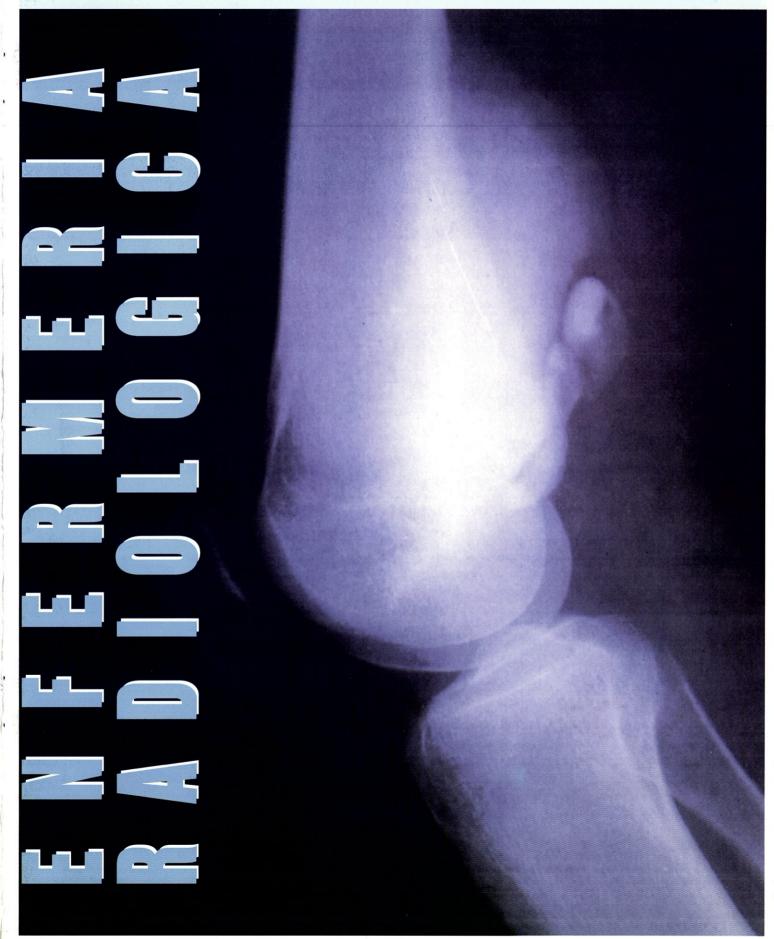


REVISTA OFICIAL DE LA FEDERACION ESPAÑOLA DE ASOCIACIONES DE ENFERMERIA RADIOLOGICA



JULIO - AGOSTO - SEPTIEMBRE 1999 Nº 42 ÉPOCA II - AÑO XI





#### Comité Asesor Científico:

Fernando Solsona Motrel

Carmen Constante Martí

Lucio Villavieja Atance

Miguel A. De Gregorio Ariza

**Carlos Lample Lacasa** 

Gloria De Gregorio Ariza

Mª Iosé 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:

Mª Pilar Baranda Villarroya Mª Pilar Pinilla Muñoz Angel Sancho Serrano

#### Comité Asesor Técnico:

#### Maite Esporrin Lasheras

- Presidente de FEAER.
- Presidente A. Navarra.

#### Carmen Berrio

- Vicepresidente de FEAER.

#### **Carmen Remirez Prados**

- Secretaria y tesorera FEAER.

#### Gema López-Menchero Mínguez

- Presidente A. Aragonesa.

#### Sonia Hernández Rojo

- Presidente A. Canaria.

#### Eduardo Jordan Quinzano

- Presidente A. Cántabra.

#### Joan Pons Camprubi

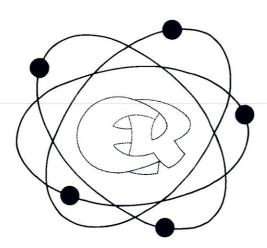
- Presidente A. Catalana.

#### lesús 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.

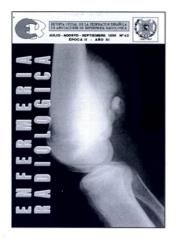
Publicación autorizada por el Ministerio de Sanidad y Consumo, como soporte válido. Reg. S.V. 88021 R.

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



- 3 EDITORIAL

  GEMA LÓPEZ-MENCHERO MÍNGUEZ

  Director Revista E.R.
- 5 ¡QUITAME LAS MANOS DE ENCIMA!

  LÓPEZ CALAHORRA, J.A.; BARANDA VILLARROYA, P.;

  CONSTANTE MARTÍ, C.; SANCHO SERRANO, A.;

  VIDAL GARCÍA, I.; GRIMA GRIMA, M.J.

  ZARAGOZA



8 ¿ES SUFICIENTE LA INFORMACIÓN QUE DAMOS AL PACIENTE EN EL SERVICIO DE RADIOLOGÍA?

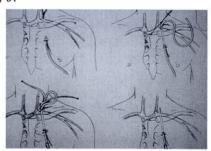
GONZÁLEZ CANALEJO, C.; GRANADOS GÁMEZ, G; GUTIÉRREZ IZQUIERDO Mª I.; LATORRE FERNÁNDEZ, I.; MÁRQUEZ MEMBRIVE , J.

ALMERÍA

12 COMPLICACIONES DE LOS SISTEMAS VENOSOS DE ACCESO SUBCUTÁNEO.

INISTERRA ZERON, J., LÓPEZ-MENCHERO MíNGUEZ, G.; PINILLA MUÑOZ, P., PARDOS GALLEGO, J. A. ZARAGOZA

- 16 NOTICIAS DE ENFERMERÍA RADIOLÓGICA MAITE ESPORRÍN
- 20 LA SONRISA RADIOLÓGICA PEÑA ROMERALES







### NORMAS PARA LA PUBLICACIÓN DE ARTÍCULOS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### PRESENTACIÓN DE TRABAJOS

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

- 1. PRIMERA PAGINA del artículo, nombre y apellidos de los autores (que no excederá de seis). Servicio en el que se ha realizado, nombre completo del Centro de trabajo, ciudad y dirección completa del mismo, dirección para la correspondencia y petición de separatas, y otras especificaciones cuando se considere necesario.
- 2. TEXTO. Conviene dividir claramente los trabajos en apartados, siendo de desear que el esquema general sea el siguiente:
- 2.1. Originales: Introducción, Material y Métodos, Resultados y Discusión.
- 2.2. Notas de Enfermería: Introducción, Observaciones, Comentarios, Resumen y Bibliografía.
- 2.3. Revisiones: Introducción, Exposición del tema, Resumen y Bibliografía con una extensión máxima de 10 hojas holandesas.

Para más información consultar la normativa para la publicación en revistas biomédicas y el nº 29 de la Revista Enfermería Radiológica, 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- Agradecimiento. Cuando se considere necesario se citará a las personas, centros o entidades que hayan colaborado o apoyado la realización del trabajo.
- 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**

La sociedad, el conjunto de individuos, es diferente de un país a otro, dentro de un país existen sociedades diferentes, con culturas muy diferentes y si algo hemos aprendido en esta última mitad del siglo que termina es a aceptar la diferencia de los demás respecto a nosotros, la diferencia que hay entre tú, como individuo diferente y yo que me considero individuo diferente a todos. A esto lo hemos llamado tolerancia, aceptar a los demás como diferentes a mí, conlleva aceptar su ideología, su modo de vida, sus creencias, sus miedos, su libertad, en definitiva todo lo que el individuo es

Pero precisamente por que vivimos en sociedad, por que libremente hemos decidido adoptar esta forma de vida, sabemos que nos necesitamos unos a otros, que es imprescindible la existencia del otro para mi propia existencia, somos conscientes del significado de la palabra unión, y aquí viene mi pregunta: ¿Cómo unir las diferencias?

En sociedades, grupos, donde un conjunto de individuos tienen una ideología marcada por un fin común, por unas mismas metas, la unión de los individuos es un hecho, la diferencia se da cuando alguien plantea otra ideología con otras metas, con otros fines, marca su diferencia, evidentemente surge la tolerancia, se acepta la diferencia y se trabaja por un nuevo fin común por unas nuevas metas, mucho más enriquecidas, más completas, más universales.

