadas con sensación de calor y sofoco, especialmente en arteriografía periférica. Cuando se compara con otros medios de contraste, calor y sofoco ocurren menos frecuentemente y son menos severas con la inyección de OPTIRAY®. Pueden ocurrir reacciones adversas con severas amenazas para la vida, principalmente de origen cardiovascular. En suma, las reacciones adversas reportadas con OPTIRAY®, han sido repetidas con el uso de otros agentes de contraste y son posibles con los agentes de contraste yodados solubles. Nervioso: Espasmo muscular, convulsiones, afasia, síncope, parálisis, daños de pérdida de visión usualmente pasajeros pero pueden ser permanentes, y muerte. Cardiovascular: Edema angioneurótico, edema periférico, vasodilatación, trombosis y raramente tromboflebitis, coagulación intravascular diseminada y shock. Piel: Manchas papilares, eritema, síntomas conjuntivos, equimosis y necrosis de tejidos. Respiratorio: Ahogos, disnea, jadeos que pueden ser manifestaciones iniciales de otras más severas e infrecuentes reacciones incluyendo ataques asmáticos, espasmos de laringe y espasmos bronquiales, edema pulmonar, apnea y cianosis. Raramente estas reacciones tipo alérgico progresan a anafilaxia con pérdida de conciencia, coma, disturbios severos cardiovasculares y muerte. Varios: Hipertermia, anuria temporal y otras nefropatías.

PRESENTACIONES Y P.V.P.I.V.A.:

OPTIRAY® 160 - frascos de 50 ml.	P.V.P.I.V.A.	3.607
OPTIRAY® 160 - frascos de 100 ml.	P.V.P.I.V.A.	6.946
OPTIRAY® 240 - frascos de 50 ml.	P.V.P.I.V.A.	5.410
OPTIRAY® 240 - frascos de 100 ml.	P.V.P.I.V.A.	10.419
OPTIRAY® 320 - frascos de 50 ml.	P.V.P.I.V.A.	7.213
OPTIRAY® 320 - frascos de 100 ml.	P.V.P.I.V.A.	13.892
OPTIRAY® 320 - frascos de 200 ml.	P.V.P.I.V.A.	26.715

Disponible también en envases de 10 frascos en todas las presentaciones.

MALLINCKRODT
Imaging

Mallinckrodt Medical S.A. · Avenida de San Pablo Nº 28 · 28820 Coslada (Madrid) · Tel.: (91) 669-68 48 · Fax (91) 669 - 7505

MATERIAL

General:

Paños de campo
Batas
Gasas y compresas
Guantes plomados y quirúrgicos
Recipientes para lavado, residuos y contraste.
Jeringas de distintos tamaños
Hoja de bisturí curva.

Específico de nefrostomía y drenaje colecciones perirrenales:

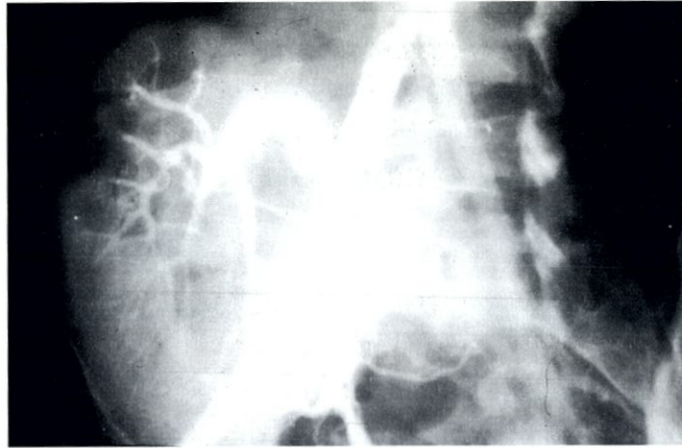
Aguja de punción de Lunderquist del 19 G (modificada de Chiva).
Guías de 0,032" curva y 0,038".
Dilatadores de tracto de distinto tamaño.
Catéter Pig-Tail tamaño elegido previamente.
Seda con aguja atraumática.
Equipo colector de fluidos.

Específico de ATP:

Introduccionador 6F o 8F.
Catéter angiográfico 5F o 7F.
Guías 0,032" y 0,016".
Catéter balón 5F y 7F (medida balón elegida).
Jeringa con manómetro de presión.
Conector de alta presión.
Abocath 16G o 18G.

Específico de embolización:

Introduccionador 5F o 7F.
Catéter angiográfico 5F o 7F.
Guías 0,032" y 0,016".
Conector de alta presión.
Catéter de embolización con balón anti retorno con un solo orificio distal.
Recipiente con material embolizante (Zimospuma, Gelfoan, Ivalon).
Microcoils (en su caso).
Abocath 16G o 18G.



CONCLUSION

Estas técnicas percutáneas sustituyen en la mayoría de los casos los tratamientos quirúrgicos con un bajo coste y corta estancia hospitalaria y con una morbi-mortalidad bajísima.

Además pueden salvar la función del riñón trasplantado si se actúa con la prontitud necesaria.

AGRADECIMIENTO

Al Dr. D. Miguel Canis López. Jefe del servicio de Radiodiagnóstico del Hospital Universitario "Reina Sofía" y a los Dres. D. Luis Jesús Zurera Tendero, (Radiólogo adjunto de la Unidad de Radiología Vascular Intervencionista) y D. Rafael Oteros Fernández, médico residente por su dirección y colaboración inestimable al igual que a mis compañeros D. Bernardo Luque Sánchez y D. Salvador Guirao Fuentes así como a la Sta. D^a Emilia Rodríguez Muñoz sin cuya ayuda y colaboración desinteresada no hubiera sido posible la realización del presente trabajo.

