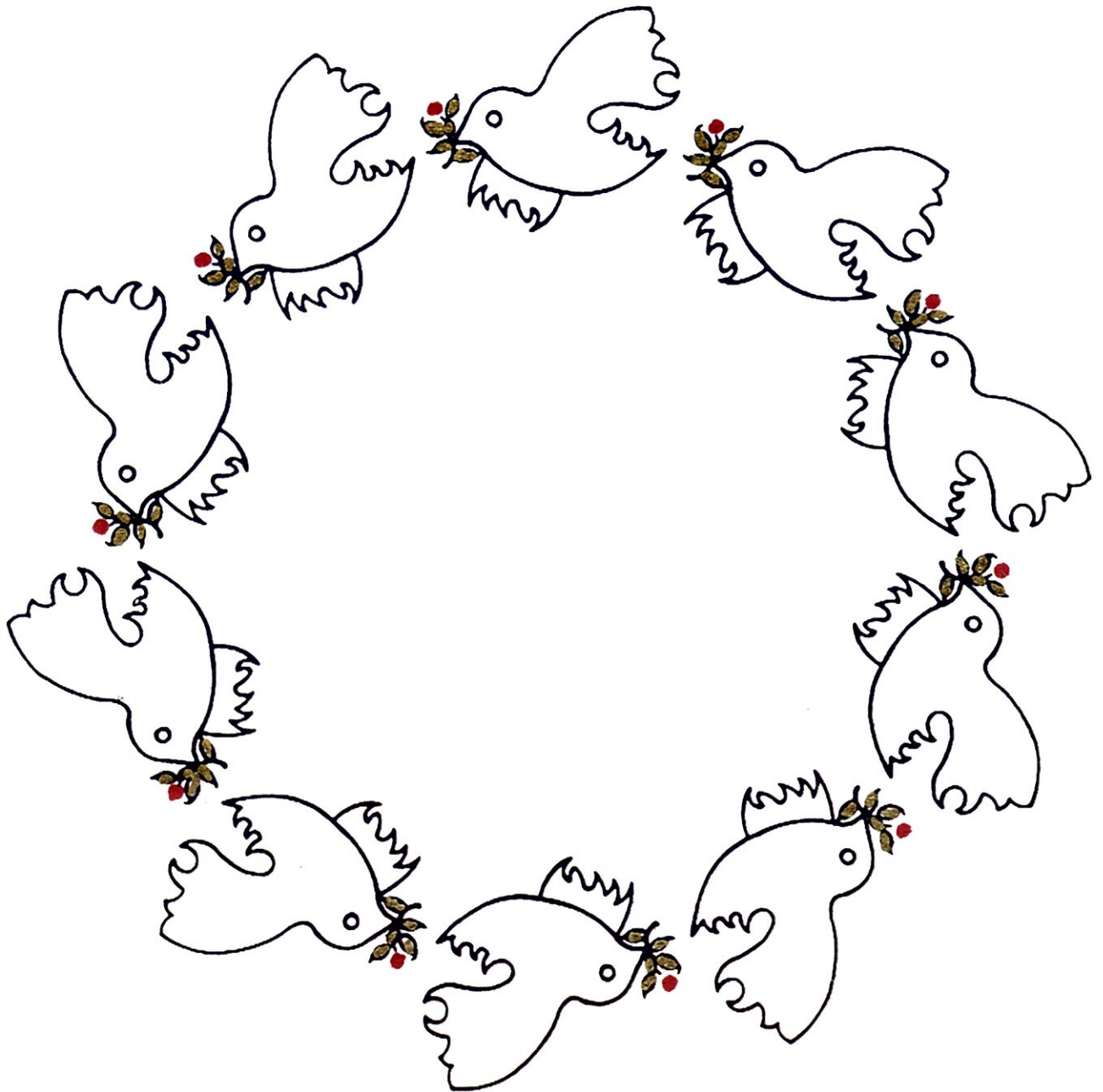


REVISTA OFICIAL DE LA FEDERACION ESPAÑOLA  
DE ASOCIACIONES DE ENFERMERIA RADIOLOGICA

OCTUBRE - NOVIEMBRE - DICIEMBRE 1999 N° 43  
ÉPOCA II - AÑO XI



# ENFERMERIA RADIOLOGICA



*Feliz Año 2000*



### 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<sup>a</sup> 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<sup>a</sup> Pilar Baranda Villarroya

M<sup>a</sup> Pilar Pinilla Muñoz

Angel Sancho Serrano

### Comité Asesor Técnico:

**Maite Esporriñ 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.

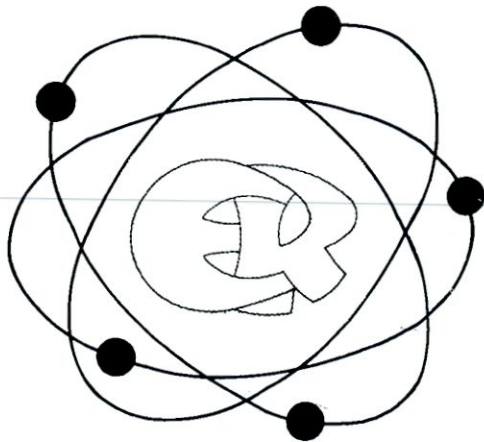
**Sonia Hernández Rojo**  
- Presidente A. Canaria.

**Eduardo Jordan Quinzano**  
- Presidente A. 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.**

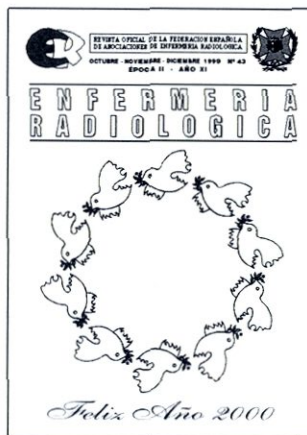
**Publicación autorizada por el Ministerio de Sanidad y Consumo, como soporte válido. Reg. S.V. 88021 R.**

**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

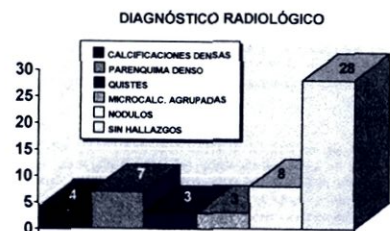


## 3 EDITORIAL

GEMA LÓPEZ-MENCHERO MÍNGUEZ  
Director Revista E.R.

## 5 MAMOGRAFÍA Y DETECCIÓN DE LESIONES NO PALPABLES EN LAS MAMAS

FERNÁNDEZ SOLA, C. y COL.  
ALMERÍA



## 8 DETERMINACIÓN DEL PRODUCTO

ENFERMERO EN UNA UNIDAD

HOSPITALARIA DE DIAGNOSTICO POR IMAGEN

PLAZA ROSILLO, J.J. y COL.  
CÁDIZ



## 14 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA EN RADIOLOGÍA

PÉREZ SOLER P. J. y COL.  
HUESCA

## 19 IV REUNIÓN ANDALUZA DE SUPERVISORES EN SERVICIOS DE RADIOLOGÍA



## 22 CARTAS AL DIRECTOR

## 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.

**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.

E-mail: glopezm@teleline.es

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

# Editorial

*Y con esta revista termina este maldito o bendito milenio, como todo en la vida sabremos si ha sido positivo o negativo según vayamos avanzando en el nuevo que va ha comenzar, según vayamos avanzando en el tiempo y viendo lo que nos va ha tocar vivir... desde esta Revista queremos **desearos que el año 2000 os traiga coraje para vivir, generosidad para convivir y prudencia para sobrevivir...***

*Y precisamente una de las transformaciones sanitarias que nos van ha tocar vivir a la inmensa mayoría de la enfermería española durante la próxima década de este 2000 que vamos a estrenar serán las Unidades Clínicas de Gestión. Compañeros de Andalucía, Galicia o Cataluña ya llevan tiempo adaptándose a estos nuevos conceptos que van desde entidades con titularidad independiente, financiaciones de actividades privadas, separación de funciones de financiación y provisión...*

*Vamos a tener que agudizar el oído, estar observantes prepararnos para todos los cambios que nuestra profesión pueda experimentar o sufrir en un tiempo venidero. Todos estamos de acuerdo en desarrollar y fomentar sistemas de información que permitan medir y evaluar nuestro propio método de trabajo, que nos permitan potenciar nuestra responsabilidad como profesionales y la conciencia de la importancia de la calidad del Servicio... pero no se podrán admitir nuevas formas de gestión en Centros Asistenciales que tengan como principios volver al rango jerárquico centralizado en el médico sin participación de enfermería a la hora de tomar decisiones...*

*... No podemos dejar que releguen tareas de educación, cuidados, promoción y rehabilitación en salud, a un segundo plano, para volver hacia atrás, a aquel modelo medicalizado, centrado en el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades...*

*... La elevada presión asistencial que existe, puede llevarnos a una incentivación de la producción, sin considerar la calidad de la asistencia prestada. Esto puede acarrear un interés en sustituir las labores profesionales que son propias de enfermería por otros trabajadores con la intromisión que ello puede suponer en actividades para las que no poseen la debida cualificación, como estamos hartos de ver...*

*... Si todos estos conceptos de privatizaciones, fundaciones, mercados, sanitarios, competencias entre ellos, etc., me van a llevar a un entorno de trabajo donde interesa más la cuenta de resultados que la esfera de cuidados y donde yo, como profesional de enfermería sea menos autónomo y mas dependiente... creo que me voy a quedar en este milenio pasado...*

*No quiero que nos quedemos en el lado oscuro, vamos a buscar compañeros que llevan tiempo trabajando en este sistema de Unidades Clínicas de Gestión y nos cuentan su experiencia y entre todos podamos vislumbrar que es lo mejor para Enfermería en Radiología, donde estos modelos fueron de los primeros en ponerse en marcha.*

*Esta visto que en esta profesión nuestra, nunca dejaremos de asombrarnos de lo que nos depara el futuro ¡Prudencia para sobrevivir compañeros! ¡Y Feliz Navidad!*

**GEMA LÓPEZ-MENCHERO MÍNGUEZ**

Director Revista E.R.



Bretón, 34-5º A - 50005 ZARAGOZA  
Teléfono 639 38 30 29  
E-mail: glopezm@teleline.es

## 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. ESCRIBA, POR FAVOR, A MAQUINA O CON LETRAS MAYUSCULAS

1.º apellido: ..... 2.º apellido: ..... Nombre: .....

ENTIDAD: .....

Dirección (calle, paseo, etc.): ..... N.º Piso ..... Puerta .....

Población: ..... Cod. Postal: ..... Provincia: ..... Tel. ....

D.N.I./N.I.F. 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 - 

--

N.º de Socio: .....

### ACTIVIDAD PROFESIONAL

Especialidad: .....

HOSPITALARIA

Centro .....

Servicio .....

Cargo o Función .....

EXTRAHOSPITALARIA

Ejercicio Libre

D.U.E. de Empresa

Centro de Salud

DOCENCIA

En E.U.E.

En I.F.P.

En Formación Continuada

Centro .....

Cargo o Función .....

