



REVISTA OFICIAL DE LA FEDERACION ESPAÑOLA
DE ASOCIACIONES DE ENFERMERIA RADIOLOGICA

OCTUBRE-NOVIEMBRE-DICIEMBRE 1997 • Nº 35
ÉPOCA II - AÑO IX



ENFERMERIA RADIOLOGICA





Comité Asesor Científico:

Fernando Solsona Motrel

Carmen Constante Martí

Lucio Villavieja Atance

Miguel A. De Gregorio Ariza

Carlos Lample Lacasa

Gloria De Gregorio Ariza

M^a José Grima Grima

Miguel A. Ansón Manso

Ficha Técnica

Enfermería Radiológica

Dirección:

Gema López-Menchero
Mínguez

Jefe de Redacción:

Jesús Inisterra Zerón

Administración:

Pilar Pinilla Muñoz.

Consejo de Redacción:

M^a Pilar Baranda Villarroya
M^a Pilar Pinilla Muñoz
Angel Sancho Serrano
Ricardo Navarro González

Comité Asesor Técnico:

Maite Esporrrin Lasheras

- Presidente de FEAER.
- Presidente A. Navarra.

Carmen Berrio

- Vicepresidente de FEAER.

Carmen Ramirez Prados

- Secretaria y tesorera FEAER.

Gema López-Menchero Mínguez

- Presidente A. Aragonesa.

Javier Laspra Montero

- Presidente A. Asturiana.

Sonia Hernández Rojo

- Presidente A. Canaria.

Eduardo Jordan Quinzano

- Presidente A. Cántabra.

Joan Pons Camprubi

- Presidente A. Catalana.

Jesús M. Fernández Marín

- Presidente A. Extremeña.

Fco. Javier Rey Díaz

- Presidente A. Gallega.

Ignacio Calleja Muñoz

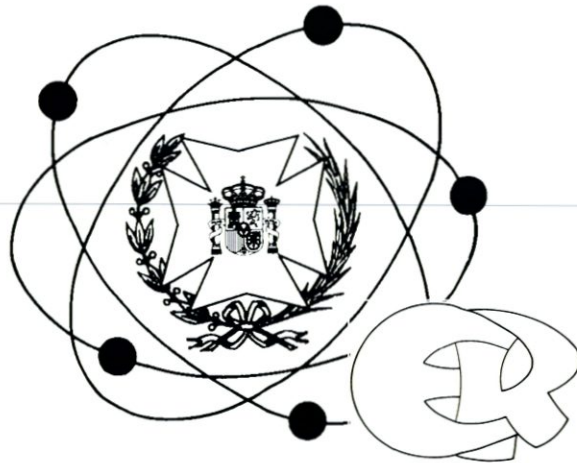
- Presidente A. Madrileña.

Juan Ballester Boluda

- Presidente A. Murciana.

Manuel Sastre Hernández

- Presidente A. Valenciana.



IDEOLOGÍA

ENFERMERIA RADIOLOGICA es la Revista Oficial de la Federación Española de Asociaciones de Enfermería Radiológica. Nuestra idea es dar a conocer nuestras inquietudes científicas, promover la investigación y servir de portavoz de la F.E.A.E.R a sus asociados, en aquellos temas relacionados con su especialidad.

(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

ISSN 1137-5698

Impreso por Gráficas Parra, S.L. Polígono "Miguel Servet", nave 7
Ctra. Castellón, km. 3,600. Teléfono 976 421 184 - Fax 976 597 907
50013 ZARAGOZA

Sumario

3 Editorial.

GEMA LÓPEZ-MENCHERO MÍNGUEZ

Director de E.R.

4 Boletín de Suscripción año 1998.

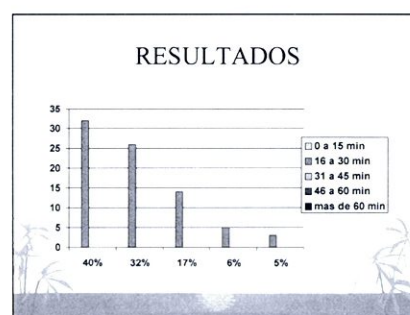
5 SEDACION CON HIDRATO DE CLORAL DE PACIENTES PEDIÁTRICOS EN UNA UNIDAD DE RADIODIAGNÓSTICO.

Autores: Encarnación Martín Sánchez, Francisco Avilés Alcarria.

Coautores: Tomás Víctor García Pérez, Isabel Castillo Benítez,

Raimundo Seara Valero.

Complejo hospitalario Carlos Haya (Málaga)

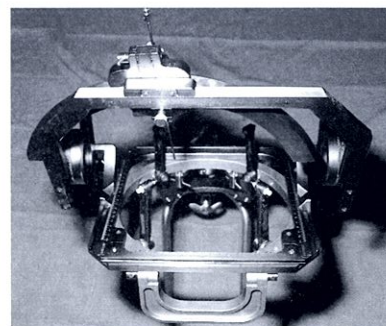


9 ESTEREOTAXIA CRANEAL POR T.A.C.

M^a A. Villanueva Llorente, C. Hernández Rodríguez, I. González Díaz

DUES- Servicio de Radiodiagnóstico. TAC

Hospital Central de Asturias (OVIEDO)



12 NOTICIAS DE ENFERMERÍA

RADIOLÓGICA

13 TRIBUNA ABIERTA



16 LA SONRISA RADIOLÓGICA

Peña Romerales.

NORMAS PARA LA PUBLICACIÓN DE ARTÍCULOS

Enfermería Radiológica. Considerará para su publicación aquellos trabajos relacionados con la Enfermería Radiológica. Fundamentalmente la Revista consta de las siguientes secciones:

Artículos Originales: Trabajos preferentemente prospectivos, de investigación en Enfermería Radiológica y otras contribuciones que ayuden a elevar el nivel de los profesionales de la enfermería.

La extensión máxima del texto será de hasta diez holandesas a doble espacio y deben ir acompañadas de hasta cuatro figuras y cuatro tablas.

Notas de Enfermería. Descripción de uno o más casos de enfermería observados en la práctica diaria que supongan una aportación importante al conocimiento de la salud.

La extensión máxima del texto será de 6 holandesas a doble espacio, acompañadas por las 2 figuras y 2 tablas.

Cartas al Director. En esta sección se publicará a la mayor brevedad objeciones o comentarios relativos a artículos recientemente publicados en la Revista y observaciones o experiencias que por sus características puedan ser resumidas en un breve texto.

Así como aquellas opiniones personales que a juicio del Comité de Redacción y Junta Directiva puedan ser de interés.

La extensión máxima será de dos holandesas a doble espacio y se admitirá una figura y una tabla.

Otras secciones. Los autores que deseen pueden colaborar en alguna de estas secciones: Editorial y Tribuna Abierta.

PRESENTACIÓN DE TRABAJOS

No se aceptarán trabajos publicados anteriormente o presentados al mismo tiempo a otra Revista. Todos los trabajos aceptados quedan como propiedad permanente de Enfermería Radiológica y no podrán ser reimpresos sin el permiso del autor y de la Dirección de la Revista. Los trabajos deben ir mecanografiados a doble espacio en hoja de tamaño holandés, dejando un amplio margen a la izquierda. Las hojas irán numeradas correlativamente en el ángulo superior derecho. Cada parte del manuscrito debe empezar una nueva página en el siguiente orden:

1. PRIMERA PAGINA del artículo, nombre y apellidos de los autores (que no excederá de seis). Servicio en el que se ha realizado, nombre completo del Centro de trabajo, ciudad y dirección completa del mismo, dirección para la correspondencia y petición de separatas, y otras especificaciones cuando se considere necesario.

2. TEXTO. Conviene dividir claramente los trabajos en apartados, siendo de desear que el esquema general sea el siguiente:

2.1. *Originales:* Introducción, Material y Métodos, Resultados y Discusión.

2.2. *Notas de Enfermería:* Introducción, Observaciones, Comentarios, Resumen y Bibliografía.

2.3. *Revisiones:* Introducción, Exposición del tema, Resumen y Bibliografía con una extensión máxima de 10 hojas holandesas.

Para más información consultar la normativa para la publicación en revistas biomédicas y el nº 29 de la Revista Enfermería Radiológica, pag. 21-23.

3. ESTRUCTURA.

1. *Resumen.* Su extensión aproximada será de 200 palabras. Se caracterizará por: 1) poder ser comprendido sin necesidad de leer parcial o totalmente el artículo; 2) estar redactado en términos concretos, desarrollando los puntos esenciales del artículo; 3) su ordenación observará el esquema general del artículo en miniatura y 4) no incluirá material o datos no citados en el texto.

2. *Palabras Clave.* Debajo del resumen especificar e identificar de tres a diez palabras clave o frases cortas para facilitar la elaboración del índice de la Revista.

3. *Introducción.* Será lo más breve posible y su regla básica consistirá en proporcionar sólo la explicación necesaria para que el lector pueda comprender el texto que sigue a continuación.

4. *Material y método.* En él se indican el centro donde se ha realizado el experimento o investigación, el tiempo que ha durado, las características de la serie estudiada, el criterio de selección empleado, las técnicas utilizadas, proporcionando los detalles suficientes para que una experiencia determinada pueda repetirse sobre la base de esta información.

5. *Resultados.* Relatan, no interpretan, las observaciones efectuadas con el material y método empleados. Estos datos pueden publicarse en detalle en el texto o bien en forma de tablas y figuras.

6. *Conclusiones.* El autor o autores, intentarán ofrecer sus propias opiniones sobre el tema. Destacan aquí: 1) el significado y la aplicación práctica de los resultados; 2) las consideraciones sobre una posible inconsistencia de la metodología y las razones por las cuales pueden ser válidos los resultados; 3) la relación con publicaciones similares y comparación entre las áreas de acuerdo y desacuerdo, y 4) las indicaciones y directrices para futuras investigaciones.

7. *Agradecimiento.* Cuando se considere necesario se citará a las personas, centros o entidades que hayan colaborado o apoyado la realización del trabajo.

8. *Bibliografía.* Se presentará según el orden de aparición en el texto con la correspondiente numeración correlativa.

4. NORMAS

4.1. Las fotografías y diapositivas irán acompañadas de

- Identificación del ángulo superior derecho.

- Cada imagen llevará un pie de figura explicativo.

- Las tablas y esquemas llevarán un título y un número de orden.

4.2. El autor recibirá: Comunicación de la aceptación o no del trabajo y de los posibles cambios a realizar, si lo hubiera, para su publicación y Certificado de publicación.

4.3. Para la publicación en la Revista de los trabajos, tendrán preferencia absoluta aquellos cuyos primeros autores pertenezcan a la Federación Española de Enfermería Radiológica.

