

1° TRIMESTRE 2003 • N° 56 • AÑO XV

ENFERMERÍA RADIOLÓGICA



REVISTA OFICIAL DE LA FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE ASOCIACIONES DE ENFERMERÍA RADIOLÓGICA



Normas para la publicación de artículos

ENFERMERÍA RADIOLÓGICA considerará para su publicación aquellos trabajos relacionados con la Enfermería Radiológica. Fundamentalmente la revista consta de las siguientes secciones:

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

La extensión máxima del texto será de hasta 14 hojas de tamaño A4 a doble espacio y debe ir acompañado de figuras y 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 8 hojas tamaño A4 a doble espacio, acompañadas por las tablas y figuras correspondientes.

Cartas al Director: En esta sección se publicará a la mayor brevedad posible objeciones o comentarios relativos a artículos recientemente publicados en la Revista y observaciones o experiencias que por sus características pueden ser resumidas en un breve texto. Así como aquellas opiniones personales que puedan ser de interés a juicio del Comité de Redacción y de la Junta Directiva.

La extensión máxima será de tres hojas de tamaño A4 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 reimprimos sin el permiso del autor y de la Dirección de la Revista.

Los trabajos deben presentarse en formato Word, escritos a doble espacio, en hojas de tamaño A4. Además de la copia impresa, el documento de Word se puede hacer llegar a la Revista tanto en disquete como a través del correo electrónico en la siguiente dirección: prensa.coenav@ctv.es. 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 PÁGINA 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 su dirección completa, dirección para la correspondencia y petición de separatas, así como otras especificaciones cuando se considere necesario.

2. TEXTO. Conviene dividir claramente los trabajos en apartados, preferiblemente con el siguiente esquema general:

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 12 hojas tamaño A4.

Para más información, consultar la normativa para la publica-

ción en revistas biomédicas y el nº 29 de la Revista Enfermería Radiológica, pag. 21-23.

3. ESTRUCTURA.

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

2. Palabras clave. Debajo del resumen, se debe 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 este apartado se indica 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 y las técnicas utilizadas, proporcionando los detalles suficientes para que una experiencia determinada pueda repetirse sobre la base de esa 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) las relaciones con publicaciones similares y comparación entre las áreas de acuerdo y desacuerdo; 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 en el 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 que se han de realizar, si los 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:

Colegio de Enfermería de Navarra

Revista "Enfermería Radiológica"

Pintor Maetz, 4-1º

31008 Pamplona

Correo electrónico: comunicacion@enfermerianavarra.com

Nota: La revista Enfermería Radiológica se envía de forma gratuita a todos los socios de la FEAEER.

Consejo de Redacción

Maite Esporrín Las Heras
Carmen Remíz Prados
M^a Ángeles Betelu Oronoz
Lourdes Ciriza Zubillaga
Delia Astibia Lorea

Coordinación

Javier Irurtia Orzaiz

JUNTA DIRECTIVA DE LA FEAER

Presidenta

Maite Esporrín Las Heras

Vicepresidenta

Carmen Berrio Gastón

Secretaria y Tesorera

Carmen Remíz Prados

Presidentes de Asociaciones Autonómicas

Gema López-Menchero Mínguez
Eduardo Jordán Quinzano
Joan Pons Camprubi
Jesús M^a Fernández Marín
Maite Esporrín Las Heras
Luis Garnés Fajardo
Clemente Álvarez Carballo

Sede de la Federación

FEAER
Pintor Maeztu, 4-1^o
31008 Pamplona
Tel. 948 251 243 - Fax: 948 175 358

(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 FEAER.

Enfermería Radiológica se distribuye a los profesionales de Enfermería Radiológica de España y de la UE.

Inscrita en el Registro de la Propiedad Intelectual

Publicación autorizada por el Ministerio de Sanidad y Consumo, como soporte válido. Reg. S.V. 88021 R. Depósito Legal: Z-896/93

Edita:

Asociación Navarra de Enfermería Radiológica

Pintor Maeztu, 4-1^o
31008 Pamplona
Tel. 948 251 243 -Fax: 948 175 358
E-mail: comunicacion@enfermerianavarra.com

Imprime:

Gráficas Ulzama

Sumario

BOLETÍN DE SUSCRIPCIÓN.....	2
EDITORIAL	3
ENFERMERÍA BASADA EN LA EVIDENCIA	4
EL CONSEJO GENERAL FIRMA UN CONVENIO CON EL MINISTERIO DE SANIDAD PARA POTENCIAR LA INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA.....	12
LA FEDERACIÓN INFORMA	13
¿ES POSIBLE APLICAR PLANES DE CUIDADOS EN RADIOLOGÍA?	17
UTILIDAD DE LA PET EN LOS LINFOMAS	23
AGENDA DE LA ENFERMERÍA.....	27

I D E O L O G I A

Enfermería Radiológica es la revista oficial de la Federación Española de Asociaciones de Enfermería Radiológica. Su objetivo es dar a conocer nuestras inquietudes científicas, promover la investigación y servir de portavoz de la FEAER a sus asociados en aquellos temas relacionados con su especialidad.

Boletín de Suscripción

Marque con una X las casillas que se indican. ESCRIBA, POR FAVOR,
A MAQUINA O CON LETRAS MAYUSCULAS

1. apellido:..... 2º apellido:.....

Nombre:.....

ENTIDAD:.....

Dirección (calle, paseo, etc.):.....

Nº:..... Piso:..... Puerta:.....

Población:..... Código Postal:.....

Provincia:..... Teléfono:.....

DNI/N.I.F. -

Nº de socio:.....

ACTIVIDAD PROFESIONAL

Especialidad:.....

HOSPITALARIA

EXTRAHOSPITALARIA

DOCENCIA

Centro:..... Ejercicio Libre

En E.U.E.

Servicio:..... D.U.E. de Empresa

En I.F.P.

Cargo o función..... Centro de Salud

En Formación Continuada

FORMAS DE PAGO

Transferencia Bancaria a C/C: 0095 4732 84 0600018492

Cheque bancario a nombre de la FEaER
(C/ Pintor Maeztu, 4- 1º A - 31008 Pamplona)

P R E C I O S

SUSCRIPTOR INDIVIDUAL

31,5 €

4 números al año

INSTITUCIONES

52 €

4 números al año

Enviar este impreso por correo postal a la siguiente dirección:

Revista Enfermería Radiológica • Colegio de Enfermería de Navarra
Pintor Maeztu, 4-1º • 31008 • Pamplona

O por fax, al número **948 175358**



Participación en el Proyecto NIPE

En la Editorial de la Revista Enfermería Radiológica anterior ya tuve oportunidad de adelantarte algo acerca del proyecto NIPE.

Como recordarás, el proyecto NIPE tiene por objeto desarrollar distintos instrumentos de mejora continua de la calidad de los cuidados de Enfermería, a la vez que desarrollar sistemas de estimación de costes generados por la enfermera.

De la misma manera te informé que las Asociaciones Científicas habíamos sido invitadas a participar en este proyecto, y ahora ya es el momento de iniciar el trabajo.

Desde la Federación Española de Asociaciones de Enfermería Radiológica valoramos muy positivamente este proyecto y nuestro deseo es participar activamente en él, gracias a la invitación cursada desde el Consejo General de Enfermería. Esta es una oportunidad que, según nuestro criterio, no debemos desaprovechar.

En este momento, y en ausencia de nuestra ansiada Especialidad de Enfermería Radiológica, esta es una vía de desarrollo que podemos obtener.

Desde el ISECS - que es la entidad de investigación, normalización y acreditación promovida por la Organización Colegial de Enfermería- se han comprometido a ayudarnos, facilitándonos la formación adecuada y necesaria para llevar esta empresa adelante.

Sinceramente, consideramos este trabajo como un método válido para que no nos quedemos estancados, al menos, investigando sobre las intervenciones que realizamos los profesionales de la Enfermería Radiológica, compartidas con otros campos de la Enfermería o específicas de nuestra propia Especialidad, podemos alcanzar así cierto grado de desarrollo de nuestro trabajo diario, con el fin también, por qué no decirlo aunque suene ambicioso, de que sea más y mejor reconocido en otros ámbitos interesantes para nuestro futuro profesional, como son los de la Administración, docencia, investigación, etc.

En la medida que en el ámbito personal de trabajo nos corresponde, nosotras ya hemos dado el primer paso: hemos creado un grupo de enfermeras que trabajamos en Resonancia Magnética de la Clínica Universitaria de Pamplona y vamos a iniciarnos en esta materia.

Ahora sólo faltas tú, que te animes y te reúnas con personas interesadas en el tema y de este modo pongamos nuevos grupos de trabajo en marcha. Todos son necesarios, todos aportarán ideas interesantes, las cuales serán consensuadas hasta llegar a unos resultados científicos, que pueden ser de gran utilidad para nuestra profesión.

Lo más operativo, se me ocurre, es que te dirijas a la Asociación de Enfermería Radiológica a la que perteneces y manifiestes tu voluntad de colaborar en un grupo de trabajo NIPE.

Si por el contrario, no hay Asociación de Enfermería Radiológica en tu Comunidad Autónoma, puedes ponerte en contacto directamente con nuestra Federación y, una vez valoradas las personas interesadas y su procedencia, estudiaremos el método más adecuado para organizar nuevos grupos de trabajo.

Hoy en día, gracias a la facilidad de las telecomunicaciones, puede resultar más fácil organizar grupos de trabajo que *no residan en la misma ciudad*.

Esperamos tu respuesta. No lo dudes y trabaja por tu profesión, merece la pena.

*Maite Esporrín Las Heras
Presidenta de la FEAER*

Enfermería basada en la "evidencia"

AUTORES

Yáñez, P.; De Castro, M.J.; Ballesteros E.

