

REVISTA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA RADIOLÓGICA

RSEER

Órgano Oficial de la Sociedad Española de Enfermería Radiológica

Pujades, 350 08019 Barcelona
Teléfono 932 530 983
Fax 93 212 47 74
www.enfermeriaradiologica.org

Dirigida a:

Profesionales de enfermería que realizan su actividad principal en radiología, medicina nuclear y radioterapia.

Correspondencia Científica:

Sociedad Española de Enfermería Radiológica
Redactor Jefe Revista
Pujades, 350 08019 Barcelona
jcordero@enfermeriaradiologica.org

Periodicidad: Cuatrimestral

Suscripciones:

Teléfono 932 530 983
Fax 93 212 47 74
seer@enfermeriaradiologica.org
www.enfermeriaradiologica.org

Tarifa de suscripción anual:

Miembros numerarios.....	36€*
Miembros asociados.....	25€
Miembros agregados.....	18€
Entidades e instituciones.....	52€

* Si existe asociación/sociedad autonómica este precio puede sufrir variaciones.

Revista indexada en base de datos:

CUIDEN www.index-f.com

Disponible en Internet:

www.enfermeriaradiologica.org

Junta directiva de la SEER

Presidente: **Jaume Roca Sarsanedas**
Vicepresidente: **Antonio Hernández Martínez**
Secretario: **Ignacio Liarte Trias**

Vocales Asociaciones Autonómicas

Castilla León: **Clemente Álvarez Carballo**
Valencia: **Luis Garnés Fajardo**
Navarra: **Maite Esporriñ Lasheras**
Cataluña: **Laura Pla Olivé**
Andalucía: **Inma Montero Monterroso**
Galicia: **Gonzalo Maceiras Galarza**

Depósito Legal: B-18307-2004 ISSN: 1698-0301



C/ Balmes, 152 - 5º5ª - 08008 Barcelona
Tel. 687 561 028 E-mail: tomasvillarpardo@gmail.com



Diseño y comunicación visual

Cartellà, 75, bajos - 08031 Barcelona
Tel./Fax 93 429 95 82 E-mail: arbuico@gmail.com

Imprime: **REVOLTECH 2010, S.L.** Diseño: **ARBU Diseño Gráfico**

Comité Editorial

REVISTA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA RADIOLÓGICA

Pujades, 350 08019 Barcelona
Teléfono 932 530 983
Fax 93 212 47 74
www.enfermeriaradiologica.org

Redactor Jefe:

José A. Cordero Ramajo

Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona.

Comité Asesor:

D. Jaume Roca i Sarsanedas

Presidente de la SEER.

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Dña. Inma Montero Monterroso

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

D. Luis Garnes Fajardo

Hospital de Castellón.

D. Gonzalo Maceira Galarza

Hospital Meixoeiro. Vigo.

Comité Editorial:

D. José Manuel Sánchez Pérez

Hospital Povisa. Vigo.

D. Jorge Casaña Mohedo

Universidad Europea de Valencia.

Dña. M^a Angeles Betelu Oronoz

Clínica Universitaria de Navarra.

D. Rafael Iñigo Valdenebro

Hospital General de Valencia.

Dña. Mabel Garzón Mondéjar

Hospital Central de la Defensa "Gómez Ulla".

Madrid.

Dña. Isabel Martín Bravo

Hospital Meixoeiro. Vigo.

D. José Antonio López Calahorra

Hospital Miguel Servet. Zaragoza.

Sumario

REVISTA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA RADIOLÓGICA
Rev. Soc. Esp. Enf. Radiol., 2017; n°1

Carta de la Presidenta del Comité Organizador	5
Carta del Presidente del Comité Científico	6
Comité Organizador, Comité Científico, Secretaría Técnica	7
Foro participativo	
Viernes 19 de mayo de 2017 (19h)	8
Taller de práctic simulada	
Sábado 20 de mayo de 2017	9
Formación Continuada. Mesa 1^a	
Sábado 20 de mayo de 2017 (9 h.)	10
Comunicaciones Orales. Mesa 1^a	
Sábado 20 de mayo de 2017 (10 h.)	11
Formación Continuada. Mesa 2^a	
Sábado 20 de mayo de 2017 (11:30 h.)	15
Comunicaciones Orales. Mesa 2^a	
Sábado 20 de mayo de 2017 (12:30 h.)	16
Formación Continuada. Mesa 3^a	
Sábado 20 de mayo de 2017 (16:15 h.)	20
Comunicaciones Orales. Mesa 3^a	
Sábado 20 de mayo de 2017 (17:30 h.)	21
Pósters	
Sábado 20 de mayo de 2017 (18:30 h.)	24
Clausura	37



SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA
RADIOLÓGICA

Carta de la Presidenta del Comité Organizador

Málaga acoge el XVIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Enfermería Radiológica. En nombre del Comité Organizador y la Junta Directiva de la SEER os damos la bienvenida a este congreso y damos las gracias por vuestra participación.

Vuestra presencia, representando las diferentes especialidades integradas dentro de la SEER (Radiología, Medicina Nuclear y Radioterapia) garantizarán que este Congreso resulte un éxito.

Es precisa la participación, aprendizaje e intercambio de conocimientos e ideas como base de la mejora en todos los ámbitos de nuestra práctica asistencial, contemplándola además desde diferentes perspectivas: una Atención y Cuidados de Calidad para el paciente, un Desarrollo Competencial de los profesionales, la Evaluación de nuevas tecnologías. Son estas áreas en las que los conocimientos de reconocidos expertos, pero fundamentalmente el intercambio de experiencias de todos, nos permitirán adquirir herramientas prácticas que se podrían aplicar en el día a día de nuestro trabajo.

Málaga es una hermosa ciudad, que sin duda os acogerá con los brazos abiertos, facilitando en gran medida el trabajo que ambos comités de este congreso estamos desarrollando con enorme ilusión, con el objetivo de que paséis unos días inolvidables y de provecho en esta ciudad.

No quiero dejar de agradecer el apoyo institucional recibido para la organización de dicho evento así como el esfuerzo de todos los ponentes que nos deleitarán con sus conocimientos expertos relacionados con el lema del congreso.

!!!!Sed bienvenidos!!!!



Inmaculada Montero Monterroso
Presidenta AAER
Presidenta Comité Organizador 2017

Carta del presidente del Comité Científico

Una vez más nos hallamos ante el Congreso de la Sociedad Española de Enfermería Radiológica SEER que en su XVIII edición y bajo el lema “Mirando por el paciente – Mirando por el profesional” nos sugiere una doble perspectiva en el abordaje de las diferentes temáticas que se presentan y a las cuales los profesionales de la enfermería se hallan tan directamente ligados.

Mirar por el paciente constituye el eje central de todas aquellas actividades que la enfermería lleva a cabo, ya que en el entorno del paciente deben girar todos los cuidados dispensados.

Por otra parte, las nuevas tecnologías que permiten emerger novedosas técnicas y abordajes en la exploración y el tratamiento del paciente nos convierten en una pieza fundamental, que además de dispensar cuidados, debe mantener un estado de vigilancia frente a las posibles adversidades que pudieran suscitarse.

Es indudable que la capacitación del profesional de enfermería especialista es incuestionable en el conocimiento y optimización de todas las técnicas que imparte y que van mucho más allá del aspecto puramente tecnológico entendiendo al paciente como un todo, necesitado también de un entorno psicológico y emocional adecuados.

Otro de los aspectos del lema de éste Congreso y no por ello menos importante es el de mirar por el profesional.

A veces el entorno en el que llevamos a cabo nuestras actividades habituales no es el más positivo o reconfortante, aunque la prevalencia de la satisfacción en el contacto directo con el paciente constituye casi siempre el factor más valioso en ese intercambio de sensaciones.

No siempre el profesional de enfermería se halla lo suficientemente valorado, siendo muchas las ocasiones en que además es cuestionado, lo cual puede conllevar un cierto desánimo. Nada más alejado de ello es la respuesta que de forma precisa y constante debe prevalecer como elemento necesario y fundamental en el espacio que ocupa dentro de la sanidad.

Es prioritario el crecimiento personal y profesional y para ello debemos mirar por nosotros mismos y mostrar la realidad del buen trabajo realizado así como las posibilidades de promoción de que es capaz nuestro colectivo.

El consenso entre profesionales, el diálogo y la capacidad de compartir es la base del crecimiento profesional. Capacidades por otra parte que predisponen a promover la participación asociativa como plataforma donde plasmar y reflejar las actividades y novedades que han de repercutir en el bien común.

Sin duda las aportaciones en base a éste lema ambivalente nos han de permitir plantear nuevas ideas y consensuar aquellas que a buen seguro puedan mejorarse, dando al conjunto de conclusiones un valor añadido.

Por mi parte tengo que agradecer encarecidamente a todos los integrantes del Comité Científico tanto por el interés demostrado, como por el trabajo que llevan a cabo no solo en el ámbito de éste Congreso sino también en el personal y profesional, esperanzados de poder ver cumplidas las expectativas que todos hayan podido depositar en el mismo y el cual ha de ser expresión del nivel de exigencia de todos sus participantes.

Con espíritu de renovación y promoción de las nuevas tecnologías en éste Congreso cabe destacar la inclusión de una aplicación para móvil que ha de permitir acceder a toda la información del mismo así como al programa y a los posters presentados. Por último agradecer a la ciudad de Málaga por su acogida y a la Asociación Andaluza de Enfermería Radiológica como anfitriona por todas las facilidades que han permitido allanar el espacio en el que nos movemos invitándoos a todos vosotros a participar.

Permitidme daros una muy fraternal bienvenida con el mayor deseo de que todos veamos cumplidas nuestras aspiraciones..



Antonio Hernández Martínez
Presidente del Comité Científico.

Comité organizador

Presidenta

Inmaculada Montero Monteroso

*Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.
org-2017@enfermeriaradiologica.org*

Vocales

Agustin Lopez-Espinosa Plaza

Hospital Regional Universitario de Málaga

Susana Maria Castro Gomez

Hospital Regional Universitario de Málaga

Luis Garnés Fajardo

Hospital Regional Universitario de Castellón

M^a Paz García Rodríguez

Hospital Universitario de Salamanca

Secretaría técnica

Sociedad Española de Enfermería radiológica

C/ Pujades 350. 08019-Barcelona.

Tel: 601 279 499

secretaria-2017@enfermeriaradiologica.org



Comité científico

Presidente

Antonio Hernández Martínez

*Hospital Universitari Germans Trias I Pujol "Can Ruti"
cien-2017@enfermeriaradiologica.org*

Vocales

Radiodiagnóstico

Isabel Palomares Casado

Osatek. Vitoria

Rosa Saloni Bayod

Hospital de Sant Pau. Barcelona

Medicina Nuclear

Jose Antonio Cordero Ramajo

*Hospital Universitari Germans Trias i Pujol "Can Ruti"
Badalona*

Ignacio Liarte Trias

IDI-PET. Hospital de Bellvitge. Hospitalet Llobregat

Radioterapia

Isabel Martín Bravo

*Unidad De Oncología Radioterápica.
Hospital Meixoeiro. Galaria. Vigo*

Jose A. Anton Pérez

*Institut Catala D'oncologia.
Hospital Universitari Germans Trias I Pujol "Can Ruti"*

Foro participativo: ¿Son necesarias las sociedades científicas?

Viernes 19 de Mayo - 19h

(Este foro contiene unos invitados especiales para debatir la pregunta planteada, pero está abierto a la participación del público asistente).

Presentación y moderador

Inmaculada Montero Monteroso

Invitados

Juan Manuel Corbelle Álvarez

Presidente UESCE

Jaume Roca Sarsanedas

Presidente SEER

Inmaculada Montero Monteroso

Presidenta AAER

Antonio Hernández Martínez

Presidente ACIR

Cipriano Viñas Vera

Director Enfermería HRUM



Taller de práctica simulada

Taller de práctica simulada

Sábado 20 de Mayo

El taller consiste en la detección de posibles errores en un escenario simulado y su posterior puesta en común de las actuaciones que deberían corregirse.