4.4. Los trabajos serán enviados a: Revista de Enfermería Radiológica. Colegio Oficial de Enfermería. C/ Bretón, 48-Princ. D. Zaragoza 50005.

Nota: La Revista Enfermería Radiológica se envía de forma gratuita a todos los socios de la F.E.A.E.R.



Editorial

Ante todo «FELIZ NAVIDAD» y que tengáis un «ESTUPENDO 1998»

Como os contaba en la editorial anterior, esta Asociación Aragonesa ha celebrado la Navidad con una alegría especial.

La demanda interpuesta por la Asociación de Técnicos al Insalud, en la cual nos presentamos al Satse y esta Asociación como codemandados, se ganó. El juez después de oírnos a todos, desestimó la demanda.

En el apartado de Tribuna Abierta, os reproducimos no solo la sentencia, sino también la demanda, pues la sentencia por si sola no se entiende bien. Es necesario que la utilicéis, que le recordéis a quien haga falta, que aunque exista una **normativa interna del Insalud**, que no nos permite ocupar puestos de trabajo en Radiología, sin especialidad, los tribunales nos están dando la razón, pues enfermería, con o sin especialidad, es obligatoriamente necesaria para realizar técnicas y cuidados específicos que nadie mas que nosotros puede realizar, por estar capacitados y titulados para ello.

Daos cuenta que basándonos en estas sentencias, podíamos demandar al Insalud, cada vez que intente sustituir o reconvenir plazas de enfermería por técnicos. Tal vez tengamos que ponernos todos a pensar si de ahora en adelante vamos a tener que empezar a tomar medidas de este tipo, sino queremos ver como se nos van «comiendo» plazas, con la inexorable excusa de que no hay enfermería con especialidad.

Utilicemos las pocas armas que tenemos. Parece ser que los Colegios Oficiales de Enfermería, por lo menos una gran mayoría, están, por orden del Consejo General de Enfermería de Madrid, dispuestos a echarnos una mano, a nivel de utilizar sus servicios jurídicos. La Federación y cada uno de nosotros, que no poseemos una infraestructura económica suficiente, como la tienen los técnicos, debe exigir y utilizar la defensa, por otro lado lógica, de nuestro organismo profesional más representativo y económicamente fuerte, gracias por otro lado, a nuestras aportaciones mensuales.

Sabemos de Colegios como los de Soria o Salamanca, dispuestos a dar la cara y a defender a la Enfermería Radiológica, sin que en estas ciudades tengan el respaldo de una asociación. En estas ciudades tan solo existen compañeros y presidentes-compañeros, concienciados, responsables y coherentes con ellos mismos y su profesión, que no es poco.

En estas fechas tan oportunas, brindo por todos los que al paso de los años seguimos pensando que nuestra profesión, ENFERMERIA RADIOLOGICA es digna de ser defendida y nos preocupamos, cada uno dentro de sus posibilidades, en defenderla.

Gema López -Menchero Mínguez

Director Revista E.R.

BOLETIN DE SUSCRIPTOR A LA FEDERACION PARA RECIBIR LA REVISTA ENFERMERIA RADIOLOGICA

ENVIAR BOLETIN DE SUSCRIPCION A:
REVISTA DE ENFERMERIA RADIOLOGICA
C/ BRETON, 34, 5º A
50005 ZARAGOZA

DIRECCIÓN DE ENVÍO:

NOMBRE Y APELLIDOS:

ENTIDAD:

DIRECCIÓN:

Nº PISO: C.P.: TFNO:

POBLACION: PROVINCIA:

Nº SOCIO:

FORMA DE PAGO:

1.- Transferencia bancaria a la C/C: 0095 4732 84060 0018492
BANCO VASCONIA. PAMPLONA.

2.- Talón a nombre de la Federación Española de Enfermería Radiológica.
C/ Pintor Maeztu, nº 4, 1º A
31008 PAMPLONA

3.- ORDEN DE PAGO-DOMICILIACION BANCARIA

NOMBRE TITULAR DE LA CUENTA

BANCO O CAJA DE AHORROS

NUMERO CUENTA (20 DIGITOS)

POBLACION: PROVINCIA:

Ruego a uds. tomen nota de que hasta nuevo aviso deberán adeudar en mi cuenta el recibo presentado anualmente por la Revista de Enfermería Radiológica.

..... a de de 1998.

FIRMA DEL TITULAR

SEDACION CON HIDRATO DE CLORAL DE PACIENTES PEDIATRICOS EN UNA UNIDAD DE RADIODIAGNOSTICO.

AUTORES: ENCARNACION MARTIN SANCHEZ, FRANCISCO AVILES ALCARRIA.

COAUTORES: TOMAS VÍCTOR GARCIA PEREZ, ISABEL CASTILLO BENITEZ, RAIMUNDO SEARA VALERO.

*Centro: Complejo Hospitalario Carlos Haya-Málaga
Hospital Materno-Infantil
Unidad de Radiología*

RESUMEN

Por la necesidad de colaboración del paciente, que se requiere para realizar un T.A.C., es necesario el empleo de sedantes, si además nuestros pacientes son niños de menos de 5

años, es necesario buscar y emplear el que nos vaya a proporcionar los mejores resultados.

El objetivo de este trabajo es el de analizar la eficacia y seguridad del Hidrato de Cloral, en pacientes menores de 5 años, para la mejor y correcta realización de un T.A.C.

Palabras clave.— *PACIENTE PEDIÁTRICO, SEDACIÓN, T.A.C.*

INTRODUCCIÓN

La calidad de las imágenes obtenidas en los estudios de Tomografía Axial y Computerizada (TAC), depende en gran medida de la colaboración del paciente. Esta colaboración es infrecuente en los pacientes menores de 5 años, siendo necesario en estos casos recurrir a la sedación.

Antes de continuar debemos hacer un recordatorio sobre los siguientes conceptos:

SEDACION: Es el estado inducido de tranquilidad, calma o sueño por medio de un sedante. Se consideran dos tipos de sedación:

La **sedación consciente:** Que es un estado médicamente controlado de disminución de la conciencia que:

1º permite la conservación de los reflejos protectores.

2º conserva la capacidad del sujeto para conservar el libre tránsito de aire por las vías respiratorias de manera independiente y continua.

3º Permite que el paciente genere una respuesta apropiada a la estimulación física o a ordenes verbales.

Otro tipo es la **sedación profunda:** que es un estado médico controlado de depresión de la conciencia o inconsciencia, del cual es difícil despertar al paciente. Puede acompañarse de pérdida parcial o completa de los reflejos protectores e incluye la incapacidad para conservar el libre tránsito de aire por las vías respiratorias de modo independiente y la respuesta intencional a la estimulación a ordenes verbales.

SEDANTE: Fármaco que disminuye la actividad funcional, la irritabilidad y la excitación. En nuestro medio el sedante de elección es el Hidrato de Cloral.

HIDRATO DE CLORAL: Es un hipnótico no barbitúrico. Soluble en el agua, que se transforma en el organismo en ácido Tricloreftílico y ácido Glucorónico que se elimina por el riñón. La sedación conseguida con este fármaco es una sedación consciente, utilizando la dosis apropiada.



HIDRATO DE CLORAL

▲ VENTAJAS

- ▲ Buena tolerancia
- ▲ Carece de efectos secundarios significativos
- ▲ Sin efectos cardiovasculares
- ▲ Mínimo efecto depresor de la respiración

VENTAJAS:

- Buena tolerancia.
- Carece de efectos secundarios significativos.
- A dosis terapéuticas es un fármaco eficaz, sin efectos cardiovasculares y respiratorios de importancia.
- Mínimo efecto en la respiración.

HIDRATO DE CLORAL

▲ INCONVENIENTES

- ▲ Irritación gástrica
- ▲ Sedación duradera
- ▲ Evitar asociación con otros sedantes
- ▲ No debe usarse durante largos periodos de tiempo.

INCONVENIENTES:

- Irritación gástrica por vía oral (náuseas y/o vómitos).
- Sedación duradera.
- No conviene mezclarlo con otros tipos de sedantes o narcóticos ya que existe la posibilidad de un aumento del deterioro respiratorio.
- Se han descrito algunos casos de muerte en lactantes, pero esto no significa que no deba utilizarse el hidrato de cloral, sino que indican la necesidad de la utilización apropiada del fármaco dentro de una instalación hospitalaria, y la observación del niño después de la sedación, principalmente en el aspecto del libre tránsito por vías respiratorias, cuando entra en fase de sueño.
- Asimismo, aunque este medicamento es muy inocuo, no debe administrarse durante largos periodos de

tiempo, ni usarlo en lactantes con deterioro de la función hepática.

Después de ver las ventajas y los inconvenientes del hidrato de cloral podemos afirmar que:

- La sedación inocua y segura de los niños requiere contar con personal experto, criterios de selección adecuada de los pacientes así como de los fármacos a emplear y un equipo de reanimación cardiopulmonar pediátrico.
- La enfermería es fundamental para asistir en el procedimiento y la vigilancia de los signos vitales del paciente, comprobando que los reflejos funcionan y pueden reaccionar de manera apropiada.
- La pulsioximetría es un método necesario, así como el disponer de un registro para las mediciones de signos vitales. La monitorización continua de la tensión arterial de la tensión arterial no debe realizarse ya que este hecho puede perturbar la tranquilidad de los pacientes e invalidar la finalidad de la sedación.

La salud relativa del niño puede evaluarse fácilmente, siguiendo la escala sencilla que utilizan los anestesiólogos en sus valoraciones preoperatorias de enfermos, siguiendo la clasificación de la American Society of Anesthesiologists (ASA).

CUIDADOS PREVIOS A LA SEDACION:

El niño deberá acudir el día de la exploración en AYUNAS, con ello disminuimos la posibilidad de aspiración del contenido gástrico.

Asimismo, se le ha indicado a los padres que el niño deberá acudir sin ningún síntoma de resfriado, sobretodo mucosidad para así evitar el riesgo de broncoaspiraciones de secreciones.

CUIDADOS TRAS LA ADMINISTRACION DEL HIDRATO DE CLORAL:

- Vigilancia de las constantes vitales.
- Observación del libre tránsito por vías respiratorias cuando entra en fase de sueño. Una vez terminada la exploración radiológica es enviado para vigilancia en el hospital de día.



OBJETIVO:

Nuestro objetivo al realizar el presente trabajo es el de analizar la eficacia y seguridad del hidrato de cloral, fármaco de elección en nuestro medio, en los pacientes menores de 5 años, a los que se les administra para la mejor y correcta realización de una T.A.C.

MATERIAL Y METODO:

Se analiza mediante un estudio descriptivo de los pacientes **menores de 5 años** a los que se les ha realizado una exploración radiológica mediante Tomografía Axial y Computerizada en el Pabellón Materno Infantil del Complejo Hospitalario Carlos Haya de Málaga, durante el periodo comprendido entre el 1 de junio al 31 de diciembre de 1996, durante el cual se ha realizado 1116 estudios, siendo necesario la administración de sedación en 94 (un 8,4% de los casos).