### FORMAS DE PAGO

- Transferencia bancaria** a C/C: 0095 4732 84060 0018492
- Cheque bancario** a nombre de la Federación Española de Enfermería (C/ Pintor Maetzu, 4, 1º A - 31008 Pamplona)
- Domiciliación bancaria** (rellenar la siguiente orden de pago)

#### PRECIO POR SUSCRIPCIÓN:

**5.000 ptas.** / 4 números al año.

#### PRECIO PARA INSTITUCIONES

**8.000 ptas.** / 4 números al año.

Sírvase rellenar todas las casillas

Banco / Caja de Ahorros .....

Domicilio de la sucursal Dirección ..... N.º .....

Población .....

C.P. .... Provincia .....

Cuenta Corriente

Libreta Ahorros N.º 

--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(Clave del banco)

(Clave y nº de control de la sucursal)

(Nº de cuenta o libreta)

Nombre del titular de la cuenta o libreta .....

**Firma del Titular de la cuenta**

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

..... a ..... de ..... de

**MAMOGRAFÍA Y DETECCIÓN DE LESIONES  
NO PALPABLES EN LAS MAMAS**

**AUTORES:** FERNANDEZ SOLA, C.; PÉREZ SOLER, M<sup>a</sup> M.; GRANERO MOLINA, J.;  
FERNÁNDEZ MIRANDA, E.; RODRÍGUEZ FERRER, F.; NAVAS VICO, T.

*Empresa Pública Hospital de Poniente.  
Ctra./ Amerimar s/n. - EL EJIDO. Almería*

**R E S U M E N**

Es importante conocer que síntomas llevan a una mujer a la consulta de mamografía, ya que el estudio radiológico de la mama sigue siendo fundamental en la detección precoz del cáncer de mama. Para analizar estos extremos pasamos a las mujeres que se realizaron una mamografía entre abril y mayo de 1997, una encuesta con 10 ítems acerca de datos personales, síntomas por los que acuden, intervenciones quirúrgicas en las mamas, antecedentes familiares con Cáncer de mama u de ovario; obtenemos información de las pruebas complementarias que se realiza y por último rescatamos datos del informe radiológico.

De los resultados cabe destacar que la edad es el factor más influyente a la hora de que una mujer acuda a realizarse una mamografía, así un 76% de las mujeres que acuden tienen más de 41 años. El dolor en la mama y la apreciación de bultos son los síntomas que mayoritariamente mueven a la mujer a la consulta, seguido, a bastante distancia, del pezón invertido. En cuanto al diagnóstico, destacar que el 19% precisa de alguna prueba complementaria para establecerlo, resultando finalmente un 5% de las mujeres con un diagnóstico de lesión de mama no detectado en la palpación.

**Palabras clave.**— MAMOGRAFÍA, CÁNCER DE MAMA, PREVENCIÓN

**INTRODUCCIÓN**

El cáncer de mama, con una incidencia que varía entre 40 y 75 por 100.000 mujeres, es el tumor maligno más frecuente en la población femenina española y una de las principales causas de muerte (la primera causa de mortalidad por cáncer) en la mujer de las sociedades modernas<sup>1,2</sup>. La detección precoz es la pieza clave para aumentar la supervivencia en el cáncer de mama al depender ésta más de la extensión del tumor en el momento del diagnóstico que de la histología del mismo<sup>6</sup>.

Para conseguir el diagnóstico del cáncer de mama antes de que manifieste síntomas, es preciso que la mujer tome conciencia de la importancia, que a partir de cierta edad, tiene tanto la autoexploración como la revisión periódica por el ginecólogo.

Sin embargo, varios estudios demuestran que existen lesiones no palpables que cuando alcanzan el tamaño necesario para ser detectadas en la palpación o se manifiestan sintomáticamente, ya se han constituido en un cáncer de mama con muy mal pronóstico, por lo que se necesitan, de métodos de diagnóstico preclínico de la enfermedad<sup>6</sup>.

La mamografía, por tratarse de un método poco agresivo, fácilmente tolerado por la mujer y barato se ha convertido en la técnica de elección en el diagnóstico precoz del cáncer de mama<sup>3,4</sup>. Tanto es así que últimamente se están imponiendo los programas de cribado entre población femenina mayores de 50 años a pesar de que no hay evidencias sobre la reducción de la mortalidad global por cáncer de mama en una población atribuible al efecto del cribado<sup>5,6</sup>.

Diseñamos este estudio con anterioridad al inicio de uno de estos programas en nuestra provincia, y nos planteamos en el mismo analizar que síntomas llevan a una mujer a realizarse una mamografía, cuantas veces requiere pruebas complementarias, cuales son éstas y que diagnóstico obtiene con mayor frecuencia.

**MATERIAL Y MÉTODOS**

Hacemos un estudio descriptivo sobre las mujeres que acuden a realizarse una mamografía en el Hospital de Poniente, para lo que a las 53 enfermas que se sometieron a dicha exploración radiológica entre abril y mayo de 1997.



1º Pasamos un cuestionario compuesto 7 ítems con respuestas cerradas a las que la propia enferma responde marcando una de las opciones con una cruz, acerca de: edad (en intervalos de 10 años desde 21 a 60 años.), presencia y, en su caso, localización de dolor en las mamas; apreciación de bultos localización de los mismos; pezón invertido; presencia de líquido en el pezón; intervenciones quirúrgicas anteriores en las mamas; antecedentes familiares con cáncer de mama y/o de ovario.

2º Hacemos un seguimiento recogiendo datos acerca de las exploraciones complementarias que se realizan hasta finalizar el estudio de su mama, anotando si requiere una ecografía, una punción o ambas pruebas para completar el estudio de su patología.

3º Recogemos datos del informe radiológico a fin de comprobar cuantas lesiones no palpables han sido detectadas en la mamografía.

## RESULTADOS:

En lo relativo a la edad presentamos los resultados en la tabla siguiente:

EDAD	% DE ENCUESTADAS
De 21 a 30 Años	3%
De 31 a 40 Años	22%
De 41 a 50 Años	46%
De 51 a 60 Años	30%

Tabla 1: El 76% de las enfermas encuestadas tiene más de 40 años.

## SÍNTOMAS QUE PRESENTAN:

- El 21% de las mujeres encuestadas presenta bultos y dolor en la mama izquierda, un 8% se los han notado en la mama derecha, y un 8% en ambas mamas el 63% restante de las pacientes no presentan ninguno de estos dos síntomas.
- En cuanto al pezón invertido, el 8% de las mujeres encuestadas no presenta ninguno el 13% restante sí tiene alguno invertido (5% en la mama izquierda, y un 5% en la derecha). Ninguna mujer tenía los dos pezones invertidos.
- Sólo 3 de las 53 mujeres encuestadas presentan galactorrea, todas ellas presentan líquido en ambos pezones.

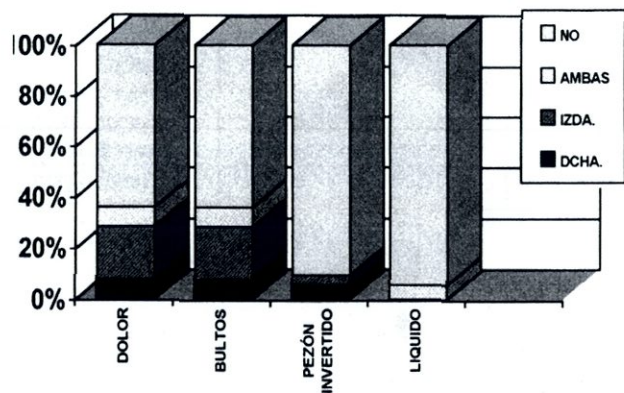


Gráfico 1: Representación gráfica del porcentaje de mujeres encuestadas que presenta cada uno de los síntomas. Predominan las mujeres que acuden por dolor y bultos en las mamas.

## ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES DE Ca DE MAMA

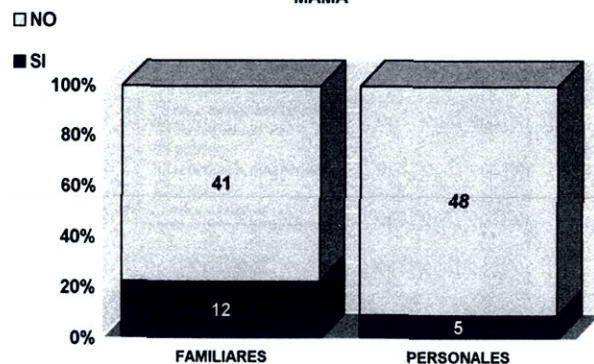


Gráfico 2: Antecedentes personales: de las 53 mujeres de muestra, 48 no habían sido operadas, dos se habían intervenido de ambas mamas, dos de la izquierda y una de la derecha.

Antecedentes Familiares : 41 mujeres no tienen ningún antecedente familiar de cáncer de mama y/o útero, mientras que 12 de ellas sí tienen antecedentes familiares de alguno de esos tipos de cánceres.

## RUEBA COMPLEMENTARIA

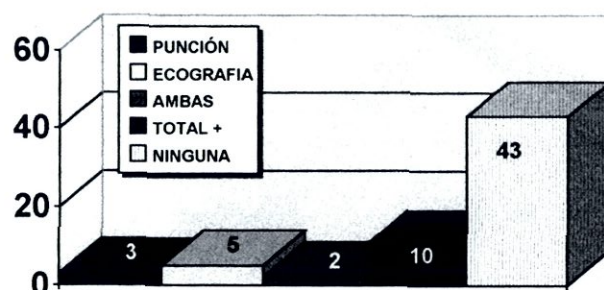


Gráfico 3: El 19% de las mujeres requirieron alguna prueba complementaria para completar el diagnóstico. El 81% restante sólo precisó de la mamografía.



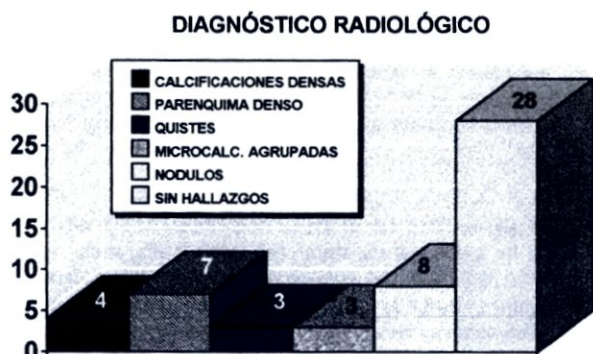


Gráfico 4: Se representa el diagnóstico del informe radiológico, en 7 casos (13,3%) se evidencian lesiones no detectadas a la exploración.

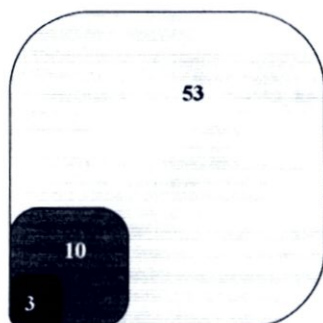


Gráfico 5. El gráfico representa la comparación entre las mamografías realizadas (gris), el 10 número de positivos que requieren exploraciones complementarias (más oscuro) y el de posibles cánceres detectados (negro).

## CONCLUSIONES

La mayoría de las mujeres acuden a realizarse una mamografía remitidas por un especialista y son asintomáticas. Eso explica el predominio de mujeres mayores de 40 años, ya que en edades anteriores no se suele recomendar la mamografía por la escasa incidencia del cáncer de mama en mujeres jóvenes. El síntoma que en más ocasiones lleva a la realización de esta prueba es el dolor en las mamas, seguido (a bastante distancia) de pezón invertido, igualmente predominan mujeres sin antecedentes personales ni familiares, si bien, una cuarta parte si tiene algún familiar con cáncer de mama u ovario.

