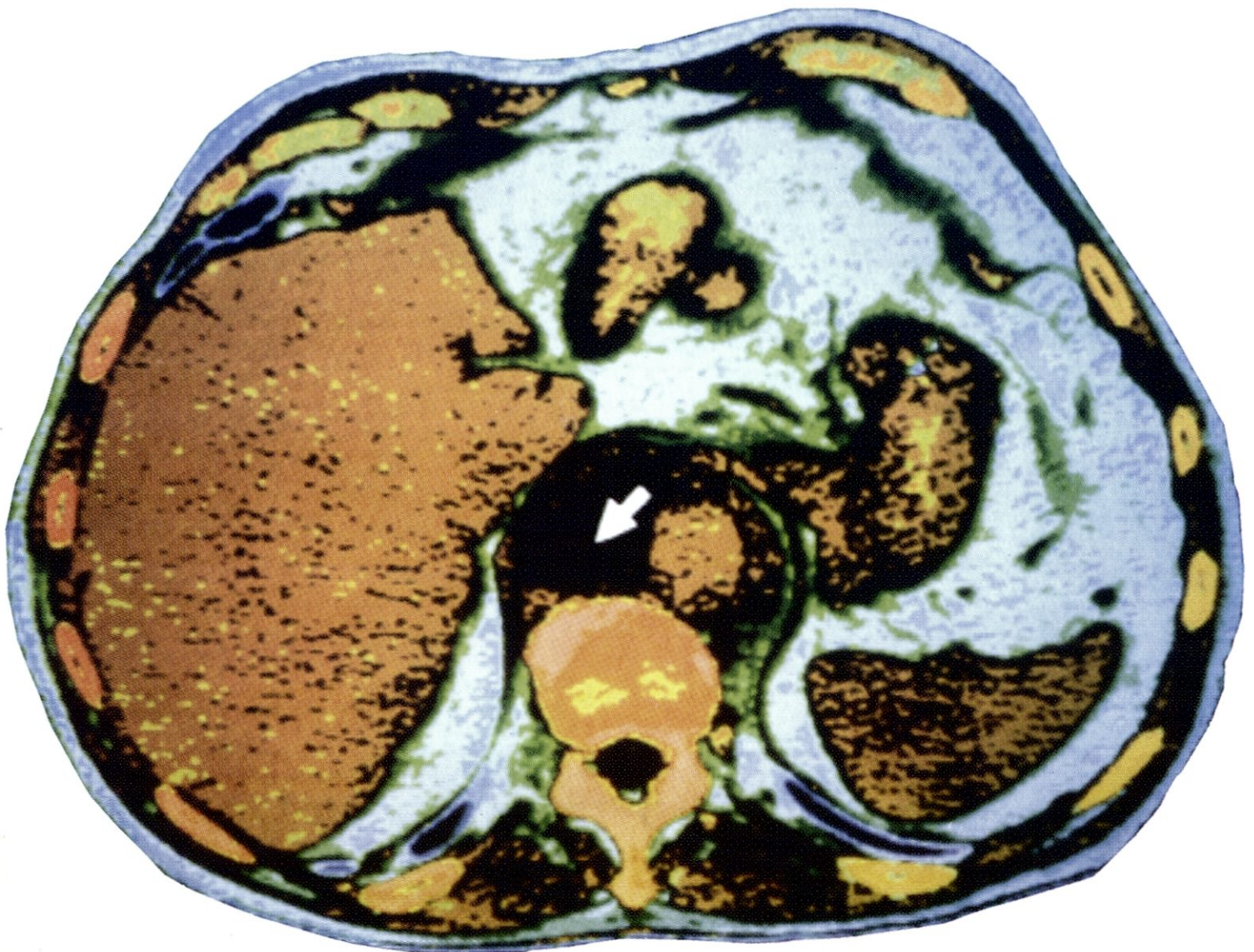


REVISTA OFICIAL DE LA FEDERACION ESPAÑOLA
DE ASOCIACIONES DE ENFERMERIA RADIOLOGICA



ABRIL - MAYO - JUNIO 1999 Nº 41
ÉPOCA II - AÑO XI

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

Comité Asesor Técnico:

Maite Esporrin Lasheras

- Presidente de FEAER.
- Presidente A. Navarra.

Carmen Berrio

- Vicepresidente de FEAER.

Carmen Remírez Prados

- Secretaria y tesorera FEAER.

Gema López-Menchero Mínguez

- Presidente A. Aragonesa.

Sonia Hernández Rojo

- Presidente A. Canaria.

Eduardo Jordan Quinzano

- Presidente A. Cantabria.

Joan Pons Camprubi

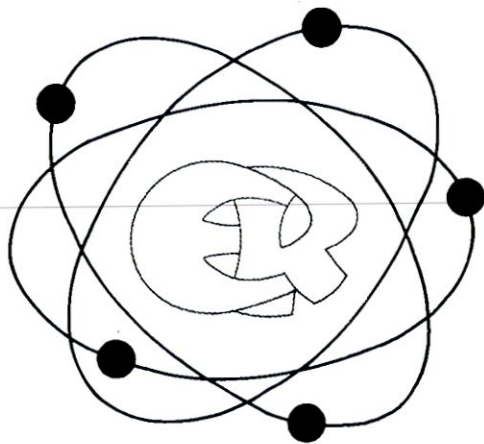
- Presidente A. Catalana.

Jesús M. Fernández Marín

- Presidente A. Extremeña.

Luis Garnés Fajardo

- 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.

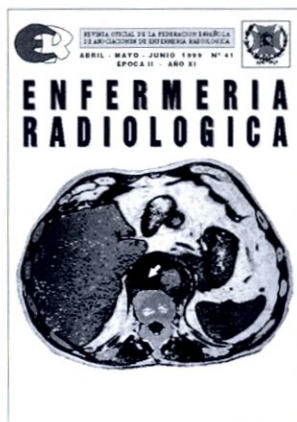
Publicación autorizada por el Ministerio de Sanidad y Consumo, como soporte válido. Reg. S.V. 88021 R.

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



- 5** EDITORIAL
- 7** PREMIO A LA MEJOR COMUNICACIÓN DE RADIODIAGNÓSTICO
- 14** PREMIO A LA MEJOR COMUNICACIÓN DE RADIOTERAPIA
- 20** PREMIO A LA MEJOR COMUNICACIÓN DE MEDICINA NUCLEAR
- 23** PREMIO AL MEJOR POSTER
- 26** CRÓNICA DEL VIII CONGRESO DE E.R.
- 27** CONCLUSIONES DEL CONGRESO
- 29** NOTICIAS DE ENFERMERÍA RADIOLÓGICA
- 30** CARTAS AL DIRECTOR
- 32** NOTICIAS DE ENFERMERÍA RADIOLÓGICA
- 33** JORNADAS Y CONGRESOS
- 34** LA SONRISA RADIOLÓGICA





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, pág. 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

Me gustó mucho, desde el primer momento que la leí en el programa preliminar del VIII Congreso:

“Enfermería Radiológica, una forma de ser, una manera de estar y un modo de cuidar”.

Creo que nos define y nos caracteriza, somos una parte de la enfermería, diferente, con diferentes tareas y diferentes funciones, pero enfermería y creo que nuestra exclusión años atrás por nuestras cabezas representativas fue uno de los mayores errores y vergüenzas, que con el paso de los años, alguien debería sentir.

Es como la intolerancia de eliminar al que es diferente, al que no se adapta a un plan cerrado, al que no hace lo mismo que todos los demás... En lugar de fomentar una profesión abierta (el paradigma de la transformación en la disciplina enfermera data de los años 70) dispuesta a aceptar retos, riesgos, conceptos y funciones diferentes, acordaron el inmovilismo, la cerrazón, el todos iguales, y por lo tanto la exclusión del que no hace lo mismo que todos, sin pararse a pensar, ni en las consecuencias que ello traería, ni en los diferentes cuidados que Enfermería como profesión abierta a la sociedad, al mundo y a su futuro, puede y debe dar en cada uno de los destinos donde este. ¿O si lo pensaron?

Negarnos, a cada profesional de enfermería que trabaja en las Unidades de Radiología, nuestra forma de ser (nos gusta tanto el paciente como la técnica), nuestra manera de estar (controlando un entorno tecnológico, donde poseemos conocimientos) y un modo de cuidar antes, durante y después de la realización de una técnica, es negarle a la Enfermería, parcelas de cuidados que nos definen, es negarle su arte enfermero, como la utilización creadora de la ciencia enfermera que siempre debe de estar en pleno crecimiento, es negarle su poder de transformación, su avance y su implantación social definitiva y que otros profesionales, no tan sanitarios, han sabido recoger como despojos.

Es algo tan absurdo como deshojar una margarita: “Este enfermo de hospitalización, necesita cuidados, este de Rayos, no; a este de quirófano lo cuidamos, a este de Radioterapia, no...”

Y esto sin ir mas lejos, es lo que esta Administración, la anterior Administración, las Administraciones Autonómicas (y si alguien pariera alguna nueva sería igual) hacen, han hecho y seguirán haciendo... DAR CALIDAD A MEDIAS, siguen deshojando margaritas: “Calidad asistencial en hospitalización, sí, en Radiología, no; en quirófano, sí, en Radioterapia, no...”

Está visto que entre el concepto de calidad asistencial y las funciones de Enfermería, quien decide es una sencilla margarita, y que con quien realmente cuentan las Administraciones, sean las que sean, es con los estupendos Angeles de la Guarda que tienen nuestros pacientes...

GEMA LÓPEZ-MENCHERO MÍNGUEZ
Director Revista E.R.

PREMIO A LA MEJOR COMUNICACIÓN DE RADIODIAGNÓSTICO

UNITAT D'OBSERVACIÒ RADIOLÒGICA. -U.O.R.- (UNIDAD DE OBSERVACIÓN RADIOLÓGICA)

AUTORES: VILAPLANA REIG M.; CASTELLÓ ALBERT C.; MOLTÓ ABAD F.E.; CORTES SERRA A.; VILAPLANA VILAPLANA R.; PAYÀ SOTO J.

Centro: Servei de Radiodiagnòstic. Hospital "Verge dels Liris" ALCOI

RESUMEN

La U.O.R. es un proyecto (en parte consolidado plenamente) que se centra en la creación de una "Unidad de Observación Radiológica", ubicada en el

Servicio de Radiodiagnóstico y dirigida a aquellos pacientes que van a ser sometidos a una exploración radiológica y precisan de unos "Cuidados específicos de Enfermería".

Palabras clave.— RADIOLOGÍA, CUIDADOS DE ENFERMERÍA, UNIDAD DE OBSERVACIÓN

INTRODUCCION

En la planta de Cirugía, existe una Unidad denominada U.C.S.I. - Unidad de Cirugía Sin Ingreso - para intervenciones que solo precisan de unas horas de observación post-quirúrgicas. Esta Unidad solo es utilizada tres días por semana.

A raíz de esta idea, y al poder disponer dos días a la semana de dicha unidad, se nos ocurrió la posibilidad de que podíamos utilizarla para nuestras exploraciones y evitar así el ingreso innecesario de nuestros pacientes en aquellas pruebas que lo permitieran.

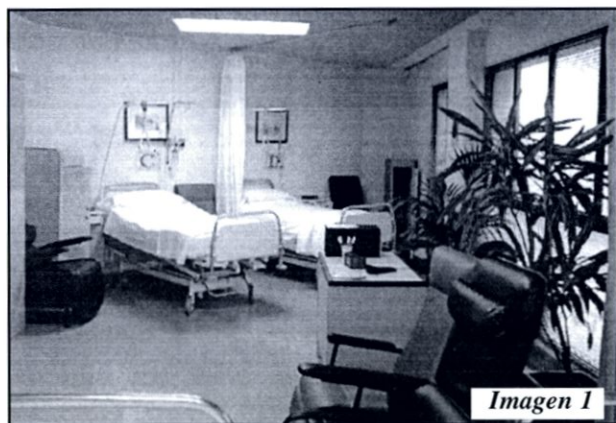


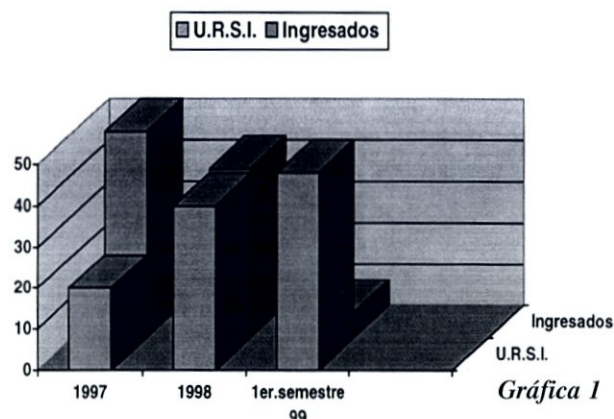
Imagen 1

Decidimos utilizar la denominación de U.R.S.I. - Unidad Radiológica Sin Ingreso - y dirigirla a pacientes

de origen ambulatorio que tuvieran pendiente una exploración radiológica que precisara, tras su realización, de un control médico y unos Cuidados Específicos de Enfermería durante un corto espacio de tiempo, de 4 a 6 horas. (Imagen 1).