En todos los casos se ha utilizado como sedante el hidrato de cloral a dosis de 0,80 mg/kg. de peso, en una dosis inicial, seguida en caso de no obtener la sedación necesaria, en un periodo de tiempo de 60 segundos de una segunda dosis de 0,40 mg/kg. de peso, administrado bien por vía rectal u oral de una solución magistral formulada en el servicio de Farmacia Hospitalaria con una dosificación de 1 cc = 1 mg. Para su conservación es necesario un frigorífico y protegerlo de la luz, con una caducidad estimada de un mes.

Todos los pacientes presentaban un estado de salud previo clase I y II de la American Society of Anesthesiologists (ASA), siendo rechazados aquellos que presentaban problemas respiratorios. Era preciso que el niño estuviese en ayunas.

En la Sala de exploración se cuenta con el equipo de reanimación pediátrica, con tomas de oxígeno y de vacío para aspiración.

Todos los pacientes tras la exploración, fueron vigilados en un área de observación de nuestro hospital de día, siendo dados de alta al recuperar un nivel de conciencia normal tras despertar, y no aparecer complicaciones.

Se ha utilizado una hoja de registro en la que se hace constar:

- filiación personal
- edad.
- peso.
- dosis de sedante necesaria.
- tiempo de aparición del efecto.
- complicaciones durante la estancia en el servicio de radiodiagnóstico.
- las complicaciones sucedidas en el área de hospital de día.
- así como la duración de la estancia hospitalaria.

RESULTADOS

De los 94 pacientes (8,4% de los estudios realizados) en los que fue necesaria la sedación con hidrato de cloral, nos encontramos:

- **vías de administración:** en 91 niños (98%) la administración del hidrato de cloral fue por vía rectal en bolo a través de una sonda de alimentación del número 10.

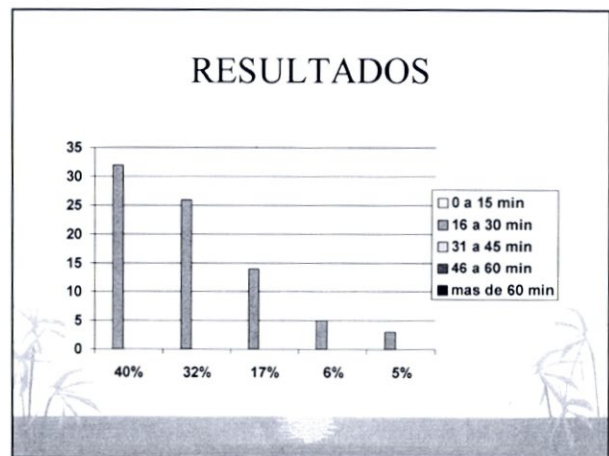
En los tres casos restantes, el hidrato de cloral se administró por vía oral mediante un biberón y disuelto en 20 cc de leche.

Número de dosis utilizada: Una única dosis de 0,80 mg/kg. de peso fue suficiente para conseguir una sedación eficaz en 80 niños (85% del total).

En 13 casos (14%) se necesitó una segunda dosis de 0,40 mg/kg. de peso. En estos niños el motivo que justificó esta segunda dosis fue en 9 casos la falta de efecto de la primera dosis y en 4 casos, la expulsión de la 1ª dosis. Finalmente a uno de los pacientes a los que se les administró una segunda dosis por expulsión, fue necesaria una tercera administración de 0,20 mg/kg. de peso por expulsión repetida del fármaco.

- **Tiempo de acción:** Es el tiempo que transcurre desde la introducción del sedante, hasta la sedación efectiva que permita la correcta realización de la exploración.

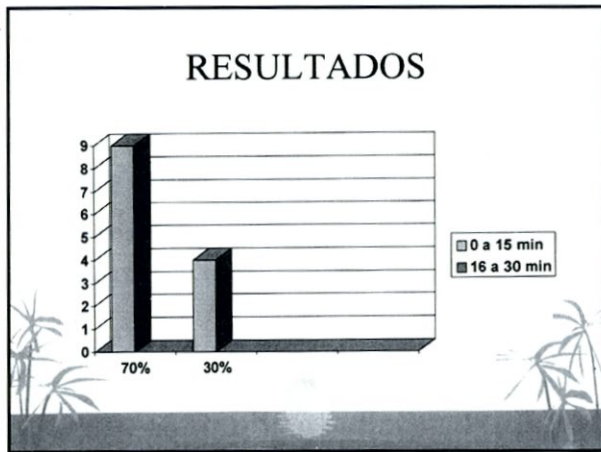
En las siguientes gráficas están representados los resultados:



TIEMPO DE ACCION 1ª DOSIS:

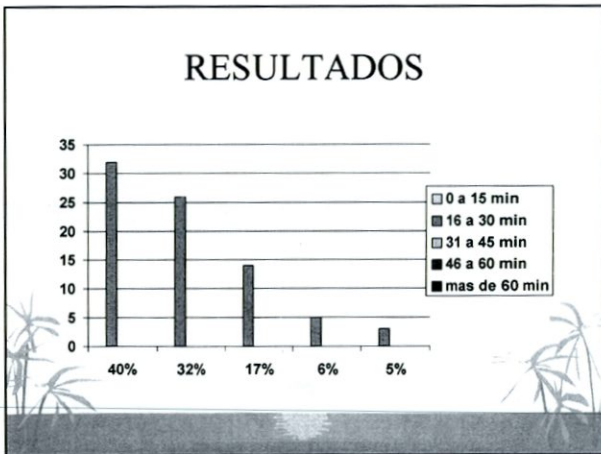
TIEMPO DE ACCION	Nº DE NIÑOS	%
de 0 a 15 minutos	32	40
de 16 a 30 minutos	26	32
de 31 a 45 minutos	14	17
de 46 a 60 minutos	5	6

Total de pacientes con una 1ª dosis: 80.



RESULTADOS TIEMPO DE ACCION 2ª DOSIS:

TIEMPO DE ACCION	Nº DE NIÑOS	%
de 0 a 15 minutos	9	70
de 16 a 30 minutos	4	30



- **Tiempo transcurrido desde la sedación efectiva hasta el alta a domicilio:** Todos los pacientes fueron dados de alta en las 6 horas siguientes a la sedación.

En 30 casos (32%) fueron dados de alta antes de haber transcurrido 2 horas.

En 53 niños (56%) se les dio de alta entre las 2 y las 4 horas siguientes.

Y en 11 niños (12%) fueron dados de alta entre las 4 y las 6 horas.

Incidencias: Durante el tiempo transcurrido en la unidad de Radiodiagnóstico, no se presentó ninguna complicación.

En el área de observación del Hospital de Día, solo un paciente presentó un vomito tras despertar e iniciar la tolerancia oral.

Ningún paciente precisó de asistencia sanitaria posterior al alta hospitalaria.

CONCLUSIONES:

Nuestra experiencia con el Hidrato de Cloral lo convierte en el fármaco de elección para conseguir la sedación consciente en aquellos pacientes menores de 5 años en los que ha sido necesario utilizarlo, ante la falta de colaboración de dichos pacientes para la correcta realización del estudio radiológico.

Es un fármaco de fácil conservación, se necesita de un servicio de farmacia que realice la formula magistral, no pudiendo almacenarse por periodos superiores a un mes, debido a su caducidad.

La rapidez en la aparición de los efectos sedantes, con una media de 20 minutos, hace que la exploración se realice en un tiempo prudencial, sin originar retrasos en el funcionamiento de la unidad.

La complicación principal en relación al uso de hidrato de cloral, es la depresión respiratoria. En nuestro estudio, los pacientes no han presentado ninguna complicación y el fármaco se ha mostrado eficaz y seguro a las dosis administradas en todos los casos.

El tiempo de estancia hospitalaria, inferior en todos los casos a 6 horas, permiten la realización de la exploración radiológica en régimen ambulatorio, en el caso de niños de la clasificación I y II de la ASA.

BIBLIOGRAFIA

- Binder LS, Leake LA: *Chloral hydrate for emergent pediatric procedural sedation*. 1991
- Cook BA, Bass JW, Nomizu S, et al: *Sedation of children for technical procedures*. 1992
- Greenberg SB; Faerber EN, Aspinall CL: High dose chloral hydrate sedation for children undergoing CT. *J Comput Assist tomogr*. 1991
- Reinche Ld, Sankaran K Hindmarsh KW: Chloral hydrate sedation in neonates and infants: clinical and pharmacologic considerations. 1989
- Ronchera CL, Marti-bonmati L. Poyatos C: Administration of oral hydrate to pediatric patients undergoing magnetic resonance imaging. 1992
- Enciclopedia de Medicina y enfermería Mosby.
- Guia práctica de anestesiología y reanimación. Servicio de anestesiología y reanimación del hospital universitario de getafe. Madrid.
- Manual de farmacología y terapéutica. P. Lechat.
- Thompson Jr. Scheider S, Ashwal S. The choice of sedatin for computed tomography in children: A prospective evaluation. 1982

Correspondencia:

Encarnación Martín Sánchez
C/ México, nº 2 - 1º C
29010 MÁLAGA

OPTIRAY® - Las Jeringas precargadas de contraste

¡NO SE DEBE DECIDIR!



CT 9000 ADV

OPTIRAY® - Jeringas Precargadas,
en diferentes volúmenes y concentraciones lista
para uso inmediato. **Rápido y fácil manejo**
- Menor tiempo de preparación. Favorable para
el medio ambiente.