*Hospital Universitario.
Salamanca*

RESUMEN

El profesor Sackett en 1996, refiriéndose a la "Medicina basada en la Evidencia" dijo que era la "Utilización consciente, explícita y juiciosas de la mejor evidencia clínica disponible para tomar decisiones sobre el cuidado de cada paciente".

Nosotros pensamos que la evidencia científica en enfermería nos da la autoridad para cambiar la realidad asistencial en base a argumentos sólidos y bien informados. Y además es un instrumento de extraordinaria utilidad para mejorar la eficiencia de nuestros cuidados.

En nuestro hospital utilizábamos (porque siempre se había hecho) un vendaje compresivo post-punción arterial, del que se quejaban los pacientes por la incomodidad y las reacciones de la piel. Cuando nos cuestionamos la efectividad del vendaje compresivo, decidimos aplicar la "Enfermería basada en la Evidencia" siguiendo las etapas

que esta metodología plantea:

-Formular la pregunta: ¿Estamos aplicando una técnica correcta?.

-Localizar las pruebas disponibles en la literatura: No hemos encontrado bibliografía .

-Evaluación de la validez fundamentándonos en datos clínicos: Revisión de literatura, principalmente de factores de riesgo que favorezcan las complicaciones y aplicándolos al estudio.

-Aplicación práctica: Estudio de 101 pacientes para valorar la eficacia del vendaje compresivo.

-Evaluación del rendimiento. En los 2 años que llevamos colocando en la zona de la punción un simple apósito estéril hemos podido constatar que el nº de complicaciones se mantiene por debajo del 5%.

PALABRAS CLAVE

Radiología, Vascular, Intervencionismo, Enfermería basada en la Evidencia.

ESTUDIO DE 101 PACIENTES PARA VALORAR LA EFICACIA DEL VENDAJE COMPRESIVO POST PUNCIÓN ARTERIAL

INTRODUCCIÓN

El cuidado del paciente al que se le ha practicado una angiografía, cateterismo u otro procedimiento que afecte a la arteria femoral, constituye un reto único para la enfermería.

Está demostrado que realizar una buena técnica de compresión manual, la vigilancia y la inmovilidad evitan complicaciones:

- Hematomas.

- Hemorragias.
- Pseudo-aneurismas.
- Fístulas arterio-venosas.
- Trombosis arterial.

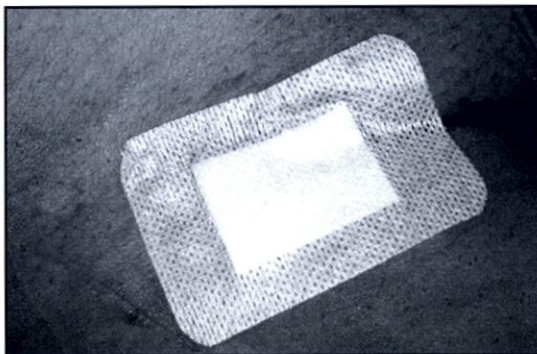
Aunque históricamente se haya venido haciendo, no está demostrado que el posterior vendaje compresivo sea efectivo, ni evite las complicaciones.



Compresión manual



Vendaje compresivo



Apósito estéril

OBJETIVO

- Demostrar que el vendaje compresivo no es necesario si la técnica de compresión manual es la correcta.
- Detectar los posibles factores que puedan influir en las

complicaciones post punción arterial.

TÉCNICA Y CUIDADOS

- Comprimir la arteria por encima del punto de punción cutánea un mínimo de 10'.
- Aplicar Povidona Yodada y colocar apósito estéril.
- Informar al paciente y anotar en Registro de Enfermería las recomendaciones para las horas posteriores al estudio:
 - Reposo absoluto.
 - Vigilar zona de punción.
 - Palpación de pulsos periféricos.

MATERIAL Y MÉTODO

- Estudio prospectivo de 101 pacientes.
- Rango de edad entre 17 y 86 años.
- Zonas de punción: ingles y flexura del codo.
- 35 pacientes con tratamiento anticoagulante o antiagregante.
- Tiempo de compresión superior a 10'.
- No se utilizó vendaje compresivo.

FACTORES DE RIESGO

- Edad: > 80 años.
- Calibre del catéter: > 6 F.
- Presión arterial sistólica: > 180 mm Hg.
- Tratamiento anticoagulante.
- Cifras analíticas de coagulación alteradas (TP, Plaquetas, TTPA).
- Tiempo invertido en el proceso.

COMPLICACIONES

Durante la compresión:

- Hemorragia: 1
- Hematoma: 2

En las primeras 24 horas:

- Hemorragia: 1
- Hematoma: 1

A las 72 horas:

- Hematoma interno abdominal: 1

EXPLORACIONES REALIZADAS

	MMII	CEREB	CARÓT	ILIAC	T.S.A	RENAL	HEPÁT	MESENT	MMSS
ARTERIOGRAFÍAS	47	26			11	6	2	1	1
EMBOLIZACIONES		1				2	1		
ATP + STENT			1	2					

COMPLICACIONES RELACIONADAS CON LA EDAD

Edad	< 49	50-59	60-69	70-79	> 80
Pacientes	16	14	28	33	10
Complicaciones	0	0	1	3	2
%	0%	0%	3,5%	3,9%	20%

COMPLICACIONES RELACIONADAS CON LA PRESIÓN ARTERIAL

Sistólica	<149	150-179	> 180
Pacientes	63	24	13
Complicaciones	1	3	2
%	1,5%	12%	15,4%

COMPLICACIONES RELACIONADAS CON EL CALIBRE DEL CATÉTER

Calibre	4 F	5 F	6 F	7 F	8 F
Pacientes	43	50	5	2	1
Complicaciones	1	5	0	0	0
%	2,3%	10%	0%	0%	0%

COMPLICACIONES RELACIONADAS CON EL PROCESO

Proceso	Arteriografías	Embolizaciones	ATP-Stent
Pacientes	94	4	3
Complicaciones	5	1	0
%	5,3%	25%	0%

Enfermería basada en la "evidencia"

COMPLICACIONES RELACIONADAS CON EL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE

Tto. Anticoagulante	No anticoagulados	Anticoagulados
Pacientes	65	36
Complicaciones	3	3
%	4,6%	8,3%

COMPLICACIONES RELACIONADAS CON LAS ALTERACIONES DE LA COAGULACIÓN

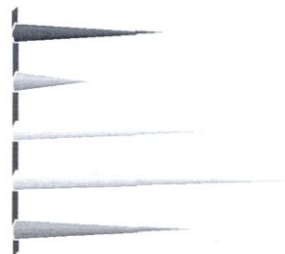
Coagulación alterada	Cifras normales	Cifras alteradas
Pacientes	74	27
Complicaciones	2	4
%	2,8%	14,8%

RESULTADOS

101 pacientes
estudiados



6% de
complicaciones



- 20%: >80 años
- 33%: P.A.S. > 200 mm. Hg
- 25%: + tiempo en el proceso
- 8,3%: anticoagulado
- 14,8%: cifras de coagulación alteradas

RESULTADOS

De los 101 pacientes estudiados, el 6% tuvo complicaciones, y de ellos:

- El 20% era mayor de 80 años.
- El 33% tenía una PA sistólica superior a 200 mm Hg.
- En el 25 % el tiempo invertido en el proceso fue mayor que en el resto.
- El 8,3% estaba con tratamiento anticoagulante o antiagregante.
- El 14,8% tenía algún factor de la coagulación alterado.

De los 101 pacientes:

- 45 pacientes no tenían factores de riesgo y hubo 1 complicación: El 2,2% de los mismos.
- 56 sí tenían factores de riesgo:
 - 26 pacientes con 1 factor de riesgo y hubo 1 complicación: El 3,8% de los mismos.
 - 24 pacientes con 2 factores de riesgo y hubo 3 complicaciones: El 12,5% de los mismos.
 - 6 pacientes con 3 factores de riesgo y hubo 2 complicaciones: El 33,3% de los mismos.

CONCLUSIONES

- Una técnica correcta de compresión reduce el riesgo de complicaciones.
- La asociación de factores de riesgo favorece la aparición de complicaciones post punción.
- No está demostrado que el vendaje compresivo sea efectivo, ni se ha encontrado bibliografía al respecto.
- Si se "evidencia" que la ausencia del vendaje compresivo:
 - No aumenta las complicaciones.
 - Facilita la comodidad del paciente.
 - Evita reacciones dermatológicas.
 - Disminuye el gasto de material.



RESULTADOS



BIBLIOGRAFÍA

- Henry M, Amor M, Ninth Internacional course book of peripheral vascular intervencion. Endovascular therapy course coronary and peripheral. Paris 1998. (Published by Europa adition).
- Ariza G. Manual del Residente de Radiologia Intervencionista. Valencia 1996. (Edita Lab. COOK.)
- Lazzara D, Pfersdorf P. Dispositivo de compresión femoral. Barcelona 1998. (Nursing 98, mayo).

ACTUALIDAD

Convenio con el Ministerio de Sanidad para impulsar la investigación en Enfermería

- La mejora de la calidad de los cuidados es uno de los principales fines del acuerdo firmado por el Consejo General

La Ministra de Sanidad y Consumo, Ana Pastor, y el presidente del Consejo General de Enfermería, Máximo González Jurado, firmaron recientemente un convenio por el que se impulsa la investigación en Enfermería.

La firma de este convenio supone el desarrollo de un Sistema Normalizado de Gestión Integral de Enfermería para contribuir a la mejora de la calidad de la atención que presta la enfermería a la población. El sistema se desarrolla a través de una Red Nacional de Investigación de Enfermería impulsada por el Consejo General de Enfermería y que se compone de 80 grupos de trabajo que aglutinan a más de 500 profesionales procedentes de distintos colegios oficiales de Enfermería de España y centros sanitarios.