En el año 97 de 70 pacientes ambulatorios a los que se les realizó alguna de estas pruebas, 20 lo hicieron en la modalidad de U.R.S.I., mientras que el resto, 50 al no reunir un grupo de tres - mínimo para abrir la Unidad — tuvieron que ingresar y ocupar una cama hospitalaria. En 1998 las cifras fueron de 40 por U.R.S.I. y .41 ingresados.

Durante este año en curso, y tras el apoyo de la Dirección del Hospital, las cifras se disparan en el primer semestre, 48 por U.R.S.I y solo 6 ingresados. Gráfica 1.

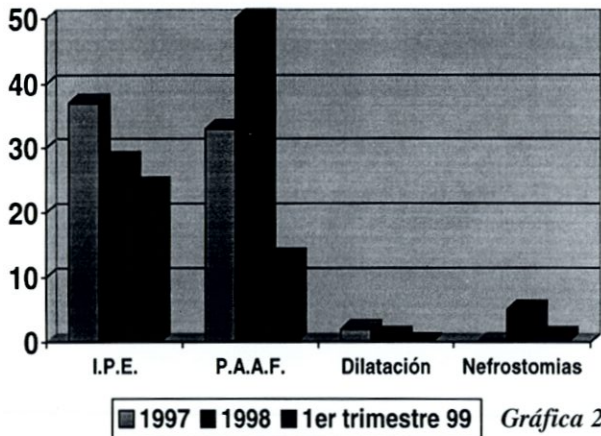


Gráfica 1



PREMIO A LA MEJOR COMUNICACIÓN DE RADIODIAGNÓSTICO

En cuanto a las exploraciones más habituales están primero las I.P.E. (Inyección percutánea de etanol) y le siguen las P.A.A.F. Gráfica 2.



FUNDAMENTACION

1. En un período de tiempo relativamente corto se viene produciendo un incremento considerable de la Radiología Intervencionista en nuestro hospital.

2. La saturación del hospital impide el ingreso de pacientes ambulatorios que requieren solo unas horas de observación tras la realización de la prueba antes de ser dados de alta

3. La permanencia de los pacientes dentro de las salas de Rx se ve prolongada tanto por los preparativos previos a la exploración como por la adecuada recuperación del paciente hasta que puedan ser trasladados a su Unidad de hospitalización.



4. Mayor control de aquellos pacientes que por su estado físico o psíquico no pueden permanecer en los pasillos sin atención directa por parte del personal de enfermería.

Con lo anteriormente expuesto y en vistas a una próxima ampliación del Servicio de Radiodiagnóstico, planteamos a la dirección la creación de un espacio físico dentro de nuestro Servicio que pueda disponer de 4 a 5 camas. En él confluían tres áreas del Servicio que hoy están dispersas por falta de espacio:

1. U.R.S.I. pacientes de origen ambulatorio dirigidos a Radiología Intervencionista.
2. La Consulta de Enfermería Radiológica. Dirigida al seguimiento y control de los pacientes portadores de catéter percutáneo.
3. Realización de cuidados Específicos de Enfermería pre. y post-exploración en pacientes ambulatorios y hospitalizados.



Es aquí donde surge lo que se denominará a partir de ahora como U.O.R. - UNIDAD DE OBSERVACIÓN RADIOLÓGICA - y se definirá como "una Unidad ubicada dentro del Servicio de Radiodiagnóstico y dirigida a aquellos pacientes que van a ser sometidos a una exploración radiológica y precisan de unos Cuidados Específicos de Enfermería".

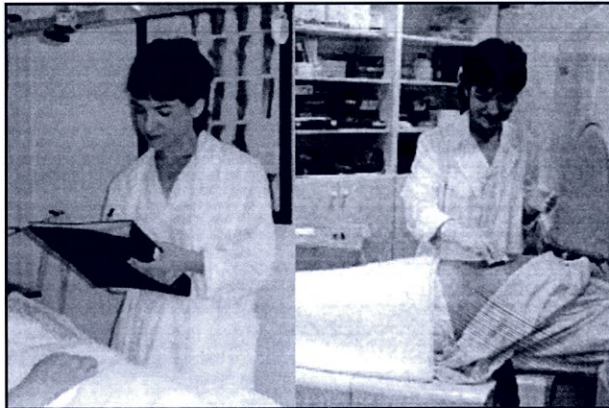
OBJETIVOS

- Mayor control del paciente por parte del personal de enfermería.
- Protocolizar los cuidados específicos de enfermería de cada exploración.
- Disminuir y prevenir las complicaciones post-intervención.



PREMIO A LA MEJOR COMUNICACIÓN DE RADIODIAGNÓSTICO

- Educar al paciente sobre pautas a seguir y Auto-cuidados.
- Interrelación del paciente con el Servicio de Radiodiagnóstico.
- Reducir el tiempo de permanencia del paciente en las salas.
- Evitar el ingreso hospitalario reduciendo así el coste.



MATERIAL Y METODOS

MATERIAL

- Una sala con capacidad para 4 ó 5 camas.
- Un carro de paradas.
- Mobiliario para el control de enfermería.
- Pulsioxímetro.
- Tomas de oxígeno.

PERSONAL

- Un Especialista en Radiología.
- Un enfermero/a



METODO

FASES DE ACTUACION

1. FASE DE RECEPCION.

- Valoración del estado físico y psíquico del paciente. Hoja de Ingreso en la Unidad (Anexo 1).
- Información sobre la prueba a realizar intentando aclarar todas sus posibles dudas.
- “Firma de la hoja de Consentimiento Informado” (Ejemplo-anexo 2)
- Apertura de historia clínica y registro de la información obtenida:
 - Hoja de Observaciones de enfermería.
 - Hoja de curso clínico.

ANAMNESIS:

- Enfermedades crónicas.
- Antecedentes alérgicos.
- Medicación que esté tomando.
- Comprobar que esté en ayunas.
- Retirar objetos metálicos.
- Prótesis.
- *Toma de constantes y registro:*
T.A., F.C., y Tª

2. FASE DE PREPARACION

Son todos los cuidados de enfermería dirigidos, tanto al control de los pacientes antes de entrar en al sala de la exploración, como a los preparativos que son necesarios para facilitar - preparar - y agilizar la exploración.

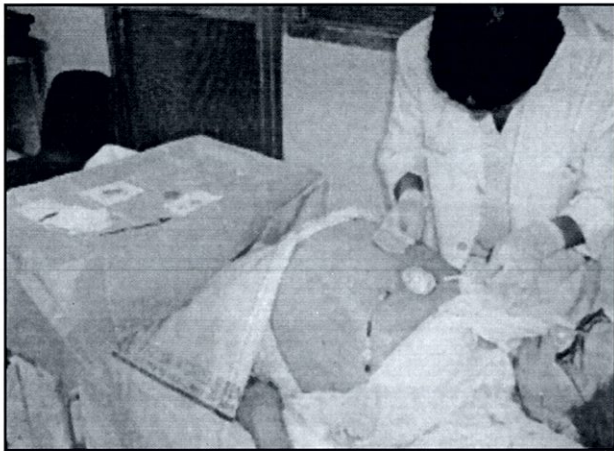
Varían en función de la prueba a realizar.

PRUEBAS A REALIZAR	
P.A.A.F.	BIOPSIAS
NEFROSTOMIAS	DRENAJES ABSCESOS
PROTESIS DE COLON	DRENAJES BILIARES
PROTESIS BILIARES	DRENAJES PLEURALES
E.R.C.P.	EXPLORACIONES PEDIATRICAS
UROGRAFIAS	GALACTOGRAFIAS
LOCALIZADAS DE MAMA	DILATACION BILIAR
DILATACION URETERAL	ETC.

Como pauta común a todos ellos destacamos:

- Canalización y fijación de una vía.
- Extracción sanguínea para cursar analítica (si procede)
 - Hemograma (Hematocrito, hemoglobina, recuento y formula, etc)
 - Hemostasia (Índice de Quik, plaquetas, INR)
- Preparación de la zona de punción (rasurado y limpieza)
- Administración de medicación previa a la intervención en función de la prueba a realizar y del estado del paciente:

Analgésicos.	Conductasa (IPE)
Sedantes.	Atropina.
Antibióticos	
- Premedicación para pacientes con antecedentes alérgicos.



3. FASE DE CUIDADOS POST

Varían ligeramente en función de la prueba realizada. Como pauta y protocolo a seguir tendremos:

- Revisar apósitos.
- Control de constantes cada dos horas durante las primeras ocho horas (pulso, TA, Tª.). Posteriormente se toman en cada turno.
- Control de drenajes si los hubiera (abscesos, drenajes biliares, nefrostomías)Vigilando el débito, aspecto, etc.
- Realizar lavados del catéter con S/F si fuera necesario.
- Reposo en cama durante cuatro horas en decúbito lateral del lado puncionado en: PAAF, Biopsias, IPE.
- Si dolor administrar analgésico intravenoso y si nauseas y/o vómitos "antiheméticos" intravenosos previa consulta con el radiólogo.
- Monitorización del paciente, si procede.
- Oxigenoterapia, si procede.
- Pasadas las primeras cuatro horas sin incidencias, probar tolerancia a líquidos orales y seguir con dieta blan-

da sin grasas.Siempre que no tenga una contraindicación medica expresa de ello.

En el momento en que se encuentre en condiciones de ser dado de alta pasará, bien a su Unidad de Hospitalización, en el caso de ser un paciente ingresado, o será dado de alta si es un paciente ambulatorio. En este caso se le entregará un informe de instrucciones a seguir al alta - Anexo 3.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES.

- Se consigue unificar áreas de Servicio de Radiodiagnóstico que estaban dispersas por falta de espacio físico concreto. En nuestro caso realmente solo supone una ampliación en espacio de la actual Consulta de Enfermería.
- Incrementamos el nº de exploraciones en pacientes de origen ambulatorio por el método " Sin Ingreso", disminuyendo por tanto el período de hospitalización.
- Mejora de la calidad asistencial en el paciente radiológico.
- Protocolización de los cuidados pre. y post-Intervencionismo radiológico.
- Por las características de nuestro Hospital - Comarcal con 300 camas - La Unidad se adapta a lo anteriormente expuesto, pero en el caso de tratarse de hospitales más grandes con una mayor presión asistencial la U.O.R. vería incrementada su actividad notablemente e incluso debería de contar con un médico generalista para el mejor control de los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA:

- EL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN PATOLOGÍA DIGESTIVA. Ricardo de Lorenzo. Javier Pérez. Edt. Editores Médicos S.A.
- INTERVENTIONAL RADIOLOGY. R.F. Dondelinger, P. Rossi, J.C. Kurdziel, and S. Wallace. Edt. Thieme
- CUADERNO DE ENFERMERÍA - Reanimación - T.Darragon.Edt.M Toray-Masson, S.A.

NUESTRO AGRADECIMIENTO

Al Doctor Luis Andreo, adjunto del Servicio de Radiología.

Correspondencia:
JORDI PAYA SOTO
c/ San Eloy, 58
03804 ALCOI (Alicante)



PREMIO A LA MEJOR COMUNICACIÓN DE RADIODIAGNÓSTICO


GENERALITAT VALENCIANA
CONSELLERIA DE SANITAT

Servei de Radiodiagnòstic.
 Hospital " Verges dels Iliris"
 ALCOI

Anexo

Fecha:/...../.....

DATOS DEL PACIENTE

Apellidos:Nombre:
 Fecha de nacimiento:/...../..... N° Hª Cl :

Prueba solicitada :Sala:

DIGANÓSTICO MÉDICO

.....

ANTECEDENTES PERSONALES

<input type="checkbox"/> <i>Alergias</i>	<input type="checkbox"/> <i>Si:.....</i>	<input type="checkbox"/> <i>Medicaciones actuales:</i>
	<input type="checkbox"/> <i>No</i>
<input type="checkbox"/> <i>Enfer.Crónicas</i>	<input type="checkbox"/> <i>Si :</i>	<input type="checkbox"/> <i>Interv.</i> <input type="checkbox"/> <i>Si:.....</i>
	<input type="checkbox"/> <i>No</i>	<input type="checkbox"/> <i>Quirurgias</i> <input type="checkbox"/> <i>No</i>
<input type="checkbox"/> <i>Diabético</i>	<input type="checkbox"/> <i>Si</i>	<input type="checkbox"/> <i>Protesis</i> <input type="checkbox"/> <i>Si:.....</i>
	<input type="checkbox"/> <i>No</i>	<input type="checkbox"/> <i>No</i>

VALORACION PSICOLÓGICA DEL PACIENTE

ESTADO EMOCIONAL <input type="checkbox"/> <i>Nervioso.</i> <input type="checkbox"/> <i>Tranquilo.</i> <input type="checkbox"/> <i>Deprimido.</i> <input type="checkbox"/> <i>Ansioso.</i>	ACTITUD FRENTE A LA EXPLORACIÓN <input type="checkbox"/> <i>Confiado.</i> <input type="checkbox"/> <i>Desconfiado.</i> <input type="checkbox"/> <i>No colabora.</i> <input type="checkbox"/> <i>Indiferente.</i> <input type="checkbox"/> <i>Colabora.</i>
ACTITUD DE LA FAMILIA <input type="checkbox"/> <i>Colabora.</i> <input type="checkbox"/> <i>No colabora.</i>	NIVEL DE CONSCIENCIA <input type="checkbox"/> <i>Consciente.</i> <input type="checkbox"/> <i>Orientado.</i> <input type="checkbox"/> <i>Inconsciente.</i> <input type="checkbox"/> <i>Desorientado.</i>

OBSERVACIONES DE ENFERMERÍA

.....