MALLINCKRODT

OPTIRAY®

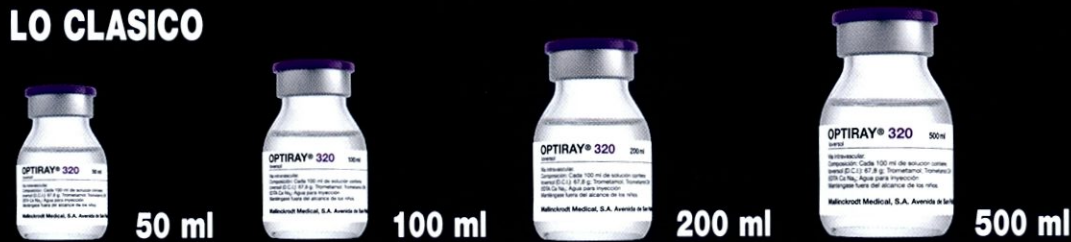
LA GAMA COMPLETA DE CONTRASTE

SOLAMENTE MALLINCKRODT PUEDE OFRECERLE JERINGAS PRECARGADAS DE CONTRASTE

LO INNOVADOR



LO CLASICO



OPTIRAY® - Las Jeringas precargadas de contraste

NOMBRE DEL MEDICAMENTO: OPTIRAY ULTRAJECT®. **COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA:** Ioversol (D.C.I.) 50,9 g y 67,8 g Trometamol; 360 mg Edetato cálcico disódico; 20 mg Agua para inyectables c.s.p.: 100 ml FORMA FARMACÉUTICA: Solución inyectable intravascular incolora, en jeringas precargadas; OPTIRAY 240 ULTRAJECT® y OPTIRAY 320 ULTRAJECT®. **DATOS CLÍNICOS** Indicaciones terapéuticas: Angiografía cerebral; Arteriografía coronaria selectiva y Ventriculografía izquierda; Arteriografía periférica; Arteriografía renal; Arteriografía visceral; Angiografía de sustracción digital intraarterial; Flebografía ascendente (venografía); Tomografía computarizada de cuerpo; Urografía excretora intravenosa. Se recomienda su uso para pacientes de alto riesgo (ancianos, pacientes con diabetes, enfermedades cardíacas o renales, hemoglobinopatías, asma, ansiedad, alergia a reacciones previas a otros medios de contraste), así como en procedimientos considerados de alto riesgo. **Posología y Método de administración:** La administración intravascular de los agentes de contraste yodados se realizará cuando éstos estén a la temperatura corporal. Si durante la administración ocurren reacciones adversas, la inyección debe detenerse hasta que la reacción desaparezca. Los pacientes deben estar hidratados antes y durante la administración de OPTIRAY ULTRAJECT. Con todo medio de contraste radiopaco, debe utilizarse solamente la dosis necesaria para obtener la adecuada visualización. Con la utilización de OPTIRAY ULTRAJECT® (jeringa precargada lista para su uso se evita la transferencia del medio de contraste de un contenedor a otro para su administración. Los drogistas paratratados deben ser inspeccionados visualmente para descartar la presencia de partículas extrañas y/o decoloraciones. OPTIRAY ULTRAJECT® se presenta en dosis unitarias, deben desecharse las porciones no utilizadas. **Dosificación:** Arteriografía cerebral: 2-50 ml. Arteriografía periférica: 15-90 ml. Arteriografía abdominal y Aortografía: 6-80 ml. Arteriografía coronaria y Ventriculografía: 2-50 ml. Angiografía de sustracción digital (ASD): 5-80 ml. Urografía: 50-75 ml. Flebografía: 50-100 ml. TC craneal 50-200 ml. TC cuerpo: 50-200 ml. **Contraindicaciones:** Hipersensibilidad comprobada al yodo contenido en el medio de contraste. **Precauciones de empleo:** Los procedimientos de diagnóstico que están involucrados contrastes yodados intravasculares, deben realizarse bajo la dirección de personal cualificado y con experiencia en la utilización particular de estos productos. Los pacientes deben estar hidratados antes de la administración de OPTIRAY ULTRAJECT. Debe considerarse la posibilidad de que ocurran reacciones adversas. El incremento del riesgo se asocia con la historia previa de reacciones a medios de contraste, sensibilidad al yodo y presencia de alergias o hipersensibilidades. Debe considerarse la premedicación con antihistamínicos y corticoides para minimizar las reacciones alérgicas. Los informes indican, que dichos pretratamientos no evitan las reacciones adversas, pero reducen su incidencia y severidad. Los efectos inhibitorios de los medios de contraste no iónicos en el mecanismo de la hemostasis han sido señalados "in vitro" menores que con la utilización de medios de contraste iónicos convencionales. **Advertencias especiales:** Las generales para la administración de medios de contraste. **Interacciones medicamentosas y otras interacciones que puedan afectar a la acción del medicamento.** Se ha informado de toxicidad renal en algunos pacientes con distensión hepática, cuando se realizó coleciografía oral y a continuación la inyección de medios de contraste intravasculares. La administración de medios de contraste intravasculares debe posponerse en pacientes cuando han recibido recientemente agentes de contraste coleciográficos. **Incompatibilidades:** En el uso clínico, no existe ninguna posibilidad de que OPTIRAY ULTRAJECT (Ioversol) entre en contacto sin intención o inadvertidamente, con otros fármacos inyectables. Se realizó un estudio "in vitro" para valorar las consecuencias del contacto de OPTIRAY ULTRAJECT con un grupo elegido de fármacos. Después de reposar durante una hora, la combinación OPTIRAY ULTRAJECT®: Nitroglicerina (1:1) fue la única mezcla que presentó ligera turbiedad. **Embarazo y lactancia.** Se han observado efectos teratogénicos no atribuibles a OPTIRAY ULTRAJECT en estudios teratológicos realizados en animales. Estos estudios sin embargo, no son adecuados ni convenientes en mujeres embarazadas. OPTIRAY ULTRAJECT® no cruza la barrera placentaria en humanos y parece entrar pasivamente en el tejido fetal. Debido a que los estudios teratológicos en animales no son predictivos de la respuesta humana, esta droga debe ser usada durante el embarazo solamente por clara necesidad. **Lactancia.** No se tienen datos de si OPTIRAY ULTRAJECT se excreta a través de la leche humana. Sin embargo, muchos agentes de contraste inyectables se excretan de forma inalterada en la leche humana, aunque no se han determinado reacciones adversas serias ocurridas en niños lactantes. OPTIRAY ULTRAJECT debe administrarse con precaución a mujeres en este periodo, debiendo considerarse la discontinuidad temporal de la lactancia. **Efectos sobre la capacidad de conducir vehículos o manipular máquinas:** Debido a los efectos que pueden producir sobre el sistema nervioso, no se debe conducir o utilizar máquinas inmediatamente después de su administración. Es bastante improbable dado el uso mayoritariamente hospitalario del producto. **Reacciones adversas:** Las reacciones adversas debidas al uso de OPTIRAY ULTRAJECT®, 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. Calor y sofoco ocurren con menos frecuencia cuando se compara con otros medios de contraste. Las reacciones adversas se relacionan a continuación por sistema de órganos y en orden decreciente de importancia. Dependiendo del medio de contraste empleado, el porcentaje de incidencia de reacciones adversas serias es más alta en arteriografía coronaria que en otros procedimientos. En estudios clínicos realizados con OPTIRAY ULTRAJECT® en arteriografía coronaria, la reacción adversa con una incidencia mayor del 1% es la angina (1,6%). Las reacciones adversas a los medios de contraste intravasculares, se dividen en dos categorías, reacciones quimiotóxicas y reacciones idiosincrásicas. Las reacciones quimiotóxicas resultan de las propiedades fisicoquímicas del medio de contraste, la dosis y la vía de inyección. Todos los trastornos hemodinámicos y daños de órganos o vasos profundos por el medio de contraste están incluidos en esta categoría. Las reacciones idiosincrásicas incluyen todos los otros reacciones, ocurren más frecuentemente en pacientes de 20 a 40 años de edad. Las reacciones de idiosincrasia pueden depender o no, de la dosis inyectada, la vía de inyección, el modo de inyectar o el procedimiento radiográfico. **Sistema Nervioso:** espasmo muscular, convulsiones, ataxia, síncope, parálisis, daños de pérdida de visión que son usualmente pasajeros pero pueden ser permanentes, coma y muerte. **Sistema cardiovascular:** edema angioneurótico, edema periférico, vasodilatación, trombosis, raramente tromboflebitis, coagulación intravascular diseminada y shock. **Piel:** manchas papilares, eritema, síntomas conjuntivos, equimosis y necrosis de tejidos. **Aparato respiratorio:** ahogos, disnea, jadeos que pueden ser manifestaciones iniciales de reacciones más severas e infrecuentes, incluyendo ataques asmáticos, espasmos de laringe, espasmos bronquiales, edema pulmonar, apnea y cianosis. Raramente estas reacciones de tipo alérgico progresan a anafilaxia con pérdida de conciencia, coma, disturbios cardiovasculares severos y muerte. **Varios:** hipertermia, anuria temporal y otros nefropatías. **Sobredosificación:** los efectos adversos de sobredosis son amenazantes para la vida y afectan principalmente a los sistemas pulmonar y cardiovascular. El tratamiento de una sobredosis es directo hacia el soporte de todas las funciones vitales, y con institución de terapia sintomática adecuada. **Datos preclínicos de seguridad:** OPTIRAY ULTRAJECT® no se fija a proteínas plasmáticas o seroproteínas y es sin embargo dializable. La dosis intravenosa DL50 (g/kg) se evalúa para OPTIRAY ULTRAJECT® en animales entre: 17 (ratón) y 15 (ratas). **PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS:** Medio de contraste yodado, no iónico, hidrosoluble. **Propiedades farmacocinéticas:** Inyectado por vía vascular, se distribuye en el sistema biliar y en el espacio intersticial, sin aumentar notablemente la volemia y sin perturbar el equilibrio hemodinámico. Se elimina rápidamente por vía renal (filtración glomerular sin reabsorción ni secreción tubular) de forma inalterada. La baja osmolaridad de las soluciones para reducir la dilución osmótica y la diuresis osmótica, permite una buena visualización del sistema vascular y del aparato urinario. **Propiedades farmacodinámicas:** medio de contraste para exploraciones: Uroangiográficas y Tomografía Axial Computarizada. **Grupo terapéutico:** W04A1. OPTIRAY ULTRAJECT (IOVERSOL) se presenta en varias concentraciones de yodo: 240 mg/ml, 320 mg/ml, ofrece una excelente opacidad a los rayos X, interfiere en menor grado en las funciones fisiológicas, no atraviesa la barrera hematoencefálica intacta ni penetra a través de las membranas celulares debido a su elevada hidratación. Su solubilidad sin disociarse produciendo una solución no iónica, es consecuencia de la presencia de grupos hidroxilos en la molécula. La menor osmolaridad de la solución permite un mejor y más seguro manejo por la correspondiente disminución de sus efectos adversos que son mínimos sobre las funciones electrocardiográficas y cardíacas, presentando simultáneamente una gran calidad de imagen. OPTIRAY ULTRAJECT (IOVERSOL) no se une a proteínas plasmáticas, no produce metabolitos y no causa daños endoteliales significativos. **DATOS FARMACOLÓGICOS:** relación de exigencias: Trometamol y Edetato cálcico disódico. **Periodo de validez:** 3 años. **Precauciones especiales de conservación:** OPTIRAY ULTRAJECT®, se almacena a temperatura ambiente protegida de la luz. **Naturalaleza y contenido del envase:** OPTIRAY ULTRAJECT® se envasa en jeringas de plástico precargadas de listas para la administración directa del producto, de 50 y 125 ml. **Instrucciones de uso y manipulación:** los correspondientes a la manipulación de las jeringas que constan en el prospecto del medicamento. **Nombre y dirección del titular de la autorización sanitaria Mallinckrodt Medical, S.A. Avda. San Pablo, nº 28 28820 COSLADA (Madrid). Con receta médica**

PIPIVA 4 - OPTIRAY 240 ULTRAJECT jeringas de 50 ml: 4.916 ptas
PIPIVA 4 - OPTIRAY 240 ULTRAJECT jeringas de 125 ml: 10.862 ptas
PIPIVA 4 - OPTIRAY 320 ULTRAJECT jeringas de 50 ml: 6.555 ptas
PIPIVA 4 - OPTIRAY 320 ULTRAJECT jeringas de 125 ml: 14.484 ptas

MALLINCKRODT

Mallinckrodt Medical, S.A. Avenida de San Pablo N° 28, 28820 COSLADA (Madrid) Tel.: (91) 669 68 48 Fax: (91) 669 75 05



ESTEREOTAXIA CRANEAL POR T.A.C.

