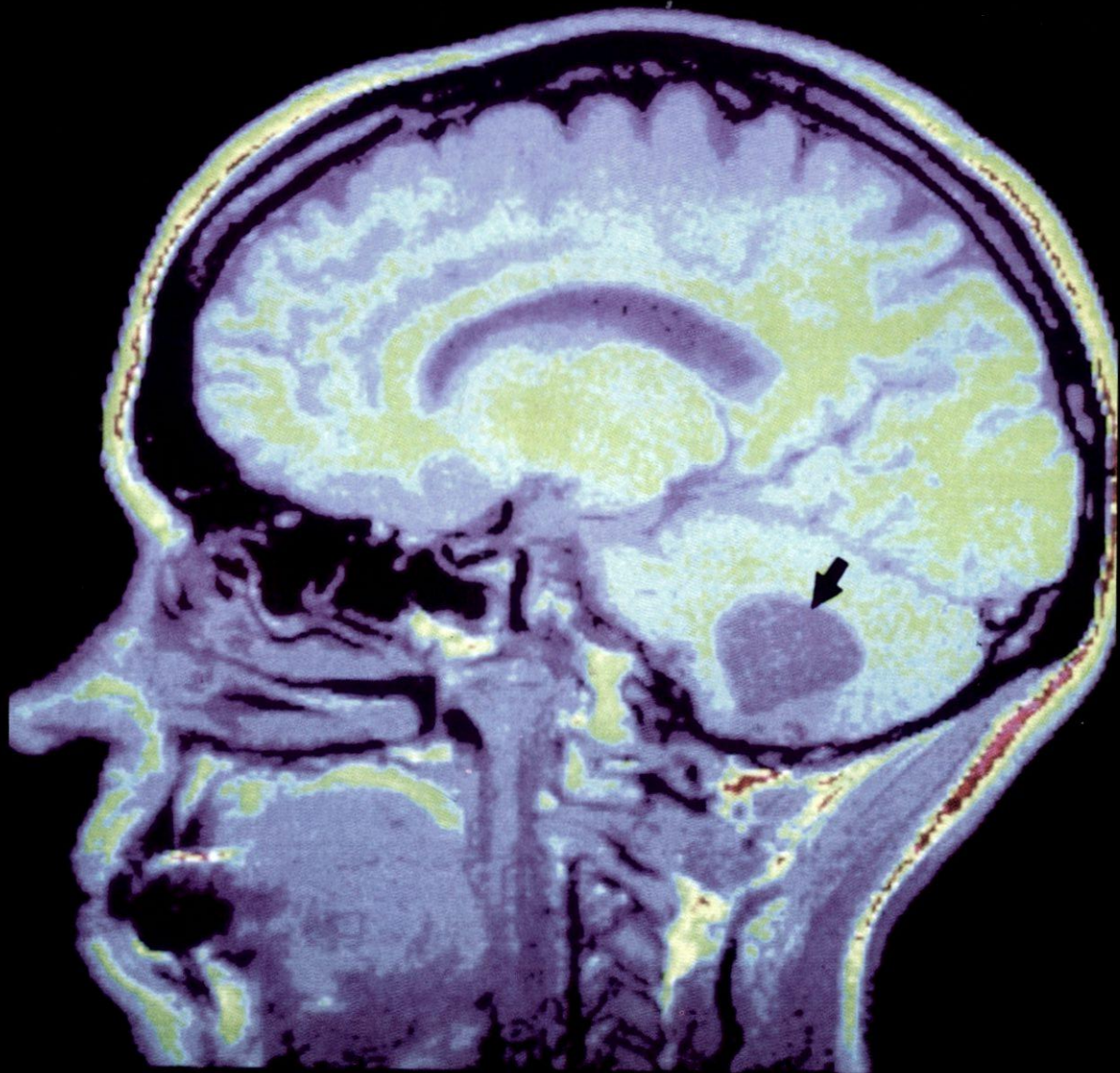


REVISTA OFICIAL DE LA FEDERACION ESPAÑOLA
DE ASOCIACIONES DE ENFERMERIA RADIOLOGICA

ENERO-FEBRERO-MARZO 1998 • N° 36
ÉPOCA II - AÑO X



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 Esporrin Lasheras
- Presidente de FEAER.
- Presidente A. Navarra.

Carmen Berrio
- Vicepresidente de FEAER.

Carmen Remirez 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.

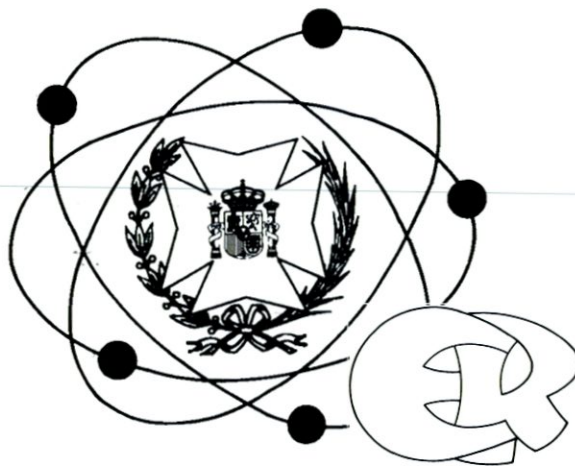
Jesús M. Fernández Marín
- Presidente A. Extremeña.

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.

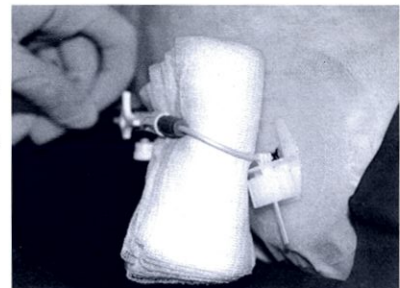
5 CONSIDERACIONES DE ENFERMERÍA EN EL DIAGNÓSTICO Y LA TERAPÉUTICA DE LA SEPSIS INTRABDOMINAL EN RX I.

Autores: *Inisterra J., **López-Menchero G., ***Pinilla P.

Centro: *Sección Rx intervencionista. H.C.U. «Lozano Blesa».

**Hospital Provincial «N^o S^a de Gracia». Zaragoza

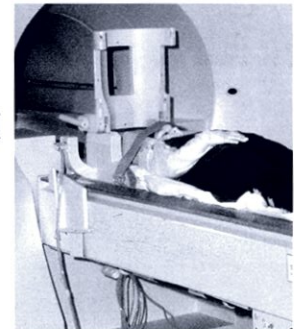
***Servicio Radiodiagnóstico. H.C.U. «Lozano Blesa». ZARAGOZA



10 SEDACIÓN PEDIÁTRICA PARA EL ESTUDIO DE TAC Y RM

Autores: M^a Carmen Rebollar, Ángela de Diego, M^a Cruz Barrutia.

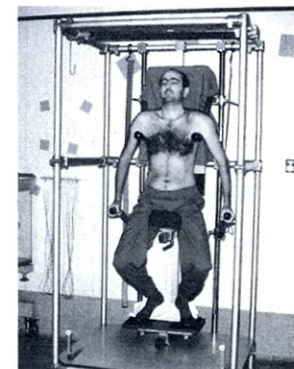
Centro: Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital de Basurto. BILBAO



14 TÉCNICA DE IRRADIACIÓN CORPORAL TOTAL

Autores: E Rial Francés, D. Oller Riera.

Centro: Servicio de Radioterapia. Hospital Sant Pau. BARCELONA



17 CRÓNICA DE LAS VIII JORNADAS ANDALUZAS DE ENFERMERIA RADIOLOGICA

18 III JORNADAS DE ENFERMERÍA RADIOLÓGICA: UN ROTUNDO ÉXITO

20 TRIBUNA ABIERTA

23 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.
C/ Bretón, 34 - 5A.
50005 ZARAGOZA.

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



Editorial

Comenzamos un año más, y no es un año cualquiera, nuestra Revista de Enfermería Radiológica cumple 10 años.

Nació en mayo del año 1988, en la maravillosa ciudad de Sevilla. Su primer número fue precisamente un nº 0 y con ella se anunciaba la creación de la Federación Española de Asociaciones de Enfermería Radiológica.

En este número, se daban a conocer las primeras Asociaciones que la formaron y sus presidentes eran:

- A. Andaluza: Antonio Muñoz Vinuesa
 - A. Asturiana: Elena Garrido González
 - A. Canaria: Oscar Flores García
 - A. Catalana: Bernabé Trujillo Martínez.
 - A. Gallega: Pilar Darriba Rodríguez
 - A. Madrileña: Luis Dávila
 - A. Murciana: Matías Pérez Hernández
 - A. Riojana: Carmen Najara
 - A. Valenciana: Francisco Fau Gabande
- Presidente de la Federación: Manuel Zambrano Bono*

Es necesario, de cuando en cuando, parece y reconocer la labor que han hecho otras personas en otro tiempo, 10 años, no son ayer, y gracias a ellos, a su ilusión, a su entusiasmo profesional, a su trabajo, hoy estamos aquí otros y esperemos que mañana siga habiendo alguien que recoja nuestro testigo.

Aquel tiempo estuvo marcado, por una preocupación en buscar nuestra identidad como profesionales, se trataba de elaborar nuestros roles, de darles sentido y coherencia desde nuestra carrera madre, de buscar nuestro sitio...

Diez años después, esa identidad como profesionales de Enfermería Radiológica, se ha conseguido plenamente. También es verdad que hemos tenido que aprender a defendernos, aprender a estudiar, aprender a investigar, a hacer protocolos, a entender sentencias, a demostrarle a quien haga falta, que sin nosotros no puede funcionar un Servicio de Radiología, y lo que es más importante todavía, lo hemos demostrado.

Las últimas sentencias lo corroboran, ya no mencionan solo Leyes, Decretos y Ordenes Ministeriales, ya hablan de pacientes con sondajes, aspiradores, oxigenoterapia, técnicas invasivas de tipo mecánico, químico...