La Gammagrafía con Galio-67

Autores:

RUEDA SALVADOR, RAFAEL. Supervisor
TRAITE CAPDEVILA, ALBERTO. Due Especialista en
Radioterapia y Medicina Nuclear.

Centro de Trabajo:

Ciudad Sanitaria y Universitaria de Bellvitge.
Hospital "Príncipe de España"
Servicio de Medicina Nuclear.

RESUMEN:

En este trabajo, tratamos de dar a conocer la importancia de la Medicina Nuclear y en concreto de la gammagrafía con Ga-67 dentro del contexto de las patologías en las cuales pueda estar indicada dicha exploración.

Así mismo queremos resaltar las funciones del A.T.S.-D.E. en éstos Servicios y la necesidad de una Enfermería especializada para la realización de unas exploraciones que dentro del campo de la Medicina presentan una especialización elevada.

Por último y dado la cada vez mayor importancia de la infección por HIV en nuestra sociedad, valoramos la posible aplicación de la técnica con Ga-67 en su diagnóstico.

CONCLUSIONES:

Hemos detallado la actuación de Enfermería y llegado a la conclusión:

- Que dadas las características de los pacientes, se trata de una exploración en que la enfermería es fundamental para la comprensión y el trato integral del paciente a la vez que para la obtención de un resultado fiable y de calidad.

- La gammagrafía con Ga-67 es un método incruento, valido y con la suficiente sensibilidad y especificidad para determinar la existencia de una infección concomitante.

- Permite la detección precoz e identificación de infecciones oportunistas, localización de infecciones y tumores que derivarán a otras técnicas de diagnóstico y biopsia.

- Valoración del grado de extensión y control de la evolución de la enfermedad y su respuesta al tratamiento.

LA GAMMAGRAFIA CON GALIO-67

RECUERDO HISTORICO.

Hacia finales de los años sesenta la Medicina Nuclear, ligada entonces íntimamente a la Radioterapia y al Radiodiagnóstico se esforzó en la búsqueda de un trazador tumor-específico. Dentro de esta corriente, Edwars y Hayes en 1969, fueron los primeros en utilizar el citrato de Ga-67 para el diagnóstico y localización gammagráfica de las neoplasias malignas.

Posteriormente numerosos autores informaron de la localización de este radiofármaco en lesiones no tumorales, principalmente en procesos inflamatorios tanto de origen séptico como aséptico, así por ejemplo, en 1972, tres grupos de autores señalaron la presencia de acumulos patológicos de Ga-67 en las manifestaciones intratorácicas de la Sarcoidosis y demostraron su utilidad en la valoración de la actividad de la enfermedad y del control evolutivo post-tratamiento de la misma.

INTRODUCCION

Actualmente el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) es una de las patologías de mayor repercusión social y económica en nuestra sociedad.

La CDC (Center for Disease Control) ha definido el SIDA como la presencia de una enfermedad oportunista indicativa de un defecto subyacente de la inmunidad celular.

La infección por HIV se debe entender como una enfermedad evolutiva con historia natural propia.

La tendencia actual es a definir el SIDA como una infección por HIV con un número bajo de linfocitos TCD4.

El SIDA puede ser descrito como una enfermedad que afecta fundamentalmente a personas con factores de riesgo, el más importante es el de homosexuales y bisexuales promiscuos.

También:

- La transmisión heterosexual solo supone un 4%
- La transmisión parenteral en personas adictas a drogas por vía parenteral (ADVP) es el más numeroso en España.
- Los receptores de transfusión solo suponen un 2% en E.E.U.U.
- Los hemofílicos, constituyen el 1% del total de los casos de SIDA. En E.E.U.U. más del 70% son seropositivos.

Los pacientes portadores de anticuerpos HIV +, están predispuestos a una amplia variedad de infecciones oportunistas por protozoos (*Pneumocistis carinii*), bacterias (*Micobacterium*, Tuberculosis), hongos, virus.

Los tumores que más frecuentemente se asocian con el SIDA son: Sarcoma de Kaposi, Linfoma no Hodking etc.

Las complicaciones constituyen la mayor fuente de morbilidad y mortalidad. El diagnóstico de las mismas es difícil, ya que la clínica es inespecífica y no suele haber signos locales de infección. La manifestación más frecuente es la fiebre, acompañada o no de adenopatías. El pulmón es uno de los primeros órganos que presentan complicaciones.

Datos de interés.-

- E.E.U.U. es el país con mayor número de casos nuevos.
- ADVP es el grupo de riesgo con mayor letalidad.
- De los 25-29 años es la edad de mayor prevalencia.
- La Comunidad autónoma de mayor riesgo es Cataluña.
- Las causas de muerte son: 1º infección y 2º hemorragia por Sarcoma de Kaposi.
- Las causas más frecuentes de sospecha de SIDA son: 1º infecciones oportunistas y 2º tuberculosis extrapulmonar.

QUE ES EL GALIO 67

El Galio 67 es un producto de Ciclotrón. Se obtiene bombardeando con protones un blanco enriquecido en Zinc-68. Su período de semidesintegración es de 78 h. y decae por captura electrónica emitiendo cuatro fotopicos.

En el año 1.969 Edwards y Hayes fueron los primeros en utilizar el Citrato de Galio 67, para el diagnóstico y localización gammagráfica de las neoplasias malignas. Posteriormente numerosos autores informaron de la localización de este radiofármaco en lesiones no tumorales, principalmente en procesos inflamatorios y sépticos.

DISTRIBUCION DEL GALIO 67 EN EL ORGANISMO

El Galio 67 se administra por vía endovenosa (dosis: 4-5 mCi.) en forma de Citrato. La principal vía de eliminación durante la primeras 24 horas es la renal (10-30%) presentando a partir del segundo día una progresiva eliminación intestinal.