Esta podía ser la contestación a mi pregunta, la tolerancia une las diferencias entre los individuos, Filangieri, filosofo italiano, dijo: "La tolerancia es la madre de la paz"; Helps, escritor británico, dijo: "La tolerancia es la autentica prueba de civilización" y Lemaitre, literato francés dijo: "La tolerancia es una virtud difícil; nuestro primer impulso, y aún el segundo, es odiar a todos los que no piensan como nosotros".

En contra posición, la celebre frase de Julio Cesar: "Divide y vencerás", viene a poner la guinda a mi pregunta.

Y todo esto para recordar, que somos un colectivo muy desunido, que cada parte de la enfermería va a sus intereses, que cada colectivo especifico agrupa a unos cuantos y los demás pasan de todo, que no lo tenemos ni más fácil, ni más difícil que hace años y que nuestra profesión será lo que nosotros queramos.

Pero solo con el compromiso de algunos, poco podremos conseguir. Cada uno debe de implicarse en la medida de sus posibilidades, pero implicarse, mojarse, estar en la retaguardia, ser conscientes de que uno más uno, más uno, al final serán mil y eso es poder.

Conseguir esto es difícil, sobre todo si, además, hay que ir limando asperezas, templando gaitas y ejercitando eso que antes hemos denominado tolerancia.

Pero, ¡¡que narices!!, somos adultos, capaces de hablar, dialogar, llegar a consensos, somos profesionales inteligentes, con una gran experiencia en el ser humano y sus necesidades, estamos hartos de escuchar y ver historias donde el egoísmo del individuo lo estropea todo. ¿Es que nuestra practica diaria no nos enseña nada?

Es necesario dentro de cualquier foro, aprender a unir las diferencias, esas que nos separan e ir encontrando entre todos, las mil y una razones que nos unen.

Ni nosotros, Enfermería Radiológica, ni mi hospital, ni mi comunidad de vecinos, ni mi club de fútbol, ni mi familia, ni mi Autonomía, ni mi País... funcionaremos, sino aprendemos a unir nuestras diferencias.

GEMA LÓPEZ-MENCHERO MÍNGUEZ

Director Revista E.R.





Bretón, 34-5° A - 50005 ZARAGOZA Teléfono **639 38 30 29** 

## BOLETIN DE SUSCRIPCION

Espacio reservado para codificación en el Dpto. de Suscripciones		NOTA: Es imprescindible exactitud y claridad en los datos del presente boletín para un correcto servicio de distribución. Gracias	
Marque con una X las casillas que se indican. ESCR  1. er apellido: ENTIDAD:	2.° apellido:		Nombre:
Dirección (calle, paseo, etc.):  Población:  Cod. Pos		ncia:T	N.°PisoPuerta 'el
D.N.I./N.I.F.		N.º de S	Socio:
ACTIVIDAD PROFESIONAL	Especialidad	l:	
HOSPITALARIA	EXTRAHOS	SPITALARIA	DOCENCIA
Centro	☐ Ejercicio Lib	re	☐ En E.U.E.
	D.U.E. de Er	npresa	☐ En I.F.P.
Servicio	☐ Centro de Sa	lud	☐ En Formación Continuada
Cargo o Función			Centro
			Cargo o Función
FO	RMAS DE P	AGO	
00000000			PRECIO POR SUSCRIPTOR:
☐ Transferencia bancaria a C/C: 0095 473:	2 84060 0018492		5.000 ptas. / 4 números al año.
☐ Cheque bancario a nombre de la Federac (C/ Pintor Maetzu, 4, 1° A - 31008 Pamplona)	ión Española de Enfer	mería	
☐ <b>Domiciliación bancaria</b> (rellenar la sigui	ente orden de pago)	0	Sirvase rellenar todas las casillas
Banco / Caja de Ahorros			
Domicilio Dirección			N.°
de la sucursal Población			8
C.P. Prov	vincia		
Cuenta Corriente  Libreta Ahorros N.° (Clave del banco) (Clave y n° de control	de la sucursal)	(N° de cuenta o libreta)	
Nombre del titular de la cuenta o libreta		F	ïrma del Titular de la cuenta
Ruego a ustedes tomen nota de que hasta nuevo aviso deberán a en mi cuenta el recibo presentado anualmente por la Revista d Enfermería Radiológica			a da da 100



### ¡QUITAME LAS MANOS DE ENCIMA!

**AUTORES:** LÓPEZ CALAHORRA, J.A.; BARANDA VILLARROYA, P.; CONSTANTE MARTÍ, C.; SANCHO SERRANO, A.; VIDAL GARCÍA, I.; GRIMA GRIMA, M.J.

Centro: Hospital " MIGUEL SERVET". ZARAGOZA

#### RESUMEN

La frase: ¿DE QUE FORMA IMPLICAN LOS PEQUEÑOS A TODOS AQUELLOS QUE LOS RODEAN A LA HORA DE REALIZAR UNA EXPLORACIÓN RADIOGRÁFICA? Fué lo que nos llevó al equipo del Servicio de Radiología Pediátrica a realizar este estudio y constatar las veces que nuestras

manos, nuestros útiles de trabajo interferían en la imagen radiográfica, con el consiguiente peligro de tener que repetir una exploración a un niño que debería de ser con quien se tuviera un mayor cuidado en cuanto a la protección radiológica se refiere.

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

### ¿DE QUE FORMA IMPLICAN LOS PEQUEÑOS A TODOS AQUELLOS QUE LOS RODEAN A LA HORA DE REALI-ZAR UNA EXPLORACIÓN RADIO-GRÁFICA?

Nuestro estudio se basa en la observación de los errores más comunes que aparecen en las radiografías realizadas a niños no colaboradores a los cuales hemos tenido que inmovilizar para radiografíar, bien sea con medios materiales ó humanos y decimos humanos porque en ocasiones es necesaria la cola-

Dedos dentro del haz primario sobre brazos al radiografiar un tórax.

boración del personal de la unidad debido a que los medios de inmovilización son insuficientes ó porque la gravedad de sus lesiones contraindica la colocación de pesos ó presión sobre sus piernas ó brazos.

Es en éstas ocasiones cuando debemos extremar las medidas de protección, tanto del personal profesional como del niño y realizar una adecuada coli-

mación para conseguir una exploración diagnóstica mínimamente radiante.

A pesar de ajustar escrupulosamente el campo de radiografía, puede ser inevitable la proximidad de las manos de la persona que sujeta al pequeño y éstas pueden quedar al alcance de la radiación difusa ó incluso del haz primario.



Dedos dentro de haz primario en cabeza. Radiografía mal colimada para un estudio de piloro en lactante.

### ¡ATENCIÓN MANO A LA VISTA!

Desde el punto de vista meramente plástico, la visión en la radiografía de manos ó dedos de la persona que sujeta al niño merma calidad a



la exploración, *Manos en haz primario y radia*aún cuando ésta *ción difusa al sujetar un cráneo*.

pueda seguir siendo cien por cien diagnóstica. Pero de lo que no cabe duda, es de que bajo el prisma de la radioprotección, la inclusión de zonas del cuerpo pertenecientes a la persona que colabora en la realización de la radiografía, está totalmente prohibida por las normas más elementales de protección radiológica.

Cuando sea imposible otro medio de inmovilización y nos veamos obligados a poner las manos en la proximidad del haz de rayos, lo haremos con la debi-



Mano en haz primario sobre abdomen durante la realización de cistografía.

da protección de unos guantes plomados de grosor adecuado.

Aprovechamos la ocasión para recordar la conveniencia de usar todos dispositivos de protección a nuestro alcance, delantales plomados, collarines para tiroides, guantes, gafas... etc.

## ¿QUE ACONSEJAN LOS ORGANISMOS COMPETENTES AL RESPECTO?

El establecimiento de Los Criterios De Calidad Para Imágenes En Diagnóstico Radiográfico es uno de los hitos de las iniciativas Europeas.