AUTORES: M^a A. VILLANUEVA LLORENTE, C. HERNANDEZ RODRIGUEZ,
I. GONZALEZ DIAZ.

DUE'S - Servicio de Radiodiagnóstico. TAC

Centro: Hospital Central de Asturias

RESUMEN

Esterotaxia es la localización de un punto, para la colocación exacta y segura de una serie de instrumentos en ese punto intracraneal predeterminado. La exactitud se consigue mediante la localización del objetivo, siguiendo unos parámetros que se miden en el aparato externo y la seguridad se obtiene calculando una trayectoria hasta el objetivo, que no atraviese regiones

cerebrales vitales y no dañe estructuras periféricas al intentar conseguir el objetivo.

Para conseguir un buen objetivo, las técnicas esterotáxicas se han combinado hasta hace pocos años con la radiología convencional de cráneo y en la actualidad con las técnicas de diagnóstico más sofisticadas como el TAC.

Palabras clave.— ESTEREOTAXIA CRANEAL, TAC.

INTRODUCCIÓN

1.- Ya en 1889, se habla de procedimientos esterotáxicos con un aparato «Encefalómetro» fue realizado en Moscú por el DR. ZERNOV.

2.- En 1906 los DRES. HORSLEY y CLARKE, hicieron experiencias con «gatos», produciéndoles lesiones específicas en el cerebelo, utilizando coordenadas cartesianas, fueron los creadores del término «ESTEREOTAXIA». Se trataba de localizar un punto en el espacio mediante 3 coordenadas.

3.- En 1947, aparece un sistema esterotáxico aplicado a humanos, fue diseñado por SPIEGEL y WYCI. Emplearon un sistema de localización basado en coordenadas tridimensionales, en relación con puntos de referencia intracerebrales, localizados mediante pneumoencefalografía.

4.- En 1949, LEKSELL, presentó un sistema esterotáxico e introdujo por primera vez el concepto de «ARCO RADIANTE» o «ARCO CENTRADO».

En éste sistema, la cabeza se fijaba a una estructura rectangular en forma de cubo simétrico, así se toman Rx, localizando los núcleos profundos mediante pneumo o ventriculografía.

¿Como se hacen las medidas? En las reglas que forman los laterales del cubo en las 3 direcciones del espacio y a continuación se desplaza sobre éstos ejes el aparato portador de la sonda, de tal forma que el objetivo es el centro de una esfera a la cual se puede llegar desde cualquier punto de entrada en la

cabeza; esta esfera tiene un radio fijo y el aparato portador de la sonda, también está formado por un arco, calculado con dicho radio que permite medir unos ángulos de entrada para así trazar una trayectoria definida en las radiografías que se obtengan.

Este sistema marcó un paso definitivo en la historia de la Esterotaxia, aunque con modificaciones.

5.- En 1957 TALAIRACH, publicó su 1º Atlas. Es a partir de ésta fecha cuando se publicaron más atlas, por distintos autores en 1959, 1972, 1975, 1978.

6.- Recientemente TALAIRACH, publicó un atlas, para procedimientos funcionales, cuyo objetivo es localizar estructuras profundas de lóbulos temporales, con el fin de implantar electrodos para estudios de enfermos epilépticos y es útil a la hora de intervenciones quirúrgicas dirigidas por esterotaxia para extirpar tumores cerebrales.

7.- En la última década, ha habido grandes avances, en las técnicas de diagnóstico por imagen e informáticas.

MATERIAL Y METODO

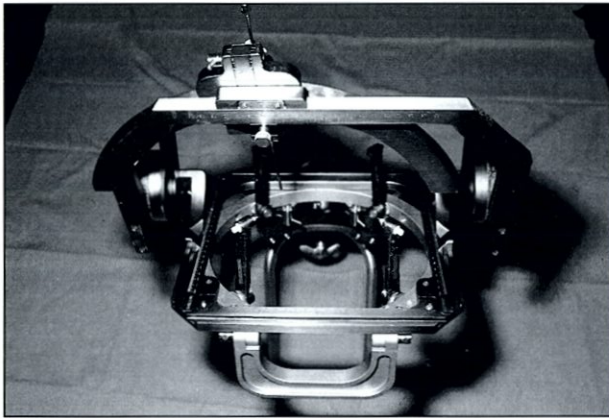
A. COMPONENTES DEL SET DE ESTEREOTAXIA

-MARCO.

Es un sistema que consta de un anillo base, que se fija a los pacientes por medio de 4 «PILARES», unidos a dicho



anillo por unas piezas que permiten el giro y el desplazamiento de los pilares en el plano horizontal. De ésta forma se adapta a la cabeza del paciente a la altura deseada.



Marco Estereotaxia

-ANCLAJE.

Es un adaptador del marco a la mesa de exploración de la TC.

-LOCALIZADOR.

Es un casco que se adapta al marco y que nos va a facilitar el centraje en el eje de rotación del gantry.

B. MATERIAL NECESARIO EN LA SALA DE TC

1. Anclaje.
2. Localizador.
3. Monitorización central.
4. Carro de paradas.
5. Medicación de sedación.
6. Aspiración.
7. Campo estéril.
8. Inyector.
9. Contraste E.V.
10. Medicación anafiláctica.



Medición toma Biopsia

C. METODOLOGIA

-UNA VISION PANORAMICA.

Ampliando el campo, desde un nivel inferior - 100 mm, a un nivel superior + 200 mm. y sobre todo ésta imagen el

radiólogo marca los cortes con un espesor de 3 ó 5 mm., dependiendo del tamaño de la lesión. Siendo en el caso de los enfermos de Parkinson, cortes de alta resolución de 1 mm., para estudios de palidotomía.

-OTRO METODO.

Es sin visión panorámica. Se empiezan a realizar los cortes desde el punto 0, y en nº y grosor dependiendo del tamaño de la lesión.

-HECHO EL ESTUDIO Y VISTOS LOS CORTES.

Se le retira de la mesa de exploración, se le cubre el marco con unos paños entérriles y se envía de nuevo a quirófano acompañado del anestesista para no prolongar innecesariamente su estancia en la sala de TC.

-ES EN ESTE MOMENTO.

Cuando el radiólogo realiza las mediciones oportunas:

Estas son:

- X= En el plano horizontal.
- Y= En el plano vertical.
- Z= Plano espacial respecto a la mesa.

D. INDICACIONES

1. USO DIAGNOSTICO

En la toma de biopsias cerebrales, en tumores u otras lesiones inflamatorias, degenerativas...

2. TRATAMIENTO

A. Evacuación de lesiones quísticas cerebrales, abscesos y hematomas.

B. Colocación o inyección de drogas.

C. Implante de isótopos radioactivos.

D. Endoscopia estereotáxica intraventricular, para resear lesiones quísticas, o de otro tipo a nivel de los ventrículos cerebrales.

E. Resección microscópica, mediante Rayo Láser u otros medios, de tumores profundos cerebrales dirigidos por estereotaxia.

F. En «Radiocirugía» Es la irradiación externa selectiva, dirigida por estereotaxia de lesiones cerebrales de distinta índole, tal como malformaciones vasculares cerebrales.

3. PSICOCIRUGIA

En el tratamiento de trastornos psiquiátricos.

CUIDADOS DE ENFERMERIA.

PRE-INTERVENCION

1. RECEPCION DEL ENFERMO.

Que puede llegar procedente de planta o de quirófano, en éste caso vendrá ligeramente sedado o anestesiado, acompañado del anestesista y con el MARCO DE ESTEREOTAXIA colocado.



Control Post-Biopsia

2. SITUAR AL ENFERMO

En la mesa de TC, con la ayuda del Neurocirujano, que controlará la perfecta adaptación del MARCO al ANCLAJE, siendo necesario en algunos casos corregir en el momento la situación del MARCO, para que se adapte al LOCALIZADOR.

3. COLOCAR LOS ELECTRODOS TORACICOS, para monitorización.

4. ASEGURARSE.

De que la vía venosa, tiene suficiente calibre y así inyectar el contraste a la velocidad por segundo adecuada para teñir perfectamente la zona a estudiar.

5. COMPROBAR LA BOMBA DE INYECCION.

Que ya estará preparada con una doble dosis de contraste no iónico=100 c.c. Habitualmente programamos el inyector para una perfusión en 2 fases:

Los primeros 50 c.c. a una velocidad de 4 cms./seg.

Los segundos 50 c.c. a una velocidad de 2 cms./seg.

VIGILANDO ESTRECHAMENTE LA REACCION AL CONTRASTE YODADO, COMO EN CUALQUIER OTRA EXPLORACION RADIOLOGICA CONTRASTADA.

Unicamente a los enfermos de Parkinson, para estudios de Palidotomia no es necesario inyectar contraste.

6. UNA VEZ HECHOS LOS PASOS ANTERIORES

Se procede al centraje, haciendo coincidir la línea coronal y axial con los puntos de referencia que trae el LOCALIZADOR y considerando éste punto, como punto 0, para la posterior toma de imágenes.

7. Es a partir de este momento cuando se pueden seguir los métodos ya descritos.

CUIDADOS DE ENFERMERIA POST-OPERATORIOS

Terminada la intervención, y en cuanto el anestésista lo considere oportuno, se le realizará un TC post-biopsia, fun-

damentalmente encaminado a localizar el punto diana, gracias al aire que se inyecta después de la biopsia, ésta vez el estudio se hará sin contraste E.V.

A los enfermos de Parkinson, no es necesario realizarlo.

RESULTADOS

En la actualidad (Enero 1997), por éste nuevo método de estereotaxia llevamos hechos 50 estudios y cada día se hacen con más frecuencia.

Se utilizaron:	
ABCESOS	13%
PALIDOTOMIA	13%
TUMORES	74%

COMPLICACIONES

Las propias de las reacciones alérgicas al contraste yodado o a la sedación.

En nuestro caso ninguna.