Entre los asistentes a la firma se encontraba Maite Esporrín Las Heras, presidenta de la Federación Española de Asociaciones de Enfermería Radiológica (FEAER). Su presencia en dicho acto se debe a que, a partir de ahora, estos procesos de investigación se hacen extensivos a las sociedades científicas de Enfermería, que van a trabajar en los procedimientos de Enfermería que se realizan en cada especialidad.

El proyecto integra las actividades de investigación y desarrollo, la implantación, validación y evaluación en los centros sanitarios de España tanto de atención especializada como de atención primaria.

LEY DE COHESIÓN

El proyecto de investigación se enmarca con las líneas estratégicas definidas en la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud ya que aborda con rigor metodológico, aspectos como la mejora de la calidad, la gestión de los costes, el desarrollo de sistemas de información y el fomento de la investigación mediante redes de trabajo.

Asimismo, a través de este proyecto de investigación, la Organización Colegial de Enfermería contribuye con el sistema sanitario español a la creación de una necesaria infraestructura para la calidad sanitaria, en la línea que también está defi-



Momento de la firma entre el Presidente del Consejo General y la Ministra



La presidenta de la FEAER, Maite Esporrín (primera fila, tercera por la izquierda), junto a los asistentes a la firma del convenio

nida en la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, que se sustenta en la elaboración de reglamentaciones y en estándares organizativos, funcionales y asistenciales, así como en la creación de instrumentos para facilitar la evaluación y la acreditación de los profesionales, de los centros y servicios, y de la formación continuada.

El convenio entre el Consejo General de Enfermería y el Instituto de Salud Carlos III tiene una dotación económica de 5.572.714 euros y un periodo de duración de tres años: 2003, 2004 y 2005.

Sentencia de la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Catalunya

En esta ocasión transcribimos una nueva Sentencia, fruto del recurso interpuesto por la Asociación de Técnicos de Radiología y la sección de UGT del Hospital Universitario Germans Trias I Pujol, frente a una Sentencia del Juzgado de lo Social, en autos de conflicto colectivo, con afectación al personal ATS-DUE y TER.

Dicho recurso es relativo a la aplicación de normativa estatal, en cuanto a requisitos que debían cumplirse para desempeñar funciones en aparatos de radiología, solicitándose que se anulara la adscripción de los compañeros enfermeros de los puestos de Radiología de este Hospital, puesto que realizaban funciones técnicas.

El fallo de este recurso es desestimado, y por tanto favorable a Enfermería, aunque bien es cierto que no en los términos deducidos de un estudio del fondo del problema, como a nosotros nos gustaría, sino que es desestimado debido a una inadecuación del procedimiento.

CÉDULA DE NOTIFICACIÓN DE SENTENCIA

En el rollo de Sala núm.: 808/2002 formado para resolver el recurso de suplicación interpuesto contra resolución dictada por el Juzgado de lo Social N° 10 Barcelona en los autos núm.320/1999, la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Catalunya, ha dictado, con fecha 14/06/02 la sentencia que por copia autorizada se acompaña a la presente.

Se le hace saber que tal resolución no es firme y que contra la misma puede interponerse recurso de casación para la unificación de doctrina, para ante la Sala Cuarta de lo Social del Tribunal Supremo, el cual deberá prepararse mediante escrito firmado por Abogado y dirigido a esta Sala en donde habrá de presentarse dentro de los diez siguientes a la presente notificación y con los demás requisitos establecidos en los números 2º y 3º del Artº. 219 de la Ley de Procedimiento Laboral.

Así mismo, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 100 del texto procesal laboral el depósito de los 300,50 euros se efectuará en la cuenta que la Presidencia de la Sala IV del Tribunal Supremo tiene abierta en la Oficina del Banco Bilbao-Vizcaya de la c/ Génova núm. 17 de Madrid -clave de oficina 4.043- debiendo acreditar haberlo efectuado, al personarse en dicha Sala del Tribunal Supremo, dentro del término del emplazamiento que se le practique.

La consignación del importe de la condena, cuando así proceda, se efectuará en la cuenta que esta Sala de lo Social tiene abierta en la Oficina del Banco Bilbao-Vizcaya de la Plaza Catalunya nº 5 -clave de la oficina 1000 - nº 0965-000-80-B añadiendo a continuación el número y año de Rollo, y debiendo acreditar el haberlo efectuado, al tiempo de preparar el recurso en esta Secretaría.

Y para que sirva de notificación en forma de la persona que al pie se indica, libro la presente que firmo en Barcelona a veite de junio de dos mil dos.

La Secretaria de Sala.

TRIBUNAL SUPERIOR DE JUSTICIA DE CATALUNYA

SALA SOCIAL

ILMO. SR. D. JOSÉ QUETCUTI MIGUEL

ILMO. SR. D. FRANCISCO JAVIER SANZ MARCOS

ILMO. SR. D. JOSÉ CÉSAR ÁLVAREZ MARTÍNEZ

En Barcelona a 14 de junio de 2002

La Sala de lo Social del Tribunal superior de Justicia de Cataluña, compuesta por los Ilmos. Sres. citados al margen,

EN NOMBRE DEL REY

ha dictado la siguiente

SENTENCIA Nº 4586/2002

En el recurso de suplicación interpuesto por A.E.T.R. y S.S.U.G.T. HOSPI. UNIVERS. GERMANS TRIAS Y PUJOL frente a la Sentencia del Juzgado de lo Social Nº 10 Barcelona de fecha 2 de julio de 2001 dictada en el procedimiento nº 320/1999 y siendo recurrido a C.G.T., ASSOCIACIO D'INFERMERIA RADIOLÓGICA DE CATALUNYA (A.I.R.C.), C.C.O.O., I.C.S Y SATSE SINDICATO DE ENFERMERÍA. Ha actuado como Ponente el/la Ilmo. Sr. D. José Quetcuti Miguel.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Con fecha 23 de marzo de 1999 tuvo entrada en el citado Juzgado de lo Social demanda sobre Conflicto colectivo, en la que el actor alegando los hechos y fundamentos de derecho que estimó procedentes, terminaba suplicando se dictara sentencia en los términos de la misma. Admitida la demanda a trámite y celebrado el juicio se dictó sentencia con fecha 2 de julio de 2001 que contenía el siguiente Fallo:

Que desestimando la demanda promovida por la SECCIÓN SINDICAL DE UGT EN EL HOSPITAL TRIAS Y PUJOL Y ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE TÉCNICOS EN RADIOLOGÍA, en conflicto colectivo, contra INSTITUTO CATALÁ DE LA SALUT, ASOCIACIÓ D'INFERMERIA RADIOLÓGICA DE CATALUNYA (AIRC), SINDICAT D'INFERMERIA SATSE, COMISIONES OBRERAS Y CONFEDERACIÓN GENERAL DEL TRABAJO, absuelvo a los susodichos demandados de la misma."

SEGUNDO.- En dicha sentencia, como hechos probados se declaran los siguientes:

Que la demandante acciona como responsable de la sección sindical de la Federación de Servicios Públicos del Sindicato Territorial del Nor-Oriental Maresme de la Unión General de Trabajadores (FSP-UGT), del Hospital Germans Trias y Pujol en Badalona, en autos de conflicto colectivo con afectación al personal ATS-DI y Técnicos en la especialidad de Radiología en el referido centro."

TERCERO.- Contra dicha sentencia anunció recurso de suplicación la parte demandante, que formalizó dentro de plazo, y que la parte contraria, a la que se dió traslado lo impugnaron, elevando los autos a este Tribunal dando lugar al presente rollo.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO.- Que contra sentencia de instancia que desestimó la demanda, se alzan las dos accionantes formulando el presente recurso de suplicación, por los tres motivos que autoriza el art. 191 de la LPL.

SEGUNDO.- Que para una correcta resolución del problema, es preciso señalar una serie de vicisitudes que devienen substanciales.

A.- que los accionantes interponen demanda ejercitando la acción de conflicto colectivo relativo a la aplicación de normativa estatal en cuanto a los requisitos que debían cumplimentarse para poder desempeñar funciones en aparatos de radiología.

Que tal demanda se formula contra el ICS y contra determinadas personas físicas (nombres) que como ATS/DE prestaban sus servicios en el departamento o servicio de radiología del Hospital Trias y Pujol de Badalona.

Que se solicitaba en el suplico que se anule o revoque la adscripción de dicho personal codemandado a dichos puestos del servei de radiología del Hospital Universitari Germans Trias i Pujol en cuanto realizan o llevan a cabo funciones técnicas de radiología de cualquier tipo.

B.- Que con posterioridad a la presentación de dicha demanda, la demandante formuló escrito de ampliación de fecha 11-5-99 (folio 47) en la que se ampliaba a tres personas físicas más, (nombres). Que tal ampliación se produjo por ser personal estatutario realizando técnicas y manipulaciones de los aparatos de radiología sin especialidad respectiva, de lo cual se ha tenido conocimiento a posteriori...

C.- Que el día de la celebración del juicio, 22-7-99, la demandante formuló solicitud de aplazamiento del acto de juicio para proceder a aclarar la demanda.

D.- Que en fecha 26 de julio de 1999 tuvo entrada en el Juzgado Social, escrito aclaratorio de la parte, en la que se procedía: desistir de los codemandados personas físicas (los trabajadores antes mencionados), como consecuencia de ello proceder a eliminar del hecho quinto de la demanda, la referencia a ellos contenida...y por ende se revoque la adscripción de dicho personal a dichos puestos del Servei de radiología del Hospital Universitari...). por una genérica.

Modificar el suplico de la demanda en el sentido de mantener el mismo, excepto en el sentido de ... el personal que no tienen dichos requisitos, así la especialidad de radiología o electroradiología y acreditación del CSN no pueden desempeñar los puestos de trabajo que requieren la utilización de técnicas y funciones de radiología, por ser presupuesto habilitante para ello, siendo perceptivo la exigencia de estos requisitos en el ejercicio de tales funciones.