Empezó en 1984 cuando se adoptó la primera Directriz sobre Protección contra Radiación del Paciente por los Estados Miembros de La Unión Europea.

Siguiendo el desarrollo de Criterios de Calidad para Radiología en el Adulto, se reconoció que éstos criterios debían ser específicamente adaptados a la radiología pediátrica.



Inclusión de dedos durante la radiografía de un antebrazo.

En general, el **radiografia de un antebrazo.**documento aconseja una serie de procedimientos para optimizar las exploraciones radiográficas al mismo tiempo que enfatiza sobre la necesidad de brindar una adecuada protección al pequeño y al personal que lo atiende.



Dedos en fémur al radiografiar unas caderas además de mala colimación.

### LA INFORMACIÓN COMO PARTE DE LA GARANTÍA DE CALIDAD

Si algo deja claro el anteriormente citado documento es que las personas que colaboren en la suje-



Alcance de mano por radiación difusa al realizar proyección de waters y mala colocación del paciente

ción del niño deben saber exactamente como hacerlo, como protegerse de la radiación difusa, como evitar incluir sus manos dentro del haz primario.

El tiempo empleado en explicar e informar adecuadamente a

las personas implicadas en éste procedimiento estará contemplado dentro del tiempo asignado a la exploración.

Es labor de la enfermera de radiodiagnóstico proporcionar una adecuada información al niño, cuando es receptivo a ella y a los padres.



Inclusión de dedos al tratar de inmovilizar la cabeza en un traumatismo cráneo-encefálico.

#### **CONCLUSIONES**

Para finalizar, decir, que para que no se produzcan errores en nuestro trabajo debemos tener en cuenta que:

A- El posicionamiento del niño debe ser correcto, tanto si colabora como si no. Los dispositivos de inmovilización deben asegurar que:

- 1- El niño no se mueva.
- 2- El haz de rayos esté centrado.
- 3- La proyección sea la correcta.
- 4- La colimación sea la adecuada.
- 5- Que las gónadas queden protegidas.

B- Cuando sea imprescindible la colaboración de alguna persona ésta deberá ser informada y protegida adecuadamente como anteriormente se ha comentado.

#### **BIBLIOGRAFÍA:**

- Directrices Europeas Sobre Criterios De Calidad
   Para Imágenes Radiográficas en Pediatría.
   "Lake Starnberg Group"
- European Commission
- ECSC.EC-EAEC, Brussels. Luxemburg, 1996
- Directorate-General XII: Science, Research and Developement.

### Correspondencia:

#### JOSE A. LOPEZ CALAHORRA

Hospital Materno-Infantil Servicio de Radiodiagnóstico Pº Isabel la Católica, 1-3 50009 ZARAGOZA

## ¿ES SUFICIENTE LA INFORMACIÓN QUE DAMOS AL PACIENTE EN EL SERVICIO DE RADIOLOGÍA?

**AUTORES:** GONZÁLEZ CANALEJO, C.; GRANADOS GÁMEZ, G; GUTIÉRREZ IZQUIERDO Mª I.; LATORRE FERNÁNDEZ, I.; MÁRQUEZ MEMBRIVE, J.

Centro: Profesoras Titulares de la E.U.E. Departamento de Enfermería.

UNIVERSIDAD DE ALMERÍA. ALMERÍA

#### RESUMEN

Con este estudio se pretende conocer si la información que damos al paciente en el servicio de Radiología es suficiente o no, para cubrir su necesidad de comunicación.

Se ha hecho una Valoración a 165 pacientes sobre el posible déficit de conocimientos que pueden presentar.

Los resultados demuestran que aunque se ha dado un paso importante respecto a la información al paciente, gran parte de ellos, no comprenden bien la explicación que se les da, necesitarían que el enfermero/a que le informa contraste la información para ratificar que lo ha comprendido bien.

Palabras clave. – Información. Valoración. Procedimiento radiológico

### INTRODUCCIÓN

Respecto a la información que se suministra al paciente, Mardarás (1990) dijo: "Si partimos de la base de que la amenaza de confusión se atempera notablemente al tener la posibilidad de entender lo que está ocurriendo dentro o fuera de uno no cabría la menor duda de que toda la información que se le pueda brindar al enfermo sobre las características de su afección y sobre el tipo y forma de intervención que se le va a practicar contribuirá a nivelar la incidencia de dicha ansiedad. No se trata de informar por principio, de cualquier manera y cuanto más

Gráfico 1. ¿Sabe cómo se llama la prueba que le van hacer?

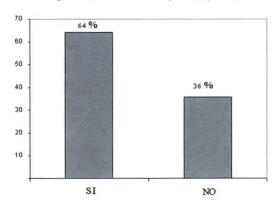
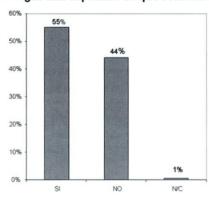


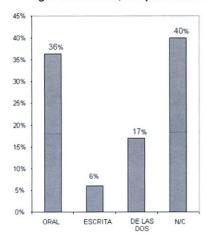
Gráfico 2. ¿Le han explicado en qué consiste la prueba?



mejor, sino de medir previamente el grado de necesidad que el sujeto en cuestión tiene de recibir determinados datos así como elaborar una metodología y una estrategia para proporcionárselos".

En las II Jornadas Científicas Enfermería Almeriense celebradas en Almería en 1999, el Presidente de la Asociación de Consumidores y Usuarios de Almería, ante una pregunta que él mismo formuló, sobre qué esperamos los enfermos de vosotros, los enfermeros, dijo: "que los usuarios lo que más solicitan es que le informen; creo que esa puede ser la mejor "aspirina" para el paciente, la

Gráfico 3. ¿Si contesta si, de qué forma lo hicieron?

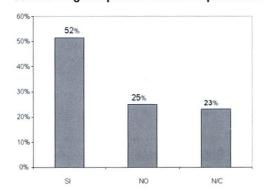


información veraz y comprensible es necesaria para cualquier tipo de actuación de enfermería. El consentimiento informado, ello quiere decir, que el paciente entienda lo que le están diciendo, no se trata de ponerle un papel delante, antes de cualquier procedimiento y decirle, firme ahí".

Tras un estudio realizado en el año 1995 sobre "Valoración de los Pacientes sometidos a pruebas radiológicas" mediante un cuestionario de valoración basado en el Modelo Bifocal de L.Carpenito, nos confirmó que los pacientes presentan miedo y manifestaciones somáticas como consecuencia del impacto ante ciertas pruebas radiológicas realizadas y que un grupo de personas que expresaron tener miedo había recibido información.

Todo esto fue lo que nos motivó a realizar 4 años más tarde un estudio para comprobar si los pacientes a pesar de la información que se les da, tanto verbal como escrita comprenden lo que se les está haciendo y de esa manera disminuye su preocupación

Gráfico 4. ¿Comprendió bien la explicación?



#### **OBJETIVOS**

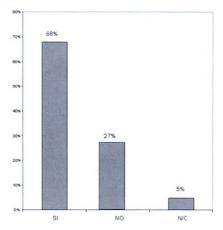
Los objetivos del presente estudio son evaluar que información se está dando al paciente y si está de acuerdo con sus necesidades.

### MATERIAL Y MÉTODO

Para alcanzar los objetivos se diseño un estudió descriptivo transversal. La población objeto de estudio fueron 165 pacientes escogidos de manera aleatoria entre 18-80 años de ambos sexos de los cuales el 40% eran hombres y el 60% mujeres que durante el curso académico1998/99 se realizaron diversas pruebas en los servicios de radiología.

El instrumento de medida para obtener los resultados fue un registro de Valoración sobre el posible Déficit de conocimientos de elaboración propia, basada en algunas de las características definitorias

Gráfico 5. ¿Le preocupa el no saber bien lo que le van ha hacer



principales y factores relacionados/contribuyentes que la taxonomía NANDA describe sobre el Diagnóstico de Enfermería Déficit de conocimientos. En el registro de Valoración(anexo1) se le hicieron 7 preguntas.

Para el análisis de los datos y diseño gráfico se utilizaron paquetes informáticos Excell, Word y Harvard Grafics.