Firma:



PREMIO A LA MEJOR COMUNICACIÓN DE RADIODIAGNÓSTICO

GENERALITAT VALENCIANA
CONSELLERIA DE SANITAT

Anexo 2



Servei de Radiodiagnòstic.
Hospital " Verge dels lliris "
ALCOI

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA BIOPSIA HEPATICA percutánea (BHP)

DON/DOÑA	EDAD:
(Nombre y dos apellidos del paciente)	
DOMICILIO	D.N.I. Nº.....

DON/DOÑA: DE..... AÑOS DE EDAD
(Nombre y dos apellidos)

CON DOMICILIO EN:..... D.N.I. Nº.....

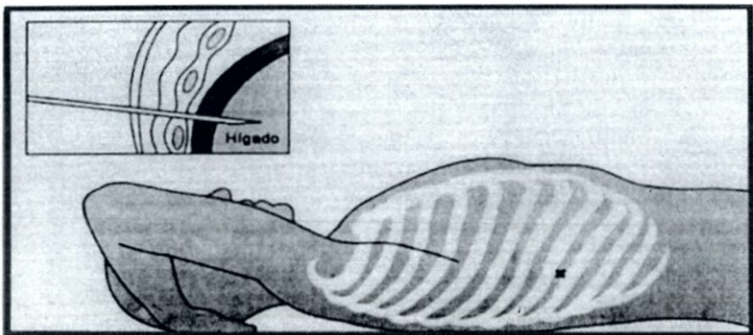
EN CALIDAD DE (REPRESENTANTE LEGAL FAMILIAR O

ALLEGADO) DE:
(Nombre y apellidos del paciente)

DECLARO:

QUE EL DOCTOR/A:
(Nombre y dos apellidos del facultativo que proporciona la información), me ha explicado que es conveniente proceder en mi situación, a una BIOPSIA HEPATICA percutánea (BHP).

- 1.- Es una técnica que permite mediante punción del hígado a través de la piel conseguir una muestra de tejido hepático para su análisis. Puede hacerse previamente a la punción hepática una ecografía de control de la zona.
- 2.- El procedimiento se realiza con anestesia por planos en la zona de punción. En ocasiones se administra medicación analgésica previa a la biopsia. También se me ha informado de los posibles riesgos de la analgesia y anestesia.
- 3.- Con el paciente habitualmente en decúbito (acostado sobre su espalda), y tras la localización del punto donde se va a puncionar, se esteriliza la zona. Se anestesia por planos con inyección local y se hace una pequeña incisión en la piel, por donde se introduce la aguja de biopsia que llega hasta el hígado para obtener una muestra de tejido hepático para su estudio.
- 4.- Comprendo que, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, como hematoma, mareo, dolor en la zona de punción, o excepcionales, como hemorragia, neumotórax, peritonitis, infección y punción de otros órganos, que pueden ser graves y requerir tratamiento médico o quirúrgico, así como un riesgo mínimo de mortalidad.
- 5.- El médico me ha indicado la preparación recomendada previamente, especialmente,





PREMIO A LA MEJOR COMUNICACIÓN DE RADIODIAGNÓSTICO

que la técnica se realiza en ayunas y generalmente con ingreso hospitalario. También me ha advertido la necesidad de avisar, de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

Por mi situación vital actual : (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada), puede aumentar la frecuencia de riesgos o complicaciones como:.....

6.- El médico me ha explicado también la existencia de posibles procedimientos alternativos.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por, ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones:
CONSIENTO

Que se me realice una **BIOPSIA HEPÁTICA PERCUTÁNEA (BHP)**.

En Alcoi a de de

Fdo.EL MÉDICO

Fdo.: EL PACIENTE

Fdo.: El. REPRESENTANTE LEGAL

 GENERALITAT VALENCIANA
CONSELLERIA DE SANITAT



Servei de Radiodiagnòstic.
Hospital " Verge dels Illiris "
ALCOI

Anexo 3

INSTRUCCIONES POST-PUNCION AL ALTA

- Deberá permanecer en reposo al menos hasta la mañana siguiente de la realización de la prueba.
- Tendrá que ir acompañado en el momento del alta y no podrá conducir para no realizar ningún esfuerzo. Después aumente su actividad poco a poco.
- Tomará una cena ligera y no copiosa, preferentemente una dieta blanda.(Caldos, verduras, carne asada, etc.).No ingerir bebidas alcohólicas hasta pasadas 24 h.
- Puede notar un ligero dolor en la zona de la punción, para ello podrá tomar algún analgésico tipo nolotil o parancetamol, nunca "aspirina ". Y esto siempre que no sea alérgico a alguno de ellos.
- Si notara algún síntoma fuera de lo normal - dolor excesivo, dificultad para respirar, mareo injustificado, sangrado excesivo, fiebre alta (más de 38 °) etc., - tendrá que acudir al Servicio de Urgencias del Hospital para que realicen una valoración de su estado.
- Si previo a la punción tomaba algún tipo de fármaco - Para la tensión, diabetes, bronquios, corazón, etc....., puede reiniciar su toma tras iniciar tolerancia a líquido pasadas las primeras 4 h. después de la punción. (salvo orden expresa de su médico). En caso de duda consultar.



PREMIO A LA MEJOR COMUNICACIÓN DE RADIOTERAPIA

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES SOMETIDOS A RADIOTERAPIA EXTERNA DE CABEZA Y CUELLO”.

AUTORES: MARTÍN BRAVO, I.; AGUJETAS RODRÍGUEZ, M. D.; ENGUIX CASTELO, M.; MUÑOZ GARZÓN, V.

Centro: Unidad de Oncología Radioterápica. Instituto Gallego de Medicina Técnica. Hospital Meixoeiro VIGO. PONTEVEDRA.

RESUMEN

El paciente sometido a Radioterapia de cabeza y cuello necesita unos buenos cuidados y educación sanitaria de Enfermería, que deben de comenzar antes del inicio del tratamiento, durante y después de finalizada la radioterapia.

Se debe tener en cuenta que una gran parte de estos pacientes presentan unas características especiales: hábitos tóxicos (elevada ingesta de alcohol y gran-

des fumadores), diferentes grados de desnutrición y una inadecuada higiene oral.

Estas condiciones previas junto con los efectos secundarios del tratamiento con radioterapia, contribuyen a incrementar la morbilidad de estos pacientes.

Nuestra actuación ira encaminada hacia los Cuidados de Enfermería en tres niveles: pretratamiento en la primera entrevista, durante el tratamiento y post-tratamiento en cada revisión.

Palabras clave.— RADIOTERPIA, CUIDADOS DE ENFERMERÍA, EDUCACIÓN SANITARIA.

INTRODUCCION

La Radioterapia es la utilización de radiaciones ionizantes con fines terapéuticos. Es un tratamiento que bien de forma aislada o en asociación con otros, cirugía, quimioterapia, puede curar a enfermos con cáncer de cabeza y cuello. Las localizaciones de estas neoplasias son: cavidad oral, faringe (nasofaringe, orofaringe, hipofaringe), laringe, fosas y senos nasales y glándulas salivares.

El complejo oro-faringo-esofágico es vulnerable a la acción de la radiación por interferir ésta con los mecanismos de renovación y diferenciación de la mucosa, alterar la cantidad y calidad de la saliva, modificar el equilibrio ácido-básico de la cavidad oral y como consecuencia de todo ello, facilitar el sobrecrecimiento de la flora microbiana.

Todo esto unido al estado de inmunodepresión intrínseco o inducido en el que se encuentra el paciente oncológico, hace que se faciliten las infecciones por múltiples gérmenes y a múltiples niveles del C.O.F.E.

Por otro lado, la radiación perturba la función de las papilas gustativas, alterando el sabor de las comidas y

contribuyendo, junto con la mucositis y las infecciones al deterioro del estado nutricional y la deshidratación del paciente.

Los signos y síntomas que se desencadenan debido a éstas reacciones son:

- Dolor.
- Disfagia.
- Deterioro del estado nutricional.
- Infecciones localizadas y sistémicas.

Por todo esto, el paciente sometido a Radioterapia de cabeza y cuello necesita unos buenos cuidados y educación sanitaria de Enfermería.

MATERIAL Y METODOS

Nuestra actuación con estos pacientes es:

- 1º-Cuidados de Enfermería pretratamiento en la primera consulta
- 2º-Cuidados de Enfermería durante el tratamiento Radioterápico



PREMIO A LA MEJOR COMUNICACIÓN DE RADIOTERAPIA

3º-Cuidados de Enfermería, postratamiento, en Consulta de Revisión.

1º.- CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA PRIMERA CONSULTA

Se le explica en que consiste el tratamiento, los efectos secundarios y recogida de datos en su historia clínica. Los objetivos de esta consulta son:

- Establecer datos basales con los que comparar en exámenes futuros:

- Historia oncológica-médica
- Historia dental
- Historia de enfermería para valoración del estado nutricional.

Es necesario hacer una buena valoración del estado de nutrición de estos pacientes y un tratamiento previo si fuese necesario. Desgraciadamente en enfermos portadores de tumores de cabeza y cuello, la ingesta de alimentos está seriamente comprometida, la mayoría de las veces por la progresión local del tumor. A esto hay que añadirle las complicaciones secundarias del tratamiento, mucositis, xerostomía, infecciones y deterioro del gusto que van a dificultar aún más la ingesta de alimentos. Por tanto, las recomendaciones en esta primera consulta van enfocadas a mejorar su alimentación mediante pequeños consejos que pueden ayudarle a hacer más agradable la hora de las comidas.

Se la entrega una hoja informativa con estos consejos y se comenta con él y su familiar, sobre todo con el encargado de cocinar a diario. ANEXO 1.

- Identificar factores de riesgo.

Como ya comentamos, un gran número de estos pacientes se caracterizan por tener alguno de estos factores de riesgo:

- Tabaquismo
 - Alcoholismo
 - Mala higiene oral
 - Neutropenia
 - Enfermedades perio-dentales
 - Localización tumoral comprometida
 - Prótesis mandibular
 - Invasión tumoral ósea
- Tratamiento dental :

No sólo debe hacerse una inspección del estado de las piezas dentales sino también educar a estos pacientes en su higiene buco-dental, pues es fundamental para evitar infecciones oportunistas. Las recomendaciones son las siguientes:

- Limpieza dental con cepillo suave y pasta dentífrica fluorada tres veces al día, después de cada comida.

- Enjuagues orales con Clorhexidina (importante para prevenir mucositis), Hexetidina, Bencidamina. Después de las comidas e incluso entre horas.

- Se remite al estomatólogo para una revisión de su dentadura y el tratamiento que precise, ya sea limpieza dentaria, restauraciones, empastes o extracción de piezas y una programación de fluoración intensiva.

- Desarrollo de estrategias profilácticas para evitar complicaciones durante y después del tratamiento. La educación sanitaria se recoge en una guía de consejos que se entregan y explican al paciente y a la familia. ANEXO 2.

2º.- CUIDADOS DE ENFERMERÍA DURANTE EL TRATAMIENTO RADIOTERAPICO

Los objetivos de estas consultas semanales son:

- Reforzar la educación sanitaria sobre medidas profilácticas comentadas en la primera entrevista.
- Seguimiento del estado nutricional y paliar los problemas en su alimentación.
- Detectar lo antes posible la aparición de los efectos secundarios del tratamiento: mucositis, xerostomía, edema de cuello, fibrosis, malnutrición y radiodermatitis.
- Aliviar estos síntomas y actuar siempre de forma individualizada, es decir, teniendo siempre en cuenta la historia del paciente, los factores de riesgo asociados y por otro lado el tratamiento prescrito en cuanto a dosis, fraccionamiento, concomitancia con quimioterapia, etc.

Cómo vamos a identificar estos síntomas:

Mucositis: es una respuesta inflamatoria de la mucosa oral y los tejidos blandos intrabucales. Aparece a partir de la 2ª semana de tratamiento, haciéndose confluyente en la 3ª semana; son lesiones con importante sintomatología que

persisten durante todo el tratamiento. Desaparecen en la 2^a-4^a semana después de haber finalizado la radioterapia.

Los pacientes con piezas o empastes metálicos suelen presentar mucositis en la mucosa bucal y lingual inmediatamente adyacente a éstas como consecuencia del retroceso de los electrones de baja energía que se generan al incidir la radiación sobre las mismas. Para ello utilizamos unas medidas complementarias durante cada sesión de tratamiento como:

-Molde dentario que al interponerse entre la mucosa y la pieza dental absorbe esta energía.

-Separador lingual para apartar la lengua del campo a tratar, siempre que sea posible. (Foto 1)

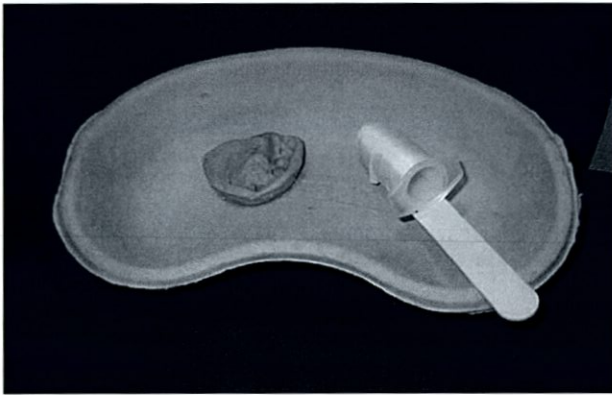


FOTO 1: 7 de Mayo

Texto: Molde dentario de silicona y depresor lingual.