El porcentaje de mujeres, que requieren la realización de una prueba complementaria para completar su estudio es del 19%. de estas, un 30% (6% del total) obtuvieron un diagnóstico de lesión compatible con cáncer de mama.

## DISCUSIÓN

El estudio aporta información acerca de los motivos que llevan a una mujer a realizarse una mamografía fuera

de los programas de cribaje, así como del número de mujeres que acaban con un diagnóstico positivo. No obstante le falta el cálculo de falsos positivos al no haberse cotejado los datos con los informes de anatomía patológica, aún así sí es indicativo de la utilidad de la mamografía como método de detección de lesiones no palpables posiblemente cancerosas.

El porcentaje detectado de mujeres con lesiones no palpables es similar al encontrado en la bibliografía revisada<sup>3,4</sup>, sin embargo, ese porcentaje es mayor que los que se han obtenido en estudios sobre programas de screening de mamas<sup>5,7</sup>. Esto era previsible debido a que en los mismos no existe más discriminación que la edad.

Queda por comprobar la eficacia del mencionado programa en nuestra provincia, para lo que habrán de diseñarse estudios que se centren en analizar la efectividad del mismo. Igualmente no se dispone de análisis coste-beneficio de los distintos programas de cribaje implantados en el resto del estado<sup>6</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA:

- García MD y cols. "Mortalidad por cáncer de mama en la Comunidad Europea (1970-1985)" Medicina Clínica (102): 125-128. Barcelona 1994.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Cáncer en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo 1993.
- Solsona F. y Cols. "La senografía como elemento esencial en el diagnóstico del cáncer mínimo de mama." imagen: 18-20. Octubre 1986.
- Aguilar Llorent, JC y Cols. "Mamografía técnica e importancia como método de diagnóstico precoz del cáncer de mama. III Jornadas Andaluzas de Enfermería Radiológica. Libro de ponencias: 95-103. Diciembre 1988.
- Muñoz Vaquero, R. y Cols. "Cribaje de cáncer de mama en una unidad hospitalaria" Enfermería Radiológica 1998 (38): 14-16.
- Ministerio de Sanidad y Consumo - Instituto de Salud "Carlos III" - Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS). Cribado Poblacional de Mama mediante Mamografía. Madrid: AETS - Instituto de Salud "Carlos III". Diciembre de 1995.
- González J. y cols. "Informe sobre programas y actividades de control y prevención del cáncer en las Comunidades Autónomas 1994" Serie de Informes técnicos de la Dirección General de Salud Pública. Nº 5. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo: 1995.

### Correspondencia:

**CAYETANO FERNÁNDEZ SOLA**

C/ Río de la Plata Dúplex 31  
04120 (Costacabana) Almería.

**DETERMINACIÓN DEL PRODUCTO ENFERMERO EN UNA UNIDAD HOSPITALARIA DE DIAGNOSTICO POR IMAGEN**

**AUTORES:** PLAZA ROSILLO, J.J. ; BALSERA BALSERÁ, M. GAJETE DÍAZ, R.M.; ARAGÓN DOMÍNGUEZ A.; FLORES GÓMEZ, F.- MIPIALES TXILIMA, A.; MILLÁN GARCÍA, F. SANZ SEGUNDO P.

HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTO REAL. CÁDIZ

**RESUMEN**

Las exigencias del futuro inmediato en la política y gestión de los Servicios de Salud, hacen que Enfermería como profesionales de salud deba ofertar su Catálogo de Productos a nuestros clientes

Las especiales características de las unidades de diagnóstico, donde la estancia del paciente es corta, requiere, preparación previa, la exploración supone riesgo para el paciente y personal sanitario y se administran sustancias que también implican riesgo para el paciente, nos lleva a ofertar unos procesos de cuidados enfermeros específicos que conforman unos productos. En el presente trabajo nos marcamos como objetivo determinar la existencia de producto enfermero, en diagnóstico por imagen.

Basándonos en el modelo de D. Orem, referente en

nuestro centro, procedimos a la evaluación y valoración de compensación, de 41 usuarios a los que se realizó TC abdominal en un período de 21 días.

Elaborados los cálculos de demanda y agencia, formulamos diagnósticos de enfermería y determinamos los objetivos a conseguir.

La totalidad de los usuarios precisó cuidados de enfermería

Los objetivos formulados en cada diagnóstico, tras su logro y evaluación se corresponden con productos enfermeros.

Existe un producto diferenciado enfermero en diagnóstico por imagen.

**Palabras clave.**— CUIDADOS ENFERMERÍA EN RADIOLOGÍA. ENFERMERÍA RADIOLÓGICA. PRODUCTO ENFERMERO. DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA. PLAN DE CUIDADOS. GESTIÓN DE CUIDADOS.

**INTRODUCCIÓN**

En los últimos 25 años en nuestro país, con el objetivo puesto en una Sanidad pública y universal, el gasto de los Servicios de Salud ha aumentado por encima de los recursos asignados, convirtiéndose el Sistema Sanitario en un devorador insaciable de recursos y a su vez generador de deuda.

**PRODUCTO ENFERMERO**

- Se necesita contar lo que es contable, medir lo que es medible y lo que no es medible hacerlo medible.

Galileo Galilei (1579)



Vista esta circunstancia, que también tiene lugar en la mayor parte de los países desarrollados, y comprobado que el incremento en Gasto Sanitario no se corresponde

en la misma proporción, con una mejora sobre los indicadores de morbilidad y mortalidad de la población, los gobiernos, se plantean la estrategia de gestionar las prestaciones sanitarias con criterios de mercado siendo el estado el proveedor, o no, pero siempre a su cargo. Los cambios sociales han elevado las expectativas de la población y ampliado el campo de exigencia de sus derechos.

Todo esto obliga a la optimización de la gestión de los recursos, tanto humanos como materiales, mediante el control del coste, así como adoptar métodos de control de calidad de los servicios mediante el establecimiento de medidores de proceso y resultado.

Los Sistemas Sanitarios, se plantean encontrar una fórmula que cubra las necesidades de salud de la población rentabilizando los recursos, lo que traerá como consecuencia la mejora de los resultados. En definitiva, la búsqueda de la eficiencia del sistema.

Para llevar a cabo este proceso los Sistemas Sanitarios precisan:

1. Conocer el producto de los servicios de salud (Resultado)

## ENFERMERÍA RADIOLÓGICA

2. Conocer el coste.
3. Evaluar los resultados por medio de un instrumento de medida, que permita comparar el resultado obtenido con el previsto.

La actividad de enfermería y su costo supone una parte muy importante dentro de la atención sanitaria, consecuentemente la Atención de Enfermería, estará sometida al control de costes y rentabilidad de los recursos, en definitiva a la eficiencia. El contrato programa, es un instrumento de gestión utilizado por el Servicio Andaluz de Salud, que conlleva entre otras características al pago por actividad prevista y pactada. Obliga a los Centros Sanitarios a definir el producto, consecuentemente Enfermería tiene que ofertar su producto.

Centrándonos en los Servicios de Diagnóstico por Imagen, a la vista de las teorías que definen el producto sanitario, sus clasificaciones y forma de medición, los enfermeros/as del Servicio de Diagnóstico por Imagen del Hospital Universitario de Puerto Real nos formulamos la siguiente pregunta:

Dadas la corta estancia del cliente en nuestro servicio, la diversidad de técnicas de exploración y de aparatos utilizados, en definitiva el diferencial con los estándares de las Unidades de Cuidados.

¿Es una sala de Diagnóstico por imagen una unidad de cuidados?

**¿Existe el producto enfermero en Diagnóstico por Imagen?**

PROCESO DE BUSQUEDA DE EFICIENCIA DEL SISTEMA

- **CONOCER EL PRODUCTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD.**
- **CONOCER EL COSTE**
- **EVALUAR LOS RESULTADOS, POR MEDIO DE UN INSTRUMENTO.**

En una unidad de diagnóstico por imagen abordamos diagnósticos médicos y diagnósticos de enfermería en los que están definidos las acciones que deben realizarse por enfermería y paciente para compensar la demanda de autocuidados.

- Modificar su entorno interno y externo en su propio beneficio.
- Ayudarlo a valerse por sí mismo o compensar sus déficits o buscar ayuda para conseguirlo.
- Implicar a la familia y a otras unidades de cuidados a que ayuden a valerse al paciente por si mismo o prevenir problemas de salud.
- Restablecer su bienestar fisiológico o psicológico.

**OBJETIVO:** Establecer si existe producto enfermero en las Unidades de Diagnóstico por Imagen.

OBJETIVO

¿ EXISTE UN PRODUCTO ENFERMERO EN DIAGNOSTICO POR IMAGEN?

### MATERIAL Y MÉTODO

La definición del producto en nuestra unidad de cuidados, a la vista de su diversidad decidimos hacerla por fases, siendo el aquí tratado el proceso de la primera.

Procedimos a la elección de un caso tipo de necesidad de cuidados atendiendo a lo siguiente:

- Que tuviera incidencia en el servicio en cuanto a número.
- Que la demanda de cuidados fuera intermedia.
- Que permitiera la evaluación del plan de cuidados aplicado.

Visto esto, elegimos como representativo el grupo de Pacientes que requieren atención de enfermería para la realización de T.C. Abdominal y seguimos la siguiente metodología:

- Elaboración de la trayectoria clínica tipo, mediante la evaluación de enfermería.
- Valoramos 41 casos de pacientes a los que se les realizó TC abdominal en un período de 21 días.
- El período de tiempo se determinó de forma aleatoria, abarcando el 100% de los casos atendidos en la unidad en ese periodo.
- Tras elaborar el cálculo de la demanda y de la agencia procedimos a formular los diagnósticos de Enfermería.
- Para cada diagnóstico enfermero se formulan los objetivos que pretendemos conseguir, (Producto Enfermero), y establecemos las actividades a realizar por el paciente, su familia, y personal de enfermería,
- Determinamos los productos enfermeros.

Por definición, los Diagnósticos de Enfermería, caen dentro del ámbito independiente de la práctica profesional ya que identifican, y definen situaciones en los que la enfermera prescribe el tratamiento definitivo para lograr el resultado deseado.