Gráfico 6. ¿Si supiera el tiempo de duración de la prueba se sentiría?

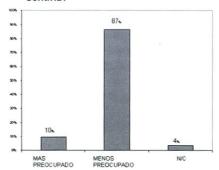
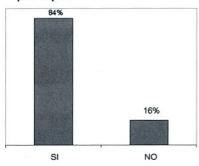


Gráfico 7.¿Le gustaría que le fueran explicando la prueba paso a paso?



#### RESULTADOS

En el gráfico 1 vemos que ante la pregunta ¿ Sabe cómo se llama la prueba que le va hacer? Se puede observar que el 64% contesto que Si y el 36% dijo que No.

En el gráfico 2 recogemos la pregunta ¿ Le han explicado en que consiste la prueba? El 55% contesto que Sí y el 44% que No.

Del 55% que contesto que Si (gráfico 3) se le pregunto que forma lo hicieron y el 36% dijo que oral, el 6% escrita y el 17% de las dos.

Ante la pregunta ¿Comprendió bien la explicación? (Gráfico 4) el 52% dijo que Si, el 25% que No y el 23% no contestó.

Se le preguntó al paciente si le preocupaba el no tener conocimiento correcto sobre lo que le van a hacer (gráfico 5) el 68% dijo que Si y el 27% contesto que No el 5% N/ C.

En él (gráfico 6) recogemos la pregunta ¿ Si supiera el tiempo de duración de la prueba como estaría? El 10% contesta más preocupado y el 87% menos preocupado y el 3% no contesto.

La siguiente pregunta fue ¿le gustaría que le fueran explicando la prueba paso a paso? (gráfico 7) el 84% dijo que Sí y el 16% que No

Cuando se le pregunto que describieran brevemente la prueba (gráfico8). El 27% describe el procedimiento, el 42% lo comprende aunque no sabe el procedimiento y el 32% no sabe nada acerca del mismo.

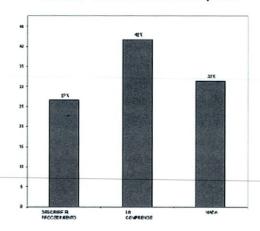
### DISCUSIÓN y CONSIDERACIONES

El estudio estadístico demuestra, que aunque se ha dado un paso muy importante en la información al paciente, gran parte de ellos no comprende bien la explicación que se les da, necesitarían que el personal que les informa, compruebe que el paciente lo ha comprendido en su totalidad.

Sería conveniente teniendo en cuenta la relación que existe entre desconocimiento del proceso y preocupación, que se informe al paciente mientras se realiza el procedimiento, del tiempo que les queda y como puede colaborar si es necesario mientras su realización.

Como conclusión final, hemos de reseñar, que en los servicios de radiología de nuestra ciudad, se le da, cada vez más importancia a la información del paciente y de su familia, pero tenemos que tener más en cuenta a la hora de evaluar las necesidades de cada paciente sus percepciones y su globalidad.

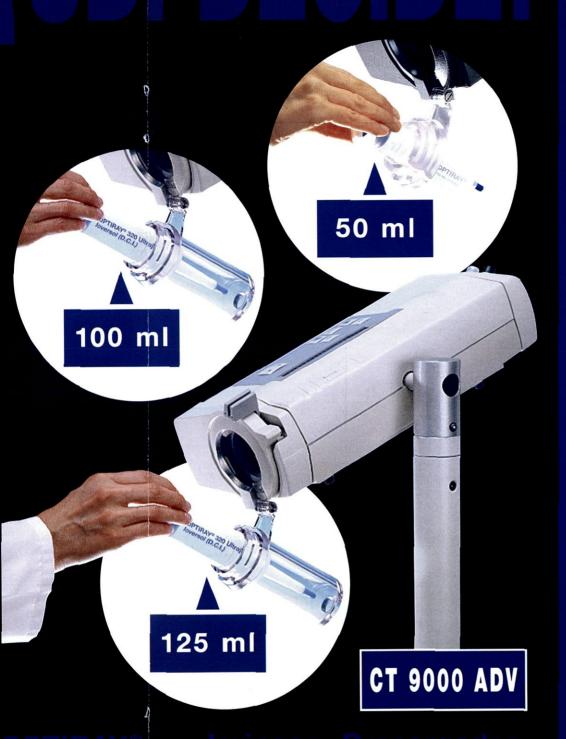
Gráfico 8. Describa brevemente la prueba



### **BIBLIOGRAFÍA**

- \* Mardarás Platas, E .Psicoprofilaxis quirúrgica. 2ª ed..Barcelona.Ediciones Rol;1990.
- \* Barrachina Bellés, Lidón. Enfermería Médico-Quirúrgica Generalidades. Barcelona.Paradigma Masson;1995.
- \* Diagnósticos Enfermeros de la NANDA. Definiciones y Clasificación 1997-1998. Madrid. Harcourt Brace;1997.
- \* Luis Rodrigo, M.T. Diagnósticos Enfermeros, un instrumento para la práctica asistencial. Barcelona. Harcourt Brace; 1998.
- \* A.Dennis, C. R.May. C.L. Einsenberg. R. Posiciones radiográficas Barcelona. Masson-Little, Brown; 1996. S

OPTINAT' - Las Jernigas precargadas



en diferentes volúmenes y concentraciones lista para uso inmediato.

 Menor tiempo de preparación. Favorable para el medio ambiente.





### OPTIRAY® - Las Jeringas precargadas

HOUSER DE MOTALMENTO OPTRAY MIZELET. COMPOSIÓN COMMINION I COMMINION L'Acces in production consciou de company personale. OPTRAY SU DITALET. OPTRAY D'ALBERT. DANS COMMINION COMPANY AND COMPANY OF THE AND DITALET. OPTRAY D'ALBERT. DANS COMMINION COMPANY OF THE AND DITALET. COMPANY O

Mallinckrodt



Anexo 1.

## VALORACIÓN SOBRE EL POSIBLE DÉFICIT DE CONOCIMIENTOS QUE PUEDAN PRESENTAR LOS CLIENTES DE LA UNIDAD DE RADIOLOGÍA.

Nombre:	
Apellidos:	
Edad	Sexo
1. ¿ Sabe cómo se lla	ama la prueba que le van a realizar?
Si 🗌	No
2. ¿ Le han explicado	o en que consiste la prueba de forma minuciosa?
Si 🗌	No
3. ¿ Si contesta si, de	e qué forma lo hicieron?
Oral	Escrita De las dos
4. ¿ Comprendió bie	n la explicación?
Si 🗌	No
5. ¿Le preocupa el n	o saber bien lo que le van hacer?
Si 🗌	No
6. ¿Si supiera el tien	npo de duración de la prueba se sentiría?
Más preocupad	Menos preocupado
7. ¿Le gustaría que l	e fueran explicando la prueba paso a paso?
Si 🗌	No
8. Describa breveme	ente la prueba
Describe el pro	cedimiento Lo comprende Nada

### Correspondencia:

### ISABEL GUTIÉRREZ IZQUIERDO

E.U. de ENFERMERÍA. Universidad de Almería Ctra Sacramento s/n La Cañada de San Urbano. 04120 Almería



### COMPLICACIONES DE LOS SISTEMAS VENOSOS DE ACCESO SUBCUTÁNEO. ACTUACIÓN Y LABOR DE ENFERMERÍA

**AUTORES:** INISTERRA ZERON, J., LÓPEZ-MENCHERO MÍNGUEZ, G., PINILLA MUÑOZ, P., PARDOS GALLEGO, J. A.

Centro: HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO Y HOSPITAL PROVINCIAL. ZARAGOZA

#### RESUMEN

Desde el siglo XVII se viene administrando medicación intravenosa mediante sistemas más o menos sofisticados, pero es a partir del siglo XX cuando aparece el catéter y en 1973 Broviac desarrolla un catéter tunelizado, que perfecciona Hickman, para infusión permanente de fármacos. Existen dos tipos de sistemas para infusión prolongada de fármacos, los accesos vasculares permanentes (generalmente de dos vías) y los reservorios subcutáneos. En la implantación, manejo y cuidados de estos dispositivos, la enfermería es parte

importante, mediante (entre otras actitudes) la profilaxis.