En condiciones normales, la máxima concentración del Galio 67 se produce en el hígado, observándose depósitos menores en médula ósea, bazo y mucosa intestinal. En condiciones patológica (neoplasias, inflamaciones, SIDA, etc), esta distribución puede variar dependiendo de la concentración del trazador en las zonas patológicas.

Tras la administración endovenosa, el Citrato de Galio 67 se disocia rápidamente; un 1% de la dosis administrada se fija a los leucocitos y el resto permanece en el plasma uniéndose a las proteínas transportadoras del hierro, tales como la transferrina la lactoferrina y la ferritina.

MECANISMO DE CAPTACION DEL CITRATO DE GALIO 67

El mecanismo mediante el cual el Ga-67 se deposita en las lesiones inflamatorias o neoplásicas no es bien conocido, si bien se especula que puede ser debido como consecuencia de múltiples mecanismos, como la hiperemia regional, aumento de la permeabilidad vascular, fijación a proteínas de microorganismos y proteínas inflamatorias etc.

INDICACIONES DE LA GAMMAGRAFIA CON CITRATO DE GA-67

Infección intrabdominal.

La principal utilidad de la gammagrafía con Ga-67 reside en la búsqueda de procesos infecciosos sin signos de localización.

Mediante la gammagrafía abdominal con Ga-67 se pueden detectar abscesos renales o perirrenales, hepáticos y subfrénicos.

El principal problema lo constituye la eliminación intestinal del Ga que puede enmascarar las lesiones. En estos casos esta indicada la realización de un enema de limpieza antes de efectuar la exploración.

-Infecciones torácicas.

Se observa acúmulo patológico de Ga-67 en ambos campos pulmonares en una amplia variedad de procesos infecciosos e inflamatorios, incluyendo afecciones víricas y bacterianas, fúngicas, Sarcoidosis, pneumoconiosis, fibrosis pulmonar idiopática, etc.

La mayoría de las patologías producen un aumento de captación difuso exceptuando la neumonía o neoplasia lobar.

Un caso particular lo constituye la neumonía por *Pneumocystis Carinii* que se presenta fundamentalmente en los pacientes con HIV + y se caracteriza por un acúmulo difuso intenso en ambos campos pulmonares. En éstos casos la radiología de tórax es normal.

Mediante la gammagrafía con Ga-67 también puede valorarse la afectación mediastínica de distintas enfermedades como el linfoma de Hodgkin, la misma Sarcoidosis, pericarditis, endocarditis, etc.

-Huesos y articulaciones.

En la osteomielitis aguda se observa una captación precoz de Ga-67 (y normalmente intensa). La captación precede a la del MDP (gammagrafía ósea con Metildifosfonato). Sin embargo en la mayoría de los casos el diagnóstico se establece por la clínica, la radiología y la gammagrafía ósea con MDP, sin embargo esta última es poco específica, pudiéndose utilizar el Citrato de Galio 67 para aumentar la especificidad.

-Prótesis de cadera.

La gammagrafía con Ga-67 muestra captación cuando existe un aflojamiento séptico (infeccioso) de la prótesis. Los aflojamientos mecánicos solo muestran captación en la gammagrafía con MDP.

-Artritis séptica.

La gammagrafía con Ga-67 tiene una utilidad limitada ya que ante la sospecha de una artritis debe realizarse una aspiración de la articulación. Sin embargo puede ser útil en los casos de articulaciones de difícil punción como pueden ser las sacroilíacas y los espacios intervertebrales.

-Procesos tumorales.

El citrato de Ga-67 se utiliza para la detección de una amplia variedad de procesos tumorales, fundamentalmente el carcinoma broncoalveolar, la enfermedad de Hodgkin y otros linfomas.

Se utiliza fundamentalmente para establecer el estadio de la enfermedad en aquellos pacientes en los cuales están las técnicas más agresivas están contraindicadas o para detectar afectación de zonas de difícil visualización con otras técnicas (p.e. los ganglios para-aórticos).

La utilidad de la gammagrafía con citrato de Ga-67 para el diagnóstico y estadiaje de las neoplasias es bastante limitada. Debemos tener en cuenta que dista mucho de ser un trazador específico de tumores.

- Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. (SIDA).

Actualmente debido al aumento progresivo de esta patología, el Ga-67 es también el trazador más utilizado para el diagnóstico de otras infecciones concomitantes.

Los pacientes afectados de SIDA o seropositivos, debido a su estado inmunológico tienen cierta facili-

dad para ser invadidos por gran variedad de infecciones oportunistas.

Su diagnóstico es difícil pues no tienen una clínica definida y no suele haber signos locales de infección.

Frecuentemente el síntoma principal es la fiebre que puede ir acompañada de adenopatías, aunque no necesariamente.

Uno de los primeros órganos comprometidos en el proceso de esta enfermedad son los pulmones.

Además de otras exploraciones complementarias para determinar el tipo de infecciones que habitualmente padecen se les realiza una exploración gammagráfica con citrato de Ga-67 para ayudar al diagnóstico.

Para valorar la utilidad de la gammagrafía, se ha realizado una revisión de las gammagrafías pulmonares con Ga-67 de los pacientes con HIV explorados en nuestro Servicio.