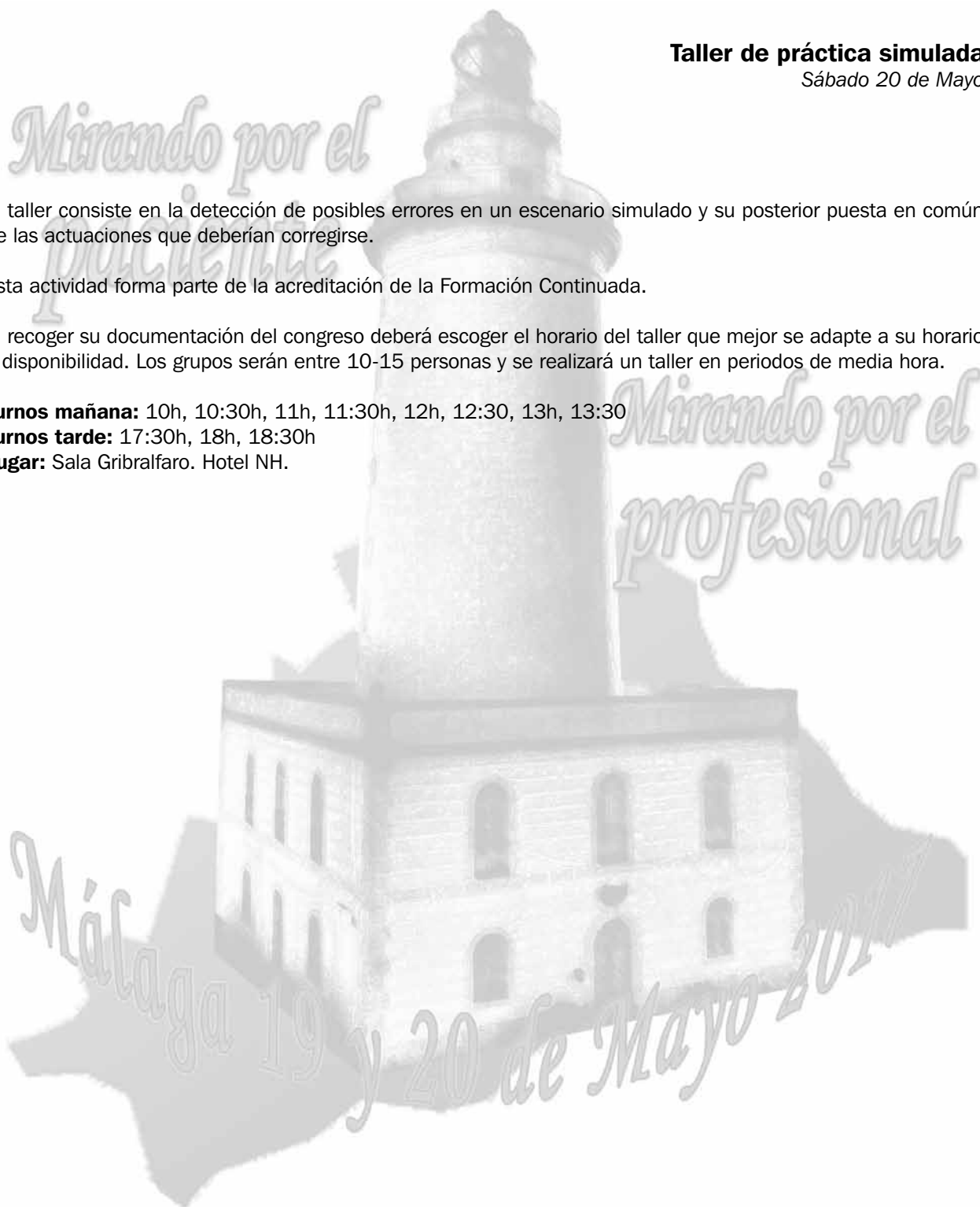
Esta actividad forma parte de la acreditación de la Formación Continuada.

Al recoger su documentación del congreso deberá escoger el horario del taller que mejor se adapte a su horario o disponibilidad. Los grupos serán entre 10-15 personas y se realizará un taller en periodos de media hora.

Turnos mañana: 10h, 10:30h, 11h, 11:30h, 12h, 12:30, 13h, 13:30

Turnos tarde: 17:30h, 18h, 18:30h

Lugar: Sala Gibralfaro. Hotel NH.



1ª Mesa Formación Continuada: Protección para el paciente y el profesional.

Sábado 20 de Mayo - 9 h.

Presentador:

Luis Garnés Fajardo

Vanesa Vázquez

Supervisora Medicina Preventiva

José A. Miñano

Facultativo Protección Radiológica

*Mirando por el
paciente*

*Mirando por el
profesional*

Málaga 19 y 20 de Mayo 2017

1ª mesa Comunicaciones Orales

Sábado 20 de Mayo - 10 h.

Moderadora

Isabel Martín Bravo

Protocolo de seguridad ante el aumento de reacciones adversas a contraste yodado: Nuestra experiencia.

Turnes Cordeiro, M.I., Conde Pájaro, M., Villasenín Iglesias, M.

Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela

Optimización de la colono TAC por la consulta de enfermería.

Salvador Tello Escrig, David Gozalbo García, María Martín Bellés

Consorcio Hospital Provincial Castellón

Angiorresonancia de Extremidades Inferiores.

Yoness Samadi Laabbass

Hospital Germans Trias i Pujol (Barcelona)

Cuidados y procedimientos en pacientes tratados con I-131 en Medicina Nuclear.

Torres Nuncio N., Gallardo Blavi M., Bonilla Aguilar I., Pineda Fernandez E., Vercher Conejero J.L., Rodríguez Gasén A., Noriega Alvarez E., Gámez Cenzano C.

Servicio de Medicina Nuclear-PET. IDI. Hospital Universitari de Bellvitge-IDIBELL. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona.

Seguridad básica en el entorno de la RM.

Gozalbo García, David; Ferrer Monfort, Patricia; Martín Bellés, María; Tello Escrig, Salvador

Hospital Provincial de Castellón

PROTOCOLO DE SEGURIDAD ANTE EL AUMENTO DE REACCIONES ADVERSAS A CONTRASTE YODADO: NUESTRA EXPERIENCIA.

Turnes Cordeiro, M.I., Conde Pájaro, M., Villasenín Iglesias, M.
Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela

INTRODUCCIÓN

Los medios de contraste yodado intravenoso se usan diariamente en las exploraciones diagnósticas de Tac en los Servicios de Radiología, debido a su propiedad para aumentar la diferencia de atenuación entre tejidos. En general, presentan una baja tasa de efectos adversos. En el Servicio de Radiología del complejo hospitalario de Santiago de Compostela, se sufrió un aumento considerable de reacciones adversas desde finales del año 2013. Este aumento, unido a la gravedad de varias de estas reacciones, nos obliga a iniciar un análisis de posibles causas y extremar medidas de protección de la seguridad en el paciente.

OBJETIVOS

EL objetivo de este análisis es determinar si existe un aumento objetivo de la frecuencia de reacciones adversas a contraste yodado, gravedad de dichas reacciones y factores que pueden disminuir el riesgo de su aparición.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realiza un seguimiento exhaustivo de todas las reacciones adversas ocurridas en nuestro servicio de Radiología del Hospital Clínico de Santiago, durante los años 2014, 2015 y 2016. Se notifican todas las reacciones a través de 3 entidades: Agencia española de Farmacovigilancia (notificaRAM.es) Sinasp

Calidad Hospitalaria

Se crea un protocolo de actuación en caso de aparición de reacción adversa con implicación multidisciplinar (Radiología, Farmacia, Alergología, Nefrología, Oncología).

Revisión de protocolos de administración de contraste yodado. Determinación de triptasa en sangre tras aparición de efectos adversos.

Seguimiento de pacientes afectados en Consulta de Alergología.

RESULTADOS

En el año 2014 ocurren 58 reacciones adversas inmediatas a contraste yodado intravenoso. En 2015, 67 y en el 2016, 67. Además, se producen reacciones tardías, que no siempre detectamos. Todas las reacciones detectadas se notifican.

CONCLUSIONES

Tras el análisis de las reacciones adversas, de su frecuencia y de su complejidad, constatamos que están dentro del rango de las identificadas por ficha técnica.

No existen causas objetivables del aumento de las reacciones adversas a contraste yodado.

La revisión de protocolos de actuación para la administración de contraste yodado y atención ante reacciones adversas nos ofrece mayor seguridad en la asistencia del paciente.

El seguimiento posterior del paciente que sufre reacción adversa a contraste yodado minimiza el riesgo de nueva reacción ante la realización de posteriores exploraciones diagnósticas con contraste yodado, debido a la premedicación y recomendaciones individualizadas.

OPTIMIZACIÓN DE LA COLONO TAC POR LA CONSULTA DE ENFERMERÍA

Salvador Tello Escrig, David Gozalbo García, María Martín Bellés.
Consorcio Hospital Provincial Castellón

INTRODUCCIÓN

La información aportada por los profesionales de la consulta de enfermería radiológica, asegura un adecuado protocolo de preparación del paciente y reduce la ansiedad del paciente para afrontar el colono TAC, optimizando la prueba diagnóstica y los efectos secundarios de esta prueba.

OBJETIVO

Poner en Valor el trabajo realizado por el personal de enfermería que desarrolla su labor en el área de diagnóstico por la imagen.

Reducción de las consultas de pacientes al servicio de urgencias tras colono tac

Información e interacción con el paciente para que acepte ser parte importante en el proceso, comprometerle en la adecuada preparación previa (dieta), aumentando la confianza en el personal que le va a realizar el colono TAC y reduciendo así la ansiedad.

Preparación del paciente pre y durante la prueba administrando aire para dilatación colon y control del paciente post colono tac y sus efectos adversos.

Información al paciente de los efectos secundarios por la administración del contraste administrado I.V. al realizarse al mismo tiempo la colonografía y el Tac con contraste endovenoso.

Poner en conocimiento del paciente los probables efectos secundarios de la colono TAC, tanto de las probables complicaciones por el meteorismo, como por las reacciones adversas al contraste administrado.

MATERIAL Y MÉTODOS

1-Periodo de información al paciente previo a la prueba: Consulta de enfermería con acceso informático a los datos clínicos del paciente.

Hojas de protocolo estructuradas y detalladas sobre la dieta a seguir por el paciente.

Productos preparados para seguir la dieta pautada, con alternativa a pacientes intolerantes a la fructosa y lactosa.

Pautas de administración de contraste oral y hacer comprender de la importancia de tomárselo.

Si el paciente no tiene un nivel de compresión suficiente, hacer partícipe al familiar-cuidador.

2- Durante la prueba: sonda de silicona, jeringuilla de 10cc precargada de SSF, bomba manual aire, Kocher, lubricante. Especial cuidado en el volumen de aire insuflado para prevenir neumoperitoneo.

3-Preparar bomba infusión de contraste para la administración de los contrastes yodados (Ommipaque 300®) o de bajo peso molecular (Visipaque320®).

4- Tras la prueba informar al paciente de los efectos secundarios del colono tac distinguiendo los normales de los patológicos.

En el video anexo se describe proceso de realización del colono TAC.

RESULTADOS

Desde la implantación de la consulta de enfermería para informar adecuadamente a los pacientes acerca de la adecuada preparación, información e implicación del paciente en el

adecuado proceso de la prueba, haciendo que sea participe del equipo, se ha reducido considerablemente las consultas post colono TAC al servicio de urgencias, por indisposición del paciente.