El manejo, control y cuidado de un dispositivo de acceso vascular es competencia de Enfermería; existen tres niveles: Técnica, Proceso de Enfermería y Plan de Cuidados.

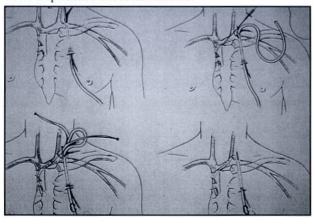
Las complicaciones que van a existir se relacionan con la técnica de colocación, el tratamiento y la preparación del personal sanitario. Entre ellas destaca la Trombosis Venosa, ya sea intra o pericatéter.

Palabras clave.- Reservorios, Accesos Venosos, Labor de Enfermería, Complicaciones Venosas.

### INTRODUCCIÓN

Los primeros precedentes que se tiene constancia datan del siglo XVII. Johann Daniel Major, de Padua, administró medicación intravenosa mediante finos cilindros de plata. En 1832 un médico escocés Thomas Latta, tuvo la idea de tratar los enfermos gravísimos de cólera con una rehidratación masiva muy original: "infusión intravenosa" de agua destilada a la que se añadió Muriato Sub-carbonato de Sodio; al remitir la epidemia de cólera esta técnica se olvidó, reapareciendo a finales del S. XIX bajo el nombre de "gota a gota".

Poco a poco se fue mejorando la técnica y a mediados del Siglo XX aparece el "catéter", primero tras la denudación de una vena y al poco tiempo a través de una vía transcutánea gracias a un trocal. En 1973 J. D. Broviac desarrolla un catéter siliconado histocompatible de calibre y longitud variables, que es el utilizado en la actualidad. Posteriormente se ideó el conectar este catéter a un reservorio implantado subcutáneamente.



### **OBJETIVO**

La necesidad de tratamientos intravenosos de larga duración en enfermos oncológicos dio lugar a la búsqueda de sistemas de infusión venosa prolongada. Estos sistemas han evolucionado, siendo en la actualidad los implantes subcutáneos los mas utilizados tanto por su facilidad de colocación como por su larga duración. Todo esto implica un buen conocimiento de las maniobras a realizar para prevenir las complicaciones o una vez que ya están instauradas, su solución. En este punto hay un capítulo en el que la Enfermería es parte importante, la profilaxis, ya sea con actuaciones pre o post-procedimiento.

El fin de este trabajo es analizar todo desde el punto de vista técnico y de Labor de Enfermería.

Antes de proseguir es conveniente realizar un pequeño recuerdo anatómico, considerando únicamente las zonas más frecuentes de implantación de dispositivos de acceso vascular.

El manejo, control y cuidado de un dispositivo de acceso vascular es competencia de enfermería así como la recepción, primera valoración y primeras actuaciones ante un mal funcionamiento o complicación post-implantación; es imprescindible un buen diagnóstico de enfermería y una escrupulosa aplicación del P. A. E.

En la Labor de Enfermería hay que considerar tres niveles (técnica, Proceso de Enfermería y Plan de Cuidados), se irán exponiendo independientemente en cada tipo de complicación aplicando la que corresponda en cada situación. Recordemos que el Proceso de Atención de Enfermería está compuesto de: Valoración, Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación.





### MATERIAL Y MÉTODOS

En los catéteres de Aféresis, la vía de elección es la izquierda, debido a la suavidad de la curva de entrada en Cava Superior, siendo por este motivo el catéter tipo Hickman de una longitud de 40 cm, el idóneo; el catéter es siliconado, de 13.5 F y posee dos Cuff de sujeción, uno de ellos impregnado de una sustancia bactericida, que se sitúa en la entrada a piel sirviendo además para anclaje de la seda de sujeción. Con respecto a los reservorios la vía de elección es la derecha (únicamente por motivos de facilidad de abordaje), la izquierda si las condiciones físicas del paciente lo aconsejan (irradiación, operaciones, infecciones, etc.). los dispositivos utilizados son plásticos con cámara de titanio (Celsite, Braun) o metálicos (Cook), todos ellos compatibles con Resonancia Magnética.

Prácticamente la totalidad de los accesos, tanto reservorios como catéteres, se realizaron vía subclavia mediante la técnica Seldinger, con introductor pelable y tunelización del catéter, exceptuando 2 casos de reservorio que se colocaron vía femoral y 4 casos vía braquial; con respecto a los catéteres de Aféresis, 3 se colocaron vía femoral.

Consultada la bibliografía, casi todos los autores coinciden en dividir las complicaciones en inmediatas y tardías, pero a pesar de esto, en este trabajo vamos a enfocarlo desde el punto de vista de las complicaciones en sí.

### ACTITUD TERAPÉUTICA

En la relativa a la técnica quirúrgica, cortar la hemorragia según las maniobras o técnicas establecidas en Cirugía. Con respecto a la percutánea, suelen ser neumotorax de pequeña entidad, en los que caven dos aptitudes terapéuticas, reposo absoluto o colocación de tubo de aspiración para drenaje del neumo. La complicación derivada de la orientación, debido al uso de la fluroscopía durante el acto, se soluciona "in situ".

### LABOR DE ENFERMERÍA

Debido a que se produce la ejecución de la técnica, la Labor de Enfermería se limita a tareas de ayudantía, instrumentación, labor de circulante y de atención al paciente (medicación, cambios posturales, infusión de contraste, vigilancia de la monitorización de las constantes, etc.)

#### **COMPLICACIONES**

Las complicaciones descritas con los sistemas implantamos se relacionan en general con la técnica de colocación, el tratamiento administrado y la preparación del personal sanitario que las ha de manipular.

Se clasifican en varios apartados:

- Complicaciones operatorias.
- Complicaciones locales.
- Complicaciones relacionadas con el sistema.
- Obstrucción del catéter.
- Trombosis venosa.

#### 1. COMPLICACIONES OPERATORIAS

- Debidas a Técnica quirúrgica: son infrecuentes. Hemorragia.
- Debidas a Técnica percutánea: riesgo de Neumotorax.
- Debidas a Orientación errónea del catéter y/o bucles
- Debidas a Reacciones alérgicas: fundamentalmente al anestésico. No suele ser frecuente.

#### 2. COMPLICACIONES LOCALES

- Hematoma en la zona del bolsillo cutáneo: de origen intraoperatorio. Aparecerá con mayor facilidad en caso de alteraciones de la coagulación.
- Reacción inflamatoria: Debida a la infección, fuga de medicación o reacción alérgica al material implantado.
- Infección: después de la trombosis es la complicación más frecuente. Puede ser local o sistemática.
- Necrosis cutánea, ulcereción de la piel: debida a implantación superficial o inyección accidental del fármaco fuera de la cámara.

#### **ACTITUD TERAPÉUTICA:**

En al caso de hematoma se soluciona generalmente con compresión de la zona de implante y corrección de la alteración de la coagulación.

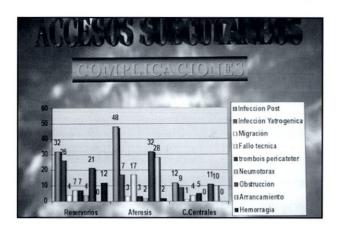
Cuando hay reacción inflamatoria, si es debida a infección o fuga de medicación se instaurará tratamiento antibiótico, siendo esto suficiente para solucionar el problema, si no es así o es debido a reacciónalérgica al material implantado, retirada del sistema.

Si existe infección la actitud es la misma que la comentada anteriormente, con la salvedad de que si es sis-

témica, retirada del reservorio e instauración de quimioterapia sistémica, no pudiendo implantarse un nuevo sistema hasta pasados 10 días con tratamiento antibiótico y haber desaparecido la sintomatología.

Con la necrosis cutánea y ulceración de la piel debe retirarse generalmente el sistema (dependiendo del grado de necrosis o ulceración).