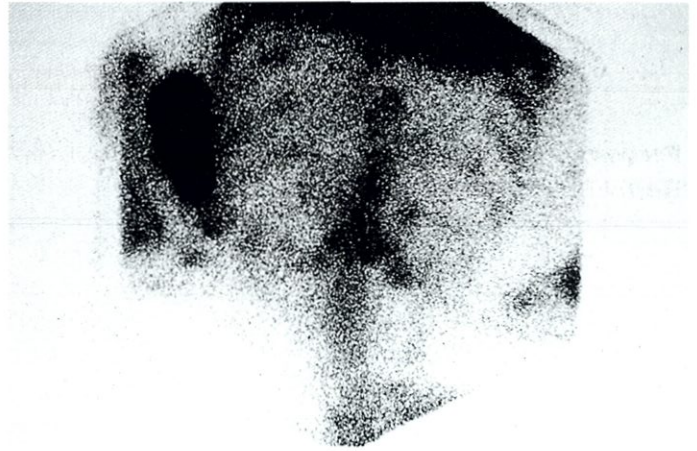
PATOLOGIA GANGLIONAR

En pacientes infectados por el HIV presentan con mucha frecuencia nodulos Linfocitos generalizados, acompañados de fiebre y sintomatología inespecífica. La exploración de elección es la gammagrafía con Ga-67. Deben rastrearse las localizaciones más frecuentes: tórax, axilas, región cervical y región inguinal.

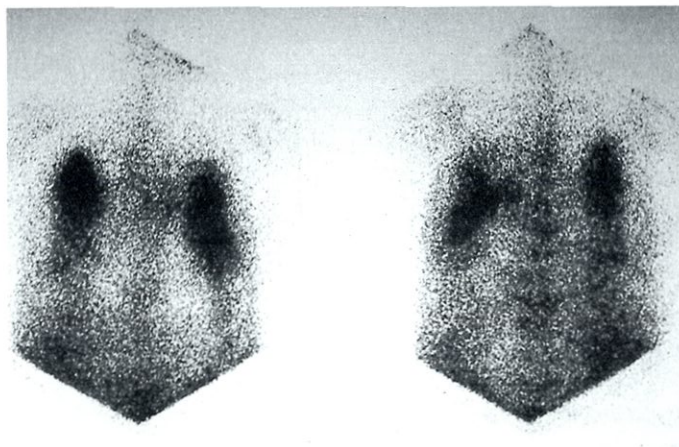
Linfadenopatía Infecciosa.- Es la infección con afectación ganglionar más frecuente, originada por el *Mycobacterium Tuberculosis* (TBC).

El Sarcoma de Kaposi es la neoplasia más frecuente, suelen ir asociadas a procesos infecciosos y son frecuentes las adenopatías. A diferencia del Linfoma, presenta una ausencia total del trazador. El Linfoma Hodgkiniano es la segunda neoplasia más común en pacientes de Sida. Suelen cursar con una gran afectación ganglionar, siendo la pulmonar mucho más frecuente.

Las adenopatías linfomatosas presentan una intensa captación del trazador.



LINFOMA AXILAR



NEUMOCISTISCARINI

PATOLOGIA PULMONAR

La patología pulmonar es la más frecuente. Más de la mitad de estos pacientes inician su enfermedad con sintomatología respiratoria. La infección oportunista más frecuente en el SIDA es la Neumonía por *Pneumocistis Carinii*, presentándola hasta un 80% de los pacientes con SIDA.

En muchas ocasiones su presentación clínica es inespecífica con fiebre, tos y disnea, lo primero que se le practica es una radiografía de tórax.

Si la radiología es normal, a continuación se le practica un test de función pulmonar y una gammagrafía con Galio.

FUNCIONES DE ENFERMERIA

Información al paciente.-

No es necesario que esté en ayunas ni para la administración de la dosis, ni para la realización de la gammagrafía. Le explicamos a que tipo de exploración será sometido, así como la forma en que se llevara a cabo, de esta forma ayudamos a disminuir el grado de ansiedad y al mismo tiempo ofrecemos un apoyo psicológico al paciente.

También le explicamos que el Galio 67 no produce ningún tipo de reacción ni molestias y que entre la administración del trazador y la práctica de la exploración puede llevar una vida absolutamente normal y no es necesario que tome ningún tipo de precaución ni medida especial.

Debido a la eliminación fisiológica normal del Citrato de Galio 67, por el Colon, es aconsejable realizar un enema de limpieza antes de someter al paciente a un rastreo abdominal.

Los pacientes afectados de SIDA según en la fase evolutiva de la enfermedad en que se encuentren, presentan un alto grado de irritabilidad y nerviosismo, por lo que la atención debe ser más personalizada.

Preparación del Radiofarmaco.-

El Citrato de Galio 67 se almacena en la Cámara Caliente dentro de un castillo plomado, donde se puede manipular cómodamente.

Hay que preparar el radiofarmaco con el cuidado necesario para que no se produzca ninguna contaminación,

cogiendo la cantidad precisa con el fin de no exponer al paciente a una irradiación innecesaria y procederemos seguidamente a su administración.



Administración del radiofarmaco.-

Como la gammagrafía con Citrato de Galio 67 está indicada en algunos grupos de pacientes con enfermedades potencialmente transmisibles por suero, deberemos observar una correcta higiene y protección de las manos mediante guantes para evitar accidentes y riesgos innecesarios.

Habrá que buscar y localizar una buena vía a fin de evitar la extravasación del radiofarmaco. Si se produce extravasación, el paciente nota un ligero escozor o quemazón local.

Realizaremos una correcta desinfección de la zona localizada y procederemos a la administración del trazador.

Posteriormente separamos la aguja de la jeringa y se tira en los recipientes apropiados para los residuos radiactivos.