## ENFERMERÍA RADIOLÓGICA

### RESULTADO

#### PACIENTE TIPO

**Edad:** 56 años.

**Sexo:** M= 63%, F= 37%

#### Estado civil:

Casado= 60%, Soltero 20%, Viudo/Separado 20%

**Peso:** 72 kgrs. **Talla:** 161 cm.

**Acompañante:** SI= 80% NO=20%

**Instrucción:** Superior= 5%, Media= 23%, Primaria= 48%  
Sin Instrucción= 25%.

**Experiencia previa TC:** SI= 46% NO= 54%

**Socio ECON:** Empleo fijo= 28%, Temporal= 7%,  
Jubilado= 55%, Parado= 10%

### FACTORES CONDICIONANTES II

#### RECEPCIÓN

**Accede por:** Propio pié= 53%, Carrito= 30%,  
Camilla= 7 %, Cama= 10%.

#### Nivel de Conciencia:

Consciente y orientado= 85%

Consciente y desorientado= 10%

Confuso y agitado= 3%

Inconsciente o sedado= 2%

#### PAUTA DE PREPARACIÓN

#### Capacidad de entender instrucción oral sencilla:

SI= 95% NO= 5%

**Citado por:** Teléfono= 32%, Telegrama= 2%, Servicio  
diagnóstico= 41%, Directo cita previa= 5%, Urgente- 20%

**Recibe cita:** Personalmente= 15%, Familiar= 25%,  
Pariente, vecino= 7%, Ud. Hospital= 53%.

**Viene en ayunas:** SI= 97% NO= 3%

#### CONDICIONES DE PREPARACIÓN Y ESPERA

#### Necesitó ayuda en preparación para exploración:

SI= 93%, NO= 7%

**Precisa recepción de enfermería:** 100%

**Precisa atención durante la espera:** SI= 30% NO= 70%

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO

**Se le proporciona información:** Oral= 75%, Pide aclaración= 5%,  
Lee documento= 16%, Imposib. consentim. 4%

**Rechaza contraste I.V.:** SI= 10% NO= 90%

#### PREPARACIÓN DE EXPLORACIÓN VESTIDOR (Ropa y objetos)

3% Sin información, 59% Precisa información, 12%  
Precisa ayuda familiar, 27% Precisa ayuda P.E.

#### CALIDAD DE LA VENTILACIÓN, ESTADO NERVIOSO

**Ortopnea:** 15% SI, 85% NO

**Precisa aplicación:** 17% SI, 83% NO

**Aprensión:** 12% SI, 88% NO

**Temor-Nerviosismo:** 40% SI, 60% NO

**Tos:** 13% SI, 87% NO

**Puede aguantar la respiración en caso necesario 10'':**  
80% SI, 20% NO

#### LIMITACIÓN DE MOVIMIENTOS Y CAPACIDAD PARA ADOPTAR Y MANTENER UNA POSICIÓN.

#### Limitación de movimientos en:

1 Brazos: 13% SI, 87% NO

2 Piernas: 5% SI, 95% NO

#### Colocación sobre mesa exploración:

1 con instrucciones orales 56%

2 Ayuda para colocarse 24%

3 Asistencia completa en colocación 12%

4 Suplencia total 8%

#### PORTA:

Sueros, Drenajes, Respirador, Bombas, tracciones, etc 40%

No Portan 60%

#### CONTRASTE I.V.

**Administrado:** 66% SI, 34% NO

**Prisa colocación de cateter:** 55% SI, 48% NO (del total)

**Problema en punción:** 12% (del total) (Diferente 1)

#### PROBLEMA RELACIONADO CON ADMON DE CONTRASTE I.V.

Ninguna 93% Leves 7%

#### PROBLEMA RELACIONADO CON ADMON DE CONTRASTE ORAL

Ninguna 95% Nauseas, disfagia 5%

#### PROBLEMA RELACIONADO CON LA EXPLORACIÓN

Ninguna 86%, Relac. con paciente o aparato 14%

#### PRECISA VIGILANCIA DURANTE EXPLORACIÓN

90% SI, 10% NO.

#### TIEMPO DE DURACIÓN EXPLORACIÓN

Desde entrada hasta salida, de sala de exploración 31 min.

#### TIEMPO DE CUIDADOS ENFERMERÍA

Desde recepción al alta enfermería 70 minutos.

#### VALORACIÓN DE LA AGENCIA

El usuario tiene limitaciones de:

**Conocimiento**

**Análisis de decisión**

**Para realizar actividades**

#### HABILIDADES:

COGNITIVAS

PERCEPTIVAS

MANIPULATIVAS

COMUNICACIÓN

RELACIÓN



## ENFERMERÍA RADIOLÓGICA

### Hecho diferencial de enfermería

- La condición que marca la finalidad de la enfermería es:
- “La incapacidad de una persona para proporcionarse a sí misma, la cantidad y calidad de autocuidados requeridos por su situación de salud personal”.

Dorothea Orem

**VALORACIÓN: Ausentes o disminuidas en un 15 %**

- 1.- HABILIDAD PARA:  
CONCENTRARSE  
MANTENER ATENCIÓN  
RAZONAR

**VALORACIÓN: Ausentes o disminuidas en un 30 %**

- 2.- CONTROL CORPORAL Y REALIZACIÓN DE MOVIMIENTOS

**VALORACIÓN: Limitaciones en brazos 15% Piernas 5%**

- 3.- HABILIDAD PARA REALIZAR ACTIVIDADES

**VALORACIÓN: Las habilidades medidas varían en dificultad y la habilidad para realizarlas las poseen entre el 95% (entender instrucción oral sencilla) y el 56 % (colocación en mesa)**

- 4 HABILIDAD PARA APRENDER

**VALORACIÓN: Dado el tiempo disponible la información proporcionada es sencilla y escueta y no necesita aprendizaje.**

### DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

#### DIAGNOSTICO :1A

Incapacidad de realizarse exploración TC abdominal y atender sus efectos secundarios inmediatos, por desconocimiento asociado a medidas de autocuidados muy especializadas.

#### Objetivos

- 1º Realizarse exploración TC abdominal
- 2º Evitar efectos secundarios o tratar sus efectos
- 3º Reintegrar al usuario a su medio en las condiciones más cercanas a su patrón normal.
- 4º Prevenir los acontecimientos que puedan conducir a situaciones nocivas por radiación ionizante o administración de contraste i.v.
- 5º Asegurar la ayuda sanitaria adecuada en caso de emergencia

### ACTIVIDADES

Atención en Consulta de Enfermería previa a exploración para informarle de preparación a realizar, ayunas, consentimiento informado e informarle sobre el proceso a seguir.

- Identificación del paciente.
- Recepción valoración de necesidades del paciente.
- Administración contraste oral.
- Atención durante la espera,
- Consentimiento informado.
- Ayuda vestidor.
- Colocación en mesa y ayuda o suplencia de movimientos. Colocación de catéter de acceso venoso.
- Administración de contrastes IV.
- Vigilancia durante la exploración.
- Valoración final,
- Retirada de vía de acceso venoso.
- Alta enfermería.

### CRITERIOS DE CALIDAD

- Ausencia de suspensión de la exploración por mala preparación.
- Información previa y suficiente sobre exploración, consentimiento informado, y, medidas de preparación.
- Numero de punciones para obtención de vía de acceso venoso.
- No extravasación de contrastes iv.

### DIAGNOSTICO: 1B

Incapacidad de realizarse exploración TC. abdominal y atender a sus efectos secundarios inmediatos y colaborar durante la exploración por alteración del estado de consciencia u otras disminuciones de su agencia.

#### Objetivos.

- 1º Realizarse exploración TC abdominal.
- 2º Establecer medidas de control y vigilancia del estado del enfermo.
- 3º Detección temprana de los signos y síntomas indicadores de la existencia de complicación.
- 4º Proporcionar cuidados y compensación total o parcial durante la exploración.
- 5º Reintegrar al usuario a su medio en las condiciones más cercanas a su patrón normal.
- 6º Prevenir los acontecimientos que puedan conducir a situaciones nocivas por radiación ionizante o administración de contraste I.V.
- 7º Asegurar la ayuda sanitaria adecuada en caso de



## ENFERMERÍA RADIOLÓGICA

emergencia.

### ACTIVIDADES

- Identificación del paciente.
- Recepción valoración de necesidades del paciente.
- Observación de patología observable.
- Administración contraste oral.
- Atención durante la espera.
- Determinación del producto enfermero en una unidad hospitalares de diagnóstico por imagen.
- Consentimiento informado.
- Ayuda vestidor.
- Colocación en mesa y ayuda o suplencia de movimientos. Colocación de acceso venoso.
- Administración de contrastes iv.
- Vigilancia durante la exploración.
- Valoración final.
- Retirada de vía de acceso venoso.
- Alta enfermería.

### CRITERIO DE CALIDAD

- Ausencia de suspensión exploraciones por mala preparación.
- Información previa y suficiente sobre exploración, consentimiento informado y medidas de preparación.
- Numero de punciones para obtención de vía de acceso venoso. No extravasación de contrastes iv.
- Descompensaciones funcionales durante la exploración.



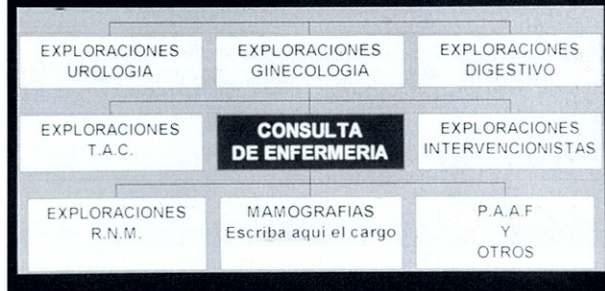
### DIAGNOSTICO 2

Dificultad para mantener la tranquilidad durante la exploración por falta de experiencia previa en regular la ansiedad y disconfort por desconocimiento del proceso y del espacio físico en que se desarrolla.

#### Objetivos.

Se mantendrá tranquilo y relajado durante la exploración.

## CONSULTA DE ENFERMERIA EN SERVICIO DIAG. IMAGEN



ción

### ACTIVIDADES

- Información en consulta de enfermería.
- Dirigirse al paciente de forma tranquila, sin juzgar su actitud, y manteniendo un contacto visual apropiado.
- Anticiparse a su posible petición de ayuda.
- Facilitar que exprese su sentimiento.
- Explicar el plan de la exploración.
- Asegurar que se han tomado las medidas precisa para evitar efectos adversos.

### CRITERIO DE CALIDAD

Ausencia de suspensión de exploraciones por intranquilidad, nervios o miedo.

### DIAGNOSTICO 3

Temor, ante un entorno desconocido o diagnóstico incierto.

#### Objetivos

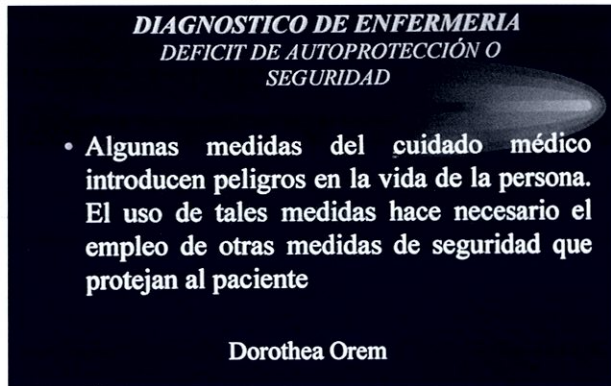
- Identificará los recursos con que cuenta para afrontar su temor.
- Mostrará una disminución de la respuesta física y emocional al temor.
- Referirá una reducción o desaparición del temor.

### ACTIVIDADES

- Atención previa en consulta de enfermería.
- Valorar la percepción de amenaza que tiene el paciente.
- Ayudar a explicitar el temor y el porque de este.
- Identificar conjuntamente con el paciente los recursos con que cuenta para afrontar la situación y la mejor forma de utilizarlos.
- Brindar toda la información que necesite o solicite. Mantener contacto visual o auditivo con el paciente.

## CRITERIOS DE CALIDAD.

Disminución de suspensión de exploraciones por este



problema.

## DISCUSIÓN

El paciente tiene que realizar una serie de actividades que enfermería debe darle. Pese al amplio abanico de características de los pacientes evaluados, la totalidad precisó cuidados de enfermería.