Además la reducción de la ansiedad del paciente, ha conformado una mejor captación de imágenes y desarrollo de la colono TAC al tener el paciente una percepción integra con conocimiento del proceso que se le practica y con confianza en el personal que lo está cuidando.

La adecuada comunicación con el paciente además ha aportado información sobre intolerancias (fructosa, lactosa) a los preparados dietéticos que se suministraban, mejorando la preparación previa del colono TAC.

El control de la creatinina sérica y del filtrado glomerular del paciente, garantiza la óptima administración de los contrastes iodados (Ommipaque300®) o de bajo peso molecular (Visipaque 320®).

CONCLUSIONES

La información, adecuada preparación y la disminución de la ansiedad en el paciente por parte de los profesionales de la consulta de enfermería previa al colono TAC, mejora sustancialmente, la calidad y adquisición de la prueba para su posterior estudio.

La comprensión de esta información es además fundamental para que el paciente conozca los posibles efectos secundarios de la prueba, reduciéndose así las consultas post colono TAC al servicio de urgencias.

ANGIORRESONANCIA DE EXTREMIDADES INFERIORES

Yoness Samadi Laabbass

Hospital Germans Trias i Pujol (Barcelona)

INTRODUCCIÓN

El estudio por imágenes de los vasos sanguíneos fue dominado desde sus comienzos por técnicas basadas en la utilización de rayos X. Si bien dichos procedimientos angiográficos han mejorado con los años en cuanto a la invasividad del método, la utilización de contrastes yodados y los tiempos de exploración, se han visto superados por técnicas de diagnóstico más rápidas, eficientes y menos invasivas como es el caso de la Angioresonancia.

OBJETIVOS

Uno de los objetivos de este trabajo es explicar las utilidades y herramientas que aporta la Angioresonancia en el estudio de la patología vascular de las extremidades inferiores, además de resaltar algunos aspectos propios de dicha técnica que la hacen ser una prueba diagnóstica muy efectiva actualmente.

METODOLOGÍA

La secuencia ARM 3D con contraste es una técnica rápida, fácil de realizar, que permite valorar regiones anatómicas grandes y muestra mejor resolución espacial en este tipo de adquisición.

Utiliza un agente de contraste paramagnético para diferenciar los vasos sanguíneos de las demás estructuras. Dicho contraste paramagnético produce una reducción del T1 de la sangre significativamente menor que el tejido adyacente. De esta manera, y mediante una secuencia rápida 3D ponderada en T1, se puede adquirir directamente la señal proveniente de los vasos sanguíneos, con muy poca señal de fondo.

RESULTADOS

En este momento hay suficiente evidencia científica acumulada avalando la eficacia de la RM frente a las técnicas convencionales. La RM en ocasiones es superior a la Angiografía Convencional (AC) en la identificación del punto de recanalización del vaso obstruido a través de colaterales. También es útil en el estudio de aneurismas y ectasias, definiendo su extensión y la posible trombosis mural, así como en el seguimiento de pacientes intervenidos, valorando la permeabilidad del bypass y detectando posibles complicaciones (estenosis, pseudoaneurismas, etc.).

CONCLUSIONES

La Angioresonancia de extremidades inferiores ha demostrado ser en la actualidad una prueba diagnóstica rápida, precisa, eficiente y menos invasiva que otras técnicas convencionales pudiendo proporcionar un estudio detallado de todo el árbol vascular periférico.

El personal enfermero, con los conocimientos y las habilidades adecuadas en este campo, será capaz de conseguir realizar un estudio de calidad y obtener el máximo rendimiento de esta técnica.

CUIDADOS Y PROCEDIMIENTOS EN PACIENTES TRATADOS CON I-131 EN MEDICINA NUCLEAR

Torres Nuncio N., Gallardo Blavi M., Bonilla Aguilar I., Pineda Fernandez E., Vercher Conejero J.L., Rodríguez Gasén A., Noriega Alvarez E., Gámez Cenzano C.

Servicio de Medicina Nuclear-PET. IDI. Hospital Universitari de Bellvitge-IDIBELL. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona.

INTRODUCCIÓN

En el servicio de medicina nuclear se diagnostican y se tratan diversas patologías. Tanto para el diagnóstico y tratamiento se emplean isótopos radiactivos con el que se deben de seguir una serie de protocolos para su correcta manipulación.

Una de las principales patologías que se diagnostican y se tratan en nuestro servicio es el hipertiroidismo y el cáncer de tiroides diferenciado mediante 131I.

Hacemos hincapié en la correcta protocolización del cuidado en pacientes tratados con 131I tanto ambulatorios como ingresados. Y la importancia que tiene la protección radiológica después de una terapia con 131I.

OBJETIVOS

* Estandarizar la actuación enfermera en el cuidado de pacientes tratados con 131I.

* Identificar las diferentes dosis de 131I que se utilizan para cada caso.

* Reunir las recomendaciones y evidencia científica disponible sobre protección radiológica.

* Identificar las normas de funcionamiento de una habitación de terapia metabólica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realiza una revisión bibliográfica sistemática en bases de datos: radiologyinfo, Pubmed, elsevier y cancer.gov.

Dado que recientemente se ha inaugurado en nuestro servicio una habitación de terapia metabólica para pacientes ambulatorios tratados con 131I aportamos una estandarización de cuidados de enfermería para una correcta actuación enfermera en el ámbito hospitalario y una serie de pautas sobre protección radiológica que el paciente deberá seguir de una forma estricta en su domicilio para la protección de terceros.

RESULTADOS

Una correcta actuación enfermera y un control del manejo de los síntomas en el paciente tratado con 131I ayudan a minimizar la exposición de radiaciones ionizantes mediante una serie de medidas de protecciones físicas.

Es fundamental la información que se le debe proporcionar al paciente tras haber sido dado de alta, así como el manejo de los residuos, la distancia que debe mantener con terceros, para evitar posibles daños.

CONCLUSIONES

El equipo multidisciplinar del servicio de medicina nuclear, son los responsables de los cuidados del paciente y las medidas de protección radiológica que implican al paciente, trabajadores y a terceros.

Debemos de conocer y basar su práctica diaria en una buena praxis en el ámbito de trabajo.

Con el uso de un protocolo estandarizado, conseguiremos una mejora en la calidad de la asistencia sanitaria, reducción del número de procedimientos innecesarios, disminuir la variabilidad en la práctica clínica y ayudar a los pacientes a estar mejor informados.

SEGURIDAD BÁSICA EN EL ENTORNO DE LA RM

Gozalbo García, David; Ferrer Monfort, Patricia; Martín Bellés, María; Tello Escrig, Salvador

Hospital Provincial de Castellón

INTRODUCCIÓN

La Resonancia Magnética, aun siendo una prueba muy segura, es un entorno en el que los pacientes y trabajadores, pueden correr un riesgo para su integridad física si los profesionales que desarrollan su labor en este servicio no tienen las nociones y formación adecuadas.

Por ello, es fundamental que el personal de enfermería tenga unas aptitudes y conocimientos para garantizar la seguridad del paciente y la suya propia.

OBJETIVO

Dar a conocer a los profesionales sanitarios poco habituados a trabajar en el entorno de la RM, los riesgos potenciales, así como las medidas a adoptar ante los mismos garantizando la seguridad tanto del paciente como del profesional sanitario.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se expone los riesgos potenciales con que nos podemos encontrar en el entorno de la RM:

- Riesgos derivados del campo magnético.

- Campo magnético Principal:

• Riesgos Biológicos

• Riesgos Mecánicos: Efecto proyectil

- Campo magnético variable (Gradientes)

- Riesgos derivados de la Radiofrecuencia.

- Riesgos inherentes a la propia prueba (reacción alérgica a contrastes y otros fármacos, claustrofobia)

Dado que los riesgos mecánicos del campo magnético principal son los más frecuentes y los potencialmente más graves, se hará hincapié en ellos, hablando de:

- objetos compatibles e incompatibles.

- implantes biomecánicos (prótesis, marcapasos, válvulas, stents...).

- situaciones especiales (embarazo, tatuajes, piercings...).

Medidas de seguridad básicas: entrevista al paciente, lista de materiales compatibles, control de acceso a la sala.

Bajada del campo magnético (Quench).

RESULTADOS

Saber valorar los riesgos que conlleva la prueba de Resonancia Magnética, saber prevenirlos, y actuar en consecuencia en caso que se produzca alguna situación indeseable derivada de los mismos.

CONCLUSIONES

La resonancia es una técnica diagnóstica segura, sin radiaciones ionizantes y con escasos riesgos. Aun así hay que tener claros cuáles son estos riesgos, y saber que la mejor manera de evitar los posibles daños a pacientes y trabajadores es la prevención.

**2ª Mesa Formación Continuada:
Accesos vasculares por ecografía y catéteres centrales.**

Sábado 20 de Mayo - 11:30 h.

Presentador:

José Antonio Cordero Ramajo

Xavier Vinuesa

Enfermero Hemodialisis Parc Taulí

Ana Carmen González

Enfermera Vascolar HRUM

*Mirando por el
paciente*

*Mirando por el
profesional*

Málaga 19 y 20 de Mayo 2017

Moderador

Ignacio Liarte Trias

ColonoTAC: Protocolo de actuación de enfermería.

Sánchez Nine, Y., Turnes Cordeiro, M.I.

Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela

Código Ictus.

Antonio Pulido Aguila, Rafael Fort Uceda, Anna Oliva Vidal, María José Sánchez Goñi, Marta Teixido Riu.

IDI-RM Lleida

Radioterapia en enfermedades benignas; Neuralgia del trigémino.

Enguix Castelo, M.; Martín Bravo, I.; Muñoz Garzón, V.; Azevedo González, E.; Martínez Cueto, P.; Willisch Santamaría, P.
Hospital Del Meixoeiro. Vigo. Servicio de Radioterapia.

RM Multiparamétrica endorrectal de próstata. ¿Qué, cuándo y cómo?.

Sala López, S.; Planas Jordi, M.

Ressonància Girona.

La importancia del cribado del cáncer de mama.

González Cervantes, J. Javier

Fundación Instituto Valenciano de Oncología (FIVO)

COLONOTAC: PROTOCOLO DE ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA

Sánchez Nine,Y,Turnes Cordeiro,M.I.

Complejo Hospitalario Universitario Santiago de Compostela

INTRODUCCIÓN

El cáncer colorrectal (CCR) es hoy en día uno de los cánceres con mayor incidencia, junto con el de mama y el de pulmón, lo que hace que su diagnóstico precoz sea tan importante. Siendo las primeras etapas de la enfermedad muy difíciles de detectar, las pruebas de screening en población de riesgo se han vuelto imprescindibles .

Las más usadas hoy en día son la detección de sangre oculta en heces (SOH) y las colonoscopias. Cuando la realización de una endoscopia digestiva baja no es posible por lesiones obstructivas ,imposibilidad de completar el estudio o por fallos técnicos se abre ante nosotros la posibilidad de realizar un COLONOTAC .

La colonoscopia virtual o COLONOTAC es un escáner del abdomen especialmente dedicado al estudio del interior del colon, su objetivo principal es detectar pólipos y contribuir a disminuir el riesgo del cáncer de colon o detectarlo precozmente.

Es una técnica segura, con un índice de complicaciones muy bajo. La duración de la prueba, si todo transcurre con normalidad, suele ser de aproximadamente 15-20 minutos.

OBJETIVOS

Dar a conocer la actuación de enfermería en una técnica radiológica eficaz y mínimamente invasiva para el estudio del colon.

METODOLOGÍA (MATERIAL Y MÉTODOS)

- preparación previa del paciente (dieta, laxante ,gastrografía...);
- lubricante hidrosoluble;
- sonda rectal con balón (específica para este uso);
- insuflador de aire o CO2.