BIBLIOGRAFIA

-Estereotaxia en tumores cerebrales

A. Madrid Vicente, Ediciones.

R. Martínez y J. Vaquero.

Páginas 15-25

-Revistas de Enfermería Radiológica.

-Ambrosio D. Canciulli: nuevo modelo de sistema estereotaxico.

-Greiz. T. Trends in the development. Of reconstruction Tomo... graphy in neuroradiology A.J.R. 127 Pags. 125-127, 1976.

-Huckman, M.S. Graimer L.S. y Clasen R.S. el tomograma computerizado normal. Seminarios de Roentgenologia. Pags. 38-60. 1977.

-Diagnóstico por imagen de la cara, craneo y endocraneo. Editorial SILS Oswaldo Velan. Fco. A. Eleta, tomo I, pags. 123-196

Correspondencia:

Aurora Villanueva Llorente
Servicio de Radiodiagnóstico
Unidad de TAC
Hospital Central de Asturias
c/ Celestino Villamil, s/n
33006 OVIEDO



NOTICIAS DE ENFERMERIA RADIOLOGICA

1. No es solo una noticia, es un montón de Buenas Noticias. **Salamanca**, cuna hispánica del saber y del conocimiento, una de las primeras Universidades de España, ha entrado con fuerza en conseguir los objetivos por los que Enfermería Radiológica apostó en su último Congreso, conseguir una Formación Postgrado que avale todos nuestros conocimientos de forma íntegra y no dejar perder ninguna plaza de Enfermería, y en ello están. De forma admirable, **han defendido y por eso han ganado, dos juicios**, interpuestos por la Asociación de Técnicos, contra, **COMO SIEMPRE**, nuestras plazas de Enfermería.

En la próxima Revista, intentaremos publicarlas, es la mejor manera de que todos las tengamos y podamos usarlas cuando alguien se ponga cabezota o intolerante.



2. El 15 de Noviembre la Asociación Aragonesa celebró su IV REUNION ANUAL, esta reunión, que tendría que tener el mismo número de años que tiene la Asociación, 9, pues esa era su idea original, nos volvió a reunir a toda o casi toda, la Enfermería Radiológica Aragonesa.

El programa se centró en cuatro bloques:

- Situación actual de la Enfermería R. en Aragón.
- Proyectos de comunicaciones para el Congreso Nacional de Barcelona.
- Objetivos de Formación Continuada para Enfermería

Radiológica en nuestros Hospitales.

-Objetivos de la Asociación Aragonesa de E.R.

La reunión estuvo marcada, por la alegría, de haber ganado, nosotros también, el juicio planteado al Insalud por la Asociación de Técnicos.



Este hecho nos ha motivado, para emprender una serie de acciones que impidan que estas decisiones judiciales, que es con lo único que contamos para que no se nos coman con el permiso de la Administración, no caigan en el olvido.



Al final de la reunión, que duró la mañana de un sábado, nos fuimos todos a comer invitados por la Asociación. Como os podéis imaginar hubo de todo, grandes y fructíferas discusiones, tomas de decisiones y de actuaciones para el año que viene y un estupendo ambiente de camaradería y compañerismo.

El año que viene iremos a por la V.



TRIBUNA ABIERTA

AL JUZGADO DE LO SOCIAL

DON LUIS JAVIER CELMA BENAGES, Procurador de los Tribunales, en nombre de la ASOCIACION ESPAÑOLA DE TECNICOS EN RADIOLOGIA - RADIODIAGNOSTICO, MEDICINA NUCLEAR, RADIOTERAPIA- (A.E.T.R.) en Aragón, según acredita con la adjunta primera copia de escritura de poder, ante el Juzgado de lo social comparezco y DIGO:

Que mediante el presente escrito formulo demanda de CONFLICTO COLECTIVO, contra el INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD, cuya representación legal tiene su domicilio en Paseo María Agustín, número 16 (C.P. 50071), de Zaragoza, en base a los siguientes

HECHOS

Primero: En los dos hospitales públicos existentes en Zaragoza (Hospital «Miguel Servet y Hospital «Clínico Universitario»), dependientes del Instituto Nacional de la Salud, existen Unidades o Servicios de Radiodiagnóstico donde se aplican técnicas de diagnóstico y se realizan distintos procedimientos técnicos dentro del área referida del radiodiagnóstico médico.

Segundo: En lo referente al HOSPITAL «MIGUEL SERVET», su ámbito de actuación engloba las funciones de Hospital General, Materno-Infantil y Centro de Rehabilitación y Traumatología (Hospital de Traumatología) que, a estos efectos, consideramos como tres unidades hospitalarias independientes.

A) Hospital General. El número de Salas de diagnóstico con que cuenta actualmente el Servicio de Radiodiagnóstico es de nueve (9).

Los procedimientos técnicos radiológicos que se realizan en cada una de las Salas del antedicho Servicio son los siguientes:

- Sala I. Se efectúan urografías con contraste (contraste de aparato urinario).
- Sala II. Se efectúan procedimientos radiológicos del digestivo.
- Sala III. Tomógrafo.
- Sala IV. Torax (procedimientos radiológicos del torax).
- Sala V. Rutinas (procedimientos de radiología simple).
- Sala VI. Ortopantomografías.
- Sala VII. Procedimientos con contraste del aparato urinario.
- Sala VIII. Mamografías.
- Sala IX. Ecografías.

A su vez se efectúan procedimientos radiológicos de los denominados «portátiles»: Son aparatos sencillos para la obtención de radiografías convencionales, sin otras posibilidades técnicas.

Los Técnicos Especialistas en Radiodiagnóstico, con plaza en propiedad -o eventuales-, que prestan sus servicios profesionales en el referido Servicio del Hospital General **trabajan exclusivamente en las salas IV, V, VI y en portátiles**, no haciéndolo, en ningún caso, en el resto de las Salas o aparatos donde se realizan los distintos procedimientos técnicos de la especialidad.

B) Hospital Materno-Infantil. El número de Salas de diagnóstico con que cuenta actualmente el Servicio de Radiodiagnóstico es siete (7).

Los procedimientos técnicos radiológicos que se realizan en cada una de las Salas del antedicho Servicio son los siguientes:

- Sala 81: **Telemando Adultos:** En esta sala se realizan los siguientes procedimientos radiológicos:
 - a) Histerosalpingografías, esófagogramas, tránsitos esófago-gastro-duodenales, urografías, opacificaciones renales, cistografías, enemas opacos, tomografías.
 - b) Placas simples de abdomen, cráneo, tórax, columna vertebral, miembros inferiores y superiores.
- Sala 82: **Rutinas y urgencias infantiles:** En esta sala se realizan procedimientos de radiología simple.
- Sala 83: **Rutinas adultos:** En esta sala se realizan procedimientos

radiológicos del: torax, abdomen, craneo, extremidades superiores e inferiores, urgencias.

-Sala 84: **Telemando Infantil:** En esta sala se realizan los siguientes procedimientos radiológicos: cistografías, urografías, enemas opacos, esófagogramas, tránsitos digestivos, sialografías.

-Sala 85: **Ecógrafo:** En esta sala se realizan ecografías.

-Sala 86: **Ecógrafo:** En esta sala se realizan ecografías.

Una sala de portátiles. Para la realización de radiología simple en UVI, hospitalización y quirófanos.

Los Técnicos Especialistas en Radiodiagnóstico, con plaza en propiedad -o eventuales-, que prestan sus servicios profesionales en el referido Servicio del Hospital Materno-Infantil, **trabajan en las Salas 81 -exclusivamente realizan los procedimientos concretados en la letra b), 82, 83 y portátiles**, no haciéndolo, en ningún caso, en el resto de las Salas o aparatos donde se realizan los distintos procedimientos técnicos de la especialidad.

C) Hospital de Traumatología. El número de Salas de diagnóstico con que cuenta actualmente el Servicio de Radiodiagnóstico es ocho (8).

Los procedimientos técnicos radiológicos que se realizan en cada una de las Salas del antedicho Servicio son los siguientes:

- Sala I. Se realizan procedimientos de radiología simple en pacientes ambulantes y hospitalizados.
- Sala II. Se realizan procedimientos de radiología simple, junto con algunos procedimientos del aparato digestivo y tomografías.
- Sala III. Radiología simple.
- Sala IV. Ecógrafo.
- Sala V. Sala en Servicio de urgencias: urgencias de «general».
- Sala VI. Sala en Servicio de urgencias de «traumatología».
- Sala VII. **Sala de Scanner.** En número de dos (TAC). De rayos X, para la obtención de Tomografías Computarizadas, sin y con contraste, así como técnicas intervencionistas y terapéuticas determinadas.
- Sala VIII: **Sala de resonancia magnética.**

A su vez se efectúan procedimientos radiológicos de los denominados «portátiles»: Para pacientes encamados y quirófanos.

Los Técnicos Especialistas en Radiodiagnóstico, con plaza en propiedad -o eventuales-, que prestan sus servicios profesionales en el referido Servicio del Hospital de Traumatología, **trabajan exclusivamente en las Salas I, II, III, V, VII y en «portátiles»**, no haciéndolo en ningún caso, en el resto de las Salas o aparatos donde se realizan los distintos procedimientos técnicos de la especialidad.

TERCERO. En lo referente al HOSPITAL «CLINICO UNIVERSITARIO», el número de secciones con que cuenta el Servicio de Radiodiagnóstico y los procedimientos técnicos radiológicos que se realizan en cada una de las secciones, son los siguientes:

A) Sección de radiología general.

- A.1.- Digestivo 1: Incluye las pruebas con contraste del aparato digestivo (tránsitos intestinales y esófagogramas).
- A.2.- Digestivo 2: Se realizan pruebas contrastadas de enemas opacos.
- A.3.- Urografías: Se realizan las siguientes pruebas: Urografías de eliminación, pielografías, cistografías e histerosalpingografías.
- A.4.- Mamografías y galactografías.
- A.5.- Urgencias: Peticiones radiológicas que vienen del Servicio de Urgencias.
- A.6.- Huesos (mañana): A través del aparato correspondiente se realizan exploraciones radiológicas de huesos, abdomen simple, columnas.
- A.7.- Huesos (tarde): se realizan las mismas exploraciones que en el aparato anterior, además de tomografías óseas.
- A.8.- Tórax (mañana): se realizan los procedimientos radiológicos del tórax, además de tomografías pulmonares y de laringe.



- A.9.- Tórax (tarde): se realizan los procedimientos radiológicos del torax a los pacientes ingresados.
- A.10.-Portátiles: Aparato a través del cual se realizan radiografías por las distintas dependencias del Hospital.
- A.11.-Quirófano 1 y 2: se efectúa escopia en quirófano.
- A.12.-Abdomenes en bipedestación, portátiles y Quirófano de tardes.
- A.13.-Pediatria: Aparato donde se realizan radiografías simples de niños, tanto e ingresados como los que acuden a consultas.