Aquel año, 1988, se anuló la Disposición Adicional de la Orden del 14 de junio de 1984, que nos eliminaba de los Servicios de Radiología, diez años después hemos conseguido que se nos reconozca como necesarios e imprescindibles.

Como regalo de cumpleaños, la Sala de lo Social del **Tribunal Superior de Justicia de Aragón** ha desestimado el Recurso de Súplica y confirma la sentencia recurrida por la A. de Técnicos de Radiología que os publicamos en el número anterior.

Este ha sido el camino de la Federación, este ha sido nuestro camino, el de cada uno de nosotros, pero no os relajéis, sin ánimo de ser pesimista nos quedan diez años más para «zanjar el asunto».

Esperemos que no nos falten las fuerzas ni los relevos...

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, 34-5A
50005 ZARAGOZA

CONSULTAS:
Teléfono **939 38 30 29**

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

PREMIO A LA MEJOR COMUNICACION DE LAS VIII JORNADAS ANDALUZAS
DE ENFERMERIA RADIOLOGICA

CONSIDERACIONES DE ENFERMERÍA EN EL DIAGNÓSTICO Y LA TERAPÉUTICA DE LA SEPSIS INTRABDOMINAL EN RX I.

AUTORES: *INISTERRA J., **LÓPEZ-MENCHERO G., ***PINILLA P.

Centro: *Sección Rx intervencionista. H.C.U. «Lozano Blesa». ZARAGOZA

**Hospital Provincial «N^a S^a de Gracia». ZARAGOZA

***Servicio Radiodiagnóstico. H.C.U. «Lozano Blesa». ZARAGOZA

RESUMEN

Al principio de los 80 el Drenaje de Abscesos estaba circunscrito a colecciones únicas, de límites bien definidos y contiguos a la pared, en la actualidad el mejor conocimiento técnico, la existencia de buenos y adecuados materiales de drenajes y el uso de sustancias esclerosantes y fibrinolíticas, han ampliado las indicaciones. La Rx intervencionista (R.I.) también puede ser causa de infección y Sepsis cuando está trabajando en el abdomen: infección de accesos de entrada, infección de dispositivos (catéteres, filtros, reservorios, etc).

El manejo percutáneo de la vía biliar (CTPH, DBP y Prótesis) constituye la principal causa de Sepsis y además la complicación más importante. El personal de Enfermería juega un papel importante tanto en el diagnóstico como en la resolución terapéutica de los drenajes de colecciones abdominales. Se analiza su Labor tanto técnica como puramente de Enfermería, desde el Diagnóstico de Enfermería y el P.A.E., así como la Labor de explicación de los autocuidados y la enseñanza a la enfermería de base de los Cuidados a prestar.

Palabras clave.— ABSCESOS, DRENAJES, SEPSIS INTRABDOMINAL

INTRODUCCIÓN

Durante muchos siglos la infección supuso un enigma indescifrable hasta el desarrollo de la bacteriología en el siglo XIX. Sin embargo, diversos antecedentes recogidos de las civilizaciones antiguas ponen de manifiesto la inquietud de las mismas para luchar contra las infecciones. En el 1545 Ambrosio Paré, el verdadero creador de la cirugía moderna, demostró de forma concluyente la superioridad de la instilación de trementina, en lugar del aceite de sauco hirviente, para el tratamiento de las heridas de



guerra, consiguiendo la curación de las mismas sin inflamación y sentando las bases de la antisepsia. La primera descripción que se tiene de un absceso hepático data del año 1836 por parte de Bright. Como dijo uno de los padres del manejo percutáneo de los abscesos, E. Van Sonnenberg en el año 1990, «el drenaje percutáneo

ha revolucionado el tratamiento de los abscesos en los últimos 20 años.»

Podríamos definir la Sepsis intrabdominal como:

«Respuesta sistemática al fenómeno micro-



biano caracterizado por una respuesta inflamatoria, a la presencia de microorganismos o a la invasión del huésped, habitualmente estéril para estos organismos.»

Entre la década de los 70-80, el drenaje percutáneo de los abscesos se limitaba a colecciones únicas cercanas a la pared y no complicadas, en la actualidad ya se abordan y drenan quistes infectados, abscesos múltiples y/o lobulados y abscesos complicados, favoreciéndonos del uso de unas sustancias esclerosantes y fibrinolíticas, naturalmente el éxito en la resolución final no tendrá el mismo porcentaje en unas o en otras, se calcula que para las colecciones únicas no complicadas, es del 100%, así como de las complicadas varía entre el 65 al 85%.

Las patologías más frecuentes que son susceptibles de tratamiento en una unidad de R.I. son: colecciones purulentas, colecciones no infectadas, quistes y pseudoquistes, y hematomas, más concretamente nos encontraremos con abscesos pancreáticos, colecciones esplénicas, abscesos hepáticos, de pared, y ya menos frecuentemente, abscesos amebianos y tumores necróticos. Por otro lado tendremos que incluir las causas yatrogénicas imputadas a la R.I. como causa de Sepsis, que pueden ser debidos a maniobras sobre accesos percutáneos, implantación de pequeños dispositivos, manejo intravascular de catéteres y guías, de maniobras sin éxito en cavidades cerradas, inmunosupresión, técnica y

LA RI COMO ORIGEN DE SEPSIS

- MANIOBRAS SOBRE ACCESOS PERCUTANEOS
- IMPLANTACION DE PEQUEÑOS DISPOSITIVOS
- MANEJO INTRAVASCULAR DE CATETERES, GUIAS, ETC.
- INMUNOSUPRESION
- MANIOBRAS SIN ÉXITO EN CAVIDADES CERRADAS
- TECNICA Y ASEPSIA INADECUADAS
- NO PROFILAXIS AB

asepsia inadecuadas, y no profilaxis antibiótica, como causas más frecuentes.

MATERIAL Y MÉTODOS

La R.I. interviene en el diagnóstico de los focos infecciosos abdominales, estableciendo su localización, naturaleza del contenido, tamaño, extensión y relaciones anatómicas a través de los métodos radiológicos, fundamentalmente la T.C. y ecografía, a veces la radiografía simple o la radiografía contrastada con bario u otra sustancia radiopaca puede orientarnos hacia su localización.

Las técnicas de R.I. con guía de imagen, fundamentalmente la punción abdominal con aguja fina, nos permiten hacer un diagnóstico de naturaleza recogiendo muestras para su análisis microbiológico y cultivo con escaso riesgo y con un alto rendimiento diagnóstico. Por tanto a la hora de realizar un diagnóstico mediante punción aspirativa ésta se realizará mediante guía de imagen T.C. y ecografía previas o in situ; la aguja utilizada será una chiba fina (21-22 Gaus), efectuándose una recogida selectiva de muestras (aerobios y anaerobios) y el abordaje se realizará de forma que facilite el cambio a un catéter ya sea mediante técnica Seldinger o por punción Trocar paralela a la aguja.

Para finalizar con el diagnóstico baste decir que es un procedimiento sencillo, barato, rápido y seguro lo que lo convierte en un procedimiento rentable por su eficacia diagnóstica.

Una vez realizada la punción diagnóstica, ésta nos servirá para realizar una valoración previa, en la que efectuaremos la elección de la vía de abordaje, valoraremos el volumen ocupante así como la presencia de fístulas y comprobaremos mediante ecografía, la existencia o no de absceso tabicado.

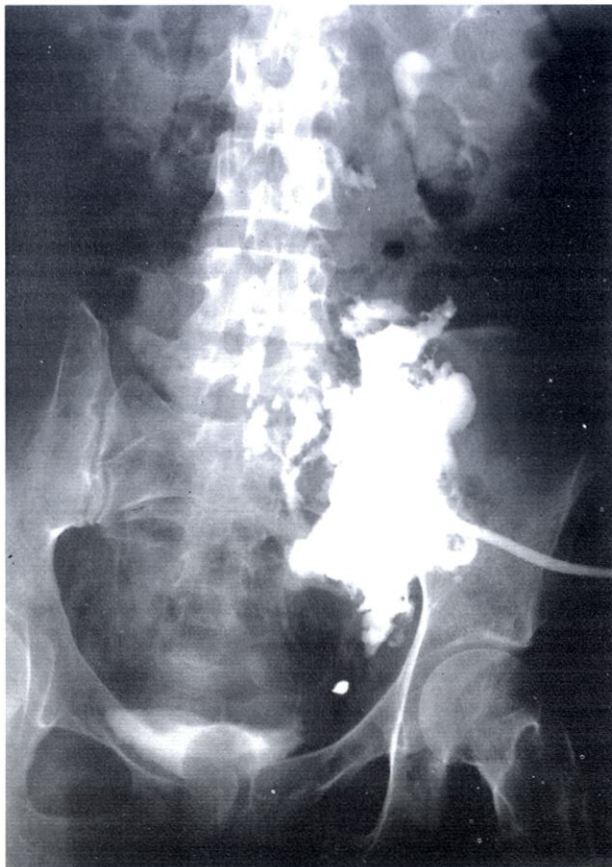
Recapitulando, la dinámica del diagnóstico y el tratamiento de los abscesos abdominales será:

- Localización y marcaje, mediante T.C., ecografía y radiografía simple
- Situación postural lo más favorable a nuestros intereses y comodidad del paciente.

- Preparación del campo, con las oportunas medidas de asepsia y antisepsia.
- Monitorización del abordaje generalmente mediante ecografía.
- Punción diagnóstica en la que se realizará toma de muestras en los diferentes medios de cultivo apropiados y colocación del drenaje preciso.

Como ya se ha comentado anteriormente el abordaje definitivo se realizará mediante técnica Trocar por punción paralela o técnica Seldinger, en cualquier caso los catéteres a utilizar serán tipo Pigtail de 5,7 y 8 French, para cavidades pequeñas, y Pigtail de 10 French o Malecot y Ring-McLean de 16 y 24 French, para grandes cavidades.