Que a la Sala se ofrece, ab initio, la consideración de si la cuestión formulada, constituye un conflicto colectivo propiamente dicho, susceptible del procedimiento especial del art. 155.1 de la LPL, o por el contrario un mero conflicto individual o plural, surgido de la acumulación subjetiva de la pretensión, no ostando a tal estudio que el problema no haya sido suscitado por las inter partes relatio, ni abordado ex officio por el Juzgador de instancia, por tener los Organos Jurisdiccionales el deber de conocer aquellas anomalías que se puedan producir en el proceso y que sean afectantes al orden público procesal, derivado del carácter de ius cogens de la materia procedimental de que se trata.

Que conforme a reiterada doctrina del Tribunal Supremo ad exemplum, las 8-6-93, 27-7-93, 8-7-94 y 31-10-00, la inadecuación de procedimiento es apreciable de oficio, dada la naturaleza de derecho necesario absoluto de las normas rectoras del proceso y atendiendo al principio de legalidad proclamado por el art. 9.3 de la CE, sin que el aquietamiento de las partes impida a la Sala el examen por propia iniciativa de la cuestión.

TERCERO.- Que procede acudir pues, a la regulación que se realiza en la Ley Ritual Laboral de los conflictos colectivos, y así el art. 151.1 afirma que se tramitarán a través del proceso especial de conflictos colectivos las demandas que afecten a intereses generales de un grupo genérico de trabajadores y que versen sobre la aplicación e interpretación de una norma estatal, convenio colectivo, cualquiera que sea su eficacia, o de una decisión o práctica de empresa.

Que la referencia a los intereses generales de un grupo genérico e indiferenciado de trabajadores en materia de aplicación e interpretación de una norma estatal, convencional o decisión o práctica de empresa, es lo que delimita y compone el proceso de conflicto colectivo.

No se trata como en el conflicto individual o plural, de reconocer o definir derechos individuales de determinados trabajadores incluidos en el ámbito del mismo, lo que en él se ventila y decide es la controversia sobre un interés indivisible o inidiferenciado de grupo.

Que el Tribunal Supremo ha venido señalando, entre otras en la Sentencia de 13 de octubre de 1997, que el conflicto colectivo está definido por la presencia de dos elementos, el *subjetivo*, integrado por la referencia a la afectación de un grupo genérico de trabajadores, entendiéndose por tal, no la mera pluralidad, suma o agregado de trabajadores singularmente considerados, sino un conjunto estructurado a partir de un elemento de homogeneidad, y el *objetivo*, consistente en la presencia de un interés general que es el que actúa a través del conflicto, y que se define como un interés indivisible correspondiente al grupo en su conjunto y por tanto no susceptible de faccionamiento entre sus miembros, en parecidos términos podemos referirnos a las sentencias del TS de 22-3-95, 10-4-95, 9-7-99 y 7-7-00.

Que en el mismo sentido la Sala ha reiterado la imposibilidad de incorporar en el ámbito del conflicto colectivo pronunciamientos que afecten a una *pluralidad definida* y concreta que requieran el análisis de sus específicas e individuales circunstancias sociolaborales con relevancia en lo debatido.

Que tal singularización (dentro de una pluralidad, que no es lo mismo que grupo genérico innominado), pueda desvirtuarse por el mecanismo de su no nominación.

Que esto último es lo que ha acontecido en el presente procedimiento, pues en la demanda se objetiva qué trabajadores son aquellos que ocupan los puestos discutidos, y no sólo especifican nominativamente (en el encabezamiento y hecho cuarto), sino que el propio suplico se refiere a ellos solicitando se revoque su adscripción por no reunir supuestamente determinados requisitos, que ad abundantia maior en escrito de ampliación posterior (más de modificación substancial), se adicionan otros tres más, y sólo momento posterior, y comprendido por los actores que tal individualización casaba mal con la naturaleza de la acción de conflicto colectivo ejercitada, se intenta con la maniobra de nueva aclaración de la demanda, expulsar del proceso a los trabajadores individualmente afectados, para así presentar una apariencia de indefinición que permitiera, ciertamente con éxito hasta el momento presente argumentar la existencia del elemento subjetivo antes citado.

QUINTO.- Que siendo perfectamente identificables los trabajadores contra los que se dirige la acción y a los que afecta la pretendida declaración normativa, no puede afirmarse que por la mera circunstancia de la no mención de los mismos por medio de la modificación de la demanda llevada a cabo in extremis por los accionantes, la cuestión planteada afecta a la esencia del conflicto colectivo, esto es que afecta a *intereses generales de un grupo genérico* de trabajadores, por lo que siendo esta la línea interpretativa de la doctrina legal, así sentencias del TS de 8-7-97, 15-12-97, 3-3-98 y 9-3-98 entre otras, procede, sin entrar a conocer de los concretos motivos de los recursos y de las impugnaciones frente a ellas formuladas, anular la sentencia recurrida que decide sobre el fondo y declarar ex officio la inadecuación del procedimiento, con absolución en la instancia de las partes demandadas, sin imposición de costas en virtud de lo dispuesto en el art. 133.2 de la LPL.

VISTOS los preceptos legales citados, sus concordantes y demás disposiciones de general y pertinente aplicación.

FALLAMOS

Que debemos declarar y declaramos ex officio, la inadecuación del procedimiento seguido y sin entrar a reconocer de los recursos de suplicación formuladas por la Sección Sindical de UGT, del Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, así como por la Asociación Española de Técnicos en Radiología (AETR) contra la sentencia de fecha 2 de julio de 2001 dictada por el Juzgado de lo Social nº 10 de los de Barcelona dinamante de autos 320/1999, y consecuentemente debemos desestimar y desestimamos en la instancia las demandas origen del litigio, absolviendo de las mismas a los codemandados.

Contra esta Sentencia cabe Recurso de Casación para la Unificación de Doctrina que deberá prepararse ante esta Sala en los diez días siguientes a la notificación, con los requisitos previstos en los números 2 y 3 del Artículo 219 de la Ley de Procedimiento Laboral.

Notifíquese esta resolución a las partes y a la Fiscalía del Tribunal Superior de Justicia de Cataluña, y expídase testimonio que quedará unido al rollo de su razón, inorporándose el original al correspondiente libro de sentencias.

Así por nuestra sentencia, lo pronunciamos, mandamos y firmamos.

¿Es posible aplicar Planes de Cuidados en Radiología?

AUTORES

Pilar Darriba Rodríguez. *Enfermera. U. A. P. C.H. Arq. Marcide - Prof. Novoa Santos. Ferrol **

Margarita Iglesias Díaz. *Supervisora Radiología. C. H. J. Canalejo. A Coruña **

Gema López-Menchero Mínguez. *Supervisora Serv. Centrales. Hospital Provincial. Zaragoza.*

Roberto Díaz Meyer. *Enfermero. Med. Nuclear. Hospital de Santa Cruz y San Pablo. Barcelona*

Inmaculada Montero Monterroso. *Enfermera Radiología. Hospital Reina Sofía. Córdoba*

Luis Arantón Areosa. *Supervisor Calidad. C. H. Arq. Marcide - Prof. Novoa Santos. Ferrol*

* Especialistas en Radiología y Electrología

RESUMEN

Este artículo es la consecuencia de una línea de investigación en la que llevamos trabajando desde hace tiempo, en la que nos planteamos que en Radiología es posible realizar Planes de Cuidados; no lo consideramos tarea fácil ya que supone un importante esfuerzo, que se verá recompensado al cabo de un tiempo, garantizando la continuidad en los cuidados del paciente y mejorando la calidad asistencial, al mismo tiempo que favorecemos la integración con el resto de la Enfermería asistencial.

Nuestro **objetivo** es explicar y desarrollar la elaboración de planes de cuidados en Radiología, con ejemplos en dife-

rentes formatos, demostrando que sí es posible la realización y aplicación de este método de trabajo de Enfermería en el Servicio de Radiología. Este trabajo está realizado de forma muy sencilla, pero lo hemos hecho pensando que será útil para concienciar y desarrollar una metodología de trabajo propia de Enfermería en el servicio de Radiología, que además nos ayudará en nuestras intervenciones de Enfermería y, también, y demostrará a los escépticos, que en Radiología existe Enfermería, con un amplio abanico de cuidados, ya que **"dónde hay un paciente debe haber un/una enfermero/a"**.

PALABRAS CLAVE

Enfermería radiológica, Planes de cuidados, Radiología

La enfermería en Radiología es cuestionada, con relativa frecuencia, con el argumento de que "las tareas que allí se realizan son meramente técnicas". Es obvio que, al entrar en un Servicio de Radiodiagnóstico, lo primero que se ve son los distintos aparatos dónde se realizan las exploraciones diagnósticas o terapéuticas, que se aplicaran a personas con deterioro de su salud. Estos pacientes precisan de cuidados y, es el profesional de Enfermería en Radiología, el encargado de administrarlos, ya sean generales o específicos de la prueba a realizar. Y una forma de demostrar la existencia de dichos cuidados es la aplicación de Planes de Cuidados a través del Proceso de Enfermería.

Este artículo es la consecuencia de una línea de investigación en la que llevamos trabajando desde hace tiempo, en la que nos planteamos que en Radiología es posible realizar Planes de Cuidados; no es una tarea fácil (igual que ocurre en las Unidades de Hospitalización), pero algunos compañeros ya la han puesto en práctica; supone un importante esfuerzo al principio, pero se ve recompensado al cabo de un tiempo, con una organización y simplificación del trabajo, al mismo tiempo que garantizamos la continuidad en los cuidados del paciente, mejoramos la calidad asistencial, favorecemos la integración

con el resto de la Enfermería asistencial y demostramos a los escépticos que en Radiología existe Enfermería, con un amplio abanico de cuidados de Enfermería.

Profesionalmente, y a través de los Planes de Cuidados, la Enfermería define sus funciones, tanto ante el paciente como ante otros profesionales o ante la Administración, prestando cuidados que unen tareas independientes, interdependientes y dependientes. También, permite establecer la cartera de servicios, que es un instrumento que favorece la identificación de las prestaciones que oferta el profesional sanitario, informando acerca de cada actividad concreta y de sus características.