El tratamiento de la mucositis es esencialmente paliativo pues en la actualidad no existen tratamientos capaces de prevenir eficazmente su aparición. La estrategia terapéutica que empleamos:

-Remover secreciones espesas con enjuagues de una solución de 100ml de agua con una cucharada de sal y una de bicarbonato. Se recomienda al paciente que lo haga varias veces al día.

-Aliviar el dolor con una solución alcalina (Maalox) a la que se añade 4 ampollas de un anestésico local (Scandinibsa al 2%), haciendo enjuagues y gargarismos con 1 ó 2 cucharadas media hora antes de las comidas para aliviar el dolor y que pueda comer durante el día cuando lo precise.

-Tratar las infecciones: Candidiasis con tratamiento tópico (Mycostatin) o sistémico (Diflucan), herpes (Zoovirax). Se le explica al paciente la importancia de seguir correctamente la pauta médica de estos tratamientos.

Xerostomía: Aparece en la 3^a semana del tratamiento; el paciente nota que la saliva se torna espesa, escasa y de un color que varía del blanco al parduzco. Los síntomas que ocasionan son: malestar, problemas en el lenguaje, alteración en el sabor de los alimentos y dificultad en la deglución, favorece el desarrollo de caries, intolerancia a las prótesis dentales y además más riesgo de candidiasis e infecciones gingivales y periodontales.

Lo primero que aconsejamos al paciente que refiere estos síntomas es que estimule la secreción de saliva mediante productos naturales como corteza de limón, aceitunas y si no es suficiente le recomendamos productos artificiales como soluciones orales refrescantes sin alcohol, geles, chicles, caramelos o saliva artificial como Biotene.

Edema de cuello: este síntoma es característico de los pacientes con vaciamiento de cuello previo a la radioterapia. Hay que prestar atención a estos pacientes portadores de cánula de traqueostomía ya que al existir una pérdida de sensibilidad en la piel del cuello, pueden atarse fuertemente la cinta de la cánula con lo que se aumenta el edema y la posibilidad de producirse heridas; también les aconsejamos que se vigilen el traqueostoma porque es posible que aparezcan úlceras por presión y que nos lo comuniquen. En los casos que no precisan cánula permanente, le recomendamos que se la pongan dos o tres veces al día para evitar el cierre del traqueostoma por el edema y la inflamación.

Fibrosis de la musculatura masticatoria: produce trismus en pacientes sometidos a radioterapia con dosis superiores a 50Gy y en niños con dosis inferiores. El mejor tratamiento es la prevención y se les recuerda la importancia de hacer ejercicios de apertura de la mandíbula tres o cuatro veces al día.

Todas estas complicaciones mencionadas contribuyen a un deterioro nutricional importante del paciente, por lo que el seguimiento semanal de su peso, su alimentación y si necesita un soporte nutricional con suplementos dietéticos orales o alimentación artificial enteral o parenteral, son la clave para mejorar en todo lo posible la calidad de vida del paciente sometido a radioterapia en cabeza y cuello.

PREMIO A LA MEJOR COMUNICACIÓN DE RADIOTERAPIA

Radiodermatitis: las reacciones cutáneas debidas a la irradiación se producen como consecuencia de una reducción transitoria de las células en proliferación, que aseguran una formación continua y un mantenimiento de la capa epidérmica de la piel. La gravedad de las reacciones cutáneas depende en gran parte del área del cuerpo, el volumen total irradiado, el tipo de técnica de radiación y la energía de la misma, la dosis total y la dosis utilizada por sesión. Hay que tener en cuenta además que algunos de estos pacientes se les aplica radioterapia simultáneamente con quimioterapia o recibe varias sesiones de radioterapia al día, lo que intensifica el riesgo de reacciones cutáneas.

Con la radioterapia convencional, se producen alteraciones en la piel hacia el final de la 4ª semana; son más pronunciadas durante la última semana de tratamiento y/o durante la semana siguiente.

En la consulta se recordarán los consejos dados al paciente en la primera entrevista sobre el cuidado de la piel de la zona de tratamiento, acerca del afeitado, evitar jabones, frotar, exposición al sol, buena hidratación, etc, así como de los cambios que va a sufrir la zona de tratamiento. Todo esto ayuda a retrasar la aparición y la gravedad de las reacciones cutáneas.

Lo que vamos a observar de menor a mayor gravedad es:

- Eritema: el paciente debe usar una loción hidratante y humedificante e incluso una pomada con corticoides para aliviar el prurito.(Foto 2)



FOTO 2: 30 de Marzo. Texto: Eritema.

- Dermatitis seca: potenciar la hidratación de la piel y según la evolución añadir una pomada que ayuda a la

regeneración de la epidermis así como de corticoides si prurito. Son necesarias tres aplicaciones diarias siguiendo las indicaciones que le damos en la consulta.(Foto 3)



FOTO 4: 3 de Mayo

Texto: Dermatitis húmeda (Radiodermatitis grado IV).

- Dermatitis húmeda focal o confluyente: debe prevenirse la infección y ha de limitarse la pérdida de humedad. Extremar la limpieza de la zona para eliminar bien los restos de los productos de aplicaciones anteriores; aplicar una pomada antibacteriana si existen signos de infección, posteriormente una pomada cicatrizante y cubrir con apósitos de silicona (Mepitel) que favorece el proceso de cicatrización. Las curas las harán tres veces al día en su domicilio siempre bajo nuestra supervisión y vigilancia diaria antes de entrar a tratamiento. Se revisan en consulta semanalmente. Excepcionalmente el paciente tiene que suspender las sesiones de tratamiento por la gravedad o extensión de la dermatitis.(Foto 4).



FOTO 3: 30 de Marzo. Texto: Dermatitis seca Radiodermatitis grado II).



PREMIO A LA MEJOR COMUNICACIÓN DE RADIOTERAPIA

Estas reacciones cutáneas cicatrizan en su mayor parte de manera espontánea y completa en un plazo de 3 a 4 semanas después de finalizado la radioterapia. Tras la cicatrización, la piel puede adquirir un color marrón oscuro que desaparecerá lentamente de manera espontánea, pero este proceso se acelera con la aplicación de lociones hidratantes. En las zonas donde la piel ha recibido dosis muy altas, tendrá un aspecto fino y pálido tras la cicatrización, sin crecimiento de vello y con una mala función de las glándulas sudoríparas y sebáceas; también puede aparecer al cabo de meses o años lesiones vasculares como telangiectasias, alteración de la pigmentación y fibrosis. Es importante que el paciente conozca todo este proceso que va a sufrir la piel de la zona de tratamiento. (Foto 5).



FOTO 5: 18 de Mayo Texto: Epitelización a los 15 días.

3º.- CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA CONSULTA DE REVISION

La primera revisión es a los 15 días de finalizado el tratamiento, luego mensuales, trimestrales, semestrales y anuales.

El objetivo principal es la valoración de la calidad de vida del paciente una vez que a finalizado el tratamiento se analiza:

- **Estado nutricional:** se valorará su alimentación, si precisa todavía de suplementos nutricionales, su peso y dependiendo de su estado, se recomendará ir reanudando su dieta normal dependiendo de los síntomas que aún refiera.

- Valoración de la desaparición de los efectos secundarios que presentó durante el tratamiento: mucositis, xerostomía, edema del cuello, radiodermatitis.

- Recomendaciones acerca de: acudir periódicamente a su odontólogo-estomatólogo para que realice precozmente la limpieza dental y las aplicaciones fluoradas que considere oportunas, ya que la xerostomía condiciona en la mayoría de estos pacientes un aumento del número de caries y de la rapidez con que evolucionan. Retrasar la extracción de piezas dentales que están incluidas dentro del campo de tratamiento al menos dos años.

- Valoración del proceso de cicatrización de la piel de la zona de tratamiento; excepcionalmente tiene que acudir diariamente, durante la primera semana de haber finalizado el tratamiento, para la realización de curas, la mayoría sólo precisa cuidados que el mismo puede realizar en su domicilio.

ANEXO 1

CONSEJOS SOBRE SU ALIMENTACION DURANTE LA RADIOTERAPIA

- Tomar como mínimo 2-3 litros de líquidos al día (agua, manzanilla, leche, zumos, caldo, etc.) bebidos a intervalos frecuentes. Si es necesario llevar un termo o botella consigo.

- Tomar alimentos ricos en proteínas y calorías (pescados, carnes, huevos, leche y derivados, patatas, pastas, pollo).

- Ya que pasada la primera semana de tratamiento con radioterapia se pueden ir produciendo cambios en el sentido del gusto, sabor, disminución de la cantidad de saliva, sequedad de boca, molestias al tragar y pérdida del apetito, es recomendable seguir algunos consejos que a continuación le damos:

- Evitar el consumo de alimentos con temperaturas extremas (fríos o calientes)

- Excluir picantes.

- No consumir alimentos ácidos, duros o muy condimentados (vegetales crudos, frutos secos, pan duro, tostadas, patatas fritas, etc.).

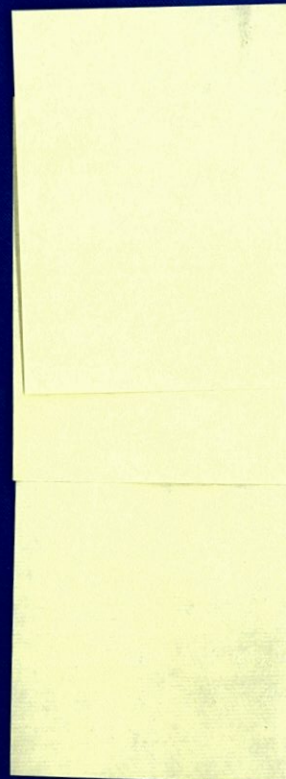
- Seleccionar alimentos de textura blanda (yoghurt,

OPTIRAY® - Las Jeringas precargadas de contraste

¡TOD. DECIDE!



OPTIRAY



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.



LA GAMA COMPLETA DE CONTRASTE

SOLAMENTE MALLINCKRODT PUEDE OFRECERLE JERINGAS PRECARGADAS DE CONTRASTE

LO INNOVADOR



LO CLASICO



OPTIRAY® - Las Jeringas precargadas

NOMBRE DEL MEDICAMENTO: OPTIRAY ULTRAJECT®. **COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA:** Ioversol (D.C.I.), 50,9 g y 67,8 g y 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 craneal; Tomografía computarizada de cuerpo; Urografía excretora intravenosa. Se recomienda su uso para pacientes de alto riesgo (tañones, pacientes con diabetes, enfermedades cardíacas o renales, hemoglobinopatías, asma, ansiedad, alergia o 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 drogas parenterales 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 compuesta al yodo contenido en el medio de contraste. **Precauciones de empleo:** Los procedimientos de diagnóstico en 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 ocurren 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 e hipersensibilidades. Debe considerarse la premedicación con antihistamínicos y corticoides para minimizar las reacciones alérgicas. Los informes indican, que dichos tratamientos 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 otros interacciones:** que puedan afectar a la acción del medicamento. Se ha informado de toxicidad renal en algunos pacientes con disfunción hepática, cuando se realiza colestografía 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 colestográficos. **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, este 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 período, debiendo considerarse la discontinuación 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 alto 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 o los medios de contraste intravasculares, se dividen en dos categorías: reacciones quimioalérgicas y reacciones idiosincrásicas. Las reacciones quimioalérgicas 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 perfundidos por el medio de contraste están incluidos en esta categoría. Las reacciones idiosincrásicas incluyen todas las otras 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 radiológico. 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 otras neuropatías. 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 infiltración 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 DLSO (g/kg) se evalúa para OPTIRAY ULTRAJECT® en animales entre: 17 (ratón) y 15 (ratos). **PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS:** Medio de contraste yodado, no iónico, hidrosoluble. **Propiedades farmacodinámicas:** 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) y de forma inalterada. La baja osmolaridad de las soluciones para reducir la dilatación osmótica y la distorsión óptica, 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: V04AA. 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 iónica, es consecuencia de la presencia de grupos hidroxilos en la molecula. 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 FARMACÉUTICOS:** relación de componentes: Trometamol y Edetato cálcico disódico. Período de validez: 3 años. Precauciones especiales de conservación: OPTIRAY ULTRAJECT®, se almacena a temperatura ambiente protegido de la luz. **Naturaleza y contenido del envase:** OPTIRAY ULTRAJECT®, se envía 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 los 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.**



PREMIO A LA MEJOR COMUNICACIÓN DE RADIOTERAPIA

purés, flanes, natillas, croquetas caseras, carnes y pescados en salsas suaves, etc.).

- Enriquecer los alimentos con queso rayado, huevos cocidos y/o batidos, salsas, nata líquida.
- Cocinar bien los alimentos para facilitar la masticación.
- Oler las comidas calientes antes de tomarlas para despertar el apetito, dada la disminución del sentido del gusto.
- Crear un ambiente agradable y acogedor para comer (evitando malos olores, ruidos, temperatura muy baja o muy alta, etc.).
- Hacer comidas frecuentes y en poca cantidad a lo largo del día: Desayuno, media mañana, comida, merienda, cena y antes de acostarse. No saltarse ninguna comida.
- Tomar los alimentos triturados o pasados por turmix cuando tenga molestias para masticar o tragar que le impidan una nutrición adecuada. En algunos casos ya le indicaremos unos preparados líquidos que adquirirá en la farmacia.
- Control del peso semanalmente, es muy importante mantenerlo.