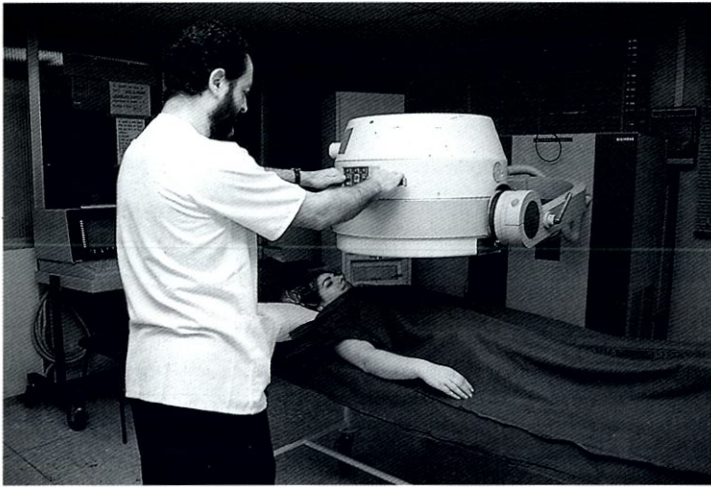
Si el paciente está ingresado en el Hospital, debe evitarse siempre la administración del radiofarmaco en su habitación, siguiendo así la norma (válida para todas las exploraciones radioisotópicas), de que es el paciente quien va a la dosis; nunca la dosis al paciente.

Desarrollo de la exploración.- (Diapo 4)

La gammagrafía la realizamos mediante una gammacamara convencional, provista de un colimador de energía media y agujeros paralelos, con ventana del 20% sobre fotopicos de 93, 184 y 296 KeV.

La exploración se realiza a las 48-72 horas post administración de 148 mBq (4 mci) de Citrato de Galio 67.

Se debe observar una correcta colocación del paciente que se situará bajo el cabezal de la gammacamara. La zona a explorar debe estar lo mas cerca posible del colimador, con el fin de



- Y en ocasiones si esta indicado A. P. de la región inguinal.

A continuación se procederá al control e identificación de las imágenes analógicas. Entre las exploraciones más frecuentemente realizadas a los pacientes de SIDA, las dos patologías más frecuentes son: la Ganqionar y principalmente la Pulmonar.

que las imágenes obtenidas no estén distorsionadas por una incorrecta colocación del paciente y sean lo más homogéneas posibles. El paciente debe permanecer completamente inmóvil el tiempo que dure la exploración.

Efectuamos las proyecciones necesarias según la patología y la extensión de la misma, generalmente son:

- A.P. y P.A. de tórax.
- P.A. de región cervical.
- A. P. de axilas derecha e izquierda.

CONCLUSIONES:

Hemos detallado la actuación de Enfermería y llegado a la conclusión:

- Que dadas las características de los pacientes, se trata de una exploración en que la enfermería es fundamental para la comprensión y el trato integral del paciente a la vez que para la obtención de un resultado fiable y de calidad.
- La gammagrafía con Ga-67 es un método incruento, válido y con la suficiente sensibilidad y especificidad para determinar la existencia de una infección concomitante.
- Permite la detección precoz e identificación de infecciones oportunistas, localización de infecciones y tumores que derivarán a otras técnicas de diagnóstico y biopsia.
- Valoración del grado de extensión y control de la evolución de la enfermedad y su respuesta al tratamiento.

BIBLIOGRAFIA

- Murray H. Infections in drug abuser sers. En Principes and practice of infections diseases (2 Ed.) Ed. Mandell C, Gordon R, Bennett J, John Wiley-Sons N.Y., 1662-1667, 1984.
- Ganz WI, Serafini AN: The diagnostic role of Nuclear Medicine in AIDS. Vol 30:1935-45, 1989.
- M.Ramos: Exploración Gammagráfica del pulmón. Curso Medicina Nuclear Clínica 1990.
- J.L.Carreras, M.J.Perez, I.Roldan, A.Jimenez: Aportación de la Medicina Nuclear al diagnóstico del SIDA. III Jornadas de la Sociedad Catalana de Medicina Nuclear 1991.
- Y.Ricart: Gammagrafía pulmonar con Citrato de Galio en el Sida. Experiencia en el Hospital de Bellvitge. III Jornadas de la Sociedad Catalana de Medicina Nuclear 1991.
- J.M.Carril, J.I.Banzo, R.Quirce. La Medicina Nuclear en el diagnóstico de infecciones pulmonares en pacientes HIV +. III Jornadas de la Sociedad Catalana de Medicina Nuclear 1993.
- J.Carril: Estudios con Galio 67. Curso Medicina Nuclear Clínica 1.993.
- Y.Ricart: Interpretación de estudios en pacientes con SIDA. Curso Medicina Nuclear Clínica 1.993.
- CDC (Center for Diseases Control).
- Gonzalo Crespo Rueda: Monográfico SIDA. Intensivo MIR. Ed. Luzon 1992 .

Por **D. Eduardo Jordán**
Presidente FEAER



Junto a vosotros, hemos sobrepasado ya el año al frente de la Federación, y no podemos evitar la pregunta de si vale la pena el esfuerzo realizado ya que no obtenemos una respuesta en nuestros asociados que compense ese trabajo.

Debería ser la Sociedad y sus dirigentes, quienes reclamasen una Sanidad de calidad con unos profesionales sanitarios bien formados y preparados que garantizaran una atención integral de la población. Sin embargo, lamentablemente, esto no es así, lo que nos plantea un largo y sinuoso camino que recorrer y **que debemos de andar unidos**, si queremos obtener el óptimo resultado del reconocimiento profesional de la Enfermería Radiológica.

No debemos de olvidar nunca que nadie nos va a regalar nada!...

La fuerza nos viene dada por la unión en torno a un objetivo común, sin embargo constituimos **un colectivo profesional numeroso que parece ignorar su delicadísima situación y aceptar un penoso futuro.**

Así pues, os pido una vez más un esfuerzo real, porque lo que está en juego no es una especialidad, sino la profesionalidad misma.

Debemos tener conciencia plena de nuestra condición de profesionales, lo que significa mantener un elevado nivel de conocimientos y mejorar la atención del paciente, pero significa también luchar, cada uno en la medida de sus posibilidades, por el reconocimiento específico de nuestra labor.