El 90 % de los pacientes valorados precisó además cuidados enfermeros durante la exploración T. C.

Los tiempos que los pacientes permanecen bajo cuidados enfermeros 70 minutos de media no se corresponden con el tiempo medio de exploración 30 minutos, lo que corrobora la independencia de los procesos, siendo simultáneos mas de un proceso en el tiempo.

Los objetivos formulados en cada diagnóstico y alcanzados, tras su evaluación, se corresponden con productos enfermeros.

El producto enfermero dinamiza las exploraciones e incrementa la rentabilidad del aparataje en tiempos de uso.

Trabajar con planes de cuidados y conocer el producto, permite una mejor gestión de la calidad y posibilita la firma de contratos.

Consideramos que cualquier otra metodología que permita la determinación del producto enfermero, puede reforzar la empleada en este trabajo.

## CONCLUSIONES

De la producción de los servicios de Diagnóstico por Imagen forma parte un producto enfermero que es identificable y exclusivo de enfermería.

La valoración, el diagnóstico, la planificación de cuidados y la evaluación son obligaciones profesionales y legales de enfermería hacia nuestros clientes, hacia los profesionales y hacia la ciencia.

Los consumidores se merecen y tienen derecho a un cuidado enfermero profesional, que solo puede ser dispensado por Enfermeros/as titulados.

## AGRADECIMIENTO:

Al Dr. José E. Trigo Ferrer. Jefe del Servicio de Radiodiagnóstico del Hospital Universitario Puerto Real, por su interés y colaboración en este trabajo.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1.-Beare y Myers. Enfermería: Práctica y principios. Médica Panamericana 1993
- 2.-Carpenito L.J. Planes de cuidados y documentación en enfermería Madrid, Interamericana McGraw-Hill, 1994.
- 3.-Fernández Collado, E. Definición del Producto Enfermero. Producto Intermedio. Resumen de ponencias y 1 comunicaciones orales. Congreso Nacional de Hospitales. Octubre 1995.
- 4.-Fernández Collado E. Desarrollo del Producto Enfermero en la línea asistenciaj. Gestión Hospitalaria 1996; 1;48-64.
- 5.-Foix Sanjuan A. y otros: Gestión de casos y planes de cuidados. Rol de Enfermería 1998;235;23-30.
- 6.-Gordon Mariory. Diagnostico Enfermero, proceso y aplicación.3ª Edición Moby Doyma Libros. Madrid l. 996
- 7.-Hernández Serra R.M. Gestión del Producto Enfermero. Texto mecanografiado. Octubre 98.
- 8.-Hernández Serra R.M. La medición del Producto Enfermero. Enfermería Clínica. Vol 5 N3 ;l 1 1-1 18.
- 9.-Luis M.T.Diagnósticos Enfermeros, Un instrumento para la práctica asistencial. Mosby Doyma Libros 1996.
- 10.-Moreu Orobít,F. La Gestión Sanitaria en época de crisis, Escuela de verano de Salud Pública. Mahón 1.993.
- 11.-Monrás P.; Noguera A. Reingeniería d e procesos, Rol de Enfermería 1997; 22 l; 19-26@ O.M.S. Pag. 3, Documento cie DEL die 1993
- 12.-Orem D.E. Modelo de Orem. Concepto de enfermería en la práctica, Ediciones Científicas y Técnicas S.A. Barcelona 1993.
- 13.-Rufino J. F. La crisis del estado del bienestar y sus repercusiones en la política Sanitaria. Enfermería Científica (182-183) Pág. ( 69-71).

## Correspondencia:

**JUAN JOSÉ PLAZA ROSILLO**  
C/ Huerta del Obispo nº 15 Esc. Dcha. 2º D.  
1 1.008 CÁDIZ

**DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA EN RADIOLOGÍA**

**AUTORES:** PÉREZ SOLER P. J.; ORDUNA ONCO A.; LATAPIA LÓPEZ C.  
SERVICIO DE RADIOLOGÍA, HOSPITAL GENERAL SAN JORGE, HUESCA

**R E S U M E N**

Este artículo trata sobre la forma de desarrollar la metodología de trabajo de Enfermería dentro de los Servicios de Radiología, es una forma de unificar la terminología e integrarnos con el resto de la Enfermería Asistencial, que facilita la clasificación y protocolización de nuestras intervenciones y que demuestra a los escépticos que el trabajo que realizamos día a día, tiene un contenido real y muy amplio de Enfermería.

Estamos de acuerdo en que, en un principio, puede representar un esfuerzo suplementario (no mayor al que han de realizar nuestros compañeros de las Unidades de Hospitalización), pero también pensamos que una vez familiarizados con el sistema, se simplifica mucho el trabajo, especialmente si se utiliza la codificación y el servicio está informatizado.

**Palabras clave.**— DIAGNÓSTICOS, ENFERMERÍA RADIOLÓGICA

**INTRODUCCIÓN**

Ante todo, quiero agradecer a la Revista Enfermería Radiológica la oportunidad que nos brinda, de presentar en esta revista algo que consideramos novedoso.

Se trata del fruto de una línea de investigación iniciada hace ya algún tiempo, y que nos ha llevado a plantear la aplicación de Diagnósticos de Enfermería en una serie de actividades cotidianas con las que nos encontramos en nuestro Servicio.

No vamos a proporcionar aquí datos estadísticos, a los que tan aficionados solemos ser, porque la casuística que tenemos recogida hasta el momento, no nos permite un análisis significativo, aunque no descartamos poder hacerlo en un futuro próximo.

Lo que sí nos agradaría, es que la idea calase, y de aquí surgiesen personas decididas a sumarse a la línea investigadora, ampliando y validando el estudio en sus respectivos centros de trabajo.

Debo aclarar que desde un principio, este trabajo estaba planificado de forma más amplia pero por razones de publicación lo hemos tenido que reducir a la mitad, ha sido necesario resumir mucho todos los apartados; por eso, a fin de mantener la coherencia de la exposición, vamos a referirnos con mayor detalle a los Diagnósticos de Enfermería más frecuentes en nuestra experiencia, pasando luego a enumerar de una forma somera algunos otros igualmente importantes, para acabar comentando algunos problemas interdependientes habituales y sacando unas conclusiones que consideramos importantes de cara al futuro de la Enfermería Radiológica.

Ahora, antes de entrar en materia, ruego a cada uno de los lectores que trate de buscar en su memoria las veces en que se encuentra con cada uno de los diagnósticos, y que trate de buscar la forma de integrarlos en su trabajo cotidiano. Es solamente el primer paso, pero precisamente con el primer paso es como comienzan los grandes viajes.

**DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA UTILIZADOS EN NUESTRO MEDIO**

A continuación se exponen detallados algunos de los diagnósticos de enfermería que con mayor frecuencia hemos podido observar. Por las razones anteriormente expuestas, no se han recogido, dentro de cada apartado todas las posibilidades que pueden ser aplicadas a la práctica diaria de nuestro trabajo. Se ha mantenido la taxonomía de la NANDA, así como la codificación oficial a fin de facilitar su informatización.

8.1.1 DEFICIT DE CONOCIMIENTOS sobre la preparación y actividades a realizar respecto a una exploración determinada.

**Características definatorias.**

Verbalización del problema, seguimiento inexacto de las instrucciones, falta de colaboración para la realización de las pruebas, comportamientos inapropiados o exagerados, p. ej: histeria, hostilidad, agitación, apatía.



## Factores relacionados.

Falta de memoria, mala interpretación o ausencia de la información, limitación cognitiva, falta de interés, poca familiaridad con los recursos para obtener la información.

Puntos a considerar en la valoración específica.

- Capacidad de comprensión del usuario/familia.
- Edad, etapa de desarrollo, capacidad y nivel intelectual, desarrollo psicomotor.
- Presencia de factores que pueden dificultar la comprensión (déficit sensoriales, diferencias culturales o idiomáticas, mal estado general, dolor, etc.).
- Presencia de factores y recursos que pueden influir positivamente en el proceso de comprensión: disponibilidad, memoria, motivación, receptividad, nivel educacional.

## Criterios de resultados.

### El usuario:

Expresará su comprensión de la información/conocimientos recibidos y su disposición a realizar las instrucciones o pautas indicadas.

### La familia:

Expresará y demostrará su comprensión de la información recibida.

## Intervenciones. Actuaciones de enfermería

- Proporcionar material permanente (escrito) sobre las diferentes pruebas a realizar con sus instrucciones para la correcta preparación, indicándoles la necesidad de que se cumplan.
- Detallarles el procedimiento que se les va a realizar.
- Respetar el ritmo de comprensión del usuario, evitar el exceso de información y el uso de tecnicismos.
- Adaptar el lenguaje al usuario.

## Medio ambiente terapéutico

- Favorecer la explicación mediante un entorno tranquilo sin interrupciones, sesiones cortas, retroalimentación frecuente, dedicar unos minutos al final para recapitular lo tratado.
- Utilizar métodos y medios de enseñanza adaptados a la edad, al estado y las características del usuario/familia, cerciorándose de la correcta comprensión de la información.
- Aprovechar las áreas de interés del usuario/familia para reforzar la motivación.
- Permitir y fomentar la formulación de preguntas y la expresión de dudas y preocupaciones respecto a la situación.

## 9.3.1 ANSIEDAD

### Definición

Sensación vaga de incomodidad cuyo origen con frecuencia es inespecífico o desconocido para la persona.

## Características definitorias

Subjetivas: Tensión creciente, aprensión, incertidumbre, sobresalto, sobreexcitación, distrés, nerviosismo, inestabilidad, miedo de consecuencias inespecíficas, expresión de preocupaciones respecto a cambios en acontecimientos vitales.

Objetivas: Estimulación simpática (excitación cardiovascular, dilatación pupilar), agitación, insomnio, miradas furtivas, mal contacto ocular, temblores generalizados de las manos, tensión facial, voz temblorosa, cautela creciente, sudoración profusa.

## Factores relacionados

Cambio o amenaza de cambio del estado de salud, amenaza de muerte, amenaza o cambio del entorno, miedo a lo desconocido.

Puntos a considerar en la valoración específica:

- Muerte de persona/as significativa/as (ej.: ac. tráfico)
- Enfermedad grave o de pronóstico desconocido, tratamientos agresivos o mutilantes: biopsia de mama, estudio de posible tumor, etc.
- Cambios súbitos o extremos en el desempeño del rol (enfermedad).
- Respuesta física a la ansiedad: sudoración, taquicardia, taquipnea, aumento de la TA, trastornos del sueño (el paciente dice que no ha dormido), frío en las extremidades, dilatación pupilar, voz temblorosa, sensación de incontinencia, aumento de la eliminación urinaria.
- Respuesta emocional a la ansiedad: culpa, vergüenza, duelo, cólera, resentimiento, sentimientos de indignidad.
- Respuesta intelectual: desatención selectiva, fijación de la atención en los detalles, incapacidad para razonar, hipervigilancia, actitud defensiva.
- Respuesta social: introversión, conducta exigente o agresiva.
- Uso de la enfermedad o quejas somáticas para afrontar la ansiedad: cefaleas, dolor de espalda, náuseas, vómitos, debilidad muscular, etc.
- Presencia de trastornos físicos cuyas manifestaciones pueden confundirse con un cuadro ansioso: hipoglucemia, hipertiroidismo, feocromocitoma, etc.
- Presencia de trastornos mentales o alteraciones afectivas importantes.