Todos estos consejos y muchos más se los dará su Enfermera y su Médico, que le verán una vez a la semana en consulta para su seguimiento y evolución.

ANEXO 2

NORMAS Y CUIDADOS PARA LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON RADIOTERAPIA EN LA REGION DE LA CAVIDAD ORAL Y CUELLO.

- Afeitado de la barba con maquinilla eléctrica (no usar las cuchillas debido al enrojecimiento e irritación de la piel de dicha zona).
- Higiene personal normal. No aplicar jabón ni frotar en la zona de tratamiento.
- Evitar la exposición directa al sol de la zona tratada durante y una vez concluido el tratamiento.
- No fumar ni beber alcohol, ya que son irritantes de la mucosa (boca y laringe) y le dificultarán la tolerancia al

tratamiento.

- Suprimir colutorios comerciales que contengan alto contenido en alcohol o fenol.
- No se realizará arreglos dentales durante el tratamiento. Si fuesen necesarios se realizarán antes del tratamiento como ya le indicará su medico.
- Evitar traumatismos en la cavidad bucal (no utilizar palillos de dientes, seda dental, alimentos duros, etc.).
- Mantener húmedos los labios con crema de cacao o vaselina y limpiarlos antes de entrar a cada sesión de tratamiento.
- Realizar 3 o 4 sesiones al día de ejercicios de abrir y cerrar la boca (tanto como sea posible) con al menos 20 veces en cada sesión.
- Realizar higiene oral después de las comidas y antes de acostarse con cepillo de dientes suave y pasta dentífrica fluorada, así como enjuagues con Oraldine.
- Si usa dentadura postiza debe quitársela para el tratamiento, debido a la inflamación de las encías durante el tratamiento.
- Vigile la aparición de pequeñas úlceras en la boca y/o lengua y consúltelo con su médico.
- En el caso que aparezcan molestias dolorosas que le impidan beber y/o comer, consúltenoslo, le indicaremos la aplicación tópica o enjuagues de soluciones anestésicas para aliviarle y permitirle una ingesta adecuada.

BIBLIOGRAFÍA

- González Barón M.. "Cáncer de cabeza y cuello".
- GEOM. Grupo de Enfermería Oncológica Madrileña. "Manual de Enfermería Oncológica"

Correspondencia:

ISABEL MARTÍN BRAVO
Unidad de Oncología Radioterápica
Hospital Meixoeiro
VIGO (Pontevedra)



ESTUDIO GAMMAGRAFICO DEL GANGLIO CENTINELA EN EL MELANOMA.
ESTUDIO MULTIDISCIPLINAR:
DERMATOLOGIA, CIRUGIA PLASTICA, MEDICINA NUCLEAR

AUTORES: QUÍLEZ, F.; FERRER, C.; PONS, J.; DÍAZ, R.; TRAITÉ, A.;
Centro: Servicio de Medicina Nuclear del Hospital de St. PAU. BARCELONA.

RESUMEN

Hay tumores que presentan como vía de diseminación la vía linfática, entre ellos:

- Neo de mama
- Neo de próstata
- Neo de testículo
- Neo de vulva
- Neo colorectal...

El Melanoma es también uno de éstos, siendo la vía linfática su principal vía de diseminación.

En el manejo del paciente con melanoma ha existido la *disyuntiva entre linfadenectomía profiláctica y linfadenectomía terapéutica*. En muchos hospitales (incluido el nuestro) se protocolizó la linfadenectomía profiláctica. Dicha exéresis se realizaba sobre la región ganglionar más probable de drenaje dependiendo de la localización cutánea del melanoma.

Palabras clave.— MEDICINA NUCLEAR, MELANOMA, GAMMAGRAFÍA.

INTRODUCCION

Teniendo en cuenta la gran variabilidad que presenta el drenaje linfático cutáneo (sobre todo en cabeza y cuello) demostrado por diversos autores en cuanto a localización y número de regiones linfáticas de drenaje, se impone una técnica que permita un conocimiento preciso del mismo antes de la cirugía (linfogramagrafía). Tras el estudio de la OMS que concluyó acerca del valor pronóstico de la afectación o no de los ganglios linfáticos de drenaje, sin observarse por contra aumento de la supervivencia en éstos pacientes tras la linfadenectomía profiláctica, se imponía una técnica poco cruenta que permitiese el conocer el estado de los mismos independientemente de la probable variabilidad del drenaje linfático.

Definición de ganglio centinela

Se consideró como ganglio centinela al primer/os ganglio/s linfático/s al cual/es drenarían las células tumorales en el momento de su diseminación.

Técnica isotópica del estudio del ganglio centinela.

En Medicina Nuclear se puede visualizar en documento gráfico mediante la linfogramagrafía el drenaje linfático de una zona corporal, precisando las cadenas ganglionares a las cuales fluye así como el primer ganglio de drenaje.

En el caso del melanoma (tumor de piel de muy mal pronóstico), la linfogramagrafía nos va a permitir conocer su drenaje linfático y determinar así el primer ganglio de diseminación de dicho tumor.

Esta aportación permitirá al cirujano realizar una resección selectiva del ganglio centinela, realizándose posteriormente un estudio histológico del mismo y determinar así la presencia de células tumorales, hecho que condicionaría el pronóstico y la pauta terapéutica a seguir.

Protocolo previo

Tras la realización de la biopsia de la lesión sospecha y estudio histológico de la misma, en caso de positividad para melanoma se determinaba posteriormente el estadiaje del paciente.

Estadio I y II

- Ampliación márgenes de la extirpación tumoral.
- Linfadenectomía regional. Esto tenía varios inconvenientes:

- 1.-drenaje linfático no predecible (melanoma línea media)
- 2.-drenaje linfático caprichoso sobretodo en tronco y cabeza.
- 3.-en caso de ganglio centinela negativo para células malignas linfadenectomía no necesaria.

PREMIO A LA MEJOR COMUNICACIÓN DE MEDICINA NUCLEAR

Importancia de conocer el ganglio centinela.

Nos permite conocer la región ganglionar del drenaje linfático del tumor.

Permite hacer un estadiaje preciso y real.

Posibilita una disminución de la morbilidad: Si por la histología dicho ganglio es positivo obliga a realizar una linfadenectomía, en cambio si es negativo ahorramos al paciente dicha linfadenectomía y sus efectos secundarios.

CUIDADOS DE ENFERMERIA

Aplicamos el Proceso de Atención concretado en los puntos siguientes:

- Recibimos al paciente
- Le informamos sobre la duración (variable) y contenido del procedimiento.
- Somos receptores de sus preguntas, comentarios peticiones y quejas.
- Tranquilizamos al paciente .
- Previamente adquirimos un adecuado conocimiento de la historia clínica o médica del paciente para relacionar la exploración.

Realizamos la exploración propiamente dicha que consiste en:

- Colocar al paciente en mesa exploratoria de la gammacámara en posición idéntica a como estará en el quirófano.
- Asepsia de la zona a inyectar
- Advertir de las posibles molestias que sentirá al momento de la inyección.
- Advertirle del funcionamiento de la gammacámara y de su proximidad al cuerpo .
- Identificar una vez más necesidades y satisfacerlas.
- Estar a su lado mientras dura la exploración
- Aplicar las normas de radioprotección.

MATERIAL Y METODOS

Entre Marzo de 1997 y Marzo de 1998 fueron estudiados 13 pacientes con melanomas cutáneos 8 Clark III-IV, Breslow 2-9mm, de diferentes localizaciones.

El día anterior a la cirugía y a ser posible a última hora de la tarde se hace la exploración.

Se inyecta 1 mCi de nanocoloide marcado con Tc99m.

La inyección es intradérmica (perilesional) en los cuatro extremos de la lesión o de la cicatriz.

Se inyecta bajo gammacámara y se coloca al paciente

en posición idéntica a como estará en el quirófano.

Se adquieren imágenes dinámicas de las posibles regiones de drenaje tumoral hasta la identificación del ganglio centinela (el tiempo es variable ya que a veces su drenaje es mucho mas lento de lo previsto). Posteriormente, se adquieren imágenes estáticas en diferentes proyecciones durante cinco minutos de las regiones de drenaje linfático que nos permitan su localización.

MATERIAL Y MÉTODO

• Precirugía (24 h) → linfografía

- » 1 mCi / 0,2 ml ^{99m}Tc-nanocoloide
- » intradérmica (perilesional)
- » imágenes
 - dinámicas (GC)
 - estáticas (localización)

Localización

Una vez visualizado el ganglio por el monitor de la gammacámara se procede a identificar su localización anatómica.

Para ello nos ayudamos colocando sobre la piel del paciente una fuente puntiforme de Co-67 haciéndola coincidir en la pantalla del ordenador con la imagen correspondiente al ganglio centinela identificado, realizando el marcaje cutáneo. Confirmamos dicha localización sustituyendo la fuente de cobalto por un plomo (tamaño similar al ganglionar), si la localización es correcta nos ocultará el ganglio que estábamos visualizando.

RESULTADOS

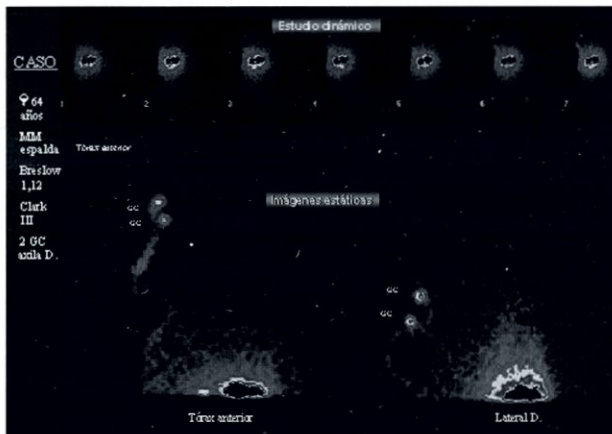
• Isotópica

- » Drenaje 31 regiones linfáticas
 - > 3 MM → 2 regiones
 - > 26 MM → 1 región

Tras el marcaje con un rotulador negro de tinta indeleble de dicho punto, se realiza de idéntica manera el mar-



PREMIO A LA MEJOR COMUNICACIÓN DE MEDICINA NUCLEAR



caje en proyecciones laterales para poder disponer de dos planos del mismo ganglio. El cirujano tendrá dos ejes de coordenadas que en la intersección de las misma encontrará el ganglio.

CIRUGIA

A.-20 minutos pre-cirugía se inyecta intradérmicamente azul isosulfan de forma similar a la inyección previa del trazador. Dicho colorante tiene la propiedad de teñir de azul el sistema linfático, hecho que facilita el visualizar en el acto quirúrgico los vasos linfáticos y principalmente el ganglio centinela que se pretende resear.

Inconvenientes: dificultad en la realización técnica y dificultad en la precisión del tiempo de inyección pre-incisión. La velocidad del flujo linfático es muy variable.

B.-Sonda detectora. Permite conocer la diferencia de cuentas/segundo existente entre el ganglio centinela y no centinelas, presentando el primero una actividad claramente superior.

histología

El ganglio extirpado es estudiado anatomopatológicamente.

-Si el ganglio es positivo para células malignas se realiza una resección de ganglios regionales y estudio histológico del número de ganglios afectados.

-Si el ganglio es negativo no se le practica al paciente linfadenectomía.

Tras el estudio histológico se realiza un nuevo reestadio del paciente.

RESULTADOS

El ganglio centinela fué hallado en los 13 pacientes.

Se evidenció afectación metastásica en 2 pacientes a los que se realizó posteriormente vaciamiento ganglionar regional.

Hasta el momento actual (período de seguimiento 6,8+ 4 meses) ningún paciente ha mostrado signos de recidiva tumoral local o a distancia.

CONCLUSIÓN

• La linfografía asociada al azul de isosulfan permite detectar el GC y disminuir la morbilidad en pacientes con MM, tras su resección selectiva

CONCLUSIONES

La Medicina Nuclear mediante la linfogammagrafia contribuye en la técnica de la resección selectiva del ganglio centinela (RSGC).

RSGC permite hacer un estadiaje preciso de los pacientes afectados de melanoma .

RSGC permite disminuir la morbilidad en éstos pacientes ahorrando linfadenectomías regionales innecesarias.

Colabora mediante su aportación pluridisciplinar al fomento de la Salud y al aumento de la calidad de vida., Objetivos ambos de ENFERMERIA RADIOLOGICA.

AGRADECIMIENTO

A la Dra. Carina Marí, Médico Residente del Servicio de M. Nuclear del Hospital de St. Pau.

Correspondencia:

FELICIDAD QUILEZ
Servicio de Medicina Nuclear
Hospital de Sant Pau
C/ Claret, 167 - BARCELONA

EXTRAVASACIONES EN TOMOGRAFÍA COMPUTERIZADA (T.C.) MEDIANTE BOMBA DE PERFUSIÓN

AUTORES: RUBIO, O., VIVANCOS, C., MERINO, R., ROSELL, G.,

Centro: Institut de Diagnòstic per la Imatge (IDI), Ciutat Sanitària i Universitària de Bellvitge.
BARCELONA

Palabras clave.— TOMOGRAFÍA COMPUTERIZADA, EXTRAVASACIONES, PACIENTES ONCOLÓGICOS.