Una vez colocado el catéter se realizará un cuantificado de la cantidad obtenida pudiéndose utilizar la instilación in situ de fármacos apropiados, como pueden ser: suero, antisépticos o fibrinolíticos dependiendo su uso de las características de la cavidad; se conectará el sistema de aspirado por presión negativa o por gravedad



y por último se colocará el vendaje de sujeción apropiado con apósito hidrocoloide.

Respecto a los controles, se realizará una evacuación completa del contenido apoyándose en los lavados de suero fisiológico, el control radiológico que se realizará será un cavitograma o ecografía y se instilará, si es necesario, las sustancias pertinentes alcohol, fibrinolíticos, etc.).

En el capítulo estadístico la valoración comparativa se realiza entre cirugía versus radiología, valorando la mortalidad de los drenajes, indicando que es en la zona subhepática donde existe mayor incidencia; la estadística muestra una clara ventaja de la radiología intervencionista frente a la cirugía convencional.

PAPEL DE ENFERMERÍA

Durante la ejecución de todo el proceso de un drenaje abdominal, en la parte donde el paciente y la ejecución técnica van a ser prácticamente competencia de enfermería (por lo menos en nuestro centro), es en la realización de los controles de evolución; hay que puntualizar que en el caso de precisar ecografía de control, ésta la realizará el radiólogo; por tanto desde esta premisa, ante la ejecución de un control de un drenaje abdominal, en la Labor de Enfermería hay que considerar tres niveles. El primer nivel lo llamaremos técnica; al segundo, proceso de enfermería y al tercero, plan de cuidados.

NIVEL 1

TÉCNICA

Es la parte de la Labor de Enfermería en la que se realizarán funciones de ayudantía y de circulante en la ejecución de la técnica. Como anteriormente ya se ha explicado suficientemente no es necesario extenderse más.



NIVEL 2

PROCESO DE ENFERMERÍA

Aplicaremos el Proceso de Enfermería que recordaremos consta de:

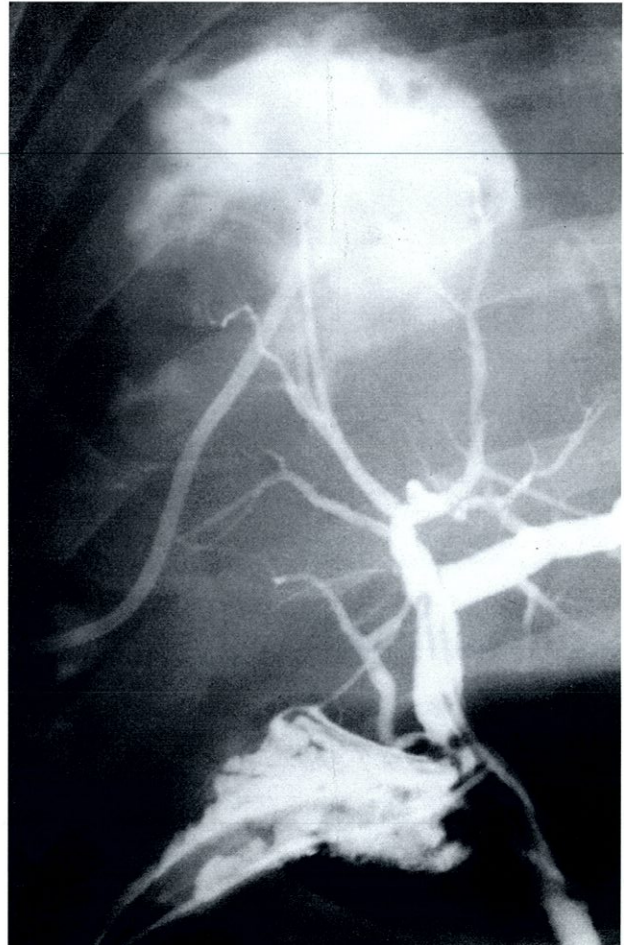
- Valoración
- Identificación
- Planificación
- Ejecución
- Evaluación

En la valoración, el propósito es identificar:

- Patrones de adaptación presentes y pasados si, los hubiera.
- Respuesta a las alteraciones actuales. Habrá que comprobar: aspirado correcto, permeabilidad del catéter, conexiones en buen estado, apósito limpio, y buena sujeción del apósito hidrocoloide.
- Respuesta a la terapia. Habrá que valorar: estados dolorosos, sobre todo durante la introducción de contraste o la extracción de líquido, miedo al movimiento y miedo a la realización de los controles por parte del paciente.
- Riesgo de desarrollar alteraciones potenciales. Principalmente tracción del catéter en los cambios posturales, infección de la vía de abordaje y contenido denso que puede producir obstrucción del catéter.
- En la identificación, el propósito es saber que ocurre en un paciente cuando surge algún problema (genéricamente, mal funcionamiento del drenaje, o estados de dolor y ansiosos del paciente). En esta fase es donde se realizará el diagnóstico de Enfermería, como dijo Carpenito: «el diagnóstico de Enfermería describe las situaciones de salud o los patrones de interacción alterados, en los que enfermería puede ayudar al cliente».

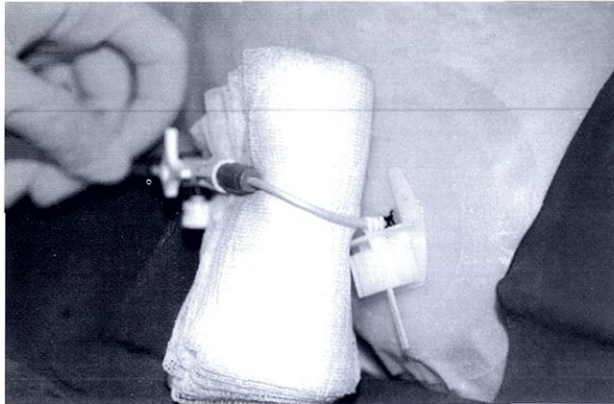
En la Planificación, se valorarán las estrategias a realizar que en el ámbito de Enfermería son de su competencia (lavados del catéter con suero fisiológico, aspirado del contenido, recambio de la fijación o del apósito, y recambio del colector de drenaje; en el caso de roturas, mal posicionamiento o recolocación del catéter habrá que avisar al radiólogo intervencionista). En esta fase:

- Se establecerán prioridades en los cuidados. Por ejemplo, ante un malfuncionamiento del drenaje revisar primero la presión negativa del colector, después las conexiones y posteriormente el catéter (aquí investigaremos roturas, torsiones u otras causas de malfuncionamiento).
- Se determinan los criterios de los resultados esperados.
- Se fijan los objetivos de Enfermería y se inicia el Plan de cuidados a través de las órdenes de Enfermería.



En la ejecución se incluyen las habilidades necesarias para ejecutar las órdenes de Enfermería.

En la evaluación se establecen los criterios para observar y medir y se compara la respuesta actual con los criterios establecidos. En esta fase se abarcan controles de calidad, establecimiento de estándares y revisión de cuidados.



La mejor forma de realizar la evaluación en una unidad de radiología intervencionista, son los seminarios en los que cada componente del equipo aporta su opinión, naturalmente no sólo se revisarán los criterios y actuaciones de Enfermería sino también la técnica y las estrategias de actuación en pacientes, o técnicas complejas.

NIVEL 3

PLAN DE CUIDADOS

En este nivel y basándonos en el proceso y diagnóstico de Enfermería, elaboraremos un plan de cuidados que partiendo de un plan estandarizado, será aplicado o se elaborará uno específico.

Este plan de cuidados será el que remitiremos al personal de Enfermería de procedencia del paciente, en forma de protocolo de órdenes de Enfermería, por ejemplo, lavados cada cierto tiempo, recambio del colector de drenaje y apósito, investigación de problemas potenciales y su solución o pautado de los controles.

Por otro lado se elaborará otro plan de cuidados específico para el paciente en el que se le explicarán los autocuidados necesarios, mantener los apósitos limpios, no dar tirones al drenaje, etc.

Antes de terminar quisiéramos plasmar dos citas que por su contenido describen el sentir de la Enfermería:

«[...] La enfermera puede funcionar independientemente y debe hacerlo si es el miembro del equipo mejor preparado para la situación. La enfermera puede y debe diagnosticar y tratar si la situación así lo requiere [...]»

V. Henderson

«[...] La aplicación del proceso de Enfermería aporta a los cuidados un enfoque científico de solución de problemas que disuelve la imagen tradicional de la enfermera como «ayudante del médico». El proceso de Enfermería es similar al proceso investigador [...]»

Jean Watson

CONCLUSIONES

- Técnica sencilla.
- Uso de fármacos apropiados a cada situación.
- Buena estadística.
- Posibilidad de múltiples vías de abordaje.
- Conocimiento del material.
- Valor de la enfermería de base.
- Resolución parcial o completa de problemas a cargo de Enfermería.
- Necesidad de comunicación interdisciplinaria y del equipo.

Correspondencia:

Jesús Inisterra Zerón
Radiología intervencionista
H. Clínico universitario
Avda. Gómez Laguna
50009 ZARAGOZA



SEDACIÓN PEDIÁTRICA PARA EL ESTUDIO DE TAC Y RM

AUTORES: REBOLLAR M. C., DIEGO A., BARRUTIA M. C.

*Centro: Servicio de Radiodiagnóstico
HOSPITAL DE BASURTO
BILBAO*

RESUMEN

La calidad de las exploraciones, tanto de RM como de TAC, depende de la capacidad de conseguir una buena inmovilización de los pacientes durante el tiempo de exploración. En pacientes pediátricos esa inmovilización es más difícil de conseguir.

Para realizar un scanner es suficiente con la sedación por inhalación, que nos proporciona una buena inmovilización y la recuperación del paciente es rápida y, habitualmente, sin complicaciones. Sin embargo, para realizar una RM, necesitaremos una sedación más profunda, por lo que debemos utilizar las vías IM e IV que nos permiten conseguir una inmovilización duran-

te más tiempo, pero la recuperación del paciente es más lenta y pueden aparecer más complicaciones.