## Criterios de resultados.

### El usuario:

- Relatará una disminución de los síntomas físicos, emocionales, intelectuales, espirituales y sociales.
- Identificará las exploraciones y/o personas (hombre o mujer) que le generan o agravan la respuesta ansiosa.
- Identificará formas más eficaces para hacer frente a la ansiedad (técnicas de relajación, permitirle, si es posible, un acompañante, etc.).



### Intervenciones. Actuaciones de enfermería.

- Si la causa es una enfermedad o una exploración:
  - \* explicarle la duración de la prueba.
  - \* Proporcionar la información cuantitativa y cualitativa adecuada, empleando siempre un lenguaje asequible y sin tecnicismos.
  - \* Fomentar la colaboración y participación en el desarrollo de la prueba.
- Evitar, en la medida de lo posible, el contacto con las personas o situaciones que desencadenan o aumentan la ansiedad.
- Ayudar a mantener la máxima intimidad posible.
- Así mismo pueden identificarse situaciones de pánico ante las cuales habrá que mantener una actitud calmada, permaneciendo con la persona hasta que haya pasado la crisis, reduciendo la estimulación ambiental, hablándole lenta y claramente, etc.

### 9.3.2 TEMOR

Características definitorias.

Capacidad para identificar el objeto del temor

#### Puntos a considerar en la valoración específica

- Presencia de reacción adversa o complicaciones tras la inyección de contraste.
- Diagnóstico maligno de una PAAF, biopsia, mamografía.
- Control del diagnóstico de un tumor tras quimioterapia o radioterapia.
- Dolor o agresividad de la exploración.
- Temor a las agujas, al ambiente hospitalario, a las batas blancas.
- Amenaza de un posible ingreso.
- Amenaza a su intimidad.
- Experiencias previas negativas, vicarias o propias.
- Enfermedad grave o de pronóstico desconocido
- Anticipación de acontecimientos que representan una amenaza para la autoconfianza: radiología simple, digestivos, ecografía, TAC.
- Respuestas al temor: física, emocional, intelectual, espiritual, social.

#### Criterios de resultados.

##### El usuario:

- Mostrará una disminución de la respuesta física, emocional, etc. al temor.
- Verbalizará el origen del temor.
- Identificará formas más eficaces para hacer frente al temor (técnicas de relajación, respiraciones profundas, etc.).

### Intervenciones. Actuaciones de enfermería.

- Explorar la percepción que el usuario tiene de la amenaza.

- Ayudar a explicar claramente el temor y sus razones
- Discutir la realidad de la situación e identificar los aspectos que pueden ser cambiados y los que no.
- Identificar los recursos para afrontar la situación y la mejor forma de utilizarlos (ej.: hablar con el paciente durante la administración de un contraste sobre un tema agradable).
- Si el usuario se encuentra en un entorno desconocido para él (TAC...), favorecer su familiarización, explicándole cómo funciona el aparato, no dejarlo solo, etc.
- Darle toda la información que necesite y/o solicite, evitando las mentiras "tranquilizadoras" aunque se trate de niños pequeños.
- Si los temores son infundados o poco realistas (miedo al dolor tras un procedimiento, miedo a la muerte por una reacción alérgica, etc.) no negarlos ni minimizarlos: reconocer explícitamente su validez y dar la información precisa para que la persona pueda tener una perspectiva más ajustada a la realidad (medios de que se dispone para tratar una posible reacción, estadísticas de incidencias, etc.).
- Intimidad para leer y firmar el consentimiento informado.
- En las situaciones de temor agudo no abandonar a la persona y mantener contacto visual, auditivo y físico, si es posible.
- Si se trata de niños:
  - \* permitir que pasen a la exploración los padres.
  - \* Permitir que tengan juguetes.
  - \* Procurar alterar sus costumbres lo menos posible (ej.: si es un recién nacido no realizar la prueba cuando falta poco tiempo para la hora de comer, dormir, etc.)
  - \* Animarlos a expresar sus temores comparando las situaciones con algo conocido para ellos (ej.: pinchazo con picadura de mosquito, radiografía con una foto, medios de protección con disfraz, etc.).

### 5.3.1.1 CONFLICTO DE DECISIONES

#### Definición

Estado de incertidumbre sobre el curso de la acción a tomar cuando la decisión entre diversas acciones implica un riesgo, una pérdida o un reto para los valores personales.

#### Características definitorias.

**Mayores:** expresión verbal de incertidumbre sobre las elecciones (ej.: el paciente no sabe si firmar o no una autorización para inyección i.v. de contraste), verbalización de consecuencias no deseadas de las acciones alternativas a considerar (ej.: aparición de una reacción adversa a la administración de contraste), vacilación entre elecciones alternativas, retraso en la toma de decisiones.

**Menores:** expresión verbal de sentimientos de sufrimiento mientras se intenta tomar una decisión, egocentrismo, signos físicos de distrés o tensión (taquicardia, aumento de la TA, etc.), puesta en duda de los valores y las creencias personales mientras se intenta tomar una decisión.



## ENFERMERÍA RADIOLÓGICA

### Factores relacionados.

Valores/creencias personales poco claros, percepción de amenaza a los valores personales (ej.: ante exploraciones tales como ecografía transvaginal, histerosalpingografía, etc.), falta de experiencia o interferencia en la toma de decisiones, falta de información relevante (ej.: cuando los pacientes acuden a realizarse una UIV no son conscientes de los riesgos derivados de la administración i.v. de contrastes), sistema de soporte deficitario, fuentes de información múltiples o divergentes.

### Puntos a considerar en la valoración específica

Entre ellos podemos citar, por ejemplo, la forma en que el individuo percibe la situación, naturaleza exacta de la decisión a tomar, nivel de información sobre la exploración a realizar, forma de recibir la información (ej.: inmediatamente antes de realizar la prueba), etc.

### Criterios de resultados.

#### El usuario/familia

- identificará claramente la naturaleza del conflicto
- determinará las diversas opciones existentes
- valorará los aspectos positivos y negativos de cada situación
- tomará una decisión informada manifestando su intención de adoptarla.

### Intervenciones. Actuaciones de enfermería

#### Entre ellas:

- Proporcionar la información/conocimientos necesarios para tomar una decisión informada, teniendo en cuenta no abrumar al usuario/familia con un exceso de datos innecesarios. Clarificar los conceptos erróneos que pudieran tener.
- Si la decisión implica un conflicto de valores, ayudar, por ejemplo, a identificar claramente los valores que entran en conflicto e identificar las ventajas y los inconvenientes de cada una de las opciones.
- Establecer una relación de confianza que favorezca la expresión de sentimientos y temores, manteniendo una actitud imparcial.
- Evitar tanto las actitudes directivas o autoritarias como las paternalistas o protectoras.

### 1.6.1 RIESGO DE LESION

#### Definición.

Nos referiremos aquí al riesgo de lesión yatrogénico o nosocomial y que no son incluidos en otro tipo de diagnósticos de riesgo (traumatismo, etc.)

#### Características definatorias.

Presencia de factores de riesgo: Internos: bioquímicos, perfil sanguíneo anormal, alteración de los factores de coagulación. Externos: Químicos (agentes farmacológicos: anestésicos, contrastes, povidona), biológicos (Radiaciones), sistemas de traslado (camas, sillas).

### Puntos a considerar en la valoración específica.

- Edad y nivel de desarrollo.
- Dificultad para el sondaje vesical.
- Dificultad para la cateterización de una vena/arteria.
- Hipoglucemias, hiperglucemias, otras alteraciones metabólicas.
- Manipulación de fracturas (movilización de traumatizados).
- Capacidad para pedir ayuda.
- Resultados analíticos.
- Grado de agresividad de la exploración (Radiología intervencionista, punción, etc.).

### Criterios de resultados.

No producir ningún tipo de lesión. En caso necesario, producir la mínima posible (exposición a la radiación).

### Intervenciones. Actuaciones de enfermería.

- Planificar cuidadosamente las técnicas a utilizar.
- Prever el material de apoyo necesario.
- Vigilar signos y síntomas durante la exploración.
- Control de TA y pulso cuando sea necesario.
- Persona colocada en posición adecuada tras una punción.

## OTROS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA OBSERVADOS:

1.6.1.3.1 RIESGO DE TRAUMATISMO, especialmente en pacientes agitados.

1.6.1.1.1 DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA, afecta a las posibilidades de movilización, al mantenimiento de la posición, etc.

1.2.1.1 RIESGO DE INFECCION, preferentemente en fracturas abiertas, intervencionismo, inmunodepresión, aislamientos, etc.

1.6.1.4 RIESGO DE ASPIRACION en pacientes inconscientes, vómitos, dificultad para la deglución...

1.3.1.1 ESTREÑIMIENTO, afecta a la preparación para determinadas pruebas.

1.3.1.2 DIARREA, por el mismo motivo.

1.3.1.3 INCONTINENCIA FECAL, dificulta la realización de enemas opacos.

9.1.1 DOLOR, ya sea por las lesiones que presenta el paciente, por la intervención realizada, por la posición en la mesa, etc.

## PROBLEMAS INTERDEPENDIENTES EN RADIOLOGÍA

Los problemas interdependientes (PI) se relacionan con la patología, con la aplicación del tratamiento prescrito por el médico (o, por extensión, con la aplicación de un procedimiento, método o técnica diagnóstica) y con el



## ENFERMERÍA RADIOLÓGICA

control tanto de la respuesta a éste como de la evolución de la situación patológica.

### EJEMPLOS:

- PI: RIESGO DE REACCIÓN ALERGICA DERIVADO DE LA INYECCION INTRAVENOSA DE CONTRASTE RADIOLOGICO.

Las actividades y objetivos de enfermería serán comprobar antecedentes alérgicos y la identificación y detección precoz de los signos y/o síntomas indicadores de su existencia, lo que permite informar al radiólogo e instaurar el tratamiento lo antes posible.

-PI: DOLOR AGUDO REFERIDO O IRRADIADO A (especificar) SECUNDARIO A BIOPSIA HEPATICA.

-PI: HEMORRAGIA SECUNDARIA A (BIOPSIA, PAAF, ETC.).

-PI: NEUMOTORAX SECUNDARIO A PAAF TORÁCICA.