INTRODUCCIÓN

Debido a nuestra ubicación en el Hospital Durán y Reynals, más del 90% de nuestras exploraciones, corresponden a pacientes oncológicos. Esta particularidad nos ha llevado a observar los posibles factores que pueden deteriorar el sistema circulatorio favoreciendo extravasaciones, flebitis y edemas. Teniendo en cuenta las condiciones de cada paciente intentaremos adecuar nuestras técnicas para obtener el mejor resultado en cada exploración.

MATERIAL Y MÉTODOS

1.- Causas o factores que favorecen una posible extravasación:

• TIPO DE PROTOCOLO. (De más agresiva a menos agresiva).

-170cc a 5ml/seg. (estudios de hepatocarcinomas -dobles fases en helicoidal)

-170cc a 4ml/seg. (Patología pancreática).

-170cc a 3ml/seg. (estudios de tumoraciones recto, sigma,...)

-150cc a 2ml/seg. (estudio patología renal, ovárica y gástrica).

-150cc a 2ml/seg. (80cc) y a 1 ml/seg. (70cc) (resto de estudios abdominales).

-100cc a 2ml/seg. (estudio torácico).

-100cc a 2ml/seg. (50cc) y 1 ml/seg. (50cc) (patologías de cuellos).

-En el caso de cráneos (50cc) y de columnas (100cc), no es imprescindible la velocidad ni el tiempo de inyección, debido a que el estudio se inicia una vez administrado todo el contraste.

• QUIMIOTERAPIA PREVIA

-Vesificantes: estreptozocina, mitoxantrona, vinblastina,...

-Irritantes: carmustina, estrammustina, tiotepa,

-Irritantes leves: l-asparaginasa, carboplatino, cisplati-

no, ifosfamida, metotrexato (los irritantes leves son los más utilizados).

• MALA TÉCNICA EN LA CANALIZACIÓN

-Parte distal de la cánula endovenosa tocando pared.

-Mala fijación del catéter.

-Dificultad en la canalización.

-Elección errónea del diámetro de la cánula, respecto al de la vena seleccionada.

• CAMBIOS ESTACIONALES (en estudio)

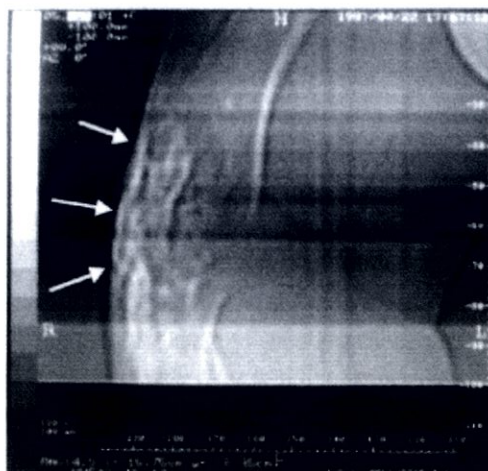
2.- Clasificación de extravasaciones

Según cantidad de contraste, reacción cutánea y localización:

-1º GRADO: Extensión menor de 2x2 cm., en epidermis, zona amoratada y edematosa.

-2º GRADO: Extensión mayor de 2x2 cm. en epidermis, zona amoratada y edematosa. También las extravasaciones intramusculares aunque sean de menor tamaño.

-3º GRADO: Todas aquellas que sin tener en cuenta su extensión evolucionan en ampollas o tejido necrótico.



Extravasación de 2º grado



PREMIO AL MEJOR POSTER

3.- Control y cuidados

1º Y 2º GRADO:

- Se evaluarán los daños y se avisará al médico responsable.
- Aspiración a través de la cánula para extraer la mayor cantidad posible de contraste, posteriormente extraerla.
- Colocación de apósito oclusivo con previa aplicación de pomada antiinflamatoria, que aumenta el riego sanguíneo y elimina sustancias tóxicas.
- Si presenta dolor, se administrará un antiinflamatorio y/o un AINE, intramuscular.
- Rellenar hoja de "Notificación de extravasaciones" y hoja de "Control de curas".
- Explicar el planning de curas en su domicilio.
- Se citara a las 24 horas, para valorar su evolución.

3º GRADO

- Pasadas las 24 horas evoluciona con ampollas, se vaciarán con aguja fina limpieza con Suero Fisiológico y aplicación de Silvederma (antibacteriana). Se citará diariamente para realizar las curas por el personal del servicio.
- Si la zona está necrosada, el médico valorará la necesidad de cursar una interconsulta al servicio de cirugía plástica.



Extravasación de 3º grado

4.-Metodología preventiva

- Valorar factores de riesgo del paciente
- Selección de la zona de punción.
- Selección del diámetro de la cánula intravenosa.
- Buena fijación de la cánula.
- Comprobación de la vía al inicio de la perfusión.
- Ante dolor o sensación de quemazón en la zona de punción, el paciente nos avisará, parándose automáticamente la perfusión.

En el caso particular de cada paciente, dependiendo del estado de su sistema circulatorio más o menos deteriorado), tendremos que modificar la elección del diámetro de la cánula intravenosa y alterar los ml/seg de inyección.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Hemos agrupado las exploraciones en dos períodos:

1.- Desde Septiembre de 1994 a Diciembre de 1996 con un total de 36 extravasaciones de un total de 9.805 exploraciones con contraste.

2.- Desde Enero de 1997 a Abril de 1999 con un total de 26 extravasaciones de un total de 11.573 exploraciones con contraste.

Teniendo en cuenta que habiendo aumentado el número de exploraciones, se observa una disminución en el número de extravasaciones. Esto nos lleva a afirmar que con una metodología preventiva adecuada el índice de extravasaciones disminuye.

BIBLIOGRAFIA

- Sociedad Española de Farmacéuticos de Hospitales: Medicamentos citostáticos.
- Gothlin J. The comparative frequency of extravasal injection at phlegraphy with steel and plastic cannula. Clin Radiol 1972; 23: 183-184.
- Cohan RH, Dunnick NR, Leder RA, Baker ME. Extravasation of nonionic radiologic contrast media: efficiency of conservative treatment. Radiology 1990; 174: 65-67
- Miles SG, Rasmussen JF, Litwiller T. Safe use of an intravenous power injector for ct: experience and protocol. Radiology 1990; 176: 69-70.
- Burd DAR, Santis G, Milward TM. Severe extravasation injury: an avoidable iatrogenic disaster. Br Med J 1985; 290: 1579-1580.

Correspondencia:

OLGA RUBIO PACHECO

Avda. Icaria, 189 - 2º - 3ª

08005 BARCELONA

CRONICA DEL VIII CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA RADIOLÓGICA

Y Barcelona, llegó.

Siempre que acaba un congreso uno empieza a pensar en el siguiente, y desde Jaca 97, todas nuestras expectativas estaban puestas en Barcelona, ¿que tal lo organizan los catalanes, tan exigentes ellos para todo? ¿Cómo será el nivel de las comunicaciones? ¿Mi trabajo estará a la altura? ¿Volveré a encontrar a los compañeros de siempre?...



Mesa inaugural del Congreso

Y Barcelona nos reunió

Un año más, o mejor dos años más tarde, allí estábamos todos, los de siempre y los nuevos... por que gracias a Dios, siempre aparecen caras nuevas que nos devuelven la esperanza a los que ya llevamos años, demasiados años en esta espe-



"Viejas glorias" de nuestra Enfermería Radiológica.

cie de locura radiológica. Pero también se echó de menos "a algunos de esos que nunca faltan", pero las circunstancias y la vida son las que en definitiva nos marcan a todos el camino a seguir...

Y Barcelona cumplió.

Como era de esperar, el nivel de las ponencias y de las comunicaciones, subió. El nivel científico ratificó que la enfermería radiológica, nunca ha estado tan al día, en el conocimiento de la técnica y en la aplicación de cuidados a sus pacientes, que la enfermería radiológica domina, maneja y aplica conceptos enfermeros que nuestros compañeros de profesión nos negaron hace muchos años, que los profesionales que trabajamos en Radiología estudiamos, investigamos y publicamos con una calidad constatable.

Y Barcelona enamoró

Porque es una ciudad preciosa, cosmopolita y llena de vida. Donde disfrutamos, paseando por sus Ramblas, bailando o tomando tranquilamente una copa en el Maremagnum, cenando en ese entorno tan maravilloso que son las Reales Atarazanas -donde, por cierto, el tiempo se nos hizo muy corto- o tan solo aprovechando al máximo el estupendo hotel sede del Congreso.



Compañeros disfrutando de un ratito de relax.



Y Barcelona no defraudó.

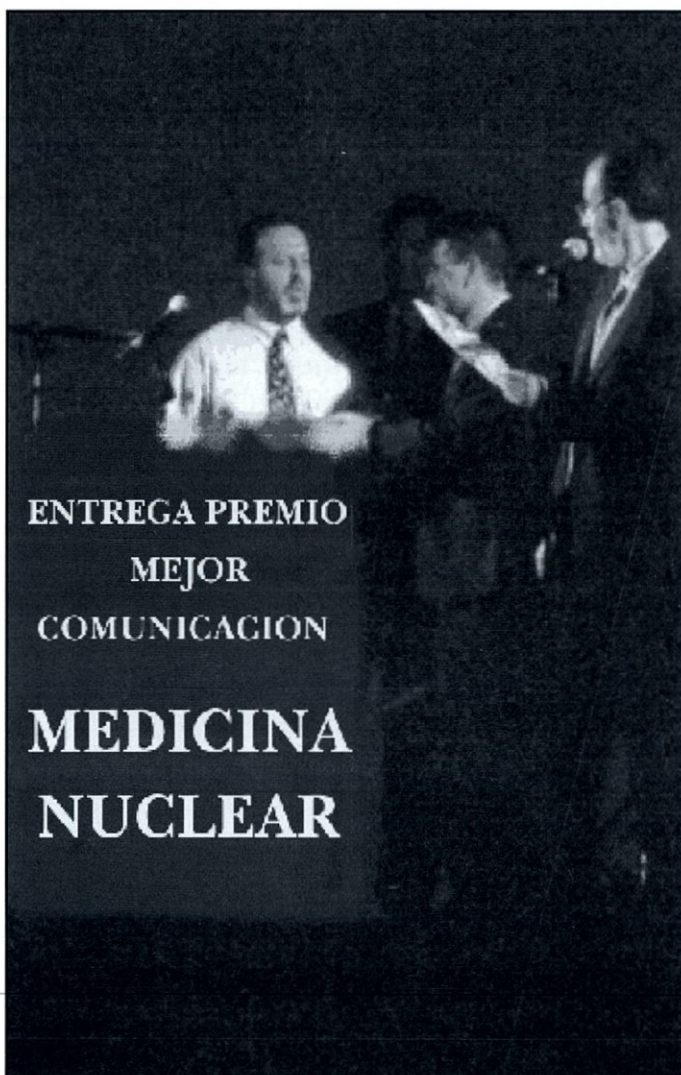
Los organizadores, pertenecientes a la Asociación Catalana d'Infermeria Radiológica, hicieron un buen trabajo. Con un programa apretado y denso, como se tenía, supieron adaptarlo y conducirlo sin excesivos retrasos y saturaciones. Prepararon las intervenciones de sus conferenciantes a la perfección y los temas tratados resultaron muy interesantes para todos. Destacaría la conferencia del último día "Situación actual de la Enfermería Radiológica", que como siempre, generó un intenso coloquio entre los compañeros.

Y Barcelona acabó.

Y acabó bien, y todos de nuevo volvimos a coger nuestras maletas, llenas, ahora, de buenas ideas, de creativos proyectos para un futuro, de nuevos conocidos, de buenos amigos, de montones de recuerdos... y volvimos a nuestra vida.

Y Pamplona llegará en octubre del 2001.
Hasta entonces, en el que será IX Congreso Nacional de Enfermería Radiológica.

G.L.M.



ENTREGA PREMIO
MEJOR
COMUNICACION

MEDICINA
NUCLEAR

IX Congreso
Nacional
de
**Enfermería
Radiológica**

*"Cuidados Especiales
en Alta Tecnología"*

P A M P L O N A
del 25 al 27 de octubre

2 0 0 1

CONCLUSIONES DEL CONGRESO

-Ha llegado el momento de establecer las conclusiones de éste VIII Congreso de Enfermería Radiológica celebrado el presente año en Barcelona.

-En él y a lo largo de las diferentes sesiones, no sólo hemos podido apreciar una síntesis representativa de los temas elaborados y analizados dentro de lo estrictamente profesional, sino que también se han podido constatar diferentes planteamientos en lo referente a nuestro futuro profesional.

-La frase lema del Congreso y sintetizada en un saber ser y saber estar para una mejora en las atenciones y prestaciones de servicios a la comunidad que mejoren la calidad asistencial, han sido las grandes premisas sobre las que basar nuestro aporte profesional a la sociedad, y que han sido las grandes premisas sobre las que basar nuestro aporte profesional a la sociedad, y que han quedado patentes a lo

tenimiento de ella misma por medio de la formación continuada y también en la consecución del marco legal sobre el cual desarrollar sus actividades, dotando a nuevos profesionales que recojan el testigo de nuestras actividades y que permitan la renovación de los aquí presentes. De ello hay aquí una buena muestra con la participación de estudiantes de Enfermería a los cuales agradecemos la asistencia y el interés.