#### LABOR DE ENFERMERÍA

Aplicaremos el Diagnóstico y Proceso de Enfermería: **VALORACIÓN**, el propósito es identificar:

- Patrones de adaptación presentes y pasados, si los hubiera
- Respuesta a las alteraciones actuales: en los que habrá que valorar y diferenciar estados clínicos (tumefacción, hematoma, alteraciones en la coagulación, etc.)
- Respuesta a la terapia: habrá que valorar extravasaciones, alteraciones de la zona de implantación, estado de limpieza y asepsia del dispositivo.
- Riesgo de desarrollar alteraciones potenciales:
   Sepsis, ulceras con pérdida de sustancia, necrosis o absceso hemático.

**DIAGNÓSTICO**, el propósito es identificar que ocurre en un paciente cuando surge una complicación.

**PLANIFICACIÓN**, se valorarán las estrategias a realizar competencia de enfermería y se informará al radiólogo. Se establecen las prioridades en los cuidados, se determinan los criterios de los resultados esperados, se fijan los objetivos de enfermería y se inicia el plan de cuidados de las órdenes de enfermería.

**EJECUCIÓN**, se incluyen las habilidades necesarias para ejecutar las órdenes de enfermería. Compresión de la zona del hematoma, instauración de tratamiento antibiótico, curas de la zona ulcerada o ayudantía e instrumentación en la extracción del dispositivo.

**EVALUACIÓN**, se establecen los criterios para observar y medir, comprando la respuesta actual, con los criterios establecidos.

Una vez realizado el Proceso de Enfermería se pasará al siguiente nivel (plan de cuidados), en el que basándose en el proceso y diagnóstico de enfermería se elaborará un plan de cuidados que partiendo de uno estandarizado, será aplicado o se elaborará uno personalizado; este plan será el que se aplicará en la sala o se remitirá al personal de enfermería de procedencia del paciente en forma de protocolo de órdenes de enfermería. Por otro lado y si es preciso, se elaborará un Plan de Cuidados personalizado para el paciente, explicándole los Autocuidados necesarios.

Antes de proseguir es conveniente realizar una puntualización. Debido a que en la aplicación del P.A.E. y del Diagnóstico, la dinámica es seguir es siempre la misma, se omitirá el exponerlo completamente salvo en los casos

en los que la dinámica de trabajo se diferencie de las demás actuaciones.

### 3. COMPLICACIONES RELACIONADAS CON EL SISTEMA

- Desconexión del catéter.
- Fugas a nivel de la cámara, séptum o catéter.
- Rotura del catéter: por tracción sobrepresión o erosión contra una arista ósea.
- Acodamiento.
- Desplazamiento de la cámara: debido a una mala fijación o rotación.
- Migración del catéter a otro vaso: la más frecuente a yugular.

#### ACTITUD TERAPÉUTICA

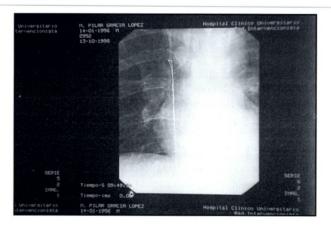
Cuando surge una desconexión del catéter, la actitud a tomar si no hay migración del catéter, es volver a conectar el sistema, si hay en este caso habrá que rescatar el catéter por vía femoral con un extractor angulado y volver a colocarlo.

Si surgen fugas en el sistema hay que retirarlo y volverlo a colocar ya sea en el mismo sitio o en otro.

Con respecto a la rotura del catéter, hay que retirar el sistema con rescate del catéter con extractor angulado por abordaje femoral y recambio de todo el sistema.

En el acodamiento y la migración la aptitud terapeútica es la misma, recolocación del catéter a su posición correcta, con estractor angulado por abordaje femoral.

Con el desplazamiento de la cámara, la actitud es sujeción de la misma a planos subcutáneos con sutura reabsorbible.



#### LABOR DE ENFERMERIA

Ante la aparición de este tipo de complicaciones, la Labor de Enfermería es de Diagnóstico y de nivel técnico. De diagnóstico, puesto que mediante el análisis y la observación descubriremos cual es la causa de MAL FUNCIONAMIENTO del dispositivo. Primeramente se observará el dispositivo en busca de acodaduras o roturas y mediante fluoroscopia se visualizará todo el sistema por opacificación del sistema con contraste. De nivel técnico puesto que una vez localizado el fallo del sistema y previo informe al radiólogo, labores de ayudantía e instrumentación.



#### 4. OBSTRUCCIÓN DEL CATÉTER

La detección, en el transcurso de una inyección o perfusión, de una resistencia anormalmente elevada será sospechosa de obstrucción del catéter.

#### Debido a:

- Acodamiento del catéter.
- Bloqueo del extremo distal contra la pared
- Compresión del catéter entre la clavícula y la primera costilla.
- Oclusión del extremo distal: por precipitación de medicamentos.
- Trombosis del catéter: puede ser intracatéter, Pericatéter o del vaso.

#### **ACTITUD TERAPÉUTICA:**

Con respecto al acodamiento, ya se ha comentado anteriormente. En el caso del bloqueo del extremo distal contra la pared vascular la actitud terapéutica a seguir es de realizar maniobras de rotación del sistema o incluso avanzarlo, suele ser raro en los dispositivos subcutáneos y más frecuente en los sistemas de Aféresis, suele ocurrir cuando el catéter se ha quedado corto y queda encarado hacia la pared vascular. En el caso de compresión ósea la actitud será retirada y recolocación. Cuando ocurre una oclusión por precipitación, según la bibliografía consultada, hay que realizar lavados del sistema con suero Fisiológico heparinizado o incluso, en el caso de los Aféresis, paso de guía hasta su desobstrucción.

Capítulo aparte la Trombosis, como ya se ha comentado, es la complicación más frecuente, en la que juega un papel importante la instauración de una buena profilaxis y un manejo exquisito del sistema observando las medidas de asepsia y respetando los protocolos de heparinización correctos.

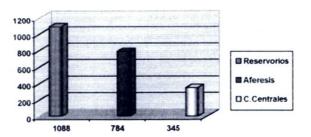
Cuando la trombosis es del catéter, la aptitud es seguir el protocolo fibrinolítico existente en nuestro Centro para estos casos:

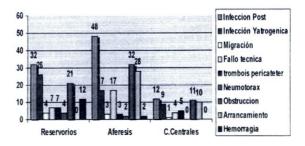
- Intentar eliminar los micro-trombos mediante sucesivos movimientos inyección-aspiración, con jeringas de suero fisiológico heparinizado de 10 ml, para no crear sobrepresión.
- Si no se soluciona el problema está indicada la utilización de un fármaco que lise el trombo. Uroquinasa.
- Preparar 100.000 UI de Uroquinasa disueltas en 10 c.c. de suero fisiológico e inyectar, siguiendo la normas habituales de asepsia y de manera suave, 3cc (30.000 UI).
- Esperar entre 5 y 10 minutos y aspirar para comprobar si hay flujo sanguíneo. Puede repetirse hasta tres veces.
- Si se desobstruye, extraer 40 c.c. de sangre y conectar una perfusión de 500 c.c. de suero fisiológico.
   Posteriormente sellar el sistema si no va a utilizarse con heparina.
- En caso de fracaso, retirada del sistema.

Si existe trombosis Pericatéter, esta se haya situada en la punta del catéter lo que permite maniobras de infusión, pero no permite maniobras de aspiración, el trombo realiza lo que se denomina efecto válvula; la aptitud terapéutica, en nuestro centro, es de abordaje por vía femoral dcha. Y con extractor angulado denudación y limpieza del catéter con fraccionamiento del trombo, todo ello monitorizado con fluoroscopia, hay que indicar que las maniobras de denudación del trombo se han de realizar lentamente y con la presión del lazo correcta, para evitar tirones no deseados y roturas o desconexiones del catéter. Posteriormente se instaura tratamiento con heparina.

Si se ha instaurado una trombosis de la extremidad, se solicita colaboración al Servicio de Cirugía Vascular.