-PI: REACCION VAGAL O VASOVAGAL

-PI: RIESGO DE SHOCK TRAUMATICO EN PACIENTE CON FRACTURA

-PI: RIESGO DE SHOCK HIPOVOLEMICO SECUNDARIO A TRAUMATISMO ABDOMINAL

### CONCLUSIONES:

- Los pacientes que acuden a los servicios de Radiología, precisan una serie de cuidados de Enfermería cuya intensidad dependerá de sus condiciones bio-psico-sociales, y plantearán unas necesidades que deberán ser convenientemente evaluadas a fin de mantener su equilibrio y su seguridad.
- Solamente el Diplomado Universitario en Enfermería está capacitado para valorar la necesidad de cuidados, diagnosticar la situación de salud y planificar los cuidados a prestar (Proceso de Enfermería).
- Por encima de la exploración radiológica, está la seguridad del paciente y el enfermero/a debe valorar las situaciones de riesgo y actuar en consecuencia.
- Como la formación es fundamental, consideramos que es imprescindible recuperar la especialidad de Enfermería Radiológica.
- Algunos Diagnósticos de Enfermería dependen de una entrevista, que debe realizarse en un entorno tranquilo o, como se dice en lenguaje técnico, en un ambiente terapéutico. Este solamente es posible en la Consulta de Enfermería, con la que deberían contar todos los servicios de Radiología.
- Emplazamos a nuestros representantes, tanto a nivel de la Asociación como de la Organización Colegial y Sindicatos, a que asuman y defiendan las dos propuestas anteriores (Especialidad y Consulta de Enfermería).
- Tal como se ha podido comprobar en la planificación de cuidados de cada Diagnóstico, así como en

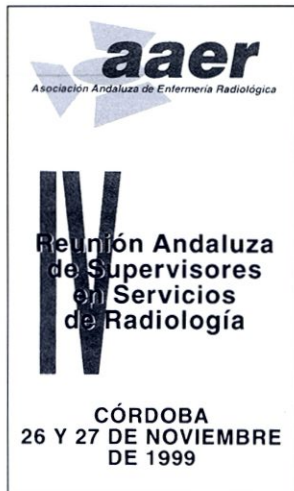
los Criterios de Resultados (objetivos), si se cumplen las prescripciones de Enfermería, se facilita la preparación del paciente, su colaboración y su grado de satisfacción, con lo que se mejoran los tiempos de las exploraciones, disminuyen las suspensiones de pruebas por mala preparación o por negativa del paciente, y por tanto, mejora la calidad y el rendimiento del servicio.

- Mejorando la comunicación con el resto de la Enfermería Asistencial, mediante el uso de la misma terminología, lograremos un mejor conocimiento, y a la larga, un mayor reconocimiento de nuestra actividad dentro de los servicios de Radiología.
- La codificación y la informatización, facilitan el manejo de los datos; actualmente que algunos hospitales están codificando los Diagnósticos de Enfermería para incluirlos en la Historia Clínica, y otros lo realizarán en breve, es un buen momento para iniciarnos en su uso, para así, cuando la medida se generalice, estar ya preparados.

### BIBLIOGRAFÍA:

- Kim M., Mc Farland, Mc Lane A. "Guía clínica de Enfermería, Diagnóstico de Enfermería". Ed. Mosby, 1.994.
- Alfaro R. "Aplicación del proceso de Enfermería". Ed. Doyma, 1.998.
- Wesorick B. "Estándares de calidad para cuidados de Enfermería". Ed. Doyma, 1.993.
- Luis M.T. "Diagnósticos de Enfermería". Ed. Mosby-Doyma, 1.995.
- Campbell C. "Tratado de Enfermería, diagnósticos y métodos". Ed. Doyma, 1.987.
- Ugalde M., Rigol A. "Diagnósticos de Enfermería-Taxonomía NANDA". Ed. Masson, 1.995.
- Tomás A.M. "Planes de Cuidados en Enfermería". Ed. Olalla, 1.996.
- Carpenito L.J. "Manual de Diagnóstico de Enfermería". Ed. Interamericana- Mc Graw Hill, 1.995 (5ª Edición).

**Correspondencia:**  
**PEDRO PÉREZ SOLER**  
Servicio de Radiología  
Hospital General San Jorge  
Avda. Martínez Velasco, s/n  
HUESCA

**IV REUNIÓN ANDALUZA DE SUPERVISORES EN SERVICIOS DE RADIOLOGÍA****“UNIDADES CLÍNICAS DE GESTIÓN Y ENFERMERÍA EN LOS SERVICIOS DE RADIOLOGÍA”**

Durante los pasados días 26 y 27 de Noviembre de 1999, tuvo lugar en Córdoba la celebración de la IV Reunión Andaluza de Supervisores de Servicios de Radiología.

Al acto inaugural asistieron:

- D. Rafael Mena González, Director de Planificación y Evaluación Asistencial de la Conserjería de Salud de Córdoba.
- D. Florentino Pérez Raya, Presidente del Colegio de Enfermería de Córdoba.

- D<sup>a</sup>. Encarnación Martín Sánchez, Presidente de la Asociación Andaluza de Enfermería Radiológica (aaer)
- D<sup>a</sup>. Inmaculada Montero Monterroso, Delegada por Córdoba de la aaer.

*Este acto inaugural abrió el debate sobre el tema de esta reunión:*

**“Unidades Clínicas de Gestión y Enfermería de los Servicios de Radiología”.**

Las ponencias de la mesa redonda corrieron a cargo de:

- D. Salustiano Luque Lozano, Director de Planificación y Programa del Centro de Diagnostico, Area Sanitaria Norte de Córdoba.
- D. Juan Criado Montilla, miembro de la Asociación para la Defensa de la Sanidad Publica de Córdoba.
- D. Frutos Alvarez González, D.U.E. Especialista en Radiología, Hospital U. “Reina Sofía” de Córdoba.
- D<sup>a</sup> Ana Gallego-Largo Pérez, D.U.E. Especialista en Radiología, Hospital “Valle de los Pedroches”. Pozoblanco. Córdoba.

El sistema de trabajo fue de mesas, estando todos los asistentes ubicados en distintas mesas, donde se discutió una encuesta de trabajo y se elaboraron las conclusiones.



*Acto inaugural*

**CONCLUSIONES Y RESULTADO DE LAS MESAS DE TRABAJO****TEMA: UNIDADES CLÍNICAS DE GESTIÓN Y ENFERMERÍA DE LOS SERVICIOS DE RADIOLOGÍA**

Las conclusiones a las que se llegaron son las siguientes:

El 84% de los asistentes, están de acuerdo, en aprovechar la posibilidad que el Plan Estratégico de SAS para constituir Unidades de Enfermería en los Servicios de Radiología.

Todos están de acuerdo, en que sea preciso catalogarlos puestos de trabajo en los Servicios de Radiología, la discrepancia nace, cuando se plasma en

qué debemos fundamentarse para catalogar estos puestos, así:

El 67% cree que se deberían tener en cuenta las tareas que implican su realización y, el 33% restante opina que debería basarse en el nivel de cuidados de los pacientes.

Un comentario al hilo de las conclusiones anteriormente expuestas, la enfermería como un todo integral, no puede diferenciar entre las actividades (tareas) que realizamos por delegación de otros profesionales (médicos), y que en el ámbito hospitalario constituyen la mayoría de nuestras actuaciones profesionales, de lo



que la sociedad espera encontrar en nosotros como colectivo diferenciado. Profesionales que prestan cuidados al individuo, sociedad, desde una concepción holística. Por ello debemos sumar y a estas añadir las intervenciones (cuidados) que son propias de enfermería.

Todos los compañeros presentes 100%, están de acuerdo en que debemos registrar lo que hacemos.

El 67% justifica que debemos registrar, porque "lo que no se registra no está hecho", y es obvio que deberíamos registrar todo el trabajo que realiza enfermería. Pero ¿cómo deberíamos organizar estos registros?, aquí nuevamente surgirán las discrepancias:

El 70% de los encuestados creen que deberían basarse en algún modelo enfermero, el 15% no sabe no contesta y el otro 15% es reacio a basarlo en modelos de enfermería.

Retomando el 50% de los encuestados en que si aparecen registros enfermeros, un estudio más detallado nos lleva a detectar:

El 16% de los registros con los que se trabaja en la unidades, están basados en un Modelo biomédico, se registran de los pacientes: Tomas de constantes, sondas, administración de contrastes, etc..., fundamentalmente tareas delegadas.

Por contra un 16%, si trabajan sus registros, tomando como piedra angular un Modelo enfermero, el modelo de D. Orem o el de V. Henderson, basados en las necesidades humanas.

Nuevamente hay unanimidad al considerar que los registros enfermeros deberían estar aceptados como un documento oficial del hospital.

Un 35% opina que se tiene que guardar en la historia del paciente, otro 35% es mixto, para ellos el registro tendría que ser calcable, el original se archivaría en la historia y la copia se entregaría al paciente, y por último un 15% opina que con registros calcables, el original se guardaría en Rx y la copia se daría al paciente.

Por último todos los presentes están de acuerdo que la puesta en marcha de los registros sería ventajoso, pues entre otras consideraciones posibilitaría la creación de una base de datos para la futura investigación, para la creación de nuestra cartera de servicios, como cumplimentación de nuestros cuidados en incluso ventajas económicas.

### Conclusiones:

1. Necesidad de creación de registros enfermeros (100%).
2. Basados en Modelos Enfermeros. Si (70%).

### Resultados de las encuestas:

1. ¿Se debería organizar la Enfermería Radiológica en Unidades de Enfermería?

Si (84%) No (16%).

2. Si se organizara en unidades de gestión ¿Crees que los puestos de trabajo deberían estar catalogados?

Si (100%)

3. ¿Cómo catalogarías estos puestos en tu unidad?

Tareas (67%) Cuidados (33%)

4. Si funcionáramos como unidades de enfermería ¿Deberíamos tener registros enfermeros propios?

Si (100%)

Porque los cuidados que no se registran no están hechos (67%).

5. En tu opinión ¿Qué deberían recoger esos registros?

Todo el trabajo que realiza enfermería (100%)

6. ¿Tu servicio posee registro enfermero?

Si (50%) No (50%)

De ese 50% del SI:

16% utiliza modelo biomédico (tareas)  
16% modelo enfermero de autocuidados (D.Orem o V. Henderson)  
16% difícil catalogación

7. Si los tiene ¿Está basado en algún Modelo enfermero?

Si (70%) No (15%) No contesta (15%)

8. ¿Los registros deberían ser un documento oficial del hospital?

Si (100%)

9. Estos registros ¿Se deberían archivar en el servicio de Rx o entregarse al paciente/cliente?

Paciente (15%) Historia (35%)

Paciente/historia (35%) Rx/Paciente (15%).

10. Su utilización ¿Adoptaría alguna ventaja en nuestra labor asistencial?

Si (100%)

- Conformaría la base de nuestra cartera de servicios
- Complementaría nuestros cuidados
- Ventajas económica Pamplona a 22 de diciembre de 1999

Ponentes de la mesa redonda



## NOTICIAS DE LA FEDERACIÓN

### NOTICIAS DE LA FEDERACIÓN



**C**asi al finalizar el año me pongo nuevamente en contacto con vosotros con el fin de informaros sobre las últimas reuniones mantenidas por esta Federación.

El día 20 de septiembre tuvimos en Madrid, en el Ministerio de Sanidad y Consumo, la última reunión del grupo de trabajo de la especialidad de enfermería de cuidados especiales. Como recordaréis existían dos posturas, firmes, contrarias e irreconciliables entre los componentes de dicho grupo. Una favorable a que no existieran áreas de capacitación y la otra nuestra, del otro representante del Consejo y mía, partidaria de que se desarrollaran áreas de capacitación en las que pudiéramos dar cabida a nuestra especialidad, entre otras.

Al final, se presentaron dos documentos que defendían ambas posturas, y estamos pendientes de la futura decisión del Comité de Especialidades al respecto, aunque si bien es cierto, se trata de decisiones políticas, y ahora, estando al final de la legislatura no creo que se decanten por ninguna de las dos, sino que el tema quedará pendiente para más adelante, según mi criterio.