-Planteamientos futuristas auguran una sistemática de marketing en las actividades profesionales, actividades profesionales para las que la Enfermería Radiológica no solo está capacitada para cumplir, sino que dispone de las capacidades de implicación necesarias para participar en su propio futuro. Para ello la Enfermería debe estar en condiciones de saber vender su producto, un producto Enfermero que como algún ponente citaba tenga condiciones de cali-



Comité organizador de la ACIR

largo de éstas jornadas en las que además de la convivencia en lo personal, lo profesional ha permitido intercambiar conocimientos, inquietudes, renovar ilusiones y en suma compartir nuestras vivencias.

-La sociedad actual y su progresión estructural y organizativa en un mundo cada vez más globalizante, tiende a acrecentar el grado de exigencias en cualquier ámbito, y como no, también en el sanitario.

Pero ésta exigencia también es compartida por la Enfermería, una Enfermería que a su vez no ignora que su consistencia se basa en una adecuada formación, en un man-

dad, exigencia y prestaciones incomparables que no deje lugar a dudas en la elección, teniendo en cuenta la versatilidad y perspectivas planteadas por cada área de especialización en la Medicina Nuclear, la Radioterapia Oncológica y el Radiodiagnóstico, todas ellas conjuntadas en la Enfermería especializada en radiaciones ionizantes.

-Un mercado demandante de profesionales por otra parte evaluar calidades, costos, prestaciones establecimiento un análisis sobre en cuál basar una adecuada y considerada elección, pero para que ello tenga una fluidez coherente con la oferta necesita de nuevos profesionales que en el



CONCLUSIONES

marco docente de los créditos de libre elección, los postgrados o las especialidades contemplen, preparen, doten y respeten el interés por desarrollar un completo y adecuado paquete de prestaciones en una determinada área de la sociedad demandante.

-En algunas ponencias y comunicaciones, hemos podido constatar, como se pone cada vez más énfasis en la búsqueda de un marco óptimo sobre el cual desarrollar nuestras actividades profesionales, para que éstas sean perfectamente cuantificables y que por tanto permitan evaluaciones sobre las que establecer correcciones, ajustes y consolidar conclusiones con suficiente base y carácter sobre la que apoyarse en un camino que si bien plantea múltiples posibilidades, no por ello deja de ser largo de recorrer, de hecho no tiene fin, porque la acción de búsqueda y mejora en las actividades profesionales es algo progresivo y constante, algo que ha sido perfectamente palpable en la gran cantidad de aportaciones efectuadas como ponencias, comunicados, posters o vídeos.

-saber ser exige toda una serie de capacidades por parte del profesional, y de un reconocimiento por parte de su entorno, disponiendo para ello de un espacio vital sobre el cual desarrollar sus capacidades.

Un espacio vital mínimo que nos permita desarrollarnos y crecer positivamente, y no desgastarnos en una defensa profesional. Pero los acontecimientos vividos últimamente denotan que nadie nos va a aportar ese espacio salvo que día a día vayamos recuperándolo. Un espacio vital no por ello rígido, sino mas bien al contrario lo suficientemente flexible y dinámico con capacidad de adaptación a las exigencias del momento, y con una cobertura de prestaciones que va mas allá de lo puramente manipulativo para efectuar amplias prestaciones de servicios y cuidados cada vez de forma más completa.

-Podríamos remitirnos a un análisis sobre el pasado, presente y futuro de nuestra profesión, si bien hemos de tener en cuenta que el tiempo es inexorable y no permite ir contracorriente ya que detenerse es formar parte del pasado. Un pasado del cual somos conocedores, un presente que estamos vivenciando y un futuro que está por escribir, un principio del siglo sobre el cual podemos aportar perspectivas renovadoras de las que dependen muy directamente la actitud a tomar frente al futuro, nuestro futuro.

Sólo una enfermería sólida, ambiciosa y arraigada en su capacidad de saber, en su saber estar y en constante evolución abandonando situaciones inmovilistas que favorecen actitudes de otros profesionales son las que definirán nuestro futuro, un futuro en alza o nuestro declive.

-Los acontecimientos vividos desde hace algún tiempo en detrimento de nuestra profesión, las fricciones derivadas de ellos parece avocarnos exclusivamente a aspectos defensivos.

Si bien no cabe la menor duda que se deben establecer estrategias que combatan éstas situaciones, no debemos olvidar que el buen hacer profesional del día a día es la mejor credencial a cualquier exigencia.

-Éste Congreso ha permitido también contrastar la gran importancia participativa en aquellas técnicas, manipulaciones, sistemáticas en las que se hace muy difícil diferenciar lo que es puramente técnico y mecanicista de lo exclusivamente de atención. Por ello es por lo que la personalización en las prestaciones y el grado de autoexigencia en las propias actividades, son claves en una dinámica que permita humanizar la tecnología.

Sólo la Enfermería es capaz de conjuntar la fría actividad manipulativa con el compendio global de necesidades del individuo en sus aspectos físicos, psíquicos y emocionales.

-De hecho nuestra presencia aquí es una conclusión. La conclusión del interés depositado por cada uno de vosotros que habéis hecho posible con vuestra presencia éste Congreso que concluye pero a la vez mantiene y abre las puertas a nuevas orientaciones y perspectivas.

-Barcelona ha querido ser tal vez esa apertura del nuevo siglo a una ambición, para que los que aquí presentes despierten en los lugares de procedencia permitiendo sensibilizar nuestro entorno social y de gestión con el mimetismo del buen hacer como marchamo, acuñado en el interés y en la implicación de todos nosotros.

-Debemos también abrir las puertas a los planteamientos que presenta nuestra especialidad en el interés de estudiantes, futuras enfermeras y enfermeros y futuros especialistas integrantes de la Enfermería Radiológica.

-Debemos también abrir las puertas a los planteamientos que representa nuestra especialidad en el interés de estudiantes, futuras enfermeras y enfermeros y futuros especialistas integrantes de la Enfermería Radiológica.

-Recuerdo como hace algo más de un año un grupo de compañeras y compañeros profesionales arropados por un sentimiento de unida común, empezamos a plantear como un esbozo de lo que han sido éstas jornadas, a todos ellos integrantes de las comisiones organizadora y científica quiero hacer mención por el grado de cooperación demostrado y la ilusión invertida en un objetivo común.

Todos nosotros nos hallábamos en la incertidumbre de ver cuál sería la respuesta, en interés y el grado de participación para optimizar la realización del Congreso, lo cual ha quedado patente de forma muy positiva para todos nosotros. Todos juntos mantenemos viva la especialidad en interés de una sociedad a la cuál nos debemos, a la cual estaremos en condiciones de cuidar mejor.

-Gracias a todos por vuestra asistencia, gracias a todas las personas que han hecho posible ésta reunión de profesionales de la Sanidad que cree en una Sanidad de calidad.

Gracias a todas las entidades, laboratorios y estamentos colaboradores por creer en nosotros y sobre todo por creer en nuestra capacidad por conseguir ese grado de calidad con nuestra responsabilidad.

A todos vosotros muchas gracias por vuestra asistencia y hasta siempre.

Antonio Hernández
Presidente del Comité Científico



ASOCIACIÓN VALENCIANA DE ENFERMERÍA RADIOLÓGICA (A.V.E.R.)

• En la Asamblea General Ordinaria de la AVER, celebrada el pasado 27 de febrero en Gandía, se procedió, entre otros asuntos, a la renovación de la Junta Directiva, siendo ésta su composición actual:

Presidente: **Luis Garnes Fajardo**

Secretario: **Carmen Castany Alvaro**

Tesorero: **José Polit Zuazo**

Vocales: **Hipolita Hernández Mocha**

Rafael Calderón Rey

David Alfonso Rodrigo



Los días 29 y 30 de Abril, se celebró en el Hospital La Fé de Valencia el I CURSO DE RADIOLOGIA PEDIATRICA PARA ENFERMERAS/OS DE LA COMUNIDAD VALENCIANA.

Este Curso fue promovido por la Asociación Valenciana de Enfermería Radiológica en colaboración con el Servicio de Radiodiagnóstico del Hospital Infantil de La Fé, a cuyo personal Médico y de Enfermería quiero agradecer desde ésta Revista su colaboración y participación, resaltar la calidad del trabajo realizado y animarles a seguir en la misma línea.

El amplio número de asistentes nos confirma una vez más la inquietud en cuanto a la Formación Continua de la Enfermería Radiológica pues se cumplieron ampliamente las expectativas en cuanto a inscripciones, asistiendo Enfermeras/os de prácticamente todos los hospitales de la Comunidad Valenciana e incluso de provincias limítrofes.

Siendo nuestro Hospital de referencia para la Comunidad, son muchos los profesionales que han pasado por nuestro Servicio, pero nunca nos habíamos planteado realizar un trabajo como este Curso y la Asociación nos ha planteado esa oportunidad.

En la inauguración, estuvieron presentes: D^a Rogelia Fernández, Directora de Enfermería del Hospital; en representación de D. Joaquín Farnós, Conseller de Sanitat, acudió D. Melchor Hoyos, Director Médico del Hospital La Fé; D. Héctor Cortina, Jefe de Servicio de Radiodiagnóstico del Hospital Infantil y D. Manuel Sastre, Presidente de la A.V.E.R.



DESDE EL ADIOS, AL HASTA SIEMPRE. CON EL ANIMO RENOVADO Y LA TRANQUILIDAD DE HABER HECHO CUANTO SE HA PODIDO

En número reciente de nuestra Revista, contestaba a un querido compañero su felicitación por los diez años de vida de nuestra publicación.

En aquellas líneas dejaba ya entrever viejos recuerdos y nostalgias. No es nada malo, simplemente es que vamos haciendo historia, aunque sea silenciosamente. Que nadie lo dude.

Nosotros como Enfermeros/as de Radiología, Medicina Nuclear y Radioterapia, desde el **I Congreso de Santander**, no hemos dejado de defender lo que creemos que es nuestro y nos corresponde. Porque ya lo teníamos y se nos quitó.

Unas veces hemos sido más apasionados. En otras, quizás más discretos. Pero lo cierto es que no hemos estado parados.

Los enfermeros/as en Radiología lo podemos decir sin ningún tipo de rubor y de temor. No tengamos vergüenza y sintamos el orgullo que nos corresponde.

Hace ya más de una década que nos ha tocado vivir una situación laboral difícil. Hemos tenido que aprender a marchas forzadas a vivir esta nueva situación.

No podemos ni debemos olvidar las muchas trampas y zancadillas que hemos tenido que soportar, y que todavía hoy, por desgracia, no han cesado. Tanto desde estamentos lejanos y ajenos, como por los más cercanos (y éstos son los que más duelen) de aquellos "compañeros/as" que no tenían una visión de futuro más allá de sus narices. Pues otros motivos nos harían pensar en intereses bastardos que ni por un momento quiero pensarlos. Sería demasiado fuerte.

Todavía hoy no alcanzo a entender como nuestra profesión de Enfermeros, para transformarse y dotarse de una identidad y rol que le sea propio y la identifique como tal, tuvo que realizar una ruptura tan dramática y poco reflexionada en sus consecuencias.

Primero fue el curso de Nivelación. No estoy, ni estaba en contra del mismo. Debíamos realizarlo, adquirir nuevos conocimientos, estudiar, ponernos "al día". Otra cosa, amigos y compañeros sería hablar del exámen. Creo que somos los únicos que lo hemos hecho. Ni los maestros cuando pasaron a Profesores de EGB, ni los Aparejadores cuando pasaron a Arquitectos Técnicos, ni los Péritos cuando se convirtieron en Ingenieros Técnicos Industriales. Bueno tampoco pasa nada. Mirémoslo como una nota de color. (Por cierto de bastante rentabilidad para algún Organismo y personas afines al proceso de Convalidación). Aquí pudo estar nuestro primer error como colectivo.

Después se pasó al vuelco exclusivo y definitivo del CUIDADO. Los demás no existía. Y si existía se desechaba.

Abandonamos alegremente todo lo que hacía referencia a técnicas. Ni tan siquiera nuestros ideólogos de la AED contemplaron la recomendación de una de nuestras madres Enfermeras VIRGINIA HENDERSON de quien recogiendo un poco de sus definiciones sobre Enfermería entre otras cosas decía:... "**donde haya una técnica y un proceso diagnóstico debe haber una Enfermera**"...

Capítulo aparte en toda nuestra particular historia merecían los Colegios Profesionales y el Consejo General. Pero quizás no merezca mucho la pena, hincar mucho el diente en éstos Organismos que dicen representamos y defender nuestros intereses. Basta con leer la prensa de cualquier ciudad o Comunidad Autónoma para ver a que nivel de enfrentamiento se encuentran. El entablar procesos judiciales y su presencia en los Juzgados es práctica habitual.

Después nos vinieron tiempos de recortes económicos. Se decía por los "Gestores" sanitarios que habían razones "económicas" que indicaban otras direcciones, otras profesiones en la Sanidad. Pero solamente sospechosamente, casualmente estas nuevas direcciones dieron de pleno casi únicamente con la enfermería. Y en particular en la Enfermería que trabajaba en los Servicios de Diagnóstico por la Imagen, Radioterapia, Medicina Nuclear y Laboratorios.