RESULTADOS

-Adquisición de los conocimientos básicos necesarios para la correcta realización de este procedimiento

CONCLUSIONES

La actuación de enfermería en exploraciones diagnósticas cada vez más específicas y precisas hace necesario la aplicación de un protocolo de actuación que nos permita unificar criterios y mejorar la calidad asistencial hacia nuestros pacientes.

RM: CODIGO ICTUS

Antonio Pulido Aguila, Rafael Fort Uceda, Anna Oliva Vidal, María Jose Sanchez Goñi, Marta Teixido Riu
IDI-RM LLEIDA

INTRODUCCIÓN

El código ictus se define como sistema coordinado que permite la rápida identificación, notificación, tratamiento y traslado de los pacientes con ICTUS agudo en las primeras 3 horas y media de evolución, a los hospitales de referencia preparados para realizar trombolisis del mismo. Es una emergencia médica, ya que hay un peligro inmediato para la vida del paciente, o riesgo de secuelas graves permanentes, si no recibe atención cualificada sin demora. En este trabajo describimos cómo identificar el área central del infarto, el área de hipoperfusión o penumbra que rodea esa zona central que es recuperable, analizamos la lesión parenquimatosa, la perfusión cerebral global y del territorio afectado; detectamos la afección vascular craneal concomitante, e identificamos la estenosis u oclusión de las principales arterias craneales, todo en un tiempo de adquisición de cinco minutos.

OBJETIVO

Hacer un estudio descriptivo del protocolo de actuación de Resonancia Magnética en caso de ICTUS agudo en el HUAV de Lleida.

METODOLOGÍA

-Material: equipo RM Philips Ingenia 1.5 Tesla -Método: paciente remitido de UCIAS,adquirimos imágenes de difusión, angiografía TOF, eco-gradiente, Flair y perfusión después de la administración de gadolínico IVDespués se valoran gráficas de perfusión y mismatch para iniciar terapia tromboembólica o no.

RESULTADOS

Valoramos:

- Presencia de sangre intraparenquimatosa o trombosis en el interior de un vaso, descartamos ictus hemorrágicos e isquémicos irreversibles.
- La difusión restringida, que corresponde a las áreas de infarto donde se ha producido un edema citotóxico y el daño cerebral se considera irreversible. -La permeabilidad de las arterias del polígono de Willis.
- El seguimiento del paso transitorio de un bolo de contraste por medio de una adquisición rápida de series dinámicas, para calcular mapas de perfusión que describen la microcirculación cerebral. -La desproporción entre el área de tejido cerebral con restricción del coeficiente de difusión (ADC) y el área de tejido hipoperfundido (perfusión), conocido como mismatch.
- El área de penumbra o tejido con riesgo de progresar a infarto que se considera susceptible de mejorar con el tratamiento.

CONCLUSIONES

-El protocolo de actuación de la RM en el Código Ictus se muestra como una arma viable frente a otras técnicas de imagen para el diagnóstico rápido y preciso, ya que el tiempo de adquisición de estas imágenes ha dejado de ser una excusa para no hacer

RADIOTERAPIA EN ENFERMEDADES BENIGNAS; NEURALGIA DEL TRIGÉMINO.

Enguix Castelo, M; Martín Bravo, I; Muñoz Garzón, V; Azevedo González, E; Martínez Cueto, P; Willisch Santamaría, P Hospital Del Meixoeiro. Vigo (Pontevedra). Servicio de Radioterapia.

INTRODUCCIÓN

La neuralgia trigeminal es un trastorno sumamente doloroso producido por la irritación del nervio trigeminal. La terapia farmacológica es el tratamiento inicial en la mayoría de los pacientes con neuralgia del trigémino de causa no estructural. La quirúrgica se reserva para aquellos pacientes que son refractarios al tratamiento médico o por los efectos adversos de éstos.

La Radiocirugía estereotáctica es un procedimiento poco habitual en los hospitales de nuestro entorno, siendo un método eficaz para el control sintomático cuando han fracasado las terapias médico-quirúrgicas y con pocos efectos secundarios importantes.

OBJETIVOS

- Demostrar la eficacia de la Radiocirugía en el control del dolor en los casos de neuralgia del trigémino, principalmente en aquellos rebeldes al tratamiento.
- Describir los cuidados proporcionados por enfermería e identificar las necesidades del paciente durante el procedimiento
- Resaltar la importancia de la enfermera gestora de casos o coordinadora como parte del equipo multidisciplinar que realiza esta técnica.

MATERIAL Y MÉTODOS

El paciente candidato se presenta en un comité multidisciplinar (neurocirujanos, radiólogos, oncólogos radioterapeutas, enfermeros y físicos). La localización exacta del nervio a nivel de la zona de entrada en el tallo encefálico es muy importante para recibir la dosis de tratamiento prescrita sin perjudicar zonas circundantes. Para ello se realizan en el mismo día del tratamiento diferentes pruebas coordinadas todas ellas por enfermería. Durante todo el procedimiento el personal de enfermería acompañará al paciente para la supervisión de realización de las pruebas, control del dolor y valoración de las necesidades del paciente.

- Mielografía: Se le darán instrucciones de preparación.
- Colocación arco esterotáxia: Neurocirujan@ y enfermer@, bajo anestesia local.
- TAC: Con arco y caja de esterotáxia.
- Planificación dosimétrica: Cálculos de dosis y arcos
- LINAC: Tratamiento en el acelerador
- Retirada del arco de esterotáxia: Neurocirujan@ y enfermer@

RESULTADOS

Se ha realizado un estudio retrospectivo de los pacientes tratados en nuestra unidad. Un 75% de los pacientes habían mejorado del dolor al mes de tratarse y un 37.5% no presenta dolor al año del tratamiento frente a un 50% que sigue refiriendo dolor. Ningún tratamiento se ha cancelado por problemas en la coordinación o mala preparación del paciente.

CONCLUSIONES

- Es una técnica muy compleja, en la que forman parte personal sanitario de diferentes servicios y especialidades por lo que es recomendable la figura de un enfermer@ para coordinar y formar parte de todos los procedimientos.
- Técnica con resultados más que aceptables en neuralgias refractarias al tratamiento médico.

RM MULTIPARAMÉTRICA ENDORECTAL DE PRÓSTATA. ¿QUÉ, CUÁNDO Y CÓMO?

Sala López, S.; Planas Jordi, M. Ressonància Girona

INTRODUCCIÓN

El cáncer de próstata (CaP) es un gran problema sanitario en los países industrializados ya que es el más frecuente en el sexo masculino (excepto el de piel).

Los métodos diagnósticos utilizados hasta hace poco se basaban en el tacto rectal (TR), las cifras del Antígeno Prostático Específico (PSA) y la biopsia a ciegas ante la sospecha de CaP. La realización del estudio de RM Multiparamétrica (RM-MP) prostática endorectal mejora la calidad de imagen y permite obtener información funcional de la glándula mediante difusión y/o contraste.

OBJETIVOS

Describir las indicaciones de la RM de Próstata y RM-MP Endorectal.

Presentar los cuidados de enfermería en la RM-MP Endorectal (atención/información al usuario y realización de la técnica de sondaje).

Descripción del protocolo de la RM-MP Endorectal prostática.

METODOLOGÍA

Se revisan los procedimientos realizados en nuestro centro así como los diferentes protocolos para la RM-MP Endorectal prostática.

Las exploraciones se han realizado en un equipo de RM 1.5T (GE Healthcare), con bobina pélvica de cuatro canales y bobina endorectal (Endo ATD, Medrad). Si es necesario administrar contraste endovenoso se utiliza un Inyector Ulrich para Gadovist®.

Revisión y análisis de diferentes artículos publicados.

Protocolo de RM-MP Endorectal: Axial T2, Coronal T2, Axial T1, Axial Difusión y, opcionalmente, Axial 3D Dinámico GENiq con contraste.

RESULTADOS

Diferenciación de las diferentes indicaciones de la RM de Próstata y RM-MP Endorectal.

Descripción de cuidados de enfermería relativos a la información al paciente de la preparación para la prueba, del procedimiento al que será sometido y de sus ventajas e inconvenientes.

Revisión de la técnica de realización del tacto rectal y de introducción de la sonda rectal.

El protocolo de RM-MP Endorectal ha sufrido varios cambios a lo largo de los años.

CONCLUSIONES

La RM-MP prostática Endorectal es una exploración complementaria al TR, a la detección del PSA y a la ecografía transrectal en pacientes con valores de PSA elevados que tengan o no biopsias previas negativas contribuyendo así al diagnóstico de la patología prostática; principalmente localización, estadaje del CaP y seguimiento en los pacientes ya tratados.

La labor de enfermería informando al paciente de la preparación previa y del procedimiento, es muy importante para obtener la máxima colaboración del paciente, así como los cuidados de enfermería en el sondaje rectal y la administración de contraste.

LA IMPORTANCIA DEL CRIBADO DEL CÁNCER DE MAMA.

González Cervantes, J. Javier

Fundación Instituto Valenciano de Oncología (FIVO)

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama es el tumor más frecuente en las mujeres tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo.

En España se diagnostican 26.000 casos al año aproximadamente el 30% de todos los tumores del sexo femenino en nuestro país, la mayoría entre 35 y 80 años, con máxima incidencia entre los 45 y los 65 años. Se estima que el riesgo de padecer cáncer de mama a lo largo de la vida es de 1 de cada 8 mujeres.

OBJETIVOS

El objetivo del cribado del cáncer de mama es reducir la morbilidad y mortalidad de la enfermedad sin que ello afecte negativamente el estado de salud de los participantes.

METODOLOGÍA

El método del cribado del cáncer de mama es la mamografía, siendo esta la técnica de elección para el diagnóstico precoz del cáncer de mama.

Esta técnica tiene una efectividad superior al examen clínico y a la autoexploración.

Actualmente es el mejor método de estudio para detectar el cáncer en estadios precoces, es la prueba de mejor rendimiento, aunque la sensibilidad (67.8%) y especificidad (75%) no son ideales pero combinada con el examen clínico mejora los resultados.

Hay dos tipos de examen con mamografía:

-Screening o cribado para mujeres asintomáticas.

-Mamografía de diagnóstico: en mujeres con algún síntoma o signo: bulto, sangrado de pezón.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Los programas de cribado en mujeres asintomáticas han mejorado el diagnóstico precoz y han contribuido al descenso de las tasas de mortalidad por cáncer de mama.

El uso de la mamografía, unido a la mejora de los tratamientos, han supuesto una reducción de la mortalidad por cáncer de mama del 20-35% en mujeres de 50 a 69 años, algo menos entre 40 y 49 años (mayor porcentaje de mamas densas, menor sensibilidad a las mamografías y menor incidencia en esta edad).

Por tanto el diagnóstico precoz es el primer paso esencial para tener elevadas posibilidades de curación en multitud de patologías.

En caso de patologías graves, especialmente en el cáncer el diagnóstico cuando la lesión es pequeña o palpable:

-Aumenta las posibilidades de curación.

-Mejora la calidad de vida de los pacientes.

-Permite tratamientos menos agresivos.

**3ª Mesa Formación Continuada:
Novedades farmacéuticas y productos sanitarios.**

Sábado 20 de Mayo - 16:15 h.

Presentadora:

Laura Pla Olivé

Rosario Boscá Mayans

(General Eléctric). Medios de contraste orales. Seguridad del Paciente.

Pendiente de confirmación.

Manipulación nueva bomba inyectora.

*Mirando por el
paciente*

*Mirando por el
profesional*

Málaga 19 y 20 de Mayo 2017

Moderador

José Antonio Antón Pérez

Pulgar del esquiador en RM.

Puebla-Maroto, D; Fernández-Ruanova, B
Osatek (Vitoria-Gasteiz)

Implementación de un software de gestión de contraste en TC.

Díaz Membrives, M.; Fernández Ordoñez, J.; González Álvarez, M.; Fernández Redondo, L.; Carretero Gallardo, C.; Calabrés García-Carpintero, I.