En otro orden de cosas, no se si en pleno verano llegaría a vuestro conocimiento la existencia de un escrito del Subsecretario de Sanidad, Enrique Castellón, en el que a solicitud de la Asociación de Técnicos de Laboratorio y según su opinión, considerando la ampliación del plan de estudios de los Técnicos Superiores, afirmaba que estaban facultados para pinchar en vena.

Después de que Máximo González Jurado, el presidente del Consejo General de Enfermería, le hubiera solicitado su corrección telefónica y no habiéndose producido ésta, pidió mantener una entrevista personal con el mencionado subsecretario, la cual fue concedida el 1 de diciembre y a la que asistimos: Máximo González, Florentino Pérez Raya, el Presidente del Colegio de Enfermería de Ávila, el Presidente del Colegio de Enfermería de Madrid, el Presidente de la Asociación de Enfermería de Análisis Clínicos y yo como representante de nuestra Federación.

El resultado de dicha entrevista, en principio fue positivo y el subsecretario se comprometió a enviar al Consejo otro documento similar al anterior, pero con las correcciones adecuadas, para que le demos la publicidad que consideremos oportuna.

A mi conocimiento particular todavía no ha llegado dicho documento, el Consejo no me ha comunicado nada al respecto. En el momento que tenga alguna información os la haré llegar rápidamente.

A nuestro favor tenemos una Sentencia del Supremo, en la que se desestima a la Asociación de Técnicos de Laboratorio dicha pretensión.

Nada más por el momento, recibe un cordial saludo y mi deseo de Paz, Amor y Salud para toda la familia de Enfermería de Radiológica en este carismático año 2000.

Mayte Esporrín  
**Presidenta de la FEAER**



### SR. DIRECTOR DE ENFERMERÍA RADIOLÓGICA

Barcelona, Octubre 1999

Con la presente carta aporto una fotocopia de la carta recibida por una escuela cuyo objetivo es la formación y promoción Profesional, lo que me ha motivado a escribir éstas letras.

Durante él transcurso de los últimos años hemos podido apreciar en el desarrollo de las actividades cotidianas y en la evolución de la profesión situaciones que invitan a la reflexión en la seguridad que cabe plantear sobre objetivos concretos que nos orienten hacia un futuro claro, estable y positivo.

La sociedad y el usuario como directo exponente de la misma solo desean una demanda de cuidados que sea acorde con sus necesidades dentro de un contexto ético y humanista,

La gestión sanitaria trata de optimizar un conjunto de estructuras para conseguir mayor efectividad en cuanto a calidad, priorización, viabilidad y economía.

Los profesionales, que son también parte integrante de ésta sociedad son los que aplican de forma concreta todos éstos factores entre la sistemática protocolizada por la dinámica gestora y las necesidades del paciente / usuario.

Es la enfermera o quién con su profesionalidad, responsabilidad, pericia y valía adapta la teoría a la práctica personalizando cada caso y situación para que de forma coherente se pueda obtener un resultado más eficaz,

Es curioso que en éste estado de cosas, quienes detentan la responsabilidad desde la gestión, no puedan, no quieran o les sea indiferente el abordar de una vez por todas una situación de roce en la que se hallan implicados directamente vanos profesionales de la sanidad, y más concretamente de los especialistas en radiaciones ionizantes.

Cualquier tipo de actuación o incluso la no actuación es una clara toma de partido que siempre en concreto beneficia a alguien del mismo modo que perjudica a otros.

Si seguimos recapacitando en el tiempo podemos apre-

ciar como la abolición de la especialidad de Radiología y Electrología que en su tiempo realizaban los A.T. S. e incluso algunas primeras promociones de D.U.E, ha sido la causa de la situación que si vive en la actualidad con el deterioro más allá de lo profesional para afectar también en lo personal dentro de la estructura interna de los diferentes servicios en los que se integran D.U.E. /A.T. S. y T.E.R.

Los entes de los cuáles depende directamente la responsabilidad en la organización y adecuación profesional han ido tolerando éstos agravios sin por ello puedan alegar ignorancia, puesto que en todo momento han tenido puntual conocimiento, de los mismos y de una forma más bochornosa en los mismos tribunales de justicia, cosa que plantea la incoherencia en la determinación de las directrices de nuestras actividades profesionales.

La continua guerra de desgaste a la que se ve sometida la Enfermería Radiológica va mucho más allá de lo exclusivamente laboral para interferir en la base fundamental sobre la que se apoya todo proceso de aplicación profesional como es la formación.

En la actualidad estamos apreciando no sólo una pugna de carácter laboral sobre la correspondencia de un determinado puesto de trabajo a un D.U.E. / A.T. S. o a un T.E.R. sino que la asociación' representativa de éstos como muy bien sabe que, en la capacidad de formación es en lo que no puede competir trata de coaccionar cuantas actividades en éste sentido se realicen por medio de misivas que tratan de desorientar a escuelas y directores de las mismas sobre la realización de, cualquier tipo de labor Normativa dirigida al crecimiento profesional de la Enfermería Radiológica.

Una vez más podemos ver que el verdadero centro de la cuestión es la formación v la adecuada y respetada titulación de ella se deriva para poder aplicar las diferentes técnicas de Enfermería Radiológica en el contexto del plan de cuidados global de la sanidad y del equipo de salud.

Sólo una rápida, eficaz y contundente respuesta por cuantos colegios, asociaciones, federaciones y entes rela-





## CARTAS AL DIRECTOR

cionados con la Enfermería en el respaldo de nuestras actividades y en la inmediata consecución "restauradora" de la especialidad de Enfermería Radiológica puede poner punto final al vano desgaste de energías en el mantenimiento de una lucha en la que "todos estamos perdiendo.

**Antonio Hernández Martínez**  
D.U. E. colegiado 19.747  
Especialista en Radiología y Electrología  
Barcelona



ASOCIACION ESPAÑOLA DE TECNICOS EN RADIOLOGIA (A.E.T.R.)  
RADIODIAGNOSTICO - MEDICINA NUCLEAR - RADIOTERAPIA

Reyes Magos. 18 - Tel. 91 552 99 00 - 31 05 - Fax: 91 433 55 04  
28009 Madrid

Madrid, 11 de octubre de 1999

SR. D.  
Administrador Gerente  
Aula Magna UP  
Avda Meridiana 358, 3ª planta  
08027-Barcelona

Muy Sr. Nuestro:

Por distintos medios de comunicación hemos tenido conocimiento de la oferta de distintos cursos, entre los que se encuentran los de "RADIO-DIAGNOSTICO" y de "MEDICINA NUCLEAR", dirigido y apto para ATS y/o fisioterapeutas y en los que se anuncia su validez para escala de méritos y de postgrado.

En relación con ellos hemos de significarle, una vez analizada la oferta por nuestra Asesoría Jurídica, que los mismos no tienen ningún tipo de validez por cuanto no habilitan bajo ningún concepto a ejercer funciones de radiodiagnóstico ni de medicina nuclear a ningún ATS o fisioterapeuta, y en consecuencia, no son puntuables en ningún baremo de escala de méritos de las referidas profesiones, toda vez que se puntúan los cursos relacionados con la profesión que se pretende ejercer, como expresan todos los baremos de las distintas Administraciones Públicas.

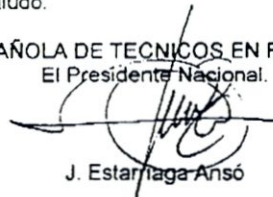
Los ATS y Fisioterapeutas no están habilitados legalmente en España ni en ningún estado miembro de la UE, para ejercer esta profesión ni sus competencias profesionales en virtud de la OM del Ministerio de Sanidad y Consumo de 14 de Junio del 84 y Directivas Euratom, así como de la Doctrina y Jurisprudencia que ha venido a fijar el Tribunal Supremo en distintas sentencias.

Los cursos a que nos referimos, introducen confusión y pueden inducir a un uso fraudulento de los mismos por parte de ATS, con perjuicios para la profesión que represento y que se encuentra regulada legalmente, tanto en España como en la UE. Asimismo, no surtirán efecto en los concursos de méritos para ATS o fisioterapeutas por cuanto llegado el caso serán recurridos ante los Organos Jurisdiccionales competentes.

Ruego a Ud. su corrección en los medios de comunicación.

Reciba un atento saludo.

ASOCIACION ESPAÑOLA DE TECNICOS EN RADIOLOGIA -A.E.T.R.  
El Presidente Nacional.

  
J. Estarriaga Ansó



## NOTA DE DIRECCIÓN

Esta carta ya ha llegado a nuestros órganos representativos, Colegio Oficial de Enfermería de Zaragoza y de Pamplona y al SATSE, y ya se están tomando las medidas oportunas.

# La Sonrisa Radiológica

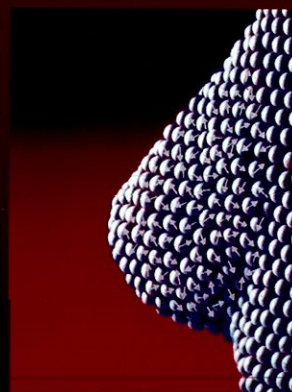
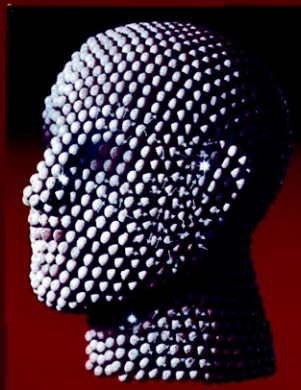
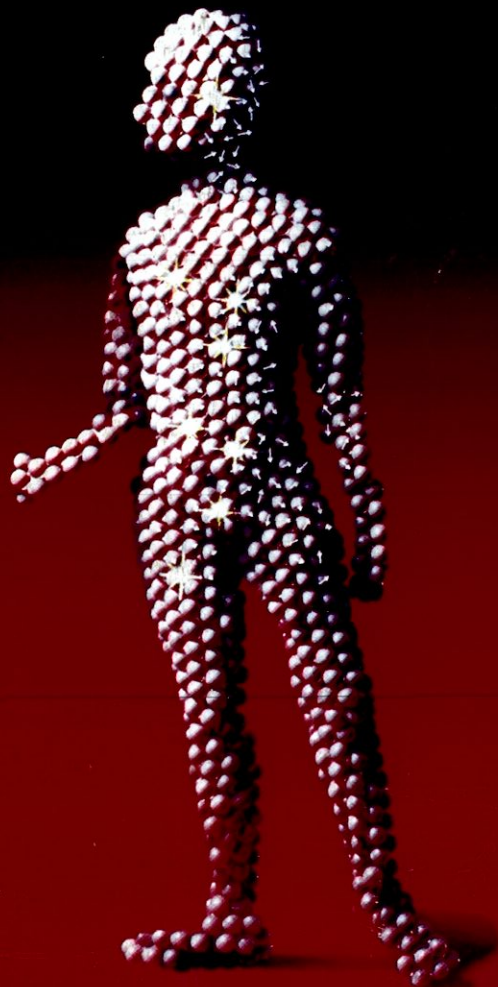
"LA PEÑA ROMERALES"



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

**Magnevist®**

**MAGNETICA**



**Gadopentetato de Dimeglumina**

**Tolerancia excelente**

 **SCHERING**  
RADIODIAGNOSTICO

**Magnevist®**  
GADOPENTETATO DE DIMEGLUMINA  
CALCIUM DTPA