El método de los Planes de Cuidados es dinámico y adaptable, al mismo tiempo que organizado y flexible, ya que depende en todo momento de las necesidades puntuales de cada paciente, en función de ellas se organizan las actividades de Enfermería y se plantean los objetivos a conseguir, que serán evaluados al finalizar el proceso. Todo esto nos indica que, aunque utilicemos planes estandarizados, es necesario personalizarlos para cada paciente.

Las reacciones antes de acometer cada empresa pueden ser: "que bonito pero ¡yo no tengo tiempo para esas cosas!" o "hasta

¿Es posible aplicar Planes de Cuidados en Radiología?

ahora el trabajo salió y no necesitamos nada de eso" ó "demuéstrame que se puede hacer y después ¡ya veremos!", entre otras. Se han de considerar normales, dado el ritmo con el que se trabaja en los Servicios de Radiología, pero también es aconsejable comprobar si existen métodos que puedan facilitar el trabajo, aunque al principio parezcan costosos y difíciles.

Nuestro **objetivo** es explicar y desarrollar la elaboración de planes de cuidados en Radiología, con ejemplos en diferentes formatos, demostrando que sí es posible realizar y aplicar este método de trabajo de Enfermería en el Servicio de Radiología.

MATERIAL Y MÉTODO

Para llevarlo a cabo repasaremos, muy someramente, el método de elaboración, basándonos en el Modelo de Enfermería de Virginia Henderson. A continuación presentaremos planes de cuidados estandarizados ya elaborados en diferentes formatos: presentación tradicional y presentación en formato informático.

RESULTADOS

La elaboración de un Plan de Cuidados pasa por diferentes fases, todas enlazadas y en muchas ocasiones simultáneas. En un primer momento es aconsejable elaborar planes de cuidados estandarizados para individualizarlos posteriormente, partiendo de una base general. Para elaborarlos es aconsejable un consenso entre las personas que forman parte de la Enfermería de la Unidad, ya que los planes de cuidados son fruto de la experiencia y del consenso.

Comenzaremos por la valoración de las necesidades del paciente, para lo que nos ayudará de forma importante la existencia de unos registros propios de Enfermería radiológica, es decir, la Hoja de Enfermería Radiológica, pero en caso de no existir dichos registros, es necesario recabar toda la información posible:

- recogiendo datos y reuniendo la información
- validando dichos datos: asegurando que el conocimiento de los datos reales y de los que son cuestionables
- organizando los datos por grupos de información
- formulando conclusiones, es decir, diagnósticos de Enfermería

Las fuentes de datos se obtienen a través:

- del paciente: -registros de Enfermería
- registros médicos
- otros registros
- pruebas diagnósticas
- de entrevistas personales
- de la observación

Una vez realizada la valoración e identificadas las necesida-



El trabajo se plantea si es posible realizar Planes de Cuidados en Radiología

des, se plantean los objetivos a conseguir y se formulan los diagnósticos de Enfermería. Formular un diagnóstico de Enfermería puede parecer algo muy complicado, pero una vez conocido el método no lo es tanto: se formulan con el siguiente formato:

Problema (diagnóstico NANDA) relacionado con etiología manifestado por síntomas

Ejemplo:

Ansiedad relacionada con la realización de urografía manifestado por intranquilidad

Un diagnóstico de Enfermería es la expresión del estado de salud de una persona, desde el punto de vista enfermero. En un primer momento, parece una de las fases más difíciles de toda la elaboración, es necesario familiarizarse un poco con el tema. En relación con este apartado nos gustaría remitir a dos trabajos que consideramos de los mejores artículos sobre los diagnósticos de Enfermería en Radiología, presentados en el VIII Congreso Nacional de Enfermería Radiológica:

• Diagnósticos de Enfermería en Radiología. Pérez Soler P. J., Orduna Onco A., Latapia López C.

• Producto enfermero en el diagnóstico por imagen. Plaza J.J., Balsara M., Gajete R., Aragon A., Flores F., Ipiates A., Millan F., Sanz P.

A continuación, basándonos en los diagnósticos de Enfermería, pasamos a planificar las actividades de Enfermería, que consideramos necesarias para conseguir los objetivos que pretendemos que consiga el paciente (que previamente hemos consensuado con él), priorizándolas y describiéndolas de forma pormenorizada.

El proceso se completa con la evaluación, que realizaremos

¿Es posible aplicar Planes de Cuidados en Radiología?

a través de los criterios de resultados que deberemos establecer, comprobando si el paciente consiguió los objetivos propuestos y si sus necesidades han sido satisfechas.

Es necesario no olvidar que todo debe estar escrito, y mucho mejor si es informatizado, con el fin de que quede constancia escrita de nuestro trabajo e incluso, a efectos legales puede ser muy útil.

Posiblemente todo este proceso sea ya muy conocido por los lectores, pero consideramos necesario describirlo someramente para facilitar la posterior comprensión de los planes que hemos elaborado.

Esta es la teoría, pero lo primero que podemos preguntarnos es: "¿y la práctica? ¿la escasez de tiempo? ¿las cargas de trabajo?..." Es cierto, con la teoría solamente no podríamos hacer nada, y los primeros momentos de la implantación de los cuidados son muy difíciles, ya que ahí es dónde más se van a notar las cargas de trabajo y la falta de tiempo para realizarlos, pero una vez familiarizados con el modelo, el trabajo se puede simplificar en gran medida, evitando duplicidades y continuando los cuidados de un paciente, sin interrumpirlos en ningún momento durante su estancia en el Servicio de Radiología (uno de los problemas que nos plantean desde las Unidades de Hospitalización).

A continuación, proponemos ejemplos de un plan de cuidados estandarizado de un paciente sometido a un drenaje biliar, en dos formatos a modo de ejemplo, con la finalidad de com-

prender que es posible realizar Planes de Cuidados con diferentes modelos de Enfermería y con diferentes formatos:

• **tabla 1:** tradicional, basado en el modelo de cuidados de Virginia Hendersoon

• **tabla 2:** modelo, tal como podría presentarse informatizado, basado en el Programa Gacela, con la codificación utilizada en el C. H. Arq. Marcide - Prof. Novoa Santos de Ferrol (A Coruña)

CONCLUSIONES:

La contestación a la pregunta con que comenzábamos el trabajo es que **SÍ**, es posible realizar y aplicar planes de cuidados en Radiología, como método de trabajo que refleja y demuestra las actividades de Enfermería que se realizan en Radiología.

Este trabajo está realizado de forma muy sencilla, pero lo hemos hecho, pensando que será útil para concienciar y desarrollar una metodología de trabajo propia de Enfermería (aplicada de forma generalizada en Unidades de Hospitalización) en el servicio de Radiología, que además nos ayudará en nuestras intervenciones de Enfermería y, también, a demostrar ante nuestros compañeros, ante otros colectivos, ante la Administración y ante la sociedad en general, que en los servicios de Radiología también existe Enfermería, ya que (utilizando un tópico de nuestra profesión) "**dónde hay un paciente debe haber un/una enfermero/a**".

BIBLIOGRAFÍA

- Alberdi Castell, R. M. *Y mañana ¿qué? Un análisis sobre las innovaciones del sistema sanitario, así como del presente y futuro del trabajo enfermero*. Rev. *Metas de Enfermería*, Enero 1998, 1: (40-48)
- Cervantes Castro, A. *Enfermería Radiológica*. Ed. Limusa. 1988. México
- Darriba Rodríguez, P. *Planes de Cuidados en Enfermería Radiológica*. Rev. *Enfermería Radiológica*, 21: (11-16)
- Díaz Meyer, R.; Darriba Rodríguez, P. *Medicina Nuclear y Enfermería*. Rev. *ROL de Enfermería*, 235: (33-36)
- Fernández Fernández, M.L.; Castanedo Pfeiffer C.; González Quevedo M.C.; del Río Saiz F.J. *El modelo de Virginia Henderson: por qué sigue habiendo dificultades para su adopción*. Rev. *Metas de Enfermería*, 3: (16-19)
- Fernández Sola, C.; Rodríguez Ferrer, F.; Granero Molina, J.; Pérez Pardo, A.; Muñoz Ronda, F.J.; Pérez Manzano, F. *Importancia de la información de Enfermería Radiológica al usuario*. Rev. *Enfermería Radiológica*, 34: (5-7)
- Jimenez Bondía, L.; Payá Soto, J. *Consulta de Enfermería Radiológica*. Rev. *Enfermería Radiológica*, 32: (12-16)
- Milian Miras, R.; Pons Camprubí, J. *Proceso de Atención de Enfermería en un Servicio de Medicina Nuclear*. Rev. *Enfermería Radiológica*, 19: (5-7)
- Pérez Soler P.J. *Reflexiones sobre el futuro de la Enfermería Radiológica*. Rev. *Enfermería Radiológica*, 24: (5-8)
- Pérez Soler, P. J.; Orduna Onco, A.; Latapia López, C. *Diagnósticos de Enfermería en Radiología*. VIII Congreso Nacional de Enfermería Radiológica. Barcelona, mayo 1999
- Plaza, J.J.; Balsera, M.; Gajete, R.; Aragón, A.; Flores, F.; Ipiates, A.; Millan, F.; Sanz P. *Producto enfermero en el diagnóstico por imagen*. VIII Congreso Nacional de Enfermería Radiológica. Barcelona, mayo 1999
- Serrano Sastre, R.; Saracibar Razquin, M.I.; Carrascal Garchitorena, E.; Tina Majuelo, P.; Narvaiza Solis, M.J.; Sanz Izco, M.; Díaz Navaraz, M.T. *Estandarizar los cuidados*. Rev. *ROL de Enfermería*, 227-228: (23-31)
- Vicent Corbett, J. *Pruebas de Laboratorio, exploraciones y diagnósticos de enfermería*. Ed. Doyma. 1990. Barcelona