Evidentemente la responsabilidad de la Federación recae sobre su Junta Directiva, pero no lo es menos que la Federación no puede funcionar sin nuestra ayuda y contribución.

La conclusión es clara, la Junta Directiva no puede pensar en estos momentos ni tan siquiera en elaborar un futuro plan de actuación coherente, pues no dispone, por irresponsabilidad de los asociados, de los mínimos medios económicos para llevarlos a cabo. Y no es posible seguir adelante con nuestro trabajo sin vuestro apoyo.

Vosotros elejís.

!!! UNION !!!

!!!SOMOS POCOS Y ADEMAS DESUNIDOS!!!

Si en otras regiones nos van quitando de en medio, sustituyendo en los equipos de Radiología a los profesionales de Enfermería, con la base de que no tenemos un puesto determinado al carecer de una especialidad reconocida, en Canarias añadimos que el personal es interino en su mayoría y que los profesionales con plaza fija van marchando hacia otros puestos mas "cómodos" y mejor retribuidos. Esto conlleva a una falta de unidad y de intereses personales.

En estos momentos han llegado las transferencias en materia de Sanidad a esta región, lo que no nos permite tener una visión de futuro clara. Pero hasta no ver que política en materia de puestos de trabajo va a llevar la nueva administración y que tipos de economía va a realizar. No podemos decir nada. Mi esperanza personal es que por mucho que quieran, los enfermos siguen siendo enfermos y necesitan la atención directa de una enfermería especializada, que por ser radiología una especialidad con técnicas distintas y muy específicas aplicadas a personas con problemas de salud, sigamos siendo necesarios.

!!! SOLO NOS QUEDA ESTAR UNIDOS !!!

SONIA HERNANDEZ ROJO

Presidente de la A.C.E.R.

4º CURSO INTERNACIONAL DE RADIOLOGIA VASCULAR E INTERVENCIONISTA COMO ALTERNATIVA TERAPEUTICA.



PRESENCIA DE ENFERMERIA RADIOLOGICA

Los que trabajamos en Las Palmas, una vez más nos hemos sentido orgullosos de la magnitud e importancia de este evento, que ha reunido a las mayores figuras de la Radiología a nivel mundial, permitiéndonos conocer directamente las más modernas técnicas desarrolladas en la Medicina.

Como ya sabéis su repercusión ha sido mundial y ha sabido implicar a 22 Universidades del Continente Americano, que han seguido en directo diversos procedimientos realizados en este Curso.

La sofisticación tecnológica del momento, ha hecho posible el enorme despliegue de medios, necesarios para esta comunicación y la participación directa entre Universidades y hospitales.

Una vez más, Canarias ha cumplido con su compromiso histórico de enlace intercontinental, esta vez a través de satélite, para compartir con uno y otro continente esta aglutinación científica.

Y Enfermería Radiológica, como parte activa del equipo de Radiología Vascular Intervencionista, ha desarrollado sus funciones en todos los procedimientos realizados "en vivo" durante este Curso.

El desarrollo científico de estas modernas técnicas, está vinculado a nuestra preparación específica e inquietud, ambas necesarias en un equipo multidisciplinario, por lo que seguimos pensando que el reconocimiento de nuestra especialidad es fundamental.

Esta inquietud y deseo de mejorar nuestra labor profesional, se demuestra con la participación de la Enfermería en los distintos congresos y cursos.

Como presidenta de la Asociación Canaria, me siento satisfecha por la asistencia y participación de profesionales de Enfermería en este acontecimiento.

Esta presencia es una prueba evidente del interés de la Enfermería por los últimos avances de la Medicina.

Sólo me queda animar a todos a mantenerse en la forma que exige la vertiginosa evolución de la tecnología, sin descuidar por ello nuestra labor más esencial: LA ATENCION INTEGRAL AL ENFERMO.

SONIA HERNANDEZ

Presidente A.C.E.R.

¡ MUY IMPORTANTE !

La Sala Cuarta del Tribunal Supremo **desestima** el recurso de casación interpuesto por la Asociación Española de Técnicos Especialistas de Análisis Clínicos y Anatomía Patológica (AETEACYAP). La Sentencia se promueve por la citada AETEACYAP contra otra Sentencia dictada por la Audiencia Nacional, de fecha 20 de noviembre de 1991.

En síntesis, aquella Sentencia, la de la Audiencia Nacional, resolvió en sus Fundamentos Jurídicos de derecho dos cuestiones básicas:

- Una, en cuanto a la competencia de los Técnicos Especialistas para «realizar» las actividades que se enumeran en los artículos 3º y 4º de las Ordenes de 14 de junio y 11 de diciembre de 1984, que la única potestad atribuida para los citados Técnicos es la de colaboración, ayuda o Auxilio, en las tomas de muestras, nunca la "realización" de tales actividades. Mas exactamente, el tenor literal del fundamento jurídico decía: "... pero en orden al control de muestras y aproximación diagnóstica sólo le concede una competencia referente a la colaboración en la misma que se lleva a cabo por los ATS y por ello la única actividad autorizada en este extremo es la de ayuda o colaboración pero el acto sanitario lo ejecutan dichos profesionales por lo que no cabe interpretar este precepto en un sentido tan amplio que se eleve esa actividad de colaboración en la acción principal de la muestra y aproximación diagnóstica y en consecuencia procede desestimar la acción ejercitada".