B) Sección de Ecografías.

C) **Sección de Scanner.** (TAC) De rayos X, para la obtención de tomografías computarizadas, sin y con contraste.

D) **Sección de radiología intervencionista.** Técnicas intervencionistas: flebografías, arteriografías, etc.

Los Técnicos Especialistas en Radiodiagnóstico, con plaza en propiedad -o eventuales-, que prestan sus servicios profesionales en el referido Servicio del Hospital «Clínico Universitario», **trabajan exclusivamente en A.6., A.7., A.8., A.9., A.10., A.11. y A.12.**, obteniendo radiografías simples, no haciéndolo, en ningún caso, en el resto de las Salas o aparatos donde se realizan los distintos procedimientos técnicos de la especialidad.

CUARTO. De lo expuesto se deduce que, varias o la mayoría de las actividades enunciadas -técnicas de diagnóstico y distintos procedimientos técnicos de la especialidad- se limita, impide su realización o menoscaba en la aplicación de las mismas o se imposibilita ejercer su colaboración a los Técnicos Especialistas de Radiodiagnóstico.

QUINTO. El ámbito del presente conflicto colectivo se refiere a todos los Técnicos Especialistas de Radiodiagnóstico que prestan sus servicios en los Hospitales de Zaragoza denominados Hospital «Miguel Servet» y Hospital «Clínico Universitario», dependientes del Instituto Nacional de la Salud.

El número de trabajadores afectados por el conflicto colectivo alcanza el número de treinta y tres (33), de los cuales doce (12) prestan servicio en el Hospital Clínico Universitario y los veintiuno (21) restantes en el Hospital Miguel Servet, expresándose a a continuación relación nominal de los mismos:

a) En el Hospital «Clínico Universitario»: BELEN ESTEBAN DE LA PEÑA, JESUS GARCIA CASTELLON, EVA MARIA RUIZ MARIN, CECILIO ARBUÉS BOTAYA, JOSE MANUEL DIEZ DOMINGUEZ, M^a TERESA LABAIRU ARMENDARIZ, M^a PEÑA MARTINEZ IBARRA, JOSE M^a VILLEGAS BLECUA, M^a CARMEN MATEO TURRILLAS, ADOLFO ZARATE DEL TIO.

b) En el Hospital «Miguel Servet»: FRANCISCA ANGULO SANTIAGO, MERCEDES AREÑAS URGEL, PILAR FERNANDO BROSED, EVA DE LA FLOR MARIN, PILAR ANDRES GARCIA, MAITE IBAÑEZ HERNANDEZ, JESUS MARTINEZ BELTRAN, BELEN SARRAT MONTEAGUDO, MARIA LUISA MONTAÑES NICODEMUS, INMACULADA BLAS BLASCO, PEDRO CALAMONTE ARBEO, ROSA MARIA PER GONZALEZ, CORAL DOMINGUEZ ANDRES, CARMEN GARCIA PASCUAL, LOURDES ALDEA ABIAN, ANTONIA ALONSO GUTIERREZ, DOLORES FRANCO BLASCO, PILAR MAESTRO PEÑA, JAVIER PEÑAROSA MARCO, ASUNCION REMACHA LOZANO, MARIA LUISA PULIDO GRACIA.

Se adjuntan certificaciones de la «ASOCIACION ESPAÑOLA DE TÉCNICOS EN RADIOLOGIA» acreditativas de la condición de asociados de la mayoría de las personas afectadas por el conflicto colectivo.

Ley.

Que entre los fines de la Asociación se encuentra el defender al colectivo profesional que representa en cuantos problemas o conflictos de cualquier índole profesional que puedan suscitarse con cualesquiera otros colectivos profesionales u organismos, tanto públicos como privados, de acuerdo con lo determinado en el artículo 7 de sus Estatutos.

De acuerdo con la Disposición Final Primera de la Ley Orgánica 11/1985, de 2 de agosto, de Libertad Sindical, la Asociación Española de Técnicos en Radiología tiene naturaleza de Sindicato, que se ajusta a la definición del artículo 7 de la Constitución Española y, por tanto, puede ejercer las facultades que confiere el artículo 2.2 de la citada LOLS a todo Sindicato.

Concurre, en este caso, la cualidad exigible en el artículo 152. a) de la vigente Ley de Procedimiento Laboral para poder promover esta demanda de conflicto colectivo.

Por lo expuesto,

SUPLICA: Que por planteado Conflicto Colectivo, se admita y a la vista del mismo, se cite a las partes a juicio y en su día se dicte sentencia por la que se declare que las actividades reseñadas en los hechos segundo y tercero de la presente demanda, son técnicas de diagnóstico y procedimientos técnicos del área de la radiología médica para los que están capacitados para su realización, aplicación y colaboración los Técnicos Especialistas de Radiodiagnóstico, pudiendo ser habilitados para realizarlas, o colaborar en toda su extensión, así como informar y preparar a los pacientes para su correcta realización, bajo la dirección y supervisión facultativa, de acuerdo con lo dispuesto en la Orden de 14 de junio de 1984 del Ministerio de Sanidad y Consumo y, por tanto, se declara el derecho de los Técnicos Especialistas de Radiodiagnóstico y a realizar los técnicos de diagnóstico los procedimientos técnicos del área de la radiología médica que se aplican en los Hospitales de Zaragoza denominados «Miguel Servet» y «Clínico Universitario», dependientes del Instituto Nacional de la Salud, condenado a la parte demandada a estar y pasar por dicha declaración.

Es justicia que pido en Zaragoza a diecinueve de mil novecientos noventa y siete.

OTROSI PRIMERO DIGO. Que no se adjunta reclamación previa, al estar expresamente excluida por el art. 70 de la vigente Ley de Procedimiento Laboral.

OTROSI SEGUNDO DIGO. Que para el acto del juicio oral intenta valerse de los siguientes medios de prueba:

I.- DOCUMENTAL:

1^a Que se articulará.

2^a Que se dirija atento **Oficio a la Dirección-Gerencia del Hospital «Miguel Servet» de Zaragoza**, a fin de que por el órgano competente se emita informe estricto para unir a estos autos, acerca de los siguientes extremos:

1) Número de salas de los Servicios o Unidades de Radiodiagnósticos del Hospital «Miguel Servet» (tanto del Hospital General, Materno-Infantil y Centro de Rehabilitación y Traumatología) donde se aplican técnicas de diagnóstico y se realizan distintos procedimientos técnicos dentro del área referida del radiodiagnóstico médico.

2) Enunciando de las técnicas de diagnóstico y/o de los distintos procedimientos técnico-radiológicos que se realizan en cada una de las salas de los antecitados Servicios.

3) Relación nominal de los Técnicos Especialistas de Radiodiagnóstico que prestan funciones en los distintos Servicios de Radiodiagnósticos referidos, con indicación asimismo de las Salas en las que trabajan y descripción de los procedimientos técnico-radiológicos que realizan.

4) Indicación sobre si los Técnicos Especialistas de Radiodiagnóstico realizan sus funciones, según se determinan en la Orden de 14 de junio de 1984 del Ministerio de Sanidad y Consumo, en todas y cada una de las salas de los Servicios de Radiodiagnóstico referidos.

5) Relación nominal de los ATS/DE que prestan funciones en los distintos Servicios de Radiodiagnóstico referidos, con indicación asimismo de las Salas en las que trabajan y descripción de los procedimientos técnicos que realizan.

2^a Que se dirija atento **Oficio a la Dirección Gerencia del Hospital «Clínico Universitario» de Zaragoza**, a fin de que por el órgano competente se emita informe estricto para unir a estos autos, acerca de los siguientes extremos:

1) Número de salas de los Servicios o Unidades de Radiodiagnóstico del Hospital «Clínico Universitario» donde se aplican técnicas de diagnóstico y se realizan distintos procedimientos técnicos dentro del área referida del radiodiagnóstico médico.

2) Enunciado de las técnicas de diagnóstico y/o de los distintos procedimientos técnico-radiológicos que se realizan en cada una de las salas de los antecitados servicios.

3) Relación nominal de los Técnicos Especialistas de Radiodiagnóstico que prestan funciones en los distintos Servicios de Radiodiagnósticos referidos, con indicación asimismo de las Salas en las que trabajan y descripción de los procedimientos técnicos-radiológicos que realizan.

4) Indicación sobre si los Técnicos Especialistas de Radiodiagnóstico realizan sus funciones se determinan en la orden de 14 de junio de 1984 del Ministerio de Sanidad y Consumo, en todas y cada una de las salas de los Servicios de Radiodiagnóstico referidos.

5) Relación nominal de los ATS/DE que prestan funciones en los distintos Servicios de Radiodiagnósticos referidos, con indicación asimismo de las Salas en las que trabajan y descripción de los procedimientos técnicos que realizan.

II.- PERICIAL, que se articulará.

III.- TESTIFICAL, que se articulará.

OTROSI TERCERO DIGO.- Que ésta parte acudirá al acto del juicio oral asistido de Letrado.

Por ser de justicia que reitero en lugar y fecha indicados «ut supra».

SENTENCIA NUM. 405

EN NOMBRE DEL REY

En Zaragoza a siete de noviembre de mil novecientos noventa y siete.

Visto por mí, RUBEN BLASCO OBEDE, Magistrado Juez del Juzgado de lo Social número Cinco de Zaragoza y su provincia, el proceso número 500/97, seguido a instancias de la ASOCIACION ESPAÑOLA DE TECNICOS EN RADIOLOGIA - RADIODIAGNOSTICO, MEDICINA NUCLEAR, RADIOTERAPIA- (A.E.T.R.), asistida del letrado Rafael Gómez Alvarez, contra el INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD, representado por el letrado Francisco Diez Manglano y contra CEMSATSE, representada por la letrada Concepción Pérez-Caballero Bona, sobre CONFLICTO COLECTIVO.

ANTECEDENTES DEL HECHO

PRIMERO. En fecha veinticinco de junio de mil novecientos noventa y siete se presentó la demanda que fue repartida a este juzgado y se señaló el juicio oral para el día veinticuatro de octubre de mil novecientos noventa y siete, en el cual comparecieron las partes que figuran en el acta de juicio.

SEGUNDO. En la tramitación de estos autos se han observado las prescripciones legales.

TERCERO. Que se declaran probados los siguientes hechos: que en el Hospital Miguel Servet y Hospital Clínico Universitario de Zaragoza trabajan en los servicios de Radiodiagnóstico 33 Técnicos Especialistas de Radiodiagnóstico, existiendo las salas y técnicas que se detallan en los hechos Segundo y Tercero de la demanda, que se da por reproducida en este extremo. A los citados Técnicos solo se les permite realizar las pruebas que se refieren en la citada demanda y que generalmente consisten en radiografías simples, tórax, abdomen, etc.