Ello implica la necesidad de que las salas de exploración estén dotadas de todos los medios necesarios para tratar estas complicaciones, que la preparación del paciente antes de la exploración sea correcta y rigurosa y que los cuidados después de la anestesia sean completos, enviándose el paciente a la sala sólo después de que se cumplan todos los criterios que garanticen la ausencia de complicaciones. Una recepción correcta del paciente es también muy importante para ayudar a disminuir la ansiedad que estas técnicas siempre llevan aparejadas.

Palabras clave.— SEDACIÓN PEDIÁTRICA

SEDACIÓN PEDIÁTRICA PARA EL ESTUDIO DE TAC Y RM

La calidad de las exploraciones, tanto de RM como de TAC, depende de la capacidad de conseguir una buena inmovilización de los pacientes durante el tiempo de exploración. Los adultos suelen colaborar adecuadamente, sin embargo, en pacientes pediátricos esa inmovilización es más difícil de conseguir. Es, en estos últimos, donde es importante realizar una buena sedación o anestesia. Esta sedación debe ser segura y eficaz. La técnica se centra en dos aspectos: sencillez y calidad de la recuperación, que debe ser rápida (precoz), fiable y sin efectos secundarios.

VÍAS DE ADMINISTRACIÓN

Las diferentes vías de administración de sedantes utilizadas en nuestro servicio son:

a.- Vía inhalatoria:

Induce una sedación superficial.

Ventajas: es indolora y con respiración espontánea.

Inconvenientes: posible pánico y claustrofobia, sensación de amenaza, olor irritante y desagradable, posible hipo y ansiedad por separación.

b.- Vía nasal:

Induce una sedación superficial.

Ventajas: es indolora, evita la ansiedad por separación y es relativamente rápida.

Inconvenientes: posible escozor, hipo, efecto variable y está poco estudiada.

c.- Vía rectal:

Induce una sedación superficial.

Ventajas: es indolora, evita la ansiedad por separación y es relativamente rápida.



Inconvenientes: absorción irregular e inconstante, efectos medianamente previsibles, posible ardor rectal, defecación, hipo y efecto residual prolongado.

Esta vía se utiliza principalmente para realizar las biopsias intestinales pediátricas, para las cuales no se requiere una inmovilización total del paciente.

d.- Vía intramuscular:

Induce una sedación más profunda.

Ventajas: evita la ansiedad por separación, es rápida y de previsible efecto.

Inconvenientes: es dolorosa, produce sensación de amenaza y a veces apnea e hipo.

e.- Vía intravenosa:

Induce una sedación profunda.

Ventajas: es rápida y segura.

Inconvenientes: punción dolorosa, ansiedad por separación y posibles apnea e hipo.

Las dosis utilizadas están en relación a la edad y peso del niño y varían de un protocolo a otro. La elección de estas vías está relacionada con el tiempo de duración de la exploración. Para realizar un TAC, es suficiente con la sedación por inhalación. Sin embargo, para una RM, debido a su larga duración y a la aparición de artefactos de

movimiento, es necesaria una sedación más profunda, utilizándose principalmente, las vías intramuscular e intravenosa.

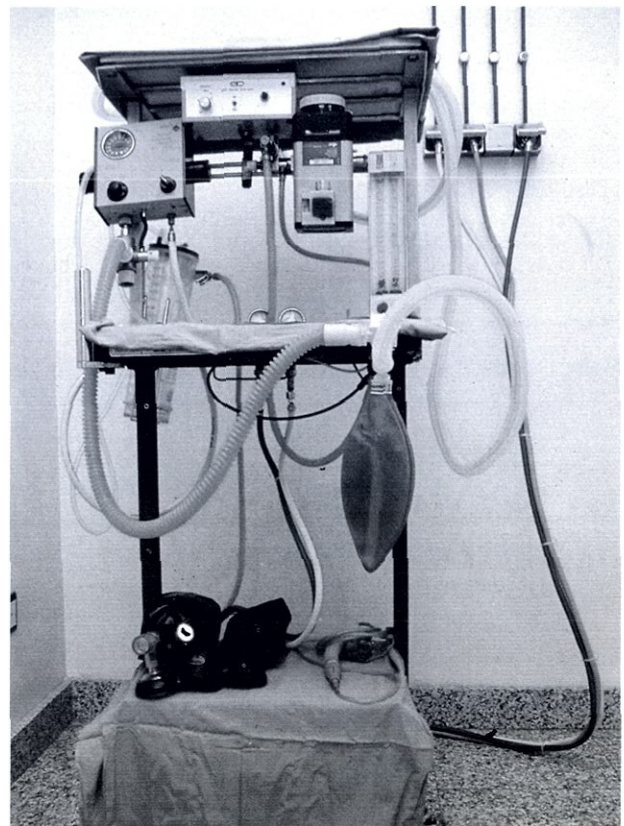
DOTACIÓN DE LAS SALAS PARA LA ANESTESIA Y LA SEDACIÓN

Para poder realizar una anestesia adecuada las salas deben estar dotadas de:

- Tomas de oxígeno, protóxido y aspiración.
- Pulsiosímetro cargado y en perfectas condiciones.
- Respirador y desfibrilador
- Carro de anestesia con todo el material adecuado (politenos, agujas, jeringas, sondas de aspiración, tubos endotraqueales, mascarillas de oxígeno, medicación específica, adrenalina y atropina cargadas en jeringa, y «Ambú».)
- Carro de urgencias, que debe estar completo y, si puede ser, dentro de la sala.

REQUISITOS PREVIOS A LA EXPLORACIÓN: PREPARACIÓN DEL PACIENTE

Los pacientes deberán acudir al servicio de radiología en ayunas. Actualmente no se recomienda el ayuno absoluto, aunque no se permiten los sólidos, se recomienda la





ingestión de líquidos hasta 2-3 horas antes de la anestesia. Con ello se consigue que los niños estén menos irritables y se previenen la hipoglucemia y la hipotensión durante la sedación.

El paciente aportará, además de su historia clínica, el estudio de anestesia previo a la exploración, que debe incluir:

- La anamnesis y exploración física del niño.
- La solicitud de exámenes complementarios como son la radiografía de tórax y el hemograma.
- La información y discusión de la técnica anestésica prevista.
- Las recomendaciones pre y postanestésicas.
- La preparación psicológica de los padres para conseguir su colaboración y evitar que su intranquilidad pueda transmitirse al niño.

Realizando la consulta preanestésica de 4 a 7 días antes de la intervención, es posible disminuir tanto los pacientes rechazados a última hora como los ingresos hospitalarios.

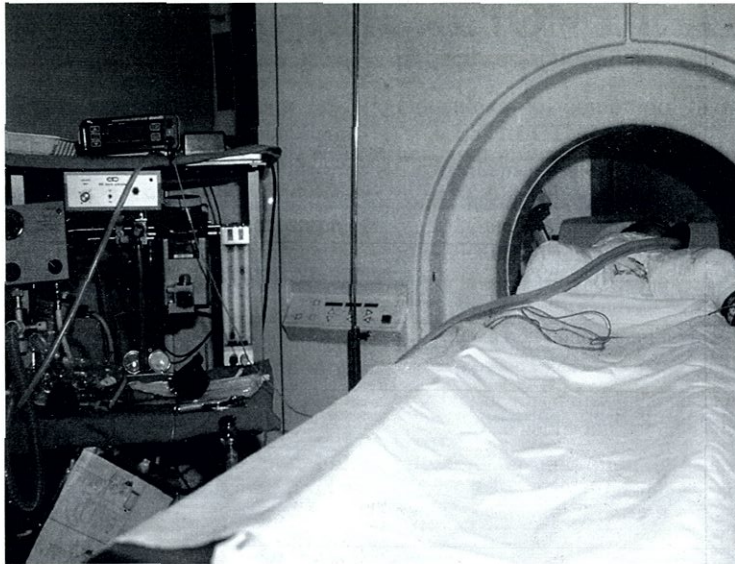
Se procurará mantener al paciente en deprivación de sueño, sobre todo a menores de 6 meses, ya que esto en ocasiones puede evitar la utilización de sedantes.

Se atenderá al paciente a la hora indicada en su hoja de citación para evitar esperas innecesarias que favorecen la tensión nerviosa de los padres. Si esto no fuera posible, se ha de procurar que las condiciones de espera sean las más idóneas (sala sin ruidos, luz tenue...).

RECEPCIÓN DEL PACIENTE:

OBSERVACIONES DE ENFERMERÍA

Antes de comenzar la exploración se debe comprobar el estado general del paciente, preguntando a los padres si ha habido algún cambio en las condiciones de salud del niño (catarros, fiebre, vómitos, etc.), comunicando las anomalías, si las hubiera, al anestesista.



Efectuado el requisito previo y dependiendo de la edad del niño, se procurará hablar con él de la forma más convincente y adecuada para tranquilizarle y de este modo, si el niño colabora, evitar la anestesia, circunstancia esta que no es habitual, por lo que precisamos recurrir a la sedación.

COLOCACIÓN DEL PACIENTE

Para comenzar la exploración, colocaremos al paciente en la posición más adecuada y cómoda posible. Se efectuará una venoclisis, preferiblemente antecubital, y se monitorizará con el pulsiosímetro.

A niños menores de 1 año, es aconsejable envolverles con una manta para conseguir con ello una mayor inmovilización y evitar la hipotermia.

Efectuados los dos pasos anteriores se procede a la sedación de acuerdo a los protocolos establecidos por los anestesistas.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA DURANTE LA EXPLORACIÓN

Durante la exploración se controlará el nivel de saturación de oxígeno, que no debe bajar de 90 % ya que esto implicaría compromiso respiratorio, así como el pulso del paciente, la perfusión venosa y el nivel de sedación, aumentando la dosis de anestésico si fuera necesaria, ya que esto evitaría la recepción de imágenes, en el caso del TAC, o de series en el caso de la RM.