TABLA 1: PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO PARA DRENAJE BILIAR EN RADIOLOGÍA SIN COMPLICACIONES

Diagnósticos de Enfermería	Objetivos	Actividades
Ansiedad relacionada con realización prueba radiológica e ingreso hospitalario	El paciente manifestará disminución de su ansiedad expresando haber comprendido la información recibida	<ul style="list-style-type: none"> • Informar acerca de: <ul style="list-style-type: none"> - actividades de enfermería - procedimiento radiológico - activ. relacs. con la prueba/tratamiento radiológico - cuidados postintervención - tiempo de duración • Animar al paciente a que exprese sus dudas y realice preguntas. • Ofrecerle seguridad y confianza • Tranquilizarla acerca de su proceso
Alteración del bienestar relacionado con cambio de ambiente habitual e incomodidades de la prueba radiológica	El paciente manifestará sentir las mínimas incomodidades posibles.	<ul style="list-style-type: none"> • Organizar los cuidados a fin de minimizar las incomodidades para el paciente relacionadas con la prueba radiológica • Proporcionar un ambiente tranquilo y establecer las medidas de confort, en la medida de lo posible
Dolor relacionado con realización de prueba radiológica	El paciente manifestará disminución y/o alivio de su malestar tras la aplicación de medidas antiálgicas	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar localización e intensidad del dolor y/o malestar • Explicarle las causas de su dolor y/o malestar • Aplicación de medidas antiálgicas
Déficit de conocimiento en el mantenimiento de la salud relacionado con falta de información/información insuficiente acerca de la prueba radiológica	El paciente manifestará conocer la información referente a la prueba rx que le van a realizar y los cuidados que deberá seguir.	<ul style="list-style-type: none"> • Educación sanitaria/información acerca de: <ul style="list-style-type: none"> - mantener la postura indicada durante - cuidados catéter - otras indicaciones • Explicar signos y síntomas por los que deberá llamar a la/el enfermera/o: sangrado, fiebre, ...
Alteración de la protección en relación con la emisión de radiaciones ionizantes	El paciente manifestará sentirse protegido tras la aplicación de medidas de protección radiológicas.	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar al paciente las medidas de protección radiológicas que utilizaremos • Aplicación de medidas de protección radiológicas: colimadores, mandiles, etc.

Complicaciones	Actividades
Hemorragia	<ul style="list-style-type: none"> • Vigilar signos y síntomas de sangrado, palidez cutánea, posibles mareos y/o lipotimias. • Controlar constantes vitales: Tensión arterial y pulso. • Avisar al médico si hemorragia excesiva
Infección	<ul style="list-style-type: none"> • Vigilar signos y síntomas de olor y aspecto del exudado, dolor, inflamación, • Controlar temperatura. • Avisar al médico en caso de aparición de signos o síntomas de infección

¿Es posible aplicar Planes de Cuidados en Radiología?

TABLA 2

Unidad: RADIOLOGÍA	Nº Historia:	Sexo:
Enfermera:	Nº Episodio:	Edad:
Fecha:	Nombre y Apellidos:	
	Alergias:	

PLAN DE CUIDADOS DE DRENAJE BILIAR EN RADIOLOGÍA

Datos del Plan

Tipo: Estandar	Vigencia:	
Unidad: Radiología	Última modificación:	
Enfermera:	Última valoración:	Revisión:

Diagnósticos

Nombre	F. Asignación	F. Eliminación
P90006 - Ansiedad		
P90002 - Temor		
P90004 - Dolor		
P14001 - Déficit de conocimiento en el mantenimiento de la salud		
P90012 - Riesgo de infección		
P40005 - Afectación de la movilidad física		

Factores de relación

Nombre	F. Asignación	F. Eliminación
FR0001 - Ansiedad		
FR0002 - Dolor		
FR0039 - Falta de conocimientos		
FR0121 - Restricción prescrita de movimientos		
FR0268 - Cambios en la rutina diaria		
FR0354 - Procedimientos invasivos		
FR0168 - Cambios en la salud, rol, entorno		
FR0121 - Restricción prescrita de movimientos		
FR0232 - Hospitalización		

Objetivos

Nombre	F. Asignación	F. Eliminación
O00032 - Estará informado de todos los cuidados que se le realicen		
O00241 - Comunicará sus dudas y temores durante su estancia en Radiología		
O00388 - Presentará disminución de su ansiedad tras la aplicación de medidas terapéuticas		
O00141 - Manifestará tener menos dolor tras la aplicación de medidas antiálgicas		
O00224 - Recibirá cuidados dirigidos a paliar el dolor		
O00186 - Demostrará comprensión de los cuidados pautados		

¿Es posible aplicar Planes de Cuidados en Radiología?

TABLA 2 (continuación)

Objetivos	Nombre	F. Asignación	F. Eliminación
O00189 - Enumerará las complicaciones más frecuentes al alta de Radiología O00210 - Mostrará comprensión del proceso al alta de Radiología O00116 - Realizará las técnicas de movilización indicadas O00132 - La herida estará limpia, seca y protegida			
Complicaciones potenciales	Nombre	F. Asignación	F. Eliminación
C00013 - Hemorragia P90012 - Infección			
Acciones	Nombre	F. Asignación	F. Eliminación
10005 - Comunicación con el paciente. Ofertar disponibilidad 10014 - Explicar el proceso de la exploración/tratamiento a que va a ser sometido 10018 - Responder a preguntas y dudas del paciente 1012A - Comunicar signos y síntomas de alarma durante la exploración 120004 - Promover la expresión de sentimientos 140015 - Instruir en cuidados de las heridas 140034 - Instruir en movilización 140035 - Instruir en nivel apropiado de actividad 140040 - Instruir en signos y síntomas que deben comunicarse 140060 - Instruir en signos y síntomas de las complicaciones más frecuentes: hemorragia, infección, dolor, ... 140083 - Instruir en cuidados de los drenajes 170022 - Valorar presencia y características del dolor 170028 - Observar expresiones no verbales 170044 - Valorar necesidad y/o eficacia de los analgésicos 170050 - Valorar signos y síntomas de hemorragia 170064 - Observar signos y síntomas de ansiedad 170099 - Entrevista de enfermería 170178 - Valorar respuesta al contraste radiológico 900021 - Proporcionar medidas de comodidad - confort 900031 - Actuar con tranquilidad y sin prisas 900033 - Adecuar entorno 900041 - Pintar/tallar campo quirúrgico			

Utilidad de la Tomografía por Emisión de Positrones (PET) en los linfomas

AUTORES

Pérez Moure, G.¹; López Gandul, S.¹; Simó Perdigo, M.²; García Garzón, JR.²; Soler Peter, M.²; Setoain Perego, X.²; Lomeña Caballero, F.³

(1) Enfermero. CETIR Unitat PET.

(2) Médico Nuclear Adjunto. CETIR Unitat PET.

(3) Director Médico. CETIR Unitat PET.

CETIR Unitat PET

Josep Anselm Clavé nº 100
Esplugues del Llobregat 08950
Barcelona.

CORRESPONDENCIA

Gumersindo Pérez Moure

CETIR Unitat PET • Josep Anselm Clavé nº 100 • Esplugues del Llobregat • 08950 • Barcelona
Tel.: 93 503 54 11 • FAX: 93 473 31 73 • E-mail: gperez@cetir.es

Los linfomas son neoplasias del sistema linfoide que afectan principalmente a los ganglios linfáticos y que constituyen un grupo heterogéneo de enfermedades definidas por aspectos morfológicos, inmunofenotípicos y genotípicos.

Aunque existen varias clasificaciones de los linfomas, quizás las más utilizadas son las que dividen los linfomas en: Enfermedad de Hodgkin (EH) y Linfoma no Hodgkin (LNH); o la que los clasifica según su grado de malignidad en: linfomas de alto, medio y bajo grado de malignidad.

El tratamiento se basa en radioterapia (Rt), con o sin quimioterapia (Qt) adyuvante, dependiendo de si la enfermedad se encuentra limitada a uno o más territorios ganglionares y confinada en un sólo lado del diafragma. En casos de enfermedad avanzada (afectación ganglionar a ambos lados del diafragma o extraganglionar extensa) el tratamiento se basa en la poliquimioterapia.

Los LNH tienen su origen en los linfocitos B o T y afecta a ganglios de una o más cadenas linfáticas. La afectación extraganglionar es mucho más frecuente que en la EH. El diagnóstico y estadificación se realizan de forma similar a la EH, sin embargo el análisis del subtipo histológico es esencial, ya que el tratamiento depende más de la histología que de la exten-

sión de la enfermedad, por lo que la diferenciación de los LNH se basa en su grado de malignidad histológica.

TÉCNICAS DE IMAGEN

La tomografía computarizada (TC) es la técnica de imagen morfológica más empleada para estudiar los linfomas y revolucionó el estudio de extensión tumoral de estas neoplasias. La exploración física es un buen método para explorar las adenopatías de los territorios cervical e inguinal. Pero para una correcta estadificación del tórax y el abdomen, la TC es imprescindible y suele practicarse en el momento del diagnóstico. En el tórax, la TC es útil para planear la Rt y como estudio basal para valorar la respuesta al tratamiento. En abdomen, la TC con contraste oral e intravenoso permite estudiar el tamaño de los ganglios linfáticos de las cadenas intestinales, pélvicas y retroperitoneales. Por regla general se considera que los ganglios de tamaño superior a 1 cm pueden presentar infiltración tumoral por linfoma.