Esperamos y deseamos sinceramente que no sigan afectando a otros colectivos de Enfermería, quirófanos, hospitalización, etc...

Todos podemos estar de acuerdo en la racionalización del gasto, con una gestión económica y eficaz y eficiente, pero esto no tiene nada que ver con la rentabilidad. La sanidad no tiene necesariamente que ser rentable sino es exclusivamente en términos de salud. No tiene como única obligación la ganancia, el beneficio económico.

Pero a pesar de ello, éstos términos se han empleado con bastante frecuencia y en mi opinión, con una frivolidad que raya el insulto personal para la problemática que nos ocupa.

La justificación de la aparición de una nueva formación sanitaria, no debe estar basada únicamente en términos económicos, sino como el resultado de una demanda de la sociedad que la hace necesaria. Me refiero naturalmente a los TER.

A estas alturas ya no es motivo de debate. El planteamiento de si o no a su conclusión en los distintos Servicios de Diagnóstico por la Imagen, Radioterapia y Medicina Nuclear, puede gustar más o menos, pero la realidad es que están allí.

Lo que sí ha sido preocupante, siendo benévolos, es el planteamiento de la Administración Sanitaria en este tema

CARTAS AL DIRECTOR

y también de los Organismos que representan a nuestra profesión incluyendo a los Sindicatos, que quizás les haya preocupado más la cuota de afiliado que el normalizar y racionalizar una situación que estoy seguro que nadie desea.

En nuestros distintos Servicios, si por una vez en nuestra vida fuéramos capaces de esforzarnos en la realidad y desde la realidad, dejando de lado a iluminados/as, nos daríamos cuenta de que se puede trabajar sin exclusiones ni eliminaciones.

No a lugar una lucha encarnizada en defensa de un puesto de trabajo basado exclusivamente en la fuerza de la no-razón. Se trata de determinar que debe realizar cada uno. Partiendo de la base de su formación académica y de su experiencia profesional.

Hay que dejar al margen intereses que impida la normalización, ya sea porque alguien viva bien en situación de río revuelto y sea un liberado salvador o bien porque se desea la confusión y que el trabajo bien realizado no se logre. Ya sabes el único perjudicado, el paciente. No es demagógico, es real.

La Enfermería Radiológica estaba antes de la llegada de los TER. Su llegada no debe ser ni mucho menos su certificado de defunción. Hemos trabajado bien y durante siempre.

Puede sonar como algo muy dificultoso e incluso no alcanzable. Mi experiencia me dice que no hay voluntad, fundamentalmente en los Directivos Sanitarios. ¿Realmente piensan que en éstos Servicios no hay paciente que necesitan de Cuidado?. Un enfermero/a debemos de admitir que tiene la virtud de la dualidad: cuidar y realizar técnica. Así está formado y así le formaron en la Universidad. Porque lo despreciamos tan olímpicamente. ¿Me lo expliquen?

Pero quizás no valga la pena seguir por estos derroteros que son tan negativos y pesimistas. Creo que es muy importante mirar hacia delante. Hacia delante con optimismo y con ganas de realizar gestiones que nos lleven a buen puerto.

Para ello es necesario el renovar las fuerzas y sentirnos orgullosos de lo que somos para desde aquí poder llegar a donde queremos.

Creo que un trabajo coordinado de las distintas Sociedades Provinciales o Autonómicas (proximamente espero que se aprueben) encaminado hacia las E.U.E. en donde se pida la inclusión de la Radiología en el curriculum docente del Pre-grado, en donde se consiga que estos estudiantes conozcan nuestros servicios. Siendo capaces de animar y motivar a nuestros compañeros/as para que sean ellos mismos los responsables de la Formación Continuada y que junto a otros objetivos que pueden ser consensuados y desarrollados hacer posible que las Sociedades estén vivas.

Y si están vivas os aseguro que se sabe y que ese movimiento hace reflexionar y pensar. Hay que demostrar a nuestros respectivos Jefes de Servicios Médicos que que-

remos y deseamos seguir en nuestros Servicios y que por y para ello nos preparamos. Pedirles una postura neutral y profesional, basada en el conocimiento y en la experiencia, no en la sumisión o no de un colectivo.

Hay que achuchar a los responsables de nuestros Organismos para que nos tengan presentes. Como anécdota recordar que a pesar de los pesares somos la Sociedad de Enfermería con mayor número de asociados, tanto a nivel Autonómico como Nacional y esto hay que saber rentabilizarlo con metodología, coherencia y eficacia.

Hay que estar en cuantos Foros sea preciso para que nuestra reivindicación y nuestra opción sea escuchada. No podemos ni debemos delegar nuestro futuro.

Hay que sumar y nunca restar. Hemos de conseguir ser una Sociedad fuerte y representativa.

Hemos de apoyar la gestión de nuestros distintos responsables de la Sociedad tanto en el ámbito provincial, Autonómico o Nacional. **No vale la crítica solamente, participa.** Podrán hacer más o menos, mejor o peor, pero gracias a ellos somos y estamos.

Decía al principio de mi escrito que daba un adiós hasta siempre. Y desde la confianza de haber compartido con todos vosotros estos años de ilusión y trabajo, permítirme que os pida un nuevo esfuerzo. Unas renovadas fuerzas y un canto al no desaliento. Seamos constantes. No es necesario una militancia de día a día, es mejor mantenernos. Mejor el fondo que el ejercicio explosivo y fin.

Yo me atrevo a pedirlos a todos vosotros la continuidad y ojalá en un futuro no muy lejanos no sean necesarios escritos como el que hoy os presento síntoma inequívoco de todo lo que hemos logrado, y nos va mucho mejor.

Nosotros en nuestra asociación hemos renovado recientemente su Junta Directiva. Nuevas compañeras y compañeros seguirán adelante lo ya iniciado. Nuevas perspectivas y estrategias jóvenes empujarán el carro. Yo estoy contento. Estamos vivos.

Les deseo éxito en su gestión, pues su triunfo es nuestro beneficio.

Solamente me resta para terminar, agradecer sinceramente y públicamente a mis compañeros de Junta y todos los asociados de nuestra Comunidad Valenciana su comportamiento conmigo. Deseo aprovechar para disculparme ante aquellos que haya podido molestar, desde la seguridad que no había intencionalidad alguna y que siempre se ha obrado en beneficio de la mayoría.

Y como anunciaba al comienzo de mi escrito, y lo digo sin falsa modestia: **Adiós y hasta siempre, desde la tranquilidad de haber hecho cuanto he podido.**

Gracias a todos. Un abrazo.

Manuel Sastre Hernández
EXPRESIDENTE DE A.V.E.R.



NOTICIAS DE LA ASOCIACIÓN ARAGONESA DE ENFERMERÍA RADIOLÓGICA (A.A.E.R.)

Durante los meses de febrero y marzo, el colectivo de enfermería ubicada en los Servicios de Radiología, Laboratorio y Anatomía Patológica de los dos hospitales de referencia, Miguel Servet y Hospital Clínico Universitario de Zaragoza, volvieron a encontrarse con una impugnación de la Asociación de Técnicos.

Cerca de 80 compañeros, con nombre y apellidos, fueron denunciados por dicha Asociación por ocupar sus plazas después del año 84. La denuncia fue hecha al Insalud, a quien se le pedía explicaciones de porqué mantenía a dichos trabajadores en contra de la normativa existente.

La reacción de todos los compañeros, los órganos de representación como el Colegio de Enfermería, SATSE, no se hizo esperar. Se contó con las Asesorías Jurídicas de los dos organismos que se pusieron a disposición incondicional de los impugnados.

En el plazo de tiempo indicado se presentaron en el Insalud, una a una y de forma personalizada, las alegaciones a las impugnaciones.



El siguiente paso que se esperaba era la denuncia ante los Juzgados por parte de dicha Asociación de Técnicos, pero nunca se produjo.

Durante ese tiempo nuestra Asociación Aragonesa de Enfermería Radiológica, se movilizó al máximo, se organizaron reuniones informativas para todos los compañeros implicados en la sede del Colegio, se recogieron firmas en todos los centros, se entrevistó repetidas veces con el Director Territorial del Insalud en Zaragoza al que en la última reunión se le entregaron las firmas recogidas.

¿Hasta cuando seguiremos con esta situación? Se le preguntó directamente al Director Territorial. Contestación: Subida de hombros e impotencia. El tampoco lo sabe. Por lo menos es consciente de que enfermería debe de estar en estos servicios y aplicar sus conocimientos y cualificaciones. Pero no sabe como acabar con esto. Y según él también está harto. Se le dieron ideas, se le animó a resolver el problema. Tan solo con poner a cada uno en su sitio, dejarlo claro ante todo el mundo, no contemporizar, enfrentarse cara a cara con el problema... Supongo que son solo palabras, las acciones no las quiere asumir nadie.

Desde esta revista queremos dar las gracias a nuestro Colegio de Enfermería de Zaragoza y a los compañeros del SATSE, por ayudarnos una vez mas en esta lucha que la Enfermería Radiológica lleva desde hace años y que ENFERMERIA en general padece.

Gema López-Menchero Múñez
Presidente de la A.A.E.R.

JORNADAS Y CONGRESOS

*NUESTROS COMPAÑEROS DE UROLOGÍA NOS PIDEN QUE DEMOS LA
MÁXIMA PUBLICIDAD A SUS JORNADAS EUROPEAS.
AQUÍ ESTA Y LES DESEAMOS MUCHO ÉXITO*



ASOCIACION ESPAÑOLA DE
ENFERMERIA EN UROLOGIA
(Urología, Andrología e incontinencia Urinaria)
Avda. Menéndez Pelayo, 93 • 28007 MADRID
Tel.: 91 552 93 88



ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA EN UROLOGÍA ASSOCIAZIONE ITALIANA D'INFERMIERI DI UROLOGÍA OSPEDALIERA

**1ª JORNADAS EUROPEAS DE ENFERMERÍA EN UROLOGÍA
1e GIORNATE EUROPEE D'INFERMIERE UROLOGICA**
MAGALLUF (PALMA DE MALLORCA) DÍAS 3, 4, 5 Y 6 DE NOVIEMBRE DE 1999

"ACTUALIZACIÓN DE LA ASISTENCIA AL PACIENTE URO-ANDROLÓGICO"
Se admiten comunicaciones a las ponencias y comunicaciones libres. ABSTRAC,
VÍDEOS Y POSTERS hasta el día 30 de Mayo de 1999.

IDIOMAS OFICIALES:
ESPAÑOL, ITALIANO E INGLÉS.

SECRETARÍA CIENTÍFICA:
UNIVERSIDAD DE LAS ISLAS BALEARES
Edificio Guillem Cifre de Colonya
Att. D^a Carmen Alorda Terrassa
07071 Palma de Mallorca-Baleares
Tlf.: 971 17 25 98 - Fax: 971 17 31 90

SECRETARÍA TÉCNICA:
INSCRIPCIONES E INFORMACIÓN
OFICINA DE VIAJES EL CORTE INGLÉS
Departamento Receptivo
Att. Sr. Victor Sánchez
Paseo de Mallorca, 24
07012 PALMA DE MALLORCA
TLF: 971 72 30 26 ó 971 71 51 17
Fax: 971 72 20 61

INSCRIPCIONES AL CONGRESO HASTA EL DÍA 10 DE OCTUBRE DE 1999



La Sonrisa Radiológica

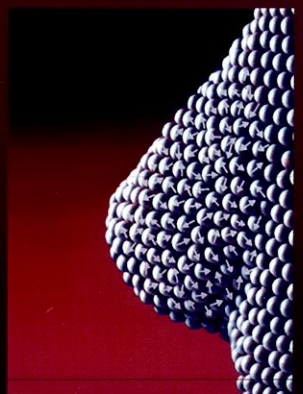
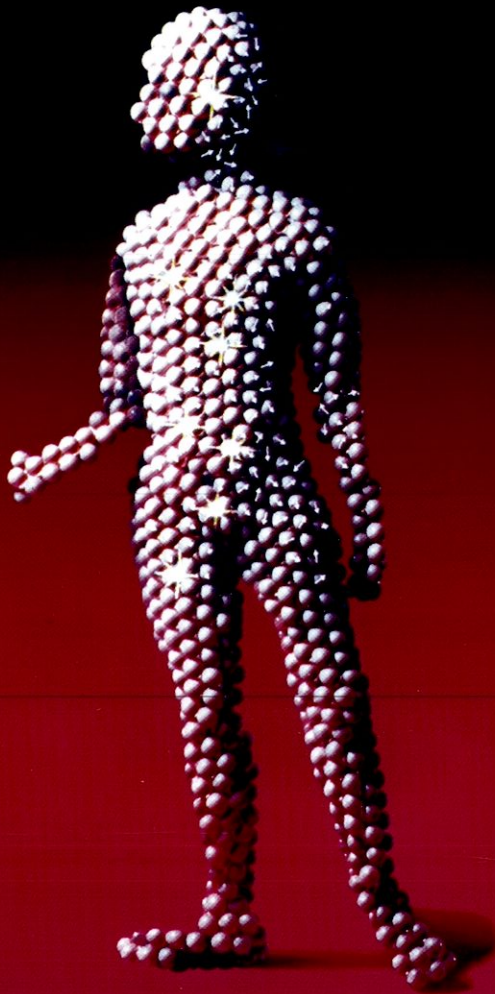
"LA PEÑA ROMERALES"



**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