POSIBLES COMPLICACIONES

Las complicaciones más habituales de la sedación suelen ser: náuseas, vómitos, cefaleas, aspiración de secreciones y la más grave parada cardio-respiratoria. Si se diera cualquiera de estas circunstancias, se debe interrumpir de inmediato la exploración y se pasará a la sala para atender al paciente.

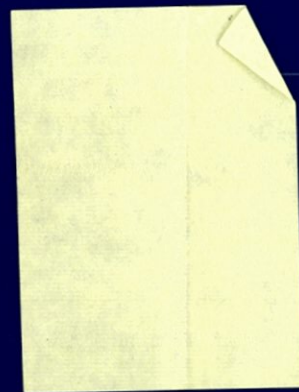
¡NO. DECIDE!

OPTIRAY® - Las Jeringas precargadas de contraste



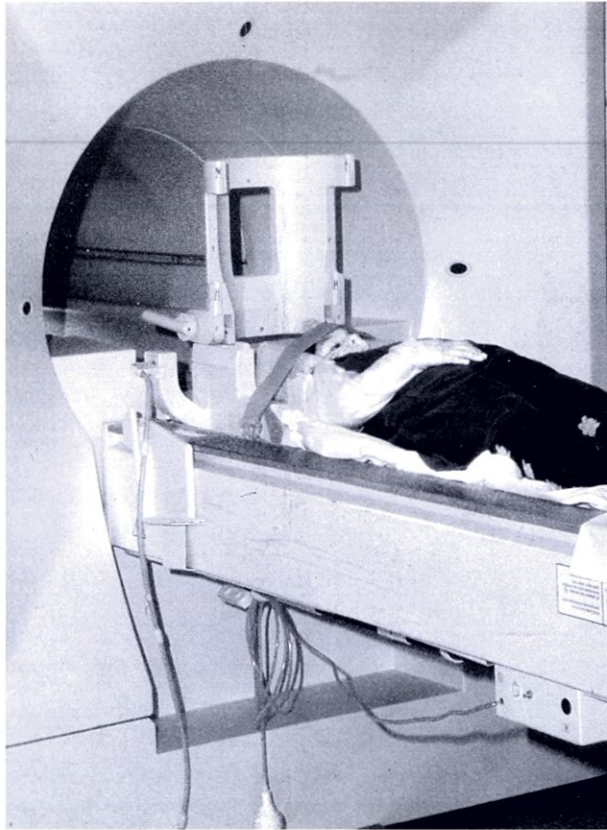
OPTIRAY® - Jeringas Precargadas,
en diferentes volúmenes y concentraciones lista
para uso inmediato. **Rápido y fácil manejo**
- Menor tiempo de preparación. Favorable para
el medio ambiente.

OPTIRAY®



MALLINCKRODT

Hay una menor incidencia de efectos secundarios con inhalatorios, siendo el más habitual el dolor de cabeza. Los anestésicos IV presentan mayor complejidad de uso, más complicaciones y más frecuente necesidad de empleo de antagonistas. También se ha comprobado que hay mayor incidencia de complicaciones en pacientes menores de 5 años.



CUIDADOS TRAS LA EXPLORACIÓN

Una vez terminado el estudio, se trasladará al paciente a una sala donde se le controlará hasta su total recuperación. Se recomiendan los siguientes requisitos de seguridad antes de autorizar el alta:

- El paciente debe estar consciente.
- Las constantes vitales deben mantenerse estables durante al menos 1 hora.
- No debe existir evidencia de depresión respiratoria.
- Tiene que tener capacidad para toser.
- Su micción debe ser espontánea
- Debe ser capaz de deambular y estar orientado en el espacio y en el tiempo.
- No debe presentar náuseas, vómitos, dolor ni hemorragia.

- La ingesta de líquidos debe estar normalizada.
- Se le entregará por escrito las normas y cuidados postanestesia y el teléfono de contacto.
- Debe existir constancia escrita del alta por parte del anestesista.

Todos estos cuidados, dependiendo del estado de sedación al que se le haya inducido, se realizarán en nuestro servicio o en la unidad de despertar.

CONCLUSIÓN

Como hemos dicho anteriormente, para realizar un scanner es suficiente con la sedación por inhalación, que nos proporciona una buena inmovilización y la recuperación del paciente es rápida y, habitualmente, sin complicaciones.

Sin embargo, para realizar una RM, necesitamos una sedación más profunda, por lo que debemos utilizar las vías IM e IV que nos permiten conseguir una inmovilización durante más tiempo, pero la recuperación del paciente es más lenta y pueden aparecer más complicaciones.

Para conseguir una buena calidad de imagen en las exploraciones de TAC y RM de pacientes pediátricos, es imprescindible una buena inmovilización de los mismos, lo cual, solo se consigue con una sedación adecuada.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Otero C, Gilsanz FJ, Anestesia en cirugía ambulatoria. Act. Anest. Reanim. 1991; 1:21-27
- 2.- Linares MJ, Pelegrí MD, Ramón C, Faura A, Romero E, Fernández M. Evaluación de las técnicas anestésicas en cirugía ambulatoria. Rev. Esp. Anestesiología y Reanimación. 1993; 40: 210-216
- 3.- García- Pedrajas F, Monedero P. La anestesia pediátrica ambulatoria: evaluación preanestésica, técnicas anestésicas y postoperatorio inmediato. Rev. Esp. Anestesiología y Reanimación. 1993; 40: 217-229

Correspondencia:

M^a Carmen Rebollar
Servicio de Radiodiagnóstico
HOSPITAL DE BASURTO
Avda. de Montevideo 18
48013 Bilbao



TÉCNICA DE IRRADIACIÓN CORPORAL TOTAL

AUTORES: RIAL FRANCÉS E., OLLER RIERA D..

*Centro: Servicio de Radioterapia
HOSPITAL SANT PAU
BARCELONA*

RESUMEN

Desarrollo de la técnica y los cuidados de enfermería en la irradiación total de pacientes con neoplasias que serán sometidos a transplantes de médula.

Palabras clave.— *IRRADIACIÓN CORPORAL TOTAL*

INTRODUCCIÓN

La irradiación corporal total, es una técnica que consiste en irradiar globalmente a pacientes afectados de leucemia y otras enfermedades hematológicas y neoplásicas que serán sometidos a un trasplante de médula ósea.

ción que llega a cada uno de los puntos de interés en cada sesión.

·Dosis: Se administran 13,5 Gy por dos campos AP/PA a plano medio.

OBJETIVOS

Con esta técnica se pretende:

- Producir inmunosupresión al paciente.
- Erradicar enfermedad de base.
- Asegurar una correcta distribución de dosis en todo el cuerpo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Descripción de una de las técnicas utilizadas en la actualidad en el Hospital de Sant Pau.

- Unidad de tratamiento: Acelerador lineal.
- Detectores: para realizar dosimetría «in vivo». Estos detectores nos sirven para registrar la radia-

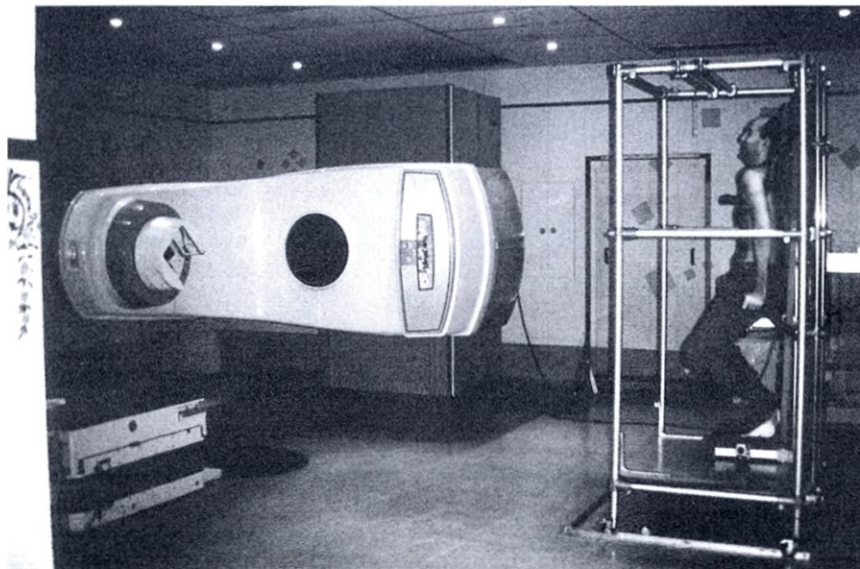


Colocación del paciente.

- Fraccionamiento: 2,25 Gy sesión.
- Número de sesiones: 6 sesiones fraccionadas (dos diarias durante tres días).
- Energía utilizada: 18 Mv.
- Posición del paciente: Esta es una de las características de esta técnica. Mientras en otros centros el paciente se coloca en decúbito lateral, en nuestro hospital, el paciente se coloca semi- sentado en un soporte especial, lo que supone calidad y reproductividad del tratamiento, mayor rapidez en la ejecución y garantiza una correcta protección pulmonar.

SIMULACIÓN DEL TRATAMIENTO

- Se realiza tres días antes de la ejecución del tratamiento en la misma unidad. Lo que se pretende en la simulación es adecuar el soporte para cada paciente y realizar radiografías A. P. y P. A. para posterior fabricación de protecciones pulmonares.
- Se coloca al paciente en el soporte A. P. , adecuando los reposabrazos y el asiento a su medida.



Colocación acelerador lineal/ paciente.

- Centraje del paciente con lasers.
- Marcar el centro del campo; normalmente estará situado unos 2 ó 3 cm por debajo del ombligo.
- Abertura del colimador 40x40 cm. Y giro de 45 °.
- Se gira el gantry a 270 ° haciendo coincidir el centro

del gantry con la anterior marca hecha al paciente en el momento del centraje con los láseres.