Institut de Diagnòstic per la Imatge. Centre Bellvitge

Rol de enfermería en la atención al paciente candidato a la gammagrafía partatiroidea pre-quirúrgica y su procesado.

Samuel Aranés, David Buján, Ernesto Espinosa, Jordi Ribera, Meritxell Juanmartí, Xavier Cases, Eva Marcos, Sandra Pineda, Marco Bianchi, Gemma Lasso, Sergi Vidal.

Hospital Clínic de Barcelona. CDIC. Medicina Nuclear.

Docencia de enfermería en radiología en el contexto del grado de enfermería en las universidades españolas.

Pérez Cortijos, V.M;García Rodríguez,I.M.; Aráez Lázaro, M.C.

Hospital General Universitario Rafael Mendez de Lorca. Murcia.

PULGAR DEL ESQUIADOR EN RM

Puebla-Maroto, D; Fernandez-Ruanova, B
Osatek (Vitoria-Gasteiz)

INTRODUCCIÓN

Las lesiones de la articulación metacarpo-falángica (MCF) del pulgar son muy frecuentes en deportistas que practican deportes como Karate-Do, fútbol, ciclismo, gimnasia y esquí. La intención terapéutica varía en función de las características de la lesión. Debido a la anatomía, estas lesiones requieren un alto contraste entre partes blandas para su estudio por imagen, lo que hace que la Resonancia Magnética (RM) juegue un papel crucial en su diagnóstico.

OBJETIVO

El objetivo de este trabajo ha sido analizar el papel de la resonancia magnética ante una sospecha de lesión en los ligamentos colaterales de la primera articulación MCF.

METODOLOGÍA

Estudio retrospectivo de los estudios realizados en una unidad de RM a lo largo del 2016, utilizando un equipo Siemens Avanto 1.5T y una bobina Wrist Coil 8ch. El protocolo de rutina con que fueron realizadas estas pruebas consta de secuencias T1, T2* y DP FS en los planos axial, coronal y sagital oblicuos.

Criterios de inclusión: estudios de lesiones de origen traumático dirigidos a la primera articulación MCF de la mano y ligamentos colaterales.

RESULTADOS

Se revisaron las 124 pruebas de dedo-mano realizadas durante el periodo a estudio. Quince estudios cumplieron con los criterios de inclusión.

En 10 pacientes con sospecha clínica de lesión en ligamentos colaterales, 8 se confirmaron con total seguridad. En dos los movimientos del paciente provocaron artefactos que limitaron el diagnóstico.

Tres estudios cuyo motivo de consulta era valorar el estado articular, obtuvieron una correcta visualización de las estructuras permitiendo en dos ocasiones descartar lesión.

También se pudo realizar seguimiento de dos lesiones antiguas en pacientes que acudían por otro motivo clínico.

CONCLUSIONES

La RM es altamente sensible para estudiar los ligamentos colaterales de la primera articulación MCF y valorar las estructuras de dicha articulación, permitiendo diagnosticar lesiones tanto agudas como crónicas.

La complejidad anatómica de la zona hace indispensable obtener imágenes de alta calidad para el diagnóstico, aspecto donde el papel de enfermería resulta fundamental por la importancia que tiene contar con la colaboración del paciente y los cuidados de enfermería que requiere el procedimiento

IMPLEMENTACIÓN DE UN SOFTWARE DE GESTIÓN DE CONTRASTE EN TC

Díaz Membrives, M.; Fernández Ordoñez, J.; González Álvarez, M.; Fernández Redondo, L.; Carretero Gallardo, C.; Calabrés García-Carpintero, I.

Institut de Diagnòstic per la Imatge. Centre Bellvitge.

OBJETIVOS

Describir los beneficios que un gestor de dosis de medios de contraste en TC aporta para el paciente y para los profesionales.

METODOLOGÍA

Durante 3 meses se ha utilizado un software dedicado a la administración de contraste (CerteGra® ISI 900, Bayer) con bomba inyectora para TC con personalización de las dosis de contraste en función de la cantidad de yodo fijada por el radiólogo, siguiendo criterios diagnósticos. Los parámetros que influyen en dicha cantidad son, entre otros, el peso del paciente, el tipo de exploración, la duración de la adquisición y el coeficiente de atenuación del tejido a estudiar.

Se ha analizado el proceso de implantación de este nuevo instrumento, y los posibles beneficios e inconvenientes de forma descriptiva.

RESULTADOS

Desde el punto de vista del paciente, en general se reducen las cantidades de contraste administrado, ya que se ajustan las dosis según la variabilidad en el tipo de prueba, el peso del paciente y la duración de la adquisición. Además, a criterio del equipo de radiólogos, se ha mantenido la calidad de imagen.

Desde el punto de vista del profesional, este software permite una captura secundaria de datos (gráfico), que muestra los datos de inyección del estudio que incluyen la curva de inyección, la presión a la que se ha perfundido el medio de contraste (psi), el calibre de la vía venosa y la velocidad real de inyección. Además, se registra el lote de fármaco y por tanto, permite la trazabilidad en caso de requerirse un seguimiento. Desde el punto de vista económico, se reduce el gasto en medios de contraste.

Como inconvenientes se han detectado la resistencia al cambio por parte de algunos profesionales sobretodo porque se necesita tiempo para introducir todos los datos requeridos por el sistema en el ordenador (lote, lugar de punción, calibre vía venosa, profesional, entre otros.)

CONCLUSIONES

En conjunto, el software de gestión de dosis proporciona beneficios para el paciente que justifican su utilización ya que hemos constatado la disminución en las cantidades administradas de contraste respecto a la establecida de forma fija, se irradia menos y se mantiene la calidad de la imagen. Para los profesionales supone reducir el gasto en medios de contraste y reducir los estudios subóptimos, además de mejorar la trazabilidad del fármaco.

Como inconvenientes se observó la resistencia inicial de algunos profesionales que con una formación adecuada se subsanaron sin problemas.

ROL DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE CANDIDATO A LA GAMMAGRAFÍA PARTATIROIDEA PRE-QUIRÚRGICA Y SU PROCESADO.

Samuel Aranés Benet, D. Buján, S. Vidal-Sicart, D. Fuster, E. Espinosa, J. Ribera, M. Juan Martí, E. Marcos, I. Men- do, G. Lasso, S. Pineda., C. Santos.

Hospital Clínic de Barcelona. CDIC. Medicina Nuclear.

INTRODUCCIÓN

La gammagrafía paratiroidea pre-quirúrgica es una de las pruebas que se realizan en Medicina Nuclear. Es una prueba diagnóstica en la que pueden adquirirse diversos tipos de imagen: planar (precoz y tardía), con pin-hole y SPECT/CT. Asimismo, pueden obtenerse imágenes pre e intra-quirúrgicas con gammacámaras portátiles o con el dispositivo Declipse Spect. Debido a que, en nuestro protocolo, la obtención de las imágenes requiere de la utilización de diferentes dispositivos, el paciente permanecerá aproximadamente 3h en la unidad de Medicina Nuclear.

OBJETIVO

Identificar las necesidades del paciente durante la exploración y proporcionarle los cuidados necesarios, administrar la dosis estándar de Radiofármaco para la prueba e incorporando herramientas para su confort, manteniendo su intimidad y aplicando las movilizaciones anatómicas para una correcta obtención de la imagen.

Empatizar con el paciente para lograr una relación de ayuda, en el transcurso de la prueba.

Localizar con la mayor precisión posible, mediante la combinación de las diversas imágenes gammagráficas, los adenomas paratiroides.

METODOLOGÍA (MATERIAL Y METODOS)

Equipo interdisciplinar del CDI (Médico Nuclear, Enfermería y Técnicos), instalaciones del servicio de Medicina Nuclear y pacientes específicos para dicho estudio.

Elementos ergonómicos para el correcto posicionamiento del paciente y para su comodidad.

PNT de gammagrafía paratiroidea con gammacámara fija, portátil y Declipse Spect.

Dosimetría y protección plomada.

Material de punción y dosis de 24 mCi de ^{99m}Tc-MIBI.

Gammacámara convencional de uno/dos detectores E-cam Siemens, colimador planar y pin-hole.

Gammacámara portátil Sentinella S102 con pin-hole (4mm).

Sistema Declipse equipado con sonda detectora gamma y sistema de posicionamiento.

Workstation para el procesado de las imágenes.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos en nuestro servicio de medicina nuclear, con el protocolo que integra los diferentes dispositivos han evidenciado la implementación en la rutina asistencial de la localización pre-quirúrgica tridimensional de los adenomas paratiroides. Este hecho, facilita la localización anatómica del adenoma y es de gran ayuda para el cirujano en el momento de la intervención.

La empatía y la relación de ayuda empleadas han logrado la satisfacción y la comodidad en la realización del estudio a los pacientes.

DOCENCIA DE ENFERMERIA EN RADIOLOGIA EN EL CONTEXTO DEL GRADO DE ENFERMERIA EN LAS UNIVERSIDADES ESPAÑOLAS

Pérez Cortijos, V.M. *Supervisor Servicio de Radiología del Área III de Salud. Lorca. Murcia.* - **García Rodríguez, I.M.** *Enfermera Unidad de Radiodiagnóstico Área III de Salud.* - **Aráez Lázaro, M.C.E**

Hospital General Universitario Rafael Mendez de Lorca

INTRODUCCIÓN

Es evidente que los cuidados enfermeros dentro del contexto de la radiología cada vez abarcan una mayor importancia y cada vez se incide más en un mantenimiento de los cuidados enfermeros así como en la seguridad del paciente cuando acude a nuestros servicios tanto en medicina nuclear, radioterapia así como radiodiagnóstico en el amplio espectro de actuaciones que realizamos los enfermeros, cabe preguntarse: ¿Se les está dando a los enfermeros la formación oportuna en los estudios de grado? ¿Se trata en todas las universidades por igual los conocimientos dentro del mundo de la radiología? ¿Estamos avanzando en muchas actuaciones y viendo la necesidad de la enfermería en radiología y descuidando por otro lado el germen en los alumnos titulados en grado de enfermería?

OBJETIVO

Describir la situación de la formación en radiología en los estudios de grado en enfermería en las universidades españolas encuadradas dentro de la conferencia nacional de decanos de enfermería.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo transversal realizado durante los meses de Enero y Febrero del año 2017. Se recopiló la información más reciente publicada en los planes de estudios de las universidades evaluadas sujetas a estudio, las cuales estuvieron constituidas por 96 universidades, incluyendo Facultades de Enfermería de financiación pública y privada que adscritas a las conferencias nacionales de decanos de enfermería. Se consideraron válidos los planes de estudios de las asignaturas con algún contenido en radiología tanto optativa como obligatorias, excluye en este estudio aquellas prácticas que los alumnos en el practicum de cuarto curso pudieran elegir los servicios de radiología.

RESULTADOS

Se evaluaron 96 Universidades que cumplían los criterios de inclusión. En cuanto a ¿Dónde se recoge materia relacionada con radiología?, se encontró que en el 26,04% de las mismas existe alguna relación con el tema de radiología. En el resto (73.95%) no se presenta en sus planes de estudios ninguna mención hacia la radiología. Referente a las asignaturas obligatorias, del total de universidades que imparten algún tema relacionado con la radiología, tienen un carácter obligatorio en los planes de estudios un 64%, en el caso de las optativas relacionadas con radiología, se encontraron en un 36% de las universidades evaluadas. En dos centros se realizan prácticas de 10 horas con carácter obligatorio y un curso on line de protección radiológica básica, esto supone un 2,08% del total de universidades.