La gammagrafía con ⁶⁷Galio ha resuelto parcialmente algunas de las limitaciones de la TC, especialmente en la evaluación de los pacientes después del tratamiento. El ⁶⁷Galio es un isótopo radiactivo que se incorpora de forma intensa en el tejido tumoral de los linfomas y ha demostrado un buen rendi-

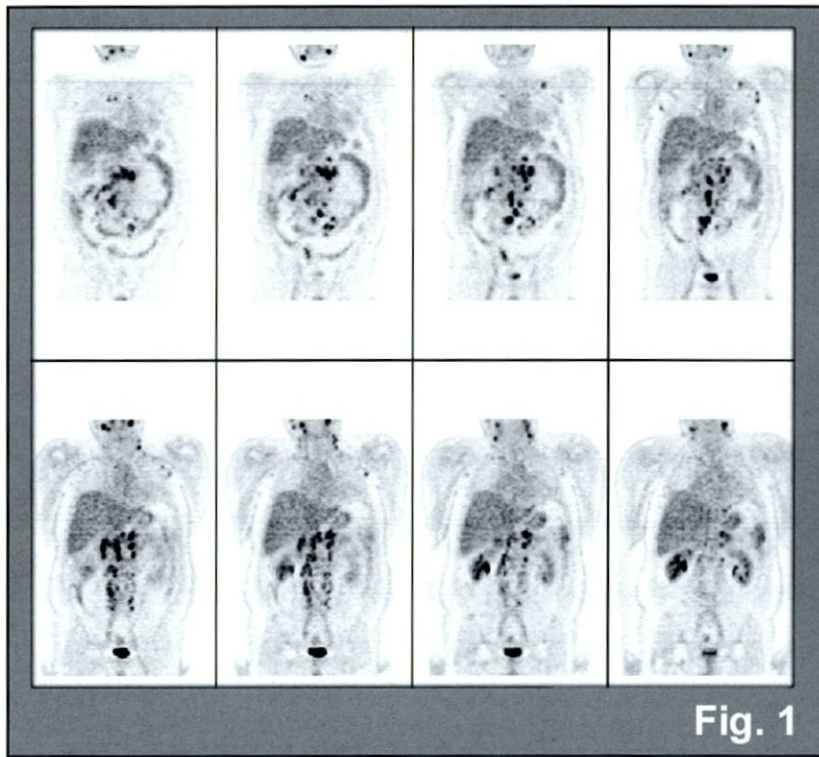


Fig. 1

Mujer de 56 años con linfoma de Hodgking. El estudio de extensión PET de cuerpo entero muestra múltiples depósitos de FDG en cadenas ganglionares abdominales, axilares y laterocervicales.

- 1/ Estadificación inicial.
- 2/ Respuesta a la terapia.
- 3/ Detección de recidivas.
- 4/ Valor pronóstico.

ESTADIFICACIÓN INICIAL

La estadificación inicial de los linfomas es importante porque influye en la decisión de la estrategia terapéutica, tiene implicaciones pronósticas y facilita la monitorización de la respuesta al tratamiento quimioterápico.

En la bibliografía se encuentran numerosos artículos que comparan la TC y la PET para la estadificación inicial o la re-estadificación de las recidivas de la EH y los LNH. Es frecuente observar que la PET muestra un mayor número de lesiones que la TC y llega a aumentar el estadio en el 5 - 10% de casos. Sin embargo, y a diferencia de lo que ocurre con otros tumores, en los linfomas esto suele tener una escasa repercusión en la estrategia terapéutica a seguir. Al tratarse de una exploración que mejora, aunque en pocos casos, el estudio de extensión y especialmente la posterior estrategia terapéutica, se hace imprescindible en los tumores en los que un cambio de estadio implica un cambio

miento clínico en la detección de recidivas y en el control de la respuesta terapéutica.

La resonancia magnética no ha demostrado ser superior a la TC para la valoración de la infiltración tumoral de los ganglios linfáticos. Sin embargo, es la exploración más sensible para detectar la infiltración de la médula ósea y la afectación del sistema nervioso central.

La tomografía por emisión de positrones (PET) es una exploración de imagen funcional que ha demostrado utilidad para la estadificación, la detección de recidivas y la monitorización de la respuesta terapéutica de los pacientes con EH y LNH. Ello se debe a que la 18-fluorodeoxiglucosa (¹⁸FDG), el trazador emisor de positrones empleado en la PET, se acumula de forma excesiva y prolongada en estos tumores. La elevada captación tumoral de ¹⁸FDG se debe a que los linfomas tienen una función glicolítica aumentada y un incremento de la expresión de las proteínas de membrana transportadoras de glucosa dentro de la célula. Por ello, la PET con ¹⁸FDG aporta una información metabólica del comportamiento molecular o biológico de la enfermedad, similar al de la gammagrafía con ⁶⁷Galio, pero con una mayor sensibilidad y especialmente con una mejor resolución, que permite detectar lesiones de menos de 1 cm de diámetro. La información funcional de la PET es además más sensible que la de la TC, ya que los cambios metabólicos suelen preceder a los cambios estructurales detectados por la TC.

El papel de la PET con ¹⁸FDG en el estudio de los linfomas se puede resumir en 4 apartados:

en la estrategia terapéutica.

Un problema no resuelto de la estadificación de los linfomas es la enfermedad extranodal, donde la TC y la ecografía tienen una sensibilidad muy limitada (20 - 50% respectivamente), especialmente en la detección de la infiltración esplénica y hepática. El ⁶⁷Galio es superior a estas técnicas para detectar la infiltración ósea, tiroidea y gástrica, pero por su distribución fisiológica es poco útil en intestino, hígado y bazo. A pesar de que la ¹⁸FDG también se encuentra de forma fisiológica en estas estructuras abdominales, la sensibilidad de la PET en la enfermedad extranodal hepática, esplénica, gástrica y ósea parece ser superior a la de las técnicas comentadas, aunque aún falta experiencia en este sentido y los resultados son algo controvertidos. (FIGURA 1)

EVALUACIÓN DE LA RESPUESTA TERAPÉUTICA

Los avances de los procedimientos terapéuticos que incluyen modernas pautas quimioterápicas o el trasplante de médula ósea, así como a una estadificación inicial más precisa y a la mejor monitorización terapéutica de estos pacientes, la supervivencia y el periodo libre de enfermedad de los pacientes con EH y LNH de alto y medio grado ha aumentado de forma considerable en los últimos años.

El incremento en la supervivencia y en el periodo libre de enfermedad hace que se requieran técnicas que permitan valorar de forma rápida y fiable la respuesta terapéutica y la aparición de recidivas, para poder rescatar lo antes posible a los

pacientes con respuestas terapéuticas parciales o con recidivas.

La TC evalúa la respuesta terapéutica mediante la reducción progresiva del tamaño tumoral en varias exploraciones sucesivas. Este sistema es lento e incluye demasiados casos en remisión parcial de enfermedad, especialmente si tenemos en cuenta que, el 64% de pacientes con enfermedad mediastínica y el 41% con enfermedad abdominal, pueden tener masas residuales tras el tratamiento. Pero además, un 30-40% de pacientes con buena respuesta clínica y persistencia de lesión residual en la TC, recidivan tras la remisión parcial.

Ello se debe a que tras un tratamiento, la TC es incapaz de diferenciar entre tejido residual fibrótico y actividad tumoral, especialmente en los linfomas con masas residuales torácicas o abdominales. En los ganglios linfáticos periféricos este problema suele resolverse mediante una biopsia. Pero, en los pacientes con masas tumorales mediastínicas o abdominales la biopsia es poco aconsejable, por el riesgo del procedimiento.

La PET con ^{18}F FDG puede tener un papel relevante en estos pacientes al aportar información del metabolismo tumoral. La persistencia de captación de ^{18}F FDG en ganglios linfáticos o en una masa tumoral sugiere la persistencia de actividad o viabilidad tumoral, con independencia del tamaño de la lesión. La ausencia de captación de ^{18}F FDG sobre una lesión radiológica traduce tejido cicatricial o residual tras tratamiento.

(FIGURA 2 y 3)

La PET puede evaluar la respuesta a la quimioterapia, la ausencia o reducción de la captación de ^{18}F FDG tras el tratamiento se asocia con una buena respuesta terapéutica, mientras que la progresión de la enfermedad se asocia con un aumento en la captación de ^{18}F FDG en la PET realizada tras los primeros ciclos de quimioterapia. (FIGURA 4)

DETECCIÓN DE RECIDIVAS

La detección de las recidivas tras un periodo en RC, se sospecha por los datos clínicos y analíticos y se confirma mediante biopsia cuando es fácilmente accesible o, mediante una TC que muestre la aparición de masa tumoral o ganglios linfáticos aumentados de tamaño. A pesar de haberse demostrado que puede existir infiltración tumoral en ganglios de tamaño normal y que, ganglios aumentados de tamaño pueden no ser tumorales, el tamaño ganglionar determina, de nuevo, su condición tumoral.

La PET valora la infiltración tumoral de un ganglio por la elevada captación patológica de ^{18}F FDG, con independencia de si está o no aumentado de tamaño. Este parámetro, además de ser más específico es también más precoz, pues las alteraciones moleculares preceden a los cambios estructurales. Por este motivo, la PET, al igual que ya demostró la gammagrafía con ^{67}Ga io, puede ser más sensible y sobre todo más específica que la TC en detectar

las recidivas en ganglios de tamaño normal, dentro de masas residuales o en regiones alejadas del tumor inicial, accesibles a la PET que realiza un rastreo de cuerpo completo.

(FIGURA 5)

PRONÓSTICO

Algunos estudios han intentado demostrar que los linfomas de alto grado de malignidad presentan mayores índices de captación que los de bajo grado, tanto empleando como trazador la ^{18}F FDG como con la ^{11}C -metionina o ^{11}C -timidina, que parecen ser indicadores más precisos del aumento de la proliferación celular. Sin embargo, no se dispone de estudios a largo plazo que demuestren que la menor captación de ^{18}F FDG se asocia a una mayor supervivencia o a una mejor respuesta terapéutica.