- Colocación del soporte a la distancia de tratamiento (405 cm) mediante centímetro especial.
- Se marcará centro de mediastino.
- Colocación del «spoiler» en el soporte. El «spoiler», es una lámina de metacrilato que sirve para aumentar la dosis piel y para la sujeción de las protecciones de pulmón. Los pulmones necesitan menos dosis que el resto del cuerpo para que se irradian pero no se lesionen, es por lo que será necesario la fabricación de unas protecciones.
- Sobre el «spoiler» y con sujeciones especiales, se colocará una lámina rectangular de metacrilato con un hilo de plomo en el centro, de diez centímetros de longitud, que se hará coincidir con el centro de mediastino marcado antes.
- Se realizarán RX en las que quedará impresionado el hilo de plomo. A partir de aquí se fabricarán las protecciones de pulmón.
- Marcaje de centros de pulmón según RX.

-Se tomarán diámetros antero-posteriores de: cabeza, cuello, mediastino, pulmones, abdomen, muslo y pierna y las distancias de estos puntos al centro de campo. Todos estos registros nos serán necesarios en el momento de hacer el cálculo de dosis.

-En cada uno de los puntos de referencia marcados en la piel del paciente, se colocarán unas pegatinas especiales que aguantarán sin despegarse durante los días que dure el tratamiento.

-Se seguirá el mismo procedimiento con el paciente en posición postero-anterior.

-Se marcará el soporte según la posición del paciente para que cada día sea posible su correcta colocación.



Posición del paciente.

EJECUCIÓN DEL TRATAMIENTO

- Se realiza tres días después de haber administrado tratamiento de quimioterapia.
- Colocación de detectores para realizar dosimetría in vivo en cada uno de los puntos de interés marcados en la simulación.
- Verificación giro y abertura colimador.
- Colocación del paciente en el soporte y alineación con lasers.
- Giro del gantry a 270°.
- Verificar distancia (405 cm. de la fuente).
- Colocar «spoiler».
- Colocación de las protecciones de pulmón en las sesiones que sea necesario. Sujeción del paciente con cintas especiales.
- RX de comprobación de las protecciones pulmonares.
- Se realiza el tratamiento antero- posterior primero y postero- anterior después.

EFFECTOS SECUNDARIOS FRENTE AL TRATAMIENTO

Debido a que al paciente se le habrá administrado tratamiento quimioterápico antes de la radioterapia, estará todavía bajo los efectos secundarios de esta, (náuseas, vómitos, etc.). El primer día de tratamiento suelen encontrarse mal. Hacia el segundo día pueden aparecer ligera inflamación de las parótidas y sequedad de mucosas.

PAPEL DE ENFERMERÍA

Es importante que el paciente tenga contacto con las personas que van a realizar el tratamiento, que conozca la unidad, que se familiarice con el entorno y se le informe de las características de la técnica.

Se procurará crear un ambiente de confianza y seguridad, pues nuestro paciente necesitaría un soporte emocional durante todo el proceso: intentar que el paciente colabore, para que esté el mismo tiempo en la posición de tratamiento, atender a sus necesidades más mínimas agravadas por su mal estado general, controlar y registrar sus constantes vitales, pues es un paciente que puede sufrir lipotimias, será el papel más importante de enfermería en la realización de la técnica de irradiación total.

Correspondencia:

E. Rial Francés
Servicio de Radioterapia
HOSPITAL SANT PAU
C/ P. M^a Claret n^o 167
08025 Barcelona

CRÓNICA DE LAS VIII JORNADAS ANDALUZAS DE ENFERMERIA RADIOLOGICA

MELILLA 19, 20 Y 21 de MARZO

Fiel a su cita de todos los años, la Asociación Andaluza reunió a buena parte de los profesionales en la Enfermería Radiológica.

Esta vez la cita fue en la histórica ciudad de Melilla, que este año pasado celebró sus 500 años de pertenencia hispana.

Melilla ofreció una estancia maravillosa y acogedora, vivaz y estimulante, características debidas a su pluralidad de gentes y razas, que la hacen única e inigualable, a orillas del viejo Mediterráneo y mirando de frente a la vieja península.

La hospitalidad y amabilidad de los melillenses, y sus instituciones, cabe en justicia destacar la recepción del Presidente de la Ciudad Autónoma de Melilla en el Palacio de la Asamblea, la amable bienvenida del Consejero en el acto inaugural y la emotiva despedida del Presidente del V Centenario, es algo que siempre ira unido al recuerdo grato de Méjilla, y a la experiencia tan positiva de las Jornadas vividas.

Todo el Servicio de Radiología y todo el Hospital Comarcal, sin olvidarnos de la importante y revitalizadora presencia de los alumnos de Enfermería, se volcó en la organización de estas Jornadas, y su propósito fue un éxito, desde el primer momento.



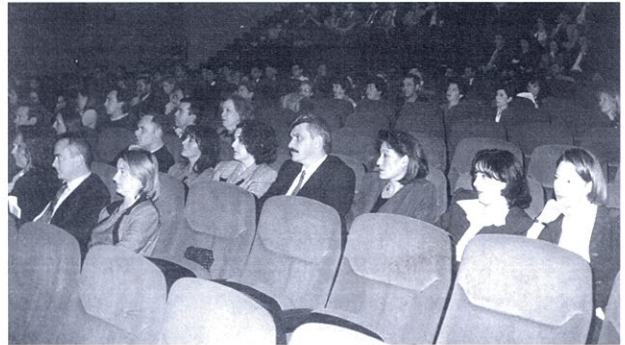
La ponencia inaugural corrió a cargo del polémico, Dr. Cesar Pedrosa, Catedrático de Radiología del HCU San Carlos de Madrid, que hablo sobre «La Radiología del siglo XXI».

El Dr. Pedrosa comenzó haciendo una reflexión sobre los factores sociológicos que ha ido experimentando nuestra sociedad en los últimos años y la tendencia de los venideros.

Factores como el envejecimiento de la población, la recuperación de enfermedades graves, la aparición de nuevas enfermedades y una mayor concienciación social de la salud, han hecho que nuevas exploraciones como la RM, Rx Intervencionista, el dopler...sustituyan a las exploraciones más comunes.

La necesidad de profesionales de la Radiología, cada vez más especializados y formados en las nuevas tecnologí-

as, abre camino para las superespecialidades, donde las necesidades del sistema sanitario escogerá a los más preparados y ofrecerá la aparición de nuevas especialidades: radiólogos especialistas en urgencias o radiólogos formados en transferencias de información como los PACS o el «Triage» (selección adecuada de estudios radiológicos).



Los nuevos departamentos de imagen del siglo XXI, se basarán en:

1. Un diseño acorde con las necesidades.
 - Módulos de trabajo por órganos y sistemas.
 - Comunicación fluida con los hospitales del área.
 - Accesos fáciles con el exterior.
 - Unión con urgencias.
 - Espacios para PACS.
2. Distribución de servicios según necesidades.
3. Una nueva organización funcional, basada en:
 - Sistema de conexión informática del área y del hospital.
 - Sistema de conexión informática del propio departamento.

La ponencia del Dr. Pedrosa acabo en una controvertida discusión, sobre las funciones propias de cada estamento existente en los Servicios de Radiología. Demostrándose una vez más el desconocimiento que de las Funciones y los Cuidados de Enfermería Radiológica, tienen algunos estamentos de nuestro Sistema de Salud.

Desde esta Revista se felicita al colectivo de Enfermería Radiológica, por haber demostrado una vez más, «un saber estar» y «un saber ser», más allá de las meras opiniones sin fundamento.

El nivel científico de las comunicaciones estuvo muy equilibrado, destacando el trabajo que obtuvo el premio a la Mejor Comunicación:

«Consideraciones de Enfermería en el Diagnóstico y Terapéutica de la Sepsis Intrabdominal en Rx I» presentada por Jesús Inisterra, Gema López- Menchero y Pilar Pinilla del HCU «Lozano Blesa» y del HP «Ntra. Sra. de Gracia» de Zaragoza.

Esta Revista de Enfermería Radiológica, apoya la idea de unas futuras Iª Jornadas Melillenses y ya se ilusiona con volver de nuevo a esa asombrosa ciudad, Melilla.

GLM



III JORNADAS DE ENFERMERÍA RADIOLÓGICA: UN ROTUNDO ÉXITO



III JORNADAS DE ENFERMERÍA RADIOLÓGICA
PAMPLONA 3 y 4 de Abril



De rotundo éxito podemos considerar la celebración las III Jornadas de Enfermería Radiológica en Pamplona, los días 3 y 4 de Abril de 1998. Éxito en todos los sentidos, asistencia, nivel científico, y aunque peque de inmodestia, por qué no decirlo, de organización.

El seno de la Universidad de Navarra acogió a los profesionales de enfermería Radiológica con gran cordialidad y cariño.

El alto nivel científico de las ponencias y comunicaciones fue el aspecto necesario e imprescindible para que estas reuniones contribuyan a elevar el prestigio de nuestra profesión.

De la misma manera, la presencia del Consejero de Salud del Gobierno de Navarra, Don Santiago Cervera, las Directoras de Enfermería de la Clínica Universitaria y del Hospital de Navarra y la Directora de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Navarra, en el acto inaugural fue un buen punto de partida para estas Jornadas, que culminó con la asistencia del Dr. Bilbao del Servicio de Radiología de la Clínica Universitaria y Doña Pilar Fernández Otero, Vicerrectora de Ciencias de la Universidad de Navarra, en la clausura, lo cual puso el broche de oro a las mismas.

La importancia de nuestras Jornadas quedó reflejada en la aparición en todos los medios de comunicación de Navarra, Radios, los dos periódicos locales y en las dos cadenas Autonómicas de Tv.

Mucho podríamos decir de cada una de las ponencias y comunicaciones que allí se expusieron, pero sería imposible intentar reducir su contenido a estas sencillas líneas, así que, en la medida de nuestras posibilidades iremos publicando alguno de los trabajos aquí expuestos

en nuestra Revista Enfermería Radiológica.