#### RESULTADOS





#### CONCLUSIONES

- Diversas técnicas, materiales y abordajes
- Diversos tipos de complicaciones
- Buena estadística
- Conocimiento de las técnicas y material
- Valor de la Enfermería de base
- Valor de la Enfermería en la resolución de problemas
- Necesidad de comunicación del Equipo
- Control directo de la ejecución técnica por fluoroscopía. Solución de complicaciones "in situ"
- Baja estadística de retirada de sistemas. Actitud conservadora.

#### Correspondencia: JESÚS INISTERRA ZERÓN

Servicio de Radiología Intervencionista Hospital Clínico Universitario Avda. Gómez Laguna 50009 ZARAGOZA

### ESPECIALIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES



Por:

#### MAYTE ESPORRIN LASHERAS

Presidente de la Federación Española de Asociaciones de Enfermería Radiología

Antes de comenzar a hablar de la situación actual de la Especialidad de Cuidados Especiales para enfermería, hay que hacer un poco de historia que nos ayude a centrarnos y a comprender mejor la situación actual de las especialidades de Enfermería y concretamente la que teóricamente más nos puede afectar a nosotros, como es la de Cuidados Especiales.

Con anterioridad a 1977 las especialidades para Ayudantes Técnicos Sanitarios respondían mayoritariamente a modelos médicos, que estaban centrados más en la enfermedad que en la promoción de la salud y en la curación más que en la prevención de la enfermedad. Algunas de ellas, como Fisioterapia y Podología ya no correspondían a especialistas de Enfermería, sino a carreras por sí mismas. Otras especialidades, que pueden ser consideradas como necesarias hoy en día, como la de Salud pública, o Enfermería Comunitaria, Administración de Enfermería o Geriatría, no existían como tales especialidades.

El hecho de que se reestructurara la educación básica de los enfermeros en 1977 hizo ineludible un cambio en las especialidades de enfermería. Era necesario pues, regular las nuevas especialidades de acuerdo a las necesidades cambiantes y la dinámica de la población, a las necesidades y expectativas de los programas y Servicios de Salud, y a las necesidades de desarrollo y evolución de la propia educación básica de enfermería.

El proceso fue lento y el cambio se realizó tarde, diez años después de la integración universitaria de los estudios básicos de Diplomados en Enfermería mediante la aprobación y publicación del Real Decreto, 3 de Julio de 1987, nº 992/1987 por el que se regula la obtención del título de Enfermero Especialista se crearon siete Especialidades:

- 1.- Enfermería Obstétrico-Ginecológica
- 2.- Enfermería Pediátrica
- 3.- Enfermería de Salud Mental
- 4.- Enfermería de Salud Comunitaria
- 5.- Enfermería de Cuidados Especiales
- 6.- Enfermería Geriátrica
- 7.- Gerencia y Administración en Enfermería.

En la primera disposición final del mencionado Real Decreto declara equivalente, con la especialidad de Enfermería de Cuidados Especiales, a los títulos que a continuación se relacionan:

- Neurología
- Urología y Nefrología
- Análisis Clínicos
- Radiología y Electrología .



En el mismo Real Decreto, en la disposición transitoria cuarta dice que, en tanto no se constituya el Consejo Nacional de Especialidades de Enfermería previsto en el artículo 9°, se autoriza al Ministerio de Educación y Ciencia, previo informe favorable del de Sanidad y Consumo, a establecer, con carácter provisional, los programas de formación de las Especialidades de Enfermería previstas en esta normativa, así como adoptar las medidas necesarias para su implantación a lo largo de 1987. A tales efectos, los Ministerios de Educación y Ciencia y de Sanidad y Consumo constituirán un Comité Asesor, en el que estarán representados

- El Consejo General de Colegios de Ayudantes Técnicos Sanitarios y de Diplomados en Enfermería
- Las Asociaciones Científicas
- El profesorado de las Escuelas Universitarias de Enfermería

A partir de la creación de dicho Comité, se acordó un plan de trabajo para diseñar y desarrollar los programas de formación de las siete especialidades reconocidas en el Real Decreto, reuniéndose periódicamente, hasta que en 1989 ya se habían elaborado los planes de estudio de todas ellas, excepto la de Cuidados Especiales, que debido a la gran complejidad que tenía por reunir en ella a todas las antiguas especialidades de Enfermería, fueron incapaces de ponerse de acuerdo y realizar el programa.

Sin embargo, no hubo voluntad política por parte del Gobierno ni del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud para la aprobación y desarrollo de estas especialidades.

Esto significó una gran frustración para toda la profesión y para todos los que habían participado en los grupos de trabajo de elaboración de dichos programas.

Más tarde, y como consecuencia de un expediente de la Unión Europea al Estado Español, por incumplimiento de las Directivas de Matronas de la Comunidad Europea, el Comité Asesor recibió la solicitud de la Administración de desarrollar el plan de estudios de la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica y en 1992 la Orden 1.6/1992 aprobó con carácter provisional, el programa de formación y se establecieron los requisitos mínimos de las Unidades Docentes y el sistema de acceso para la obtención del título de Enfermero Especialista en Enfermería Obstétrico Ginecológica, es decir Matrona.

De la misma manera en 1998, se aprueba el programa de formación de la especialidad de Enfermería de Salud Mental.

El 24 de junio de 1998 sale publicada una Orden, por la que se desarrolla el Real Decreto 992/1987 sobre la obtención del título de Enfermero especialista, en la que entre otros aspectos, queda reflejado que el título de especialista que se obtenga con posterioridad "habilitará para el ejercicio de la profesión", lo cual supone un importante avance para los profesionales de enfermería que lleguen a obtener el título de especialistas.

El comité asesor de especialidades en su sesión del 28 de enero de 1998, en sesión plenaria designó la constitución del grupo de trabajo que va a desarrollar la especialidad de cuidados especiales. Dicho grupo está compuesto por:

- La Coordinadora del grupo y Presidenta del Comité Asesor de Especialidades, Doña Myriam Ovalle Bernal, a su vez representante del Consejo General de Enfermería.
  - Dos personas designadas por el Ministerio de Sanidad y Consumo
  - Dos designadas por el Ministerio de Educación y Ciencia
  - Un representante de Asociaciones Científicas.
  - Dos representantes del Consejo General de Enfermería.

Todos son enfermeros/as.



Para elegir al representante de las Asociaciones Científicas, todas las Asociaciones que estamos legalmente reconocidas, como es nuestra Federación Española de Asociaciones de Enfermería Radiológica, fuimos instadas para que emitiéramos nuestro voto de entre una relación de ellas que nos fue facilitada. De este modo, el representante elegido por las Asociaciones Científicas fue Don Juan José López Cid, que es presidente de la Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias. La Federación de Enfermería Radiológica fue elegida como uno de los representantes del Consejo General de Enfermería en este grupo de trabajo. Sinceramente pienso que el elevado número de veces que me he dirigido al Consejo, solicitando apoyo, información, colaboración etc. Así como mi participación en una reunión que tuvimos con todas las asociaciones científicas de enfermería legalmente reconocidas, en la sede del mismo, donde manifesté que si para todas las asociaciones, el desarrollo de la especialidad era un deseo, para nosotros constituía una necesidad imperiosa, dada la gran cantidad de puestos de trabajo que se estaban perdiendo, por exigirnos injustamente la especialidad para realizar funciones técnicas en nuestros Servicios y no tener opción a ella. Supongo que fue un conjunto de todo ello, unido al interés que el Consejo General de Enfermería tiene en apoyar cuantos modos existan para el desarrollo de nuestra profesión, lo que hizo que Máximo González Jurado nos eligiera como uno de los sus representantes, lo cual es un gesto a agradecer, ya que de este modo, estando dentro del grupo yo estaba convencida de que nuestra especialidad de Enfermería Radiológica tendría más posibilidades para desarrollarse, o que por lo menos estaríamos informados de primera mano de la evolución de la misma.

De este modo, el 16 de febrero de este año, nos reunimos los miembros del Grupo de trabajo de Enfermería de Cuidados Especiales. En dicha reunión se nos dio una guía de trabajo, donde están incluidos todos los apartados que deben constar el programa de la Especialidad, se nos explicó que, en un principio, habría un tiempo común, sin determinar, para todas las Especialidades que se incluyan dentro de la de Cuidados Especiales y otro tiempo específico, también sin determinar, en la que se desarrollarán las áreas de capacitación específicas de cada especialidad y que nosotros somos los encargados de realizar la parte común a todas las especialidades.