En numerosas ocasiones la aplicación de las técnicas descritas en la demanda se lleva a cabo por los Ayudantes Técnicos Sanitarios o Diplomados Universitarios, realizando los facultativos las que revisten una mayor complejidad.

En los servicios de Radiodiagnóstico los pacientes pueden precisar de cuidados de enfermería como venopunción, sondajes, aspiración de secreciones, oxigenoterapia, etc.

FUNDAMENTOS JURIDICOS

PRIMERO: que entrando inicialmente en el examen de las excepciones procesales esgrimidas por los demandados se comienza por el de la competencia de este Organismo Jurisdiccional y ello para desestimarla, que de conformidad con la sentencia del Tribunal Supremo de seis de Julio de 1994, dictada en recurso ordinario de casación, el ámbito del conflicto no tiene por qué coincidir con el de aplicación de la norma a interpretar, y si bien es cierto que en casos como el presente la interpretación debe ser única, las discrepancias sobre la adecuada aplicación e las Ordenes controvertidas deben resolverse por el demandado INSALUD donde se plantea la controversia, sin que la solución que se adopte afecte a la interpretación general de la norma, siendo competente, por tanto, el órgano judicial que lo sea dentro del territorio al que se contrae el litigio, en este caso los Juzgados de lo Social de Zaragoza. Por otra parte, el procedimiento es el adecuado ya que se refiere a la interpretación de una norma de carácter general, y lo demuestra el hecho de la existencia de numerosos procesos de igual naturaleza que el presente sobre las competencias de los Técnicos Especialistas, siendo pues este litigio conforme con el artículo 151 de la Ley de Procedimiento Laboral.

Y respecto a la falta de litis consorcio pasivo necesario por no haberse demandado a otros colectivos de profesionales que participan en la práctica de las pruebas referidas en la demanda, la realidad es que en el presente se ejercita una acción meramente declarativa solicitando que se declare que los actores están cualificados para la realización de tales prue-

bas y que pueden hacerlas, pero sin que se excluya, al menos en esta litis, esos otros grupos de profesionales, a los que no puede afectar la resolución de este proceso, habiéndose adoptado esta solución en la sentencia de la Audiencia Nacional de veinte de noviembre de 1991 dictada en un conflicto colectivo formulado por la Asociación de Técnicos Especialistas de Laboratorio de Análisis Clínicos y Anatomía Patológica. Y en este punto decir que en el presente no se discute si los Técnicos Especialistas están más o menos capacitados que los Ayudantes Técnicos Sanitarios o los Diplomados Universitarios, sino si los citados Técnicos, conforme a la normativa de aplicación, pueden o no realizar las técnicas que solicitan, por lo que ningún valor tienen las pruebas encaminadas a establecer qué colectivo tiene mayor o menor preparación, y dentro de los límites del debate así establecido ha de resolverse el mismo en cuanto al fondo.

SEGUNDO: Que entrando en el examen del fondo del asunto la cuestión litigiosa se centra en la interpretación de los números 3 y 4 de artículo 4 de la Orden de 14 de junio de 1984 y del artículo 73 bis del Estatuto del Personal Sanitario no Facultativo de la Seguridad Social, y en este punto de la lectura de los citados preceptos y del 3 de la reseñada Orden, que habla de contribuir a utilizar y aplicar técnicas de diagnóstico, se llega a la conclusión de que los Técnicos Especialistas a que se refiere la demanda tan sólo están capacitados para llevar a cabo una labor de colaboración, entiendo este término en el sentido de dar ayuda o auxilio en las funciones que llevan a cabo los facultativos, tal y como ya manifestó la sentencia del Tribunal Supremo de veintiseis de febrero de 1993 dictada en un proceso de conflicto colectivo deducido por la Asociación de Técnicos Especialistas de Análisis Clínicos y de Anatomía Patológica al confirmar una sentencia de la Audiencia Nacional de 20 de noviembre de 1991. Y esto sentado, de la lectura de la demanda, en el contexto del farragoso suplico de la misma, lo que realmente se solicita es que se declare que los Técnicos Especialistas de Radiodiagnóstico pueden realizar las técnicas diagnósticas reseñadas en los hechos segundo y tercero de la citada demanda. No se pide que se declare que puedan colaborar con ellas, sino que se insta una declaración expresa de que están capacitados para llevarlas a cabo y de que no pueden ejecutarlas, lo cual en modo alguno puede ser aceptado por lo dicho antes, y menos aún en aquellos medios que precisan de técnicas invasivas al requerir de la introducción en el cuerpo de los pacientes de sustancias ajenas, bien de tipo químico como en los casos de contrastes, tractos intestinales o gastroduodenales, enemas opacos, etc., bien de tipo mecánico como los propios aparatos de diagnóstico en los casos de catéteres, procedimientos endoscopios, etc., o cuando el estado del paciente exige un control sanitario continuo al realizarse una técnica de radiodiagnóstico, habiéndolo entendido también así la Audiencia Nacional en el conflicto colectivo antes indicado en su sentencia de veinte de noviembre de 1991.

Por último, significar que en realidad no se trata de saber si los Técnicos Especialistas se encuentran o no capacitados, sino que la cuestión litigiosa consiste en determinar si los números 3 y 4 del artículo 4 de la Orden de 13 de junio de 1984 y del artículo 73, bis del Estatuto del Personal Sanitario les autoriza para realizarlas, lo que no sucede.

En consecuencia se desestima la demanda, y ello toda vez que las declaraciones previas que se contienen en el suplico no tienen más valor que el de servir de precedente para la declaración final que se pide, y que no es otra que la ya expuesta, no ofreciendo de que las técnicas reseñadas en los hechos segundo y tercero de la demanda son de Radiodiagnóstico, como así lo han aceptado todas las partes, y de que en ellas los actores representados en la litis pueden llevar a cabo labores de colaboración en los términos expuestos y respecto de lo contemplado en los puntos 3 y 4 del artículo 4 de la Orden de 14 de junio de 1988 y 73 bis del Estatuto reseñado, pero no pueden realizarlas, en contra de lo que se pretende que se diga en esta sentencia.

Vistos los preceptos citados y demás de general aplicación.

FALLO

Que desestimando la demanda interpuesta por LA ASOCIACION DE TECNICOS ESPECIALISTAS EN RADIOLOGIA (RADIODIAGNOSTICO, MEDICINA NUCLEAR Y RADIOTERAPIA), contra los demandados reseñados en el encabezamiento de esta sentencia, debo declarar y declaro que no ha lugar a la misma, absolviendo a dichos demandados de lo pedido frente a ellos.

Así por esta mi sentencia, de la que se llevará testimonio literal a los autos de referencia, lo pronuncio, mando y firmo.

Notifíquese a las partes esta sentencia haciéndoles saber que contra la misma puede interponerse recurso de suplicación ante este mismo juzgado y para el Tribunal Superior de Justicia de Aragón, recurso que deberá ser



La Sonrisa Radiológica

«LA PEÑA ROMERALES»

*La Sonrisa Radiológica os desea
¡Feliz Navidad y Próspero Año 1998!*



R. DIAZ MEYERS
BARCELONA

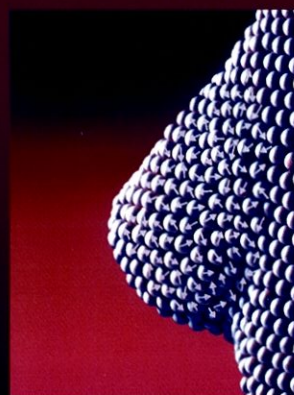
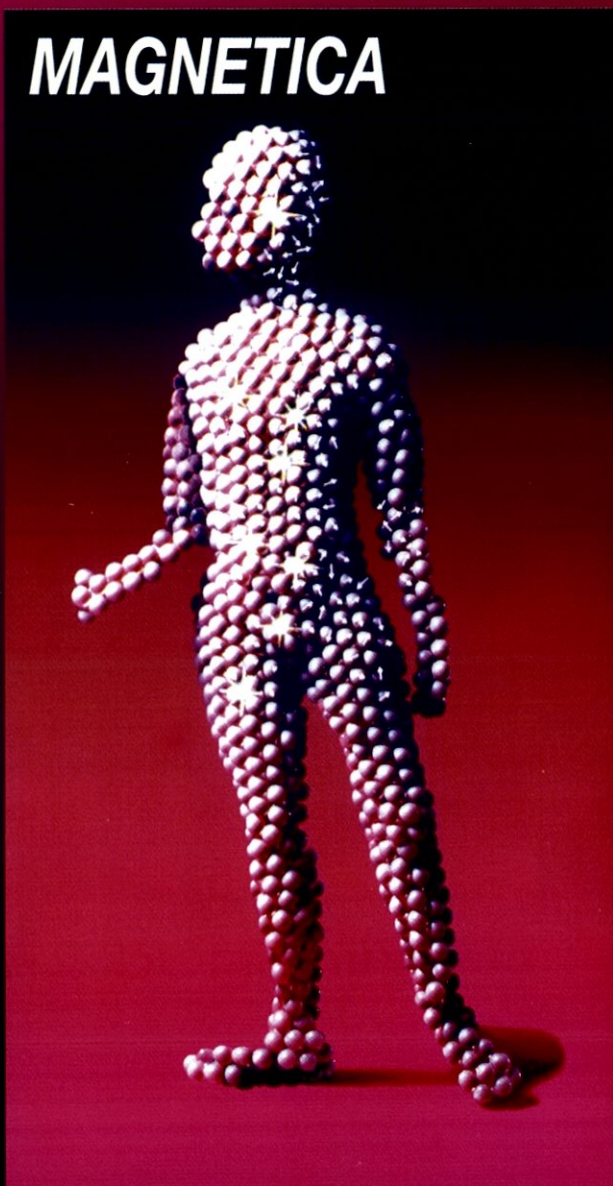
P. I. U.

PLAN DE INTEGRACION DEL USUARIO DEL INSALUD

**UNA NUEVA ERA EN EL CONTRASTE
DE IMAGENES
DE RESONANCIA**

Magnevist®

MAGNETICA



Gadopentetato de Dimeglumina

Tolerancia excelente

 **SCHERING**
RADIODIAGNOSTICO

GADOPENTETATO DE DIMEGLUMINA
Magnevist® 
GADOLINIO - DTPA

VIII JORNADAS ANDALUZAS DE ENFERMERIA RADIOLOGICA

MELILLA - 19, 20, 21 DE MARZO DE 1998



SECRETARIA



José Zorrilla, 5 Escalera A 3º 3
14008 Córdoba
Teléfonos: 957 485849 - 485843
Fáx: 957 485849
E-mail: pic@cod.servicom.es



HOSPITAL

COMARCAL

DE

MELILLA