Queremos destacar la presencia de los alumnos de Enfermería, de las dos Escuelas que hay en Pamplona, en nuestras Jornadas, lo cual dio un aire fresco y renovado a las mismas y además nos sorprendieron gratamente con el interés demostrado mediante su asistencia permanente y su continua atención en la exposición de los trabajos, poniendo así de manifiesto el interés que las nuevas generaciones de Enfermería sienten por la Radiología, Medicina Nuclear y Radioterapia, pese a no tener oportunidad, en este momento, de poder pasar por nuestros Servicios a realizar sus prácticas.

Tampoco los actos lúdico-festivos que organizamos desmerecieron el nivel de las Jornadas, con especial cariño y amabilidad nos recibieron en el Ayuntamiento de Pamplona, así como de exquisita podemos considerar la cena Gala, en los Edificios centrales de la Universidad de Navarra, acompañados por la tuna de Medicina, los cuales pusieron un toque ameno que a todos gustó. No queremos olvidar la buena acogida que nos dieron en los Hoteles Reino de Navarra, Maisonave y Blanca de Navarra, estos dos últimos nos deleitaron con un agradable almuerzo. Son gratos recuerdos que quedarán para siempre en nuestra memoria.

En definitiva, ha sido un tiempo de mucho trabajo, nervios y pérdida de horas de sueño, pero creemos que ha merecido la pena por el bien de la Enfermería Radiológica. No quiero dejar pasar estas líneas sin agradecer a todos los que se han acercado a Pamplona para asistir a nuestras Jornadas, sin vosotros, nada hubiera tenido sentido. Muchas gracias.

Fdo. Mayte Esporrín
Pta. Del Comité Organizador

TRIBUNA ABIERTA

JUICIO GANADO EN SALAMANCA

AL JUZGADO DE LO SOCIAL

RAFAEL GÓMEZ ÁLVAREZ, con D.N.I. número 15.791.147, Abogado, con domicilio a efectos de notificaciones en C/Sánchez Llevot, número 1, 2ª Entreplanta, Oficina 6 (CP 37005), de Salamanca, en nombre de la «ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE TÉCNICOS EN RADIOLOGÍA» -Radiodiagnóstico, Medicina Nuclear y Radioterapia- (A.E.T.R.), representación que acredito con el original de la copia de la escritura de poder que se aporta con ruego de que, una vez debidamente testimoniada en los autos, se nos devuelva, por ser general y necesitarla para otros usos, ante el Juzgado de lo Social que por turno corresponda comparezco y como mejor proceda en Derecho DIGO:

Que mediante el presente escrito formulo demanda sobre presentación ilegal de servicios profesionales en el Servicio de Radioterapia del Hospital Universitario de Salamanca, contra

-el INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD, cuya representación legal tiene su domicilio en la calle España, número 38, de Salamanca;

- , con domicilio, a efectos de notificaciones, en el Servicio de Radioterapia del Hospital Universitario de Salamanca, Paseo de San Vicente, 112-154;

- , con domicilio, a efectos de notificaciones, en el Servicio de Radioterapia del Hospital Universitario de Salamanca, Paseo de San Vicente, 112-154; todo ello en base a los siguientes

HECHOS

PRIMERO.- La Asociación que represento ha tenido conocimiento de la actual prestación de servicios por parte de las Enfermeras y

en puestos de trabajo correspondientes a Técnicos Especialistas de Radioterapia, en el Servicio de Radioterapia del Hospital Universitario de Salamanca, institución sanitaria dependiente del Instituto Nacional de la Salud.

SEGUNDO.- La presentación de servicios por parte de las Enfermeras y

-al parecer con contrato laboral temporal- en el Servicio de Radioterapia del Hospital Universitario de Salamanca, en tanto en cuanto lo sea para realizar las funciones especificadas en el artículo 4º de la Orden del Ministerio de

Sanidad y Consumo de 14 de junio de 1984, sobre competencias y funciones de los Técnicos Especialistas, es decir, par aplicar y colaborar en la realización de procedimientos del área de la radioterapia médica -tratamiento de cobaltoterapia en la denominada Unidad de Cobalto, que implica el uso de radiaciones ionizantes-, es manifiestamente ilegal y lesiva para los intereses de la Asociación que represento y de todos los Técnicos Especialistas en Radioterapia en general.

TERCERO.- Los referidos A.T.S./D.E. (Ayudante técnico Sanitario/Diplomado en Enfermería) no se encuentran en posesión de la titulación correspondiente que les habilite para el ejercicio de las funciones especificadas en el art. 4 de la Orden del Ministerio de Sanidad y Consumo de 14 de junio de 1984, mediante la que se regula las competencias y funciones de los Técnicos Especialistas y, consecuentemente, no puede ejercer tales funciones en el Servicio de Radioterapia del Hospital Universitario de Salamanca, con independencia de estar en posesión de la Licencia de Operador otorgada por el Consejo de Seguridad Nuclear.

CUARTO.- Habiéndose interpuesto con fecha 1 de julio de 1997 la preceptiva reclamación previa a la vía jurisdiccional social (documento núm. 1), la misma no mereció contestación expresa por parte del Instituto Nacional de la Salud.

EXPEDIENTE Nº 783/97

SENTENCIA Nº 473/97

En la ciudad de Salamanca a nueve de diciembre de mil novecientos noventa y siete.

El Ilmo. Sr. D. ANTONIO CASTRO CID, Magistrado-Juez de lo Social núm. 1 de Salamanca, ha pronunciado la siguiente

SENTENCIA

en autos Nº 783/97 promovidos ante este Juzgado de lo Social sobre RECLAMACIÓN DE DERECHOS seguidos a instancia de la «ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE TÉCNICOS EN RADIOLOGÍA» -Radiodiagnóstico, Medicina Nuclear y Radioterapia- (A.E.T.R) representada por el Letrado RAFAEL GÓMEZ ÁLVAREZ contra el INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD representado por el Letrado MIGUEL DE LIS GARCÍA, contra asistida de la Letrada MILAGROS ARBE OCHANDIANO y contra asistida del Letrado RAFAEL VILLA GARCÍA.



ANTECEDENTES

PRIMERO.- En fecha 26-9-97 tuvo entrada en este Juzgado de lo Social demanda suscrita por la parte actora en la que tras exponer los hechos y fundamentos de decreto que estimó pertinentes, termina suplicando se dicte sentencia por la que se declare el derecho de la parte actora a lo solicitado.

SEGUNDO.- Admitida a trámite dicha demanda se señaló para el acto del juicio el día 4-12-97 y en el mismo, dada cuenta de los autos, la parte actora, previa aclaración se afirmó y ratificó en su demanda y súplica y por el/los demandado/s se opusieron interesando la desestimación; recibido el juicio a prueba se practicaron las propuestas y declaradas pertinentes.

En conclusiones se hicieron las manifestaciones que constan, con lo que se dio por terminado el acto quedando los autos conclusos y vistos para sentencia.

TERCERO.- En la tramitación de los presentes autos se han observado las normas legales de procedimiento.

HECHOS PROBADOS

1º.- Doña _____ es enfermera propietaria y presta sus servicios en el servicio de radioterapia del Hospital Universitario de Salamanca. Su antigüedad en el Insalud es de 1975. Su antigüedad en el servicio es de 1993. Doña Mª Paz García Rodríguez es enfermera contratada y presta sus servicios en el mismo centro y servicios.

2º.- Doña _____ tiene Licencia de Operador, expedida por el Consejo de Seguridad Nuclear en fecha 30 de julio de 1997, licencia que se aplica en las instalaciones de Medicina Nuclear, Telecobaltoterapia y Branquiterapia (folio 288). Tiene un curso de capacitación para operadores de instalaciones radioactivas expedido por el Instituto Nacional de la Salud, curso celebrado por dicho organismo en colaboración con el Instituto de Estudios de Energías (folio 296). Su antigüedad es de 1984; en el servicio es de 1992.

3º.- Doña _____ tiene Licencia de Operador, expedida por el Consejo de Seguridad Nuclear en fecha 13 de junio de 1996, licencia que se aplica en las instalaciones de Telecobaltoterapia (folio 289). Ha realizado un curso de capacitación para operadores de instalaciones radioactivas organizado por el Departamento de Física, Ingeniería y Radiología Médica de la Universidad de Salamanca (folio 297).

4º.- Las dos codemandadas, bajo la dirección del Jefe de Sección del Servicio de Radiofísica y Protección Radiológica del Hospital Universitario de Salamanca, Supervisor de la Instalación Radioactiva de Telecobaltoterapia, del Hospital Universitario de Salamanca, manipulan los dispositivos de con-

trol de la unidad Theratron-780, dentro de las normas legales aplicables, y de las específicas que contenga el permiso de explotación y Autorización de Puesta en Marcha (folios 305, 308). Asimismo, en el servicio de Radioterapia realizan funciones del tenor siguiente: toma de constantes, aplicar contrastes, sueroterapia, actuaciones de emergencia en reacciones alérgicas, paradas cardiorespiratorias, etc. Realizan la aplicación de tratamientos terapéuticos con radiaciones, función como otras delegada por el médico, y autorizadas por el Consejo de Energía Nuclear, a través de la Licencia de Operador.

5º.- la Asociación Española de Técnicos en Radiología interpone demanda judicial pidiendo se declare ilegal la prestación de servicios de las codemandadas personas físicas en el Hospital Universitario de Salamanca, condenando al Insalud a revocar el destino o adscripción realizado en las codemandadas personas físicas, efectuando los contratos que proceda para el Servicio de Radioterapia en personas que ostenten la titulación de Técnico Especialista en Radioterapia.