Así mismo, se nos informó que el tipo de formación de esta especialidad sería tipo MIR, al igual que la de Matronas o Salud Mental.

En esta misma reunión se nos facilitó la definición que el comité asesor de especialidades de enfermería ha considerado que es dicha especialidad, y dice así textualmente:

"Conjunto de funciones y competencias propias del especialista de Enfermería, que contribuyen a resolver los problemas reales y potenciales que presentan personas enfermas en situación crítica de salud, y/o de alto riesgo, bien por tener las funciones vitales comprometidas y/o requerir para su cuidado el empleo de **métodos complejos que precisan la utilización de alta tecnología**"

Como puedes ver, difícilmente puede entrar en esta definición un paciente que viene ambulatorio a nuestro Servicio, se hace una exploración sencilla, como puede ser un TAC, una RM, o mucho menos una radiografía simple, en general exploraciones que no entrañan un gran riesgo para la vida del paciente. Pero, pese a todo, los pacientes necesitarán de cuidados en la utilización de alta tecnología, y pienso que pudiera ser un asidero para nosotros, considerando nuestros equipos de trabajo como tales, es decir alta tecnología.

Muchos han sido los viajes a Madrid para las reuniones mantenidas, así como las horas de trabajo dedicadas a la elaboración del proyecto, muchas las discusiones o intercambio de opiniones con parte de los miembros del grupo, pero todo se dá por bien empleado si al final conseguimos que se desarrolle la especialidad de Cuidados Especiales con área de capacitación en Radiología.



Lo que realmente ha sido una lástima es comprobar que siendo todos los miembros del grupo de trabajo enfermeros no hayan sido, en general, más sensibles a los intereses de toda la Enfermería y que desde el interior del grupo se pretendiera limitar las especialidades que se puedan desarrollar, esto no puedo imaginar que suceda en otras profesiones.

Después de muchas reuniones y viendo que era imposible llegar a un acuerdo, puesto que existían dos claras tendencias, una, que no quería que existieran áreas de capacitación, logrando de este modo una especialidad destinada únicamente al cuidado del paciente crítico en una sala de UCI o Urgencias, y otra, avalada únicamente por los representantes del Consejo que considerábamos que debían existir un área troncal y otra específica, para dar cabida a todas las ramas de la enfermería, no sólo a la nuestra, que no quedaban desarrolladas dentro del Real Decreto en el resto de las especialidades, se reunió el Comité Asesor de Especialidades y acordó que se presentaran los dos proyectos, y así se hizo, el día 20 de Septiembre nos reunimos por última vez y se terminaron ambos proyectos, los cuales serán presentados al Comité Asesor de Especialidades, éste decidirá cual es el correcto o hará las modificaciones que considere oportunas y lo enviará al Ministerio de Sanidad, Ministerio de Educación, Consejo General de Enfermería, Consejo Interterritorial y todas las Consejerías de Salud de las distintas Comunidades Autónomas, y de todos ellos debe haber un informe favorable o si presentan alegaciones hay que consensuarlas de nuevo hasta llegar a un acuerdo.

Aprovechando mi último viaje a Madrid al Ministerio, llevé al Despacho del Ministro de Sanidad, Sr. Romay Becaría dos dosieres en los que se incluían las firmas recogidas de apoyo al desarrollo de nuestra especialidad, como acordamos en la asamblea de la Junta de la FEDERACIÓN, celebrada en el transcurso del VIII Congreso Nacional, que como recordarás tuvo lugar en Barcelona en Mayo de este mismo año. Recientemente el Ministro nos envió una carta haciendo acuse de recibo de las mismas.

Como puedes ver se está trabajando, son muchas las dificultades que encontramos y muchos los obstáculos a superar, y aunque no podemos ser optimistas de como se están desarrollando los acontecimientos, creo que es importante seguir estando ahí, por tres motivos:

- 1.- Desde que el del 14 de junio de 1984 se publicara la orden por la que se establecen las competencias y funciones de los Técnicos Especialistas de Laboratorio, Radiodiagnóstico, Medicina Nuclear y Radioterapia de formación de segundo grado, rama sanitaria y pese a que el 15 de abril de 1988 el Tribunal Supremo anulara la disposición adicional de la orden anterior, por la que se pretendía que sólo los que estén en posesión del título de Formación profesional en la especialidad que corresponda, pudieran acceder a las vacantes y nuevas plazas en nuestro Servicios. Resulta necesario tener una titulación que avale nuestros conocimientos específicos.
- 2.- El 3 de abril de 1995 el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud adoptó un acuerdo, totalmente injusto para enfermería, en el que en resumen se dice que, el personal técnico que colabore en la utilización de radiaciones ionizantes, debe de ser técnico especialista de cada rama o A.T.S./DUE con la especialidad de Radiología y Electrología, para realizar funciones técnicas.
- 3.- Somos conscientes de que el enfermero generalista tiene una práctica profesional polivalente pero, a medida que se dedica a un sólo ámbito, como puede ser el trabajo tan específico de nuestros Servicios, necesita profundizar y ampliar su formación para ser un experto en este campo.

Por todo lo anteriormente expuesto, si como esperamos contamos con tu ayuda, resulta imprescindible seguir trabajando por el desarrollo de nuestra Especialidad, por el bien de la enfermería, por ver consolidados nuestros puestos de trabajo y sobre todo por la mejora en la calidad de trabajo, tenemos la seguridad de que merece la pena seguir intentándolo, en cualquier caso, todavía queda un largo camino por recorrer, y no podemos olvidar que las Administraciones competentes tienen la palabra...



En Zaragoza, los días 20 y 21 de Enero del próximo año 2000, se celebrará un curso monográfico sobre: "Nuevas fronteras en Radiología Intervencionista".

Este curso está organizado por la Universidad de Zaragoza, Universidad de Louisiana y Hospital Clínico Universitario. Los directores del Curso son: El Dr. H. D'Agostino del L.S.U. Medical Center de Louisiana (U.S.A.), el Dr. M.A. de Gregorio del H.C.U. de Zaragoza y el Dr. R. Tobío de la Clínica La Zarzuela de Madrid.

El programa se desarrollará en dos días y el primer tema (mañana del jueves) será, la RI en Oftalmología, con la implantación de un Stent Nasolacrimal. Por la tarde la RI en Ginecología, con un curso en vivo de Embolización Uterina; el viernes por la mañana, la RI en Neurología, con un caso en vivo de Stent en Estenosis de carótida, y por último por la tarde, la RI en patología vasculo-renal, con un caso en vivo de implantación de stent en Arteria Renal.

Todos los cursos en vivo, se realizarán

mediante retransmisión en directo desde la Sala de tratamiento.

Entre los invitados están profesionales de R I de renombre y prestigio en España y EEUU.

Si alguien que no haya sido becado, está interesado en asistir al Curso, la Inscripción a él es de 5.000.- ptas. por Módulo (20.000.- ptas en total).

La Organización de este acto ha pensado en la Enfermería que trabaja en R.V.I. y nos ha concedido 10 becas para la inscripción gratuita.

De estas 10 becas, 3 serán para la Enfermería Aragonesa y 7 para los compañeros del resto de España que las soliciten.

Las bases para la obtención de las becas serán:

- 1°. ATS-DUE que trabajen en un Servicio de Radiología Intervencionista.
- 2°. Se valorará antiguedad en el Servicio de Radiología Intervencionista.
- 3°. Se valorará curriculum en R.I., publicaciones, formación...

Los interesados dirigirse al número de teléfono de la Revista: 639 38 30 29

La selección será realizada por la Asociación Aragonesa de Enfermería Radiológica.



## La Sonrisa Radiológica

"LA PEÑA ROMERALES"







# MAS CERCA DEL MEDIO DE CONTRASTE IDEAL

Un paso más de la investigación SCHERING