En este sentido, recordamos que las dos órdenes ministeriales predicen que las atribuciones de los Técnicos Especialistas deben supeditarse a la "supervisión", o "dirección" facultativa, situación que nunca ha asumido la AETEACYAP, la cual ha venido demandando una y otra vez contra la interpretación que por activa y pasiva se ha informado a través de esta Organización Colegial. Recordamos. ¿cuantas revistas han publicado contra la Organización Colegial de Enfermería?, ¿que argumentos han vertido?: ¿en cuantas ocasiones se nos ha tildado de todo lo que les ha parecido?, incluso llegaron a la conclusión de que el sistema sanitario estaría mejor atendido por ellos que por los profesionales de Enfermería.

Hoy por fin, el Tribunal Supremo, con su interpretación sobre las normas dictadas ha colocado a cada uno en su Sitio, limitando la potestad de los citados Técnicos a colaboradores, ayudantes o auxiliares, pero nunca para realizar las tomas de muestras, atribuidas al personal médico y de enfermería.

Por otra parte, la Sentencia del Tribunal Supremo ha entrado también a valorar otras disposiciones legales expuestas en el controvertido tema, de lo cual nos tenemos que sentir igualmente satisfechos, ya que algunas de las dictadas crearon "ciertas" expectativas, entre otras las Ordenes Ministeriales de 21 de octubre de 1986, 8 de febrero de 1988 ó 31 de julio de 1991. dictadas en desarrollo del Real Decreto 942/1986, por el que se establecieron normas generales para la realización de experimentaciones educativas en Centros docentes, para los distintos niveles educativos -a excepción del universitario-, que tenían por objeto un período de formación orientado a completar la formación del alumnado en aspectos relacionados de forma inmediata con el desempeño de un puesto de trabajo. Y estas normas, analizadas por el Alto Tribunal, no tienen otro alcance que los predicados, es decir: son, eran, «ciclos experimentales», pero nunca aplicables como regulación de funciones para Técnicos Especialistas, ni por supuesto modifica lo dispuesto en el Artº. 4º de la Orden de 14 de junio de 1984, o lo previsto en la de 11 de diciembre de 1984, por el que se introduce el artículo 73 bis, en el Estatuto de Personal Sanitario no facul-

tativo de la Seguridad Social, criterios coincidentes con los de este Consejo General en sus múltiples exposiciones e informes elaborados.

Por todo lo anterior, nos sentimos identificados con el fallo de la Sentencia que enjuiciamos, así como con los Fundamentos Jurídicos de la Sentencia.

En orden a las Circunstancias expuestas, las sentencias producidas y el criterio emitido por el Tribunal Supremo, este Consejo General espera tener resuelto el "conflicto" que se suscitó por quienes, pretendiendo "abarcarlo todo", lo único conseguido es defraudar las expectativas que la citada Asociación produjo en su colectivo, teniendo ahora igualmente, la obligación de informar que la práctica competencial de los comentados Técnicos debe limitarse al criterio expuesto por el Alto Tribunal, es decir: colaborar, ayudar o auxiliar al personal sanitario competente para realizar el acto sanitario.

Entendemos que el Tribunal Supremo nos da plénamente la razón en el tema planteado, por lo cual nos congratulamos a la vez que hacemos partícipes a todos los que, de alguna manera han contribuido en la defensa de unos profesionales que supieron soportar la presión no sólo de los citados Técnicos, sino de algún sector de la Administración que con su actitud, motivaron conflictos.

Aunque no con la celeridad que todos quisiéramos, la justicia una vez más viene a dar la razón a los planteamientos de nuestra Organización, como es habitual continuaremos en pro de la defensa de nuestra profesión.

Lo que comunico a V.I. para su conocimiento y efectos oportunos.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO.- *La demanda de conflicto colectivo que ha dado lugar a la tramitación del presente proceso, fue formulada por la Asociación Española de Técnicos de Laboratorio de Análisis Clínicos y de Anatomía Patológica, y en ella se solicitó que se reconozca que «dentro de las competencias que tienen atribuidas los Técnicos Especialistas de Anatomía Patológica... se encuentra la de realizar, bajo dirección y supervisión facultativa, el control técnico de la muestra citológica, así como el despistaje y aproximación diagnóstica de la misma discriminando las muestras normales del resto». La Sentencia de la Sala de lo Social de la Audiencia Nacional de 20-11-1991, que resolvió en la instancia este asunto, desestimó dicha demanda. Contra esa sentencia la parte actora interpuso el recurso de casación, que ahora examinamos; recurso que se articula en tres motivos diferentes.*