6º.- El demandante ha agotado la reclamación previa a la vía judicial.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO: Por los codemandados se opone la excepción de falta de acción y falta de legitimación: en este caso ambas excepciones son indisolubles, por ello se tratan conjuntamente. El Tribunal Constitucional nos enseña, baste por todas la de 3-XII-84, N° 115 que el «El artículo 24 de la Constitución reconoce a todas las personas el derecho a obtener la tutela efectiva de los Jueces y Tribunales en el ejercicio de sus derechos e intereses legítimos, cuyo primer contenido, en un orden lógico y cronológico, es el acceso a la Jurisdicción que se concreta en el derecho a ser parte en el proceso y poder promover la actividad jurisdiccional que desemboque en una decisión judicial sobre las pretensiones deducidas». Para que exista acción, y, en consecuencia, legitimación activa, es suficiente que exista interés legítimo, expresión de contenido más amplio que el de interés directo. La Asociación actora tiene entre sus fines, art. 7 de los Estatutos, depositados en el Ministerio de Trabajo el 1 de febrero de 1990, folios 79 y siguientes: «E) Defender el 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». Con esta demanda defiende los intereses de sus asociados en el conflicto surgido con el Insalud. Está actuando un interés legítimo, aunque no directo. Los requisitos procedimentales exigibles no pueden hacer ilusorio el derecho que concede el art. 24 de la Constitución Española y vacuo sería este derecho si exigiéramos un procedimiento individual para cada

asociado. Estos no pueden litigar individualmente por las dos siguientes razones: a) sólo podrían concursar a la plaza si estuviera libre y saliera a concurso, situación que no se da; b) aún en este hipotético caso, tendrían que demostrar su mejor derecho frente a aquellas personas a las que se le concediera la plaza y, para ello, sería preciso dilucidar previamente si pueden concursar enfermeras que no poseen el título de técnicos de Radiología, Radiodiagnóstico, Radioterapia, y Medicina Nuclear. Estaríamos en la situación contraria: una persona individual, defendiendo los intereses de un colectivo; tampoco será viable la acción. Por ello, el actor tiene interés legítimo, tiene acción, y está legitimado activamente para entablar esta acción.

SEGUNDO: La Sala Cuarta del Tribunal Supremo, que conocía entonces de recursos contencioso-administrativos, en Sentencia de 27.4.1988 (R.f. 1988, 3241), anuló la disposición adicional de la Orden de 14 de junio de 1984, Orden del Ministerio de Sanidad y Consumo sobre Competencias y funciones de los Técnicos Especialistas de Laboratorio, Radiodiagnóstico, Anatomía Patológica, Medicina Nuclear y Radioterapia, de Formación Profesional de Segundo Grado, Rama Sanitaria. En consecuencia, no será requisito indispensable para acceder a las vacantes y nuevas plazas que supongan el ejercicio de las funciones y actividades enumeradas en el artículo cuarto, de esta Orden, el estar en posesión del título de Formación Profesional de Segundo Grado, Rama Sanitaria en la especialidad que en cada caso corresponda. Las funciones que se citan en los artículos 3 y 4 de la citada Orden pueden ser desempeñados por Técnicos Especialistas o por A. T. S.-DUE con la correspondiente especialidad, según la interpretación que realiza la Sala Tercera del Tribunal Supremo en Sentencia de 26 de enero de 1994. Esta Sentencia tiene en cuenta la directiva 84/466 Euratom y Real Decreto 1132/1990 de 14 de septiembre que pretende la aplicación de tal Directiva de nuestro derecho. Este Decreto establece medidas de protección radiológica de las personas sometidas a exámenes y tratamientos médicos. En el art. 2.2 se establece que el «personal técnico que colabore en la utilización de radiaciones ionizantes en un acto médico deberá poseer los conocimientos adecuados sobre las técnicas aplicadas y las normas de protección radiológica». Sin embargo, como señala la Sentencia del T.S.J. de Castilla y León, Valladolid de 7 de enero de 1992 (A.S. 95) «no es dable afirmar qué concretos títulos acreditan que el personal técnico que colabore en la utilización de radiaciones ionizantes en un acto médico, se encuentra en posesión de los conocimientos adecuados sobre las técnicas aplicadas y las normas de protección radiológica.»

Las codemandadas están en posesión de Licencia de Operador, expedida por el Consejo de Seguridad Nuclear. Han realizado un curso de capacitación para operadores de instalaciones radioactivas. Actúan bajo la Dirección del Supervisor de

Instalaciones Radioactivas de Telecobaltoterapia del Hospital Universitario de esta ciudad a la vez Jefe de la Sección del Servicio de Radiofísica y Protección Radiológica. Realizan estas funciones específicas y en el mismo servicio las demás funciones propias de su categoría profesional de enfermeras. Los títulos que ostentan, expedido uno de ellos -Licenciado de Operador- por el Consejo de Seguridad Nuclear, les facultan para «bajo la inmediata dirección de un Supervisor con licencia, manipule el material radioactivo y los dispositivos de control de la instalación...». La radioterapia, servicio en el que trabajan las codemandadas utilizará material radioactivo, entre otros el cobalto para curar procesos oncológicos. Manejan este material bajo la Dirección de un Supervisor. Son A.T.S.-DUE con la debida especialidad. Pueden realizar las funciones a que se refieren los artículos 3 y 4 de la Orden de 14 de junio de 1984. La desestimación de la demanda deviene obligatoria.

VISTAS las Disposiciones legales citadas;

FALLO

Que desestimando las excepciones de falta de acción y falta de legitimación y desestimando la demanda formulada por RAFAEL GÓMEZ ÁLVAREZ contra el INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD, y , sobre reclamación de derechos, debo absolver y absuelvo a los demandados de los pedidos contenidos en la referida demanda.

Notifíquese esta sentencia a las partes, haciéndolas saber que contra la misma cabe Recurso de Suplicación para ante la Sala de lo Social, con sede en Valladolid, del Tribunal Superior de Castilla y León, el que deberá ser anunciado ante este Juzgado en los cinco días hábiles siguientes a su notificación, por las partes o por sus representantes, de comparecencia o por escrito, en la forma y modos que establece el Texto Articulado de la Ley de Procedimiento Laboral.

Así, por esta mi sentencia, definitivamente juzgado, lo pronuncio mando y firmo.

PUBLICACIÓN: En la misma fecha fue leída y publicada la anterior sentencia por el Sr. Magistrado Juez que la dictó, celebrando Audiencia Pública. Doy fe.

DILIGENCIA: Se notificó a las partes a través de cuatro cédulas. Doy fe.

La Sonrisa Radiológica

R. DIAZ NEYER

N. NUCLEAR

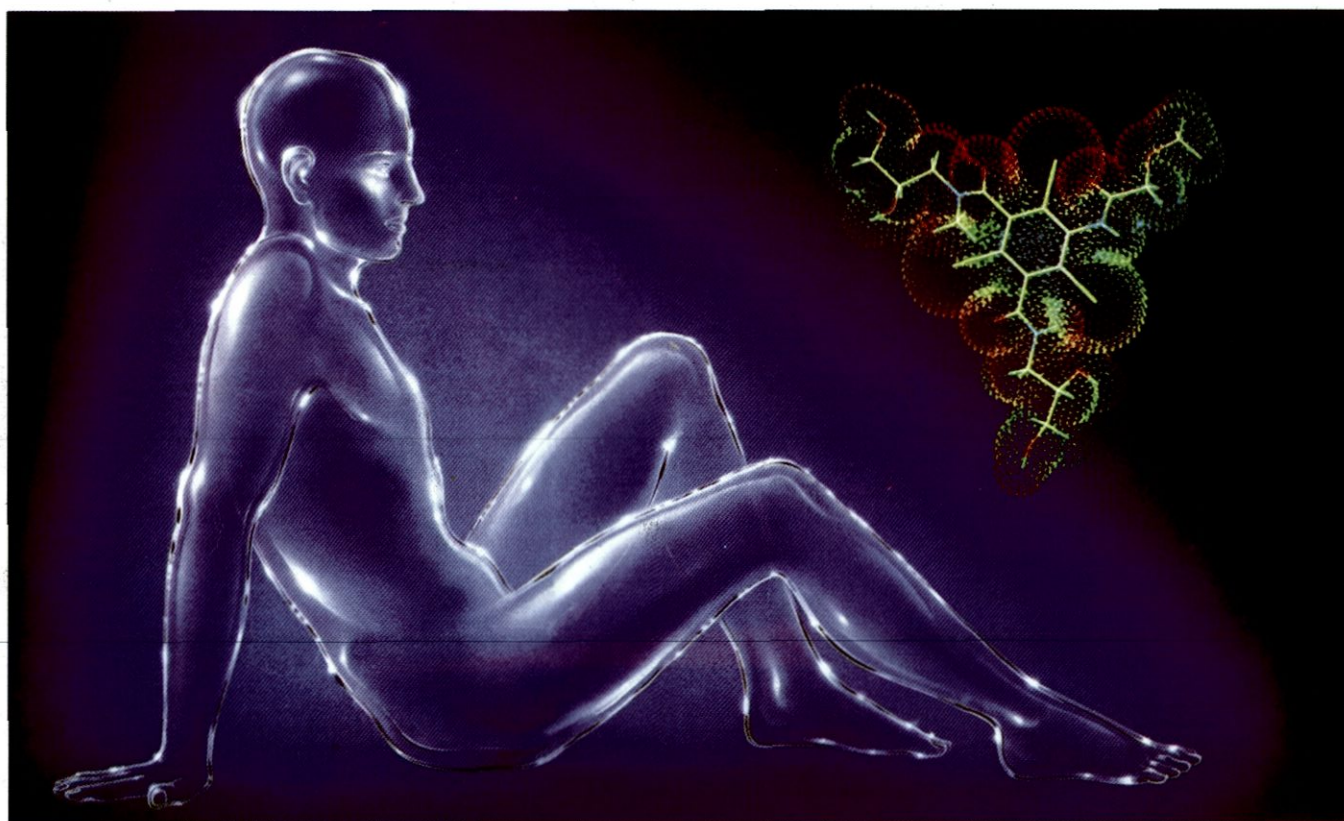
HOSPITAL SANT PAU

BARCELONA



Ultravist[®]

iopromida



**MAS CERCA DEL MEDIO
DE CONTRASTE IDEAL**

Un paso más de la investigación SCHERING



SCHERING
RADIODIAGNOSTICO