CONCLUSIONES

La enfermería en los servicios de radiología ha tenido un amplio recorrido, incluso la posibilidad de que suprimir la enfermería de estos espacios, a favor de otros colectivos profesionales, sin embargo, las competencias ejercidas por enfermería no pueden ser sustituidas por otros colectivos, por lo que se considera que se deben establecer claramen-

Defensa de los 5 mejores pósters

Sábado 20 de Mayo - 18:00 h.

Moderadora

Isabel Palomares Casado

Mirando por el
paciente

Málaga 19 y 20

ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DE PACIENTES SOMETIDOS A UNA ANESTESIA EN RESONANCIA MAGNÉTICA

Santamaría Ozaeta, K.

Osatek Resonancia Magnética

INTRODUCCIÓN

Anestesiarse a pacientes en un servicio de Resonancia Magnética (RM) se ha convertido en los últimos tiempos en una práctica habitual.

La necesidad creciente de realizar RM a niños, adultos no colaboradores y/o claustrofóbicos, nos hace pensar que es de gran importancia tener en cuenta los cuidados que debemos prestar a este tipo de pacientes.

OBJETIVOS

Mostrar la metodología empleada en un servicio de RM con pacientes sometidos a anestesia, así como el papel de Enfermería durante el proceso.

METODOLOGÍA

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE), agiliza el diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud reales y potenciales de los pacientes sometidos a una anestesia en RM.

RESULTADOS

Se hace una revisión de los estudios con anestesia realizados en los últimos 15 años valorándose la necesidad de establecer una serie de diagnósticos de Enfermería (NANDA) y los objetivos (NOC) e intervenciones (NIC) que de ellos se derivan.

La presencia de personal de Enfermería es fundamental a lo largo de la realización de los estudios bajo anestesia, ya que está capacitado para tener en cuenta aspectos personales del paciente y su familia, posee conocimientos y habilidades en el manejo de los diagnósticos y cuidados, así como de la tecnología aplicada en este tipo de exploraciones.

CONCLUSIONES

Es necesario tener una correcta metodología a la hora de atender a pacientes que van a ser sometidos a una anestesia antes de realizar la RM.

El personal de Enfermería es importante a la hora de realizar los cuidados adecuados al paciente a lo largo del proceso de realización de la prueba de RM, ya que aporta los conocimientos necesarios para un correcto desarrollo de la misma.

Palabras clave: Resonancia Magnética (RM), Proceso de Atención de Enfermería (PAE), Diagnósticos de Enfermería (NANDA), objetivos (NOC), Intervenciones (NIC).

NECESIDAD DE REGISTROS EN LA ADMINISTRACIÓN DE CONTRASTE

Harto Moreno, Cristina; Catalan Ecija, Marta;
Cusido Ortega, Anna; Sanchez Gallardo, Yolanda
Consortio Sanitario del Maresme

INTRODUCCIÓN

Para ciertos exámenes por TC se utiliza contraste yodado endovenoso para aumentar la visibilidad en el área del cuerpo en estudio. La prevalencia de alergia al contraste yodado no iónico varía entre 0,2%-3,1%.

Un cambio producido por concurso del contraste yodado no iónico en el Servicio de Radiología, provocó un aumento de reacciones alérgicas tanto graves como leves tras la administración del contraste endovenoso. La diferencia de los dos contrastes es el principio activo, ya que los dos con contrastes yodados no iónicos monoméricos de baja osmolaridad.

Estas reacciones comportan una necesidad de premedicación a estos pacientes debido a que un gran porcentaje son pacientes oncológicos que requieren de nuevos controles por TC debido a su patología y con necesidad de administrar el contraste yodado, provocando una elevación de riesgo vital en estos pacientes. Los clínicos oncológicos muestran su preocupación debido a la negación que dan los pacientes a la realización de los controles con la administración de contraste.

OBJETIVOS

Contribuir a una mayor Seguridad y tranquilidad de los pacientes candidatos a TC con contraste.

Disminuir el estrés provocado al profesional con el cambio del contraste.

Argumentar la necesidad del cambio de contraste yodado.

METODOLOGÍA

Se utilizan tablas de registros de incidencias del año anterior, del año del cambio y año posterior. Registros conjuntos Servicios de Radiología y Oncología.

Anotación del grado de reacción, manejo posterior y contraste administrado.

Número de exploraciones de TC con contraste yodado no iónico realizadas en el periodo de los cuatro meses que se utilizó el contraste.

RESULTADOS

Nº de reacciones cada año en el periodo que se utilizó el contraste del concurso (B).

2013: Prevalencia alergia al contraste A 0,05%

2014: Prevalencia alergia al contraste B 0,9%

Se creó documento argumentando la necesidad del cambio de contraste.

2015: Prevalencia alergia al contraste A 0,09%

CONCLUSIONES

Los registros en el historial de los pacientes de la administración de contraste facilita y aumenta la Seguridad en controles posteriores.

La creación de registros de reacciones alérgicas, diferenciando la gravedad y el contraste administrado, y la posterior comparación con registros anteriores, favoreció la creación de un documento para solicitar el cambio.

El control y manejo por parte de enfermería de estos datos favorece el cambio y muestra una de las funciones de enfermería, velar por la Seguridad del paciente

DIAGNÓSTICO RADIOLÓGICO DEL TEP MEDIANTE TC MULTIDECTOR

Pachón Pozo, M.; Góngora Vilardell, M.
Hospital Universitari Mutua Terrassa

INTRODUCCIÓN

El tromboembolismo pulmonar (TEP) es frecuente en pacientes hospitalizados presentando elevadas tasas de mortalidad (7-11%). Aunque el TEP puede ocurrir en pacientes sin ningún factor predisponente identificable (TEP idiopático 20%), normalmente es posible identificar uno o más factores predisponentes (TEP secundario). Los factores predisponentes del TEP se clasifican en 3 grupos: Los factores predisponentes fuertes, los factores predisponentes moderados, los factores predisponentes débiles. El diagnóstico es difícil debido a que no tiene una presentación clínica específica y su diagnóstico precoz es fundamental, ya que el tratamiento inmediato es altamente efectivo. Enfermería radiológica desempeña un papel muy importante en la prueba TC TEP; en la recepción del paciente, durante el procedimiento de la misma y el post-procedimiento.

OBJETIVOS

Describir el número de TC TEP solicitados en el último año para descartar TEP. Identificar la tasa de confirmación de TEP de la TC multicorte. Analizar los factores predisponentes de los pacientes diagnosticados de TEP.

METODOLOGÍA

Estudio observacional retrospectivo, realizado desde el 1 de Enero de 2016 al 31 de Diciembre 2016, realizado en un Hospital Universitario con ámbito asistencial de una población de 260000 personas. El proceso de recogida de datos se realizó analizando los TC TEP que se pidieron como urgentes y se realizaron con en el TC multicorte. Se valoraron las variables edad, sexo, factores predisponentes clasificados en fuertes, moderados y débiles y diagnóstico definitivo de TEP. El análisis de datos se realiza mediante programa estadístico Excel 2011.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio de los 272 TC TEP urgentes realizados con TC multicorte que se realizaron fueron confirmatorios de TEP 52(19,1%) y negativos para TEP 220(80,9%). De los 52 pacientes diagnosticados de TEP, 28(53,8%) eran mujeres y 24(46,2%) hombres. La incidencia de TEP en mujeres aumenta a partir de los 71 años y en hombres a partir de los 61 años. Por lo que respecta a los factores predisponentes, en un 1,3% (1) de mujeres y un 3,6% (2) de hombres no se encontró ningún factor predisponente registrado en la historia clínica ($p=0,8905$). En mujeres los factores predisponentes débiles fueron los más hallados con un 50,4% (43) y en varones fueron los moderados con un 51% (28).

CONCLUSIONES

El presente estudio permite identificar los factores de riesgo de TEP realizados urgentemente con TC multicorte así como la tasa de confirmación de TEP. Con estos datos sería necesario analizar un periodo de estudio mayor de un año.

TERAPIAS CONDUCTUALES EN ESTUDIOS DE RESONANCIA MAGNÉTICA SIN SEDACIÓN EN PACIENTE PEDIÁTRICO.

Ruiz Gonzalez Laura, Gutierrez Blasco M^a Pilar, Corsellas Albiac Gemma, Campo Garcia Cristina, Cazorla Rodriguez Cristina, Garcia Oso AnaM
IDI RM Vall d'Hebron. Barcelona.

INTRODUCCIÓN

Los pacientes pediátricos que acuden al servicio de Resonancia Magnética (RM) presentan un perfil común. Hemos observado la presencia de disconfort, ansiedad debido a la falta de conocimientos y escasa familiaridad del lugar.

OBJETIVO

Ofrecer todas las terapias conductuales* que estén a nuestro alcance para reducir la ansiedad y el disconfort durante el estudio y conseguir la colaboración del paciente, evitando de este modo la necesidad de sedación.

*A través de las terapias conductuales reforzamos las conductas deseables y eliminamos las no deseadas o desadaptativas.

METODOLOGÍA (MATERIAL Y MÉTODO)

Hemos incluido a los pacientes con edades comprendidas entre 1-3 meses y 4-19 años, ya que los pacientes con edades entre 4 meses y 3 años, requerirán la sedación profunda. Las medidas de confort ofrecidas son diferentes según las necesidades del paciente:

Periodo comprendido entre 1-3 meses de edad (Neonato/Lactante):

Realizaremos la RM aprovechando la somnolencia postprandial para conseguir mayor éxito de colaboración. Aportaremos protección auditiva y medidas de confort. Valoraremos posibilidad de método canguro e incluso lactancia materna durante la exploración.

Periodo comprendido entre los 4-19 años (Periodo Escolar/Adolescencia): Para calmar al paciente le explicaremos de forma detallada y comprensible en que consiste el estudio. Valoraremos el nivel de ansiedad, aplicando diagnósticos enfermeros y utilizaremos como medidas de confort, la proyección de películas o audición de música adecuadas a su edad, así como la posibilidad de acompañamiento de familiares.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Gracias a las terapias conductuales empleadas, conseguimos disminuir la ansiedad del paciente pediátrico. Como resultado, conseguimos una mayor colaboración y disminución del rango de edad que precisa sedación. El papel de enfermería es de vital importancia, ya que a través de las terapias conductuales utilizadas se ofrece un servicio de mayor calidad.

PROTOCOLO PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL CONTRASTE YODADO POR VÍA VENOSA

Roca Sarsanedas J.*, Falcó Pegueroles A.**, Galimany Masclans J.**, ***Regidor Braojos A., *Cullell Salmeron R.
*Hospital de Sant Pau, **Universitat de Barcelona, ***Hospital Dos de Mayo. Barcelona.

INTRODUCCIÓN

El medio de contraste yodado endovenoso (MCYE) es considerado un medicamento de alto riesgo según el Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos (ISMP-España), porque cuando se usa incorrectamente, presenta una mayor probabilidad de causar un daño importante o incluso la muerte del paciente.

La Enfermería ha de procurar la mejor atención individualizada según la edad del paciente, su acceso vascular, los posibles efectos secundarios, el volumen que se debe administrar, las reacciones adversas e interacciones medicamentosas, capacidades cognitivas y su seguridad.

OBJETIVOS

Prevenir los riesgos que puede comportar la administración de contraste yodado endovenoso

Administrar el MCYE con la mayor garantía de seguridad para el paciente y para el procedimiento radiológico determinado. Detectar de manera precoz y tratar, los problemas relacionados con la administración del MCYE, adaptados a las características individuales de la persona.

METODOLOGÍA

Mediante la revisión bibliográfica de artículos originales, las guías de referencia y la experiencia contrastada de otros enfermeros, se ha procedido a redactar un protocolo de administración del MYCE relacionando aquellos factores de riesgo más habituales, así como las recomendaciones farmacológicas más comunes.

RESULTADOS

Si la técnica radiológica nos pide una alta velocidad de inyección deberemos canalizar una vía venosa periférica adecuada a este requisito, teniendo en cuenta las recomendaciones del fabricante del dispositivo venoso que se inserta y la presión a la que se verá sometido el vaso sanguíneo.