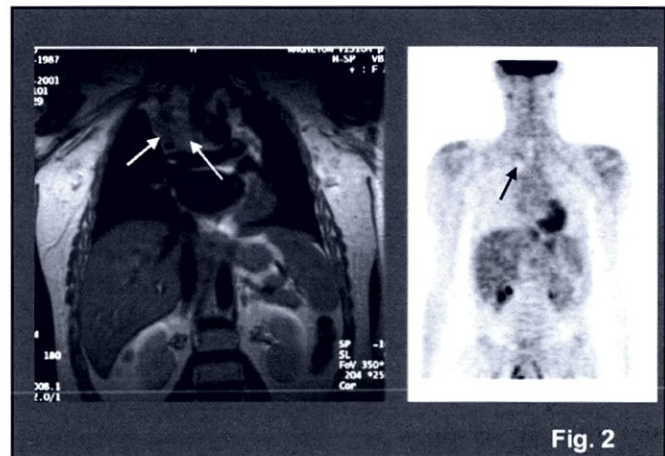


Fig. 2

Varón de 18 años con linfoma de Hodgkin en mediastino. La RM y la TC muestran imágenes de difícil caracterización entre tejido cicatricial post-radioterapia o recidiva de enfermedad. Las imágenes PET no muestran captación de FDG en dicha localización.

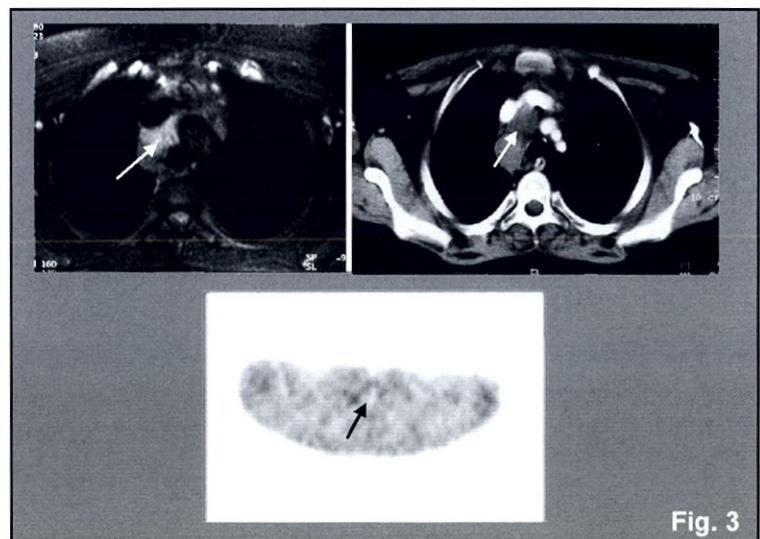
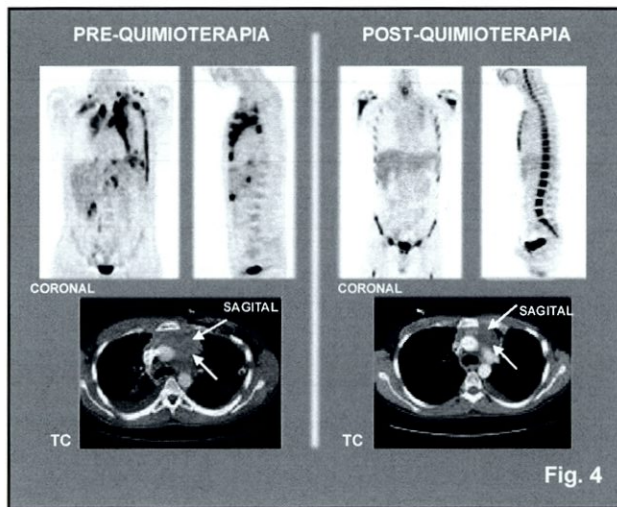
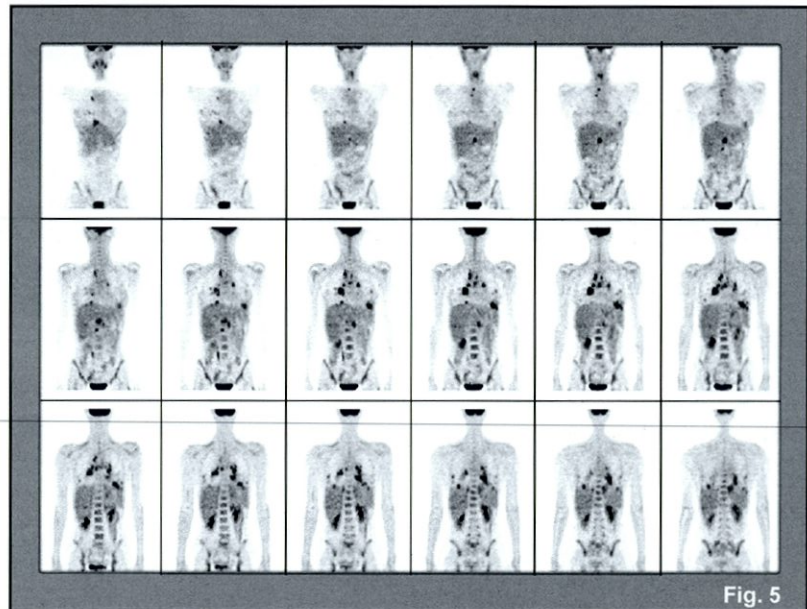


Fig. 3



Mujer de 22 años con linfoma no Hodgkin. Las imágenes PET anteriores a la quimioterapia muestran intensos depósitos de FDG que desaparecen en el estudio PET posterior al tratamiento.

Mujer de 28 años con linfoma no Hodgkin. Las imágenes coronales PET muestran múltiples depósitos de FDG en ambos pulmones, mediastino pulmonar, bazo y abdomen.



BIBLIOGRAFÍA

- 1 • Kostakoglu L, Goldsmith J. Fluorine 18 Fluorodeoxiglucose positron emission tomography in the staging and follow-up of lymphoma: is it time to shift gears?. *Eur J Nucl Med.* 2000;27:1564-78.
- 2 • Sumpe KDM, Urbinelli M, Steinert HC, Glanzmann CH, Buck A, von Schulthess GK. Whole body positron emission tomography using flurodeoxiglucose for staging of lymphoma: effectiveness and comparison with computed tomography. *Eur J Nucl Med* 1998;25:721-728.
- 3 • Zinzani PL, Magagnoli M, Chierichetti F, Zompatori M, Garraffa G, Bendandi M, Gkerlinzoni F, Cellini C, Stefoni V, Ferlin G, Tura S. *Annals of Oncology* 1999;10:1181-84.
- 4 • Römer W, Schwaiger M. Positron Emission Tomography in diagnosis and therapy of patients with Lymphoma. *Clin Pos Imag* 1998;1:101-110.
- 5 • Hoekstra OS, Ossenkopppele GJ, Golding R, van Lingen A, Visser GW, Teule GJ, et al. Early treatment response in malignant Lymphoma, as determined by planar fluorine 18 fluorodeoxiglucose scintigraphy. *J Nucl Med* 1993;34:1706-1710.

AGENDA**Congresos y Jornadas****• X CONGRESO NACIONAL DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA DE PATOLOGÍA DIGESTIVA.**

Santiago de Compostela, 12 al 14 de junio de 2003

Tel. 981 216 416

Correo elect.: congrega@congrega.es

www.congrega.es

• X CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA RADIOLÓGICA

Salamanca, 16 al 18 de octubre de 2003

Tel. 947 25 60 10 / 947 25 77 10

Correo elect.: info@otrburgos.com

www.ocenf.org/salamanca/acler

• IV JORNADAS DE TRABAJO DE AENTDE

Barcelona, 24 y 25 de octubre de 2003

Tel. 934 035 731

<http://www.ub.es/aentde>

E-mail: aentde@hotmail.com

• XVII CONGRESO NAC. DE LA ASOC. ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA EN ANESTESIA, REANIMACIÓN Y TERAPIA DEL DOLOR.

Palma de Mallorca, 5 al 7 de noviembre de 2003

Tel. 971 495 217

Correo elect.:

eurocongresos@eurocongresos.net

• X JORNADAS DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN EN CIENCIAS DE LA SALUD

Malaga, 13 al 15 de noviembre de 2003

Correo elect.: mvictoria@uma.es

<http://www.jornadasbibliosalud.net> • VII

• ENCUENTRO DE INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA.

Zaragoza, 19 al 21 de noviembre de 2003

Tel. 91 387 78 04

Correo elect.: mmoreno@isciii.es

<http://www.isciii.es/investen>

Premio de Enfermería Sant Pau

El Hospital de la Santa Creu y Sant Pau junto a la Associació Professional d'Infermeria Sant Pau convocan la 7ª edición del Premio de Enfermería Sant Pau, con la siguiente dotación: 3.000 € para el primer premio, 1.800 para el segundo y 1.200 para el tercero.

El tema será de libre elección, referido a cualquier aspecto de la Enfermería en cualquiera de sus ámbitos: asistencia hospitalaria, asistencia primaria, especialidades, docencia, investigación, gestión...

El plazo de presentación de trabajos finaliza el 30 de julio de 2003.

Las bases del concurso se pueden consultar en la siguiente página web:

www.apisanpau.com/premio/principal.htm

SALAMANCA · 16, 17 Y 18 OCTUBRE 2003



X Congreso Nacional de Enfermería Radiológica

Más allá de la técnica



Sede del Congreso: Palacio de Exposiciones y Congresos de Castilla y León • Cf. Cuesta de Oviedo, s/n. SALAMANCA
Secretaría Técnica: O.T.R. Burgos S.A. • Cf. San Pablo, 12-C. 5.º B. 09002 BURGOS
Telef. 947 25 60 10 / 947 25 77 10 • Fax: 947 25 71 52 • E-mail: info@otrburgos.com
www.ocenf.org/salamanca/acler/