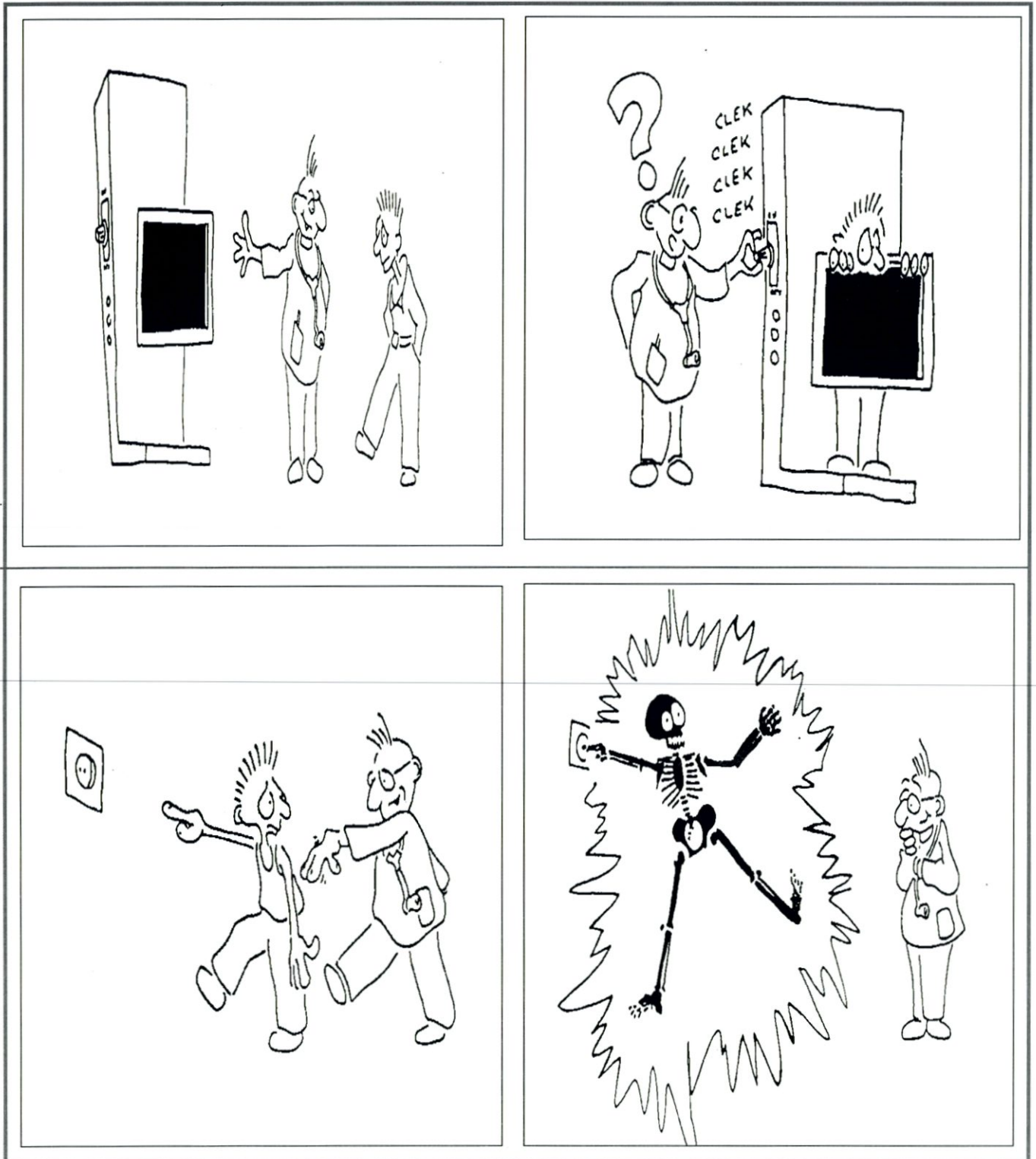
CUARTO.- *...Vemos pues que este núm. 3 de los dos artículos citados se refiere a actividades de "colaboración" y teniendo en cuenta el contexto y sentido de esta concreta norma, lo que se dispone en el art. 3 de la Orden de 14-6-1984 y las facultades y funciones que corresponden a los Médicos y los ATS., es forzoso estimar que ese término «colaboración» ha de ser entendido como equivalente a ayuda o auxilio en las funciones que llevan a cabo los facultativos, por cuanto que la labor de los mencionados Técnicos Especialistas tiene que ser concebido como subordinada y supervisada a la actuación de los médicos.*

Es cierto que la palabra "colaborar", según el Diccionario de la Lengua Española, significa «trabajar con otra u otras personas», especialmente en obras de ingenio; pero esta significación no excluye el trabajo auxiliar y subordinado, que se comprende en ella como una de sus matizaciones o modalidades y que sin duda es la que el legislador utiliza y expresa en el precepto comentado.

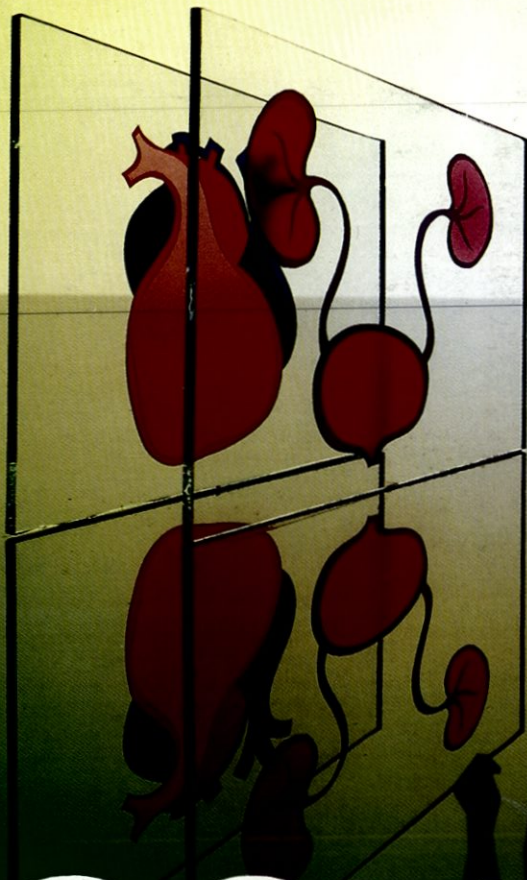
Esta interpretación del término "colaboración" está en total armonía con la que se dice en el art. 3 de la Orden de 14-6-1984, según el que la función de los Técnicos Especialistas «será contribuir a utilizar y aplicar las técnicas de diagnóstico», puesto que «contribuir» según el Diccionario de la Lengua, es «ayudar a otros al logro de un fin». Además refuerza el carácter meramente auxiliar de esta actividad colaboradora el hecho de que este núm. 3, de los art. 4 de la Orden de 14-6-84 y 73 bis del Estatuto antes consignado, la ponga en relación con «la optención de muestra» la cual en el ámbito de la anatomía patológica es una misión típicamente médica.

La Sonrisa Radiológica

PEÑA ROMERALES



R. DIAZ (MEDICINA NUCLEAR)
HOSPITAL SANT PAU
BARCELONA



SCHERING