Si se debe usar una vía venosa central previamente insertada, deberemos adecuar la velocidad máxima de inyección que se recomienda, para preservar el dispositivo.

Como norma general, debemos administrar el MCYE a una temperatura corporal para reducir los efectos secundarios como sus complicaciones. Estará contraindicada su administración en casos de paciente alérgicos que no se le haya pautado una desensibilización previa y también los pacientes que sufren una insuficiencia renal aguda.

En los casos particulares de los pacientes que toman antidiabéticos orales se recomienda su retirada durante 48h antes y 48 después de la administración del MYCE si padecen un cierto grado de insuficiencia renal.

CONCLUSIONES

La administración venosa del MCYE deberá realizarse según las características individuales del paciente, de la técnica radiológica y de la vía venosa.

ESTUDIO COMPARATIVO EN RADIOLOGÍA PORTÁTIL NEONATAL

Olivares Gonzalez M^aAngeles

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol

INTRODUCCIÓN

Realizamos estudio comparativo entre los portátiles analógico y digital en exploraciones de Tx en la unidad de neonatología del Hospital Germans Trias i Pujol.

Estos pacientes debido a sus características son más vulnerables y más sensibles a la radiación que una persona adulta.

OBJETIVO

El objetivo del estudio ha sido intentar reducir la dosis efectiva equivalente recibida durante dicha exploración con el portátil digital respecto al equipo portátil analógico.

METODOLOGÍA

Las radiografías se realizaron con un equipo portátil analógico marca, y con un portátil digital marca Ambos portátiles sometidos a controles de calidad reglamentarios los cuales aseguran su calidad operativa.

Con el equipo portátil analógico, los chasis contienen una película la cual se somete a revelado, pudiendo influir este de forma negativa en la imagen visible. Las pantallas de refuerzo que contiene los chasis analógicos permiten disminuir los valores de exposición reduciendo el tiempo y la radiación al paciente.

Los nuevos chasis digitales contienen una pantalla interna flexible, la cual es leída por el software del equipo ofreciendo lo que podría ser la imagen final, con la ventaja de ofrecer una posible manipulación para poder obtener una imagen totalmente diagnosticable. Contiene una rejilla que equivale a las pantallas de refuerzo en las analógicas que al recibir la radiación, genera una señal de luz amplificada sobre la película

Para todos los pacientes se tuvo en cuenta:

Las dosis

Distancia foco-placaPeso y grosor del paciente

Semanas de gestación de la madre

Tamaño chasis

Colimación

Protectores gonadales

RESULTADOS

Las dosis leídas por el Centro Nacional de Dosimetría se han valorado una vez corregidas por los diferentes factores de calibración (Kv, MaS,...) y del fondo medioambiental.

El estudio nos demuestra que el ahorro de dosis recibida por los pacientes es muy elevado realizando los estudios con la máquina portátil digital, obteniendo una disminución del 35,29 %.

CONCLUSIONES

El software de última generación, nos permite obtener una imagen nítida, suprimiendo el ruido en las imágenes, siempre y cuando se aplique la dosis adecuada. En los casos en los que se aplicara una dosis baja, el grano aparecerá sin posibilidad de eliminarlo, motivo por el cual no hemos podido trabajar con valores inferiores a 0,4 maS

Este software junto con el procesamiento de la imagen influye directamente en reducir la dosis que recibe el paciente.

IMPLANTAR MEJORAS ASISTENCIALES TRAS CONOCER LA OPINIÓN DEL PACIENTE, 10 AÑOS DE EXPERIENCIA.

Lanza Valls, Me., Salvat Marles, A., Moreno Bartrolí, M

IDI, Hospital Joan XXIII

INTRODUCCIÓN

El "Institut de Diagnòstic per la Imatge. IDI" desde hace 10 años, ha incorporado entre sus actividades del Sistema de Gestión de Calidad, las encuestas de satisfacción del paciente. Estas son anónimas, y constan de 10 preguntas cerradas y posibilidad de añadir comentarios y sugerencias.

OBJETIVOS

Encontrar en el sistema de garantía de calidad y en la encuesta, una utilidad práctica.

Nos interesa, en especial, captar la perspectiva del paciente, para poder realizar mejoras asistenciales, en la actuación enfermera. En ítems como: explicación de la prueba, trato personal recibido, intimidad y satisfacción del proceso.

METODOLOGÍA

Se analizan las encuestas y los puntos sobre los que queremos actuar para transformar y realizar cambios que nos aporten mejoras en la calidad asistencial de la enfermería radiológica.

Haciendo que el personal de enfermería forme parte y se sientan coparticipes, de estas actuaciones.

RESULTADOS

Los resultados de las encuestas en las preguntas cerradas, y la comparativa entre años, han reflejado un grado de satisfacción global alto con respecto al trato personal recibido.

Los comentarios abiertos y las sugerencias son los que proporcionan más información sobre los aspectos a mejorar en los procedimientos desde la perspectiva del paciente

La satisfacción global percibida mejora, si introducimos cambios en los procedimientos, que el paciente considera importantes, como la atención personal.

Así se han creado en 2014: la Enfermera Gestora de casos de mama.

En 2015, La Enfermera gestora de casos de Próstata, y en la actualidad la Consulta de Enfermería Radiológica.

CONCLUSIONES

Encontrar utilidad práctica, ayuda tanto a la mejora asistencial del paciente como al personal de enfermería, que ve positivamente el proceso de análisis y valoración de las encuestas de satisfacción, una herramienta de mejora.

Es importante como feed-back y reconocimiento a sus esfuerzos.

BIBLIOGRAFÍA

• Pla Integral de Qualitat 2016 - IDI - <http://www.idi.gencat.cat/area-de-qualitat/pla-integral-de-qualitat>

• Manual de Qualitat - Sistema de gestió de qualitat - 2016- IDI .2013. Ministerio de Sanidad, Estándares y recomendaciones de calidad de las unidades asistenciales de radiología:SERAM

IMPORTANCIA DEL PAPEL DE LA ENFERMERA EN LA EXTRAVASACION DE CONTRASTE INTRAVENOSO

González del Río, C; Fuente Llamazares, S; Flores Medina, E; García Valparís, C; Santamarta Díez, Margarita; Blasco Carmona, MJ

Complejo Asistencial Universitario de Leon

INTRODUCCIÓN

Los medios de contraste yodados, son medicamentos que proporcionan opacidad y realzan las estructuras vasculares de distintos órganos internos incrementando la absorción de los rayos X. La extravasación es una complicación poco frecuente, que puede ocurrir incluso cuando la técnica es adecuada. Las consecuencias varían desde reacciones cutáneas leves a lesiones más graves como la necrosis o el síndrome compartimental. La enfermera debe observar los signos y síntomas de alarma relacionados con la extravasación, como dolor progresivo, alteración de la sensibilidad, pérdida de la función motora, enrojecimiento, entre otros. Según la bibliografía revisada, existen factores de riesgo a tener en cuenta que incrementan el riesgo de extravasación, como los relacionados con el paciente (alteración de la comunicación, edad avanzada, insuficiencia venosa, atrofia o tratamientos quimioterápico o radioterápicos) y con la inyección del contraste (inyector automático, velocidad de infusión, grandes volúmenes).

Es por ello que nos preocupa difundir los riesgos del uso de este tipo de medios de contrastes y sus posibles complicaciones a todo el personal de enfermería del servicio de radiología, así mismo, promocionar los cuidados adecuados. OBJETIVOS Aumentar los conocimientos del personal de radiología del CAULE, sobre la vigilancia, gestión de factores de riesgo, información y cuidados del paciente de la extravasación de los medios de contraste intravenosos durante la realización de Tomografía Axial Computerizada (TAC)

METODOLOGÍA: MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una búsqueda de información en las bases datos y fuentes bibliográficas en medios digitales y escritos, además de la revisión de protocolos del servicio de radiología. Las reuniones con el personal de enfermería del servicio fueron periódicas, realizándose charlas informativas mediante proyector en las salas adheridas para ello.

RESULTADOS

Instrucción al equipo de la unidad, siendo conscientes de la gravedad de las lesiones en las extravasaciones de medios de contraste. Comunicar al personal de enfermería la información que debe dar a los pacientes sobre la aparición de signos o síntomas de alarma ante los cuales deberá acudir a un centro de atención médica. Difusión y evaluación de las técnicas de investigación, incremento de la participación resolviendo las dudas sobre los problemas detectados dándole visibilidad y así aumentando los conocimientos impartidos.

CONCLUSIÓN

La práctica diaria demuestra, que la actuación de enfermería es fundamental para ofrecer una atención eficaz y de calidad en esta complicación radiológica, siendo la formación, la mejor prevención para el diagnóstico precoz y el tratamiento adecuado, las claves para evitar las lesiones graves.

Se debe reforzar y promover la seguridad de los pacientes en la administración de contraste yodado informándoles previamente mediante consentimiento informado de todas las complicaciones posibles, durante la realización de la prueba y al final.

CISTOGRAFIA VS UROSONOGRAFIA MICCIONAL SERIADA. VALORACION CUIDADOS DE ENFERMERIA

M^a Carmen Pariente Martín. Hipólita Hernández Mocha, Amparo García Rodríguez

Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia

INTRODUCCIÓN

La Urosonografía Miccional Seriado (UMS) es una exploración que se realiza desde febrero de 2013 en el Servicio de Radiología Pediátrica del Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia para la detección del reflujo vesicoureteral. Con anterioridad la exploración de elección para el diagnóstico de este tipo de patologías era la Cistografía Miccional Seriado (CUMS). La enfermera realiza la técnica y los cuidados necesarios para obtener en ambas pruebas una exploración óptima que resulte diagnóstica.

OBJETIVOS

- Valoración de los cuidados de enfermería
- Descripción de la UMS y evaluación, ventajas e inconvenientes respecto a la CUMS
- Revisión de las incidencias en la preparación previa y durante la exploración

MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio consistió en una revisión de las UMS y CUMS realizadas en nuestro Servicio desde el 26 de febrero de 2013, hasta el 31 de enero de 2017. Se valoraron los cuidados de enfermería teniendo en cuenta las incidencias derivadas de la preparación del paciente y de la propia técnica. En ambas exploraciones la enfermera realiza el sondaje vesical del paciente para la introducción del contraste. En el caso de la UMS se trata de una prueba dinámica en la que se realiza el estudio mediante ultrasonidos y contraste ecográfico, frente a la CUMS en la que el estudio se realiza mediante radiaciones ionizantes y contraste yodado.

RESULTADOS

757 exploraciones revisadas, 84,8% de consultas externas, 14,9% de hospitalización, y 0,26% de urgencias. Del total de casos estudiados, 49,6% eran varones y 50,4% mujeres. Se programaron 379 UMS, de las cuales un 62,8% eran < 1 año; y 378 CUMS, de las que 36,14% tenían entre 4 y 10 años. El 91% de las UMS no tuvieron incidencias durante la prueba, frente a 77,5% en el caso de las CUMS. En cuanto a las incidencias observadas en las CUMS, un 28,2% se debieron a técnicas especiales de relleno de la vía urinaria, y en un 24,7% no se consiguieron imágenes miccionales por diversas causas.

CONCLUSIONES

Los cuidados de enfermería son determinantes para minimizar las incidencias que dificultan la realización correcta de ambas pruebas. Es importante coordinar el procedimiento con el resto del equipo, conocer los antecedentes patológicos del paciente, asegurarse de que se ha realizado la profilaxis correcta, así como tener un especial cuidado en la técnica del sondaje. La experiencia en el manejo de los pacientes pediátricos y el entrenamiento del equipo son factores importantes para obtener resultados fiables y para implementar nuevas pruebas diagnósticas como la UMS. En cuanto a la indicación de las dos exploraciones, se observa que la CUMS se sigue realizando en un número considerable de casos por diversos motivos como son la patología del paciente y disponibilidad de los recursos. Se concluye también la importancia de los registros de enfermería para futuros estudios siendo la herramienta más eficaz para constatar nuestro trabajo.

¿QUÉ APORTA UN SOFTWARE DE GESTIÓN DE DOSIS DE CONTRASTE EN TC EN PACIENTES ONCOLÓGICOS?

Fernández Ordoñez, J.; Díaz Membrives, M.; González Álvarez, M.; Fernández Redondo, L.; Carretero Gallardo, C.; Sánchez Sansano, A.

IDI. Hospital Duran y Reynals (BELLVITGE)

INTRODUCCIÓN

Los avances de las últimas décadas en tomografía computarizada han permitido reducir las dosis de radiación que reciben los pacientes. Por otra parte, el uso de medios de contraste cada vez más seguros, ha permitido también reducir las reacciones adversas y minimizar sus efectos. A pesar de ello, ha habido pocos avances en la gestión de las dosis de contraste administradas y en el estudio de su optimización para no reducir la calidad del estudio.

OBJETIVOS

Evaluar los beneficios de la utilización de un software de gestión de dosis de contraste, que ajusta las dosis de contraste en pacientes oncológicos con controles sucesivos en el Hospital Duran y Reynals. Como objetivo secundario se plantea cuantificar la cantidad de contraste utilizado para valorar los posibles beneficios, tanto clínicos como económicos.

METODOLOGÍA

Se estudiaron de forma retrospectiva 30 personas con patología de tipo oncológico, de entre 50 y 65 kg, a los que se realizó un protocolo tóraco-abdominal de control. El estudio consta de una hélice torácica en fase arterial tardía y una segunda adquisición abdominal portal.

Los pacientes se clasificaron en dos grupos; el grupo A correspondía a los estudios en los que se ajustó la dosis de contraste a través del nuevo software (CERTEGRA® P3T: Personalized Patient Protocol Technology, de Bayer), y el grupo B corresponde a los estudios previos de los mismos pacientes, a los que se administró una cantidad fija de contraste (150ml, Visipaque® 320 mg/ml).

El análisis del coeficiente de atenuación se cuantificó a través de dos ROIs, estas mediciones se realizaron en la arteria pulmonar y en la arteria aorta descendente.

RESULTADOS

El grupo A consumió 2805 ml de contraste yodado frente a los 4135 ml utilizados en el grupo B. La reducción de fármaco en términos absolutos fue de 1330ml de contraste (425,6 gr de yodo).

Las mediciones de los coeficientes de atenuación (UH) en los dos grupos demuestran que el grupo B, presenta valores mayores en la mayor parte de los casos, tanto en arteria pulmonar como aorta descendente. La media en arteria pulmonar, se redujo en 69,82 UH y en arteria aorta descendente en 17,97 UH.

CONCLUSIONES

La utilización de un software de gestión de dosis de contraste permite reducir la cantidad de fármaco perfundido y por tanto, minimizar los riesgos de reacciones adversas u otras complicaciones. La medición de ROIs ha demostrado que la reducción de cantidad de contraste, no reduce la calidad de las imágenes.

REORGANIZACIÓN DE LA ACTIVIDAD EN LA UNIDAD PET IDI DEL SERVICIO DE MEDICINA NUCLEAR DEL HUB. PUESTA EN MARCHA DEL SEGUNDO EQUIPO PET – TC.

Rustarazo Losada, S.; Liarte Trías, I.; Arans Pérez, C.; Albadalejo Castaño, M.; Coca Castro, D.; Mateo Navarro, D.; Cebrián Leyva, A.; Villamayor Hernández, A.; Xavier Eloi, N.; Ferrero Febrer, I.; G

Unitat PET-IDI Bellvitge

INTRODUCCIÓN

Por incremento de la demanda, desde abril de 2016 contamos con dos equipos PET/TC.

OBJETIVO

La puesta en marcha del segundo equipo PET/TC implica cambios organizativos significativos que se describen en este trabajo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Los cambios por reorganización se han clasificado según los siguientes criterios: 1) Equipamiento, 2) Instalaciones, 3) Recursos humanos y 4) Circuitos y Procedimientos Normalizados de Trabajo (PNTs).

RESULTADOS

El equipamiento más importante es la instalación del segundo equipo PET/TC (Discovery IQ, GE) en abril del 2016 adyacente al primer equipo existente (Discovery ST, GE).

En las instalaciones se incrementaron los requerimientos de espacio. Destacan: 1) la operatividad de una única sala de control para los 2 equipos con visión directa y con cámaras que controlan a los pacientes inyectados, 2) la doble puerta de acceso de las salas de los equipos (una hacia la sala de control y otra hacia la zona de pacientes), 3) la mejora de los circuitos en la zona de pacientes al separar la entrada-salida de los pacientes del acceso de las monodosis de FDG y 4) la posibilidad de atención personalizada de los pacientes (área compartida vs salas individuales).

También han aumentado las necesidades de profesionales, especialmente de enfermería y técnicos, para optimizar la FDG (viales multidosis), con turnos que exigen mayor solapamiento y coordinación multidisciplinar. En los circuitos y PNTs se modificaron las agendas de programación (horarios y patología según el equipo), la solicitud de la FDG y la redistribución de funciones por turnos (dispensación, atención de pacientes, adquisición). Entre abril-2016 y enero-2017 se realizaron 4575 exploraciones: 2027 en el Discovery ST y 2548 en el Discovery IQ.

CONCLUSIÓN

La puesta en marcha de un segundo PET/TC optimizando los recursos disponibles conlleva importantes cambios organizativos que requieren una cuidadosa definición de los espacios, las agendas de programación, los circuitos y las funciones de todos los profesionales.

PET-TAC EN TPH DE LINFOMAS Y MIELOMAS MÚLTIPLES

Martín Sánchez E.; Plaza Moyano C.; Raya Plaza L.
Hospital Regional Universitario de Málaga

INTRODUCCIÓN

La Tomografía por Emisión de Positrones (PET) es una técnica de diagnóstico no invasiva que permite realizar imágenes que muestran el metabolismo y el funcionamiento de tejidos y órganos. Consiste en la administración de un radiofármaco (fluorodeoxiglucosa marcada con 18 flúor) y la detección con gammacámara. La PET-TAC es un equipo híbrido que combina PET y TAC que aporta información funcional o metabólica y estructural o morfológica. Linfoma es un tipo de cáncer de la sangre que comienzan en el sistema linfático. Los dos tipos principales son el linfoma de Hodgkin y no Hodgkin. El mieloma, también conocido como mieloma múltiple, es un tipo de cáncer de la médula ósea que se produce por una degeneración maligna de las células plasmáticas, que se encuentran normalmente en la médula. Las células plasmáticas forman la parte del sistema inmune.

OBJETIVO

Confirmar la importancia del PET_TAC en el diagnóstico y seguimientos post trasplante de progenitores hematopoyéticos en Linfomas y Mielomas.

METODOLOGÍA

Mediante las imágenes obtenidas en el PET_TAC podemos confirmar tanto el diagnóstico, como si el tratamiento seguido por el paciente es efectivo o no.

DISCUSIÓN

EL PET-TAC en Linfomas sirve como complemento del diagnóstico inicial. En el seguimiento de resultados tras los 2 a 4 ciclos de quimioterapia. Para verificación de resultados al completar el tratamiento. Como criterio previo al autotrasplante. Al ser el Mieloma Múltiple un desorden hematológico maligno de células B caracterizado por la infiltración de la médula ósea con células plasmáticas neoplásicas y la producción de inmunoglobulinas monoclonales que afecta al esqueleto en aproximadamente el 80% de los pacientes. Su utilidad radica en que facilita la evaluación de la actividad metabólica de las lesiones óseas; las manifestaciones extraóseas de enfermedad y la cuantificación de la actividad metabólica de la médula ósea; en un lapso de tiempo razonable y en un único procedimiento. La evaluación tomográfica del PET-TAC es valiosa ya que proporciona imágenes óseas de alta resolución, que permiten una mayor tasa de detección de lesiones osteolíticas en comparación con la radiología convencional. Por lo tanto, su utilidad es tanto, en el diagnóstico como en el seguimiento del tratamiento quimioterápico y post trasplante.

CONCLUSIONES

El PET_TAC es un buen apoyo tanto en el diagnóstico inicial de la enfermedad, como en el seguimiento del paciente durante todo su proceso.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL TRATAMIENTO CON 131I-MIBG

Rosa Saloni Bayod, Ignacio Liarte Trías, M. Rosa Vila Pérez Muelas, Valle Camacho Martí, Alex Fernández León, Ignasi Carrió Gasset.

Hospital Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

INTRODUCCIÓN

El neuroblastoma, es un tumor maligno originado en células nerviosas embrionarias que se localiza en estructuras del sistema nervioso autónomo.

El tratamiento utilizado es el I131I-MIBG (I131 I-Metayodobenzilguanidina) a dosis terapéuticas como tratamiento de las metástasis.

OBJETIVO

Describir la metodología y las intervenciones de enfermería en el tratamiento con I131 I-MIBG, practicadas mediante infusión lenta y continua durante cuatro horas con hidratación adecuada de seis horas.

MATERIAL Y MÉTODOS

El Hospital de Sant Pau es un centro de referencia para este tipo de tratamiento, hemos administrado desde 2011 dosis terapéuticas a 6 niños mayores de 5 años y a 5 adultos.

1-Previa a la administración del tratamiento es preciso bloquear el tiroides.

2-Preparación del Paciente y medidas de radioprotección durante su estancia hospitalaria y en domicilio si es necesario.

3-Programar la infusión de las bombas.

4-Dosis a administrar.

5-Adquisición gammagráfica.

6-Gestión y eliminación de los desechos radiactivos.

RESULTADOS

1.El bloqueo de la tiroides se realiza mediante perclorato de potasio vía oral

2.El paciente permanecerá ingresado en una habitación aislada durante 4-6 días. Esta habitación esta plomada con un baño propio preparado para tratar de la forma más segura los desechos según las medidas de radio protección. Las visitas de los familiares son restringidas.

3.Se canaliza una vía y la administración es mediante una bomba infusora de doble canal

4.La infusión debe ser lenta y continua durante 4 horas de la dosis radioactiva y simultáneamente 500ml, de suero fisiológico en 6 horas.

5.Es de 200mCi si el paciente es >5 años y de 150mCi si este es <5 años.

6.Dentro de los 4-6 días, procederemos a valorar mediante rastreo corporal total la captación de las diferentes zonas, que han acumulado dicho radiofármaco, para una futura valoración.

7.En ningún caso ha habido extravasación de la infusión. En un único caso con un paciente adulto la infusión de 131I-MIBG se administró en 4h por problemas de mal calibrado de la bomba infusora.

CONCLUSIONES

La técnica utilizada para la administración de la infusión es segura y factible si se tiene el espacio adecuado y las medidas de radio protección necesarias.

Se requiere de un personal entrenado en la manipulación y administración del radiofármaco mediante la bomba de infusión, para garantizar la seguridad del procedimiento.

Es imprescindible tener un protocolo de actuación y seguirlo de manera estricta.

PROTOCOLO DE ADQUISICIÓN DE GATED PULMONAR EN PET-CT CON 18F- FDG. NUESTRA EXPERIENCIA.

Raquel Ramil Gómez, Rosa Saloni Bayod, M. Rosa Vila Pérez Muelas, Valle Camacho Martí, Alex Fernández León, Ignasi Carrió Gasset.

Hospital Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

INTRODUCCIÓN

El movimiento respiratorio es la causa más importante de la incorrecta localización y cuantificación de las lesiones pulmonares descritas por la técnica PET-CT, sobre todo las que se encuentran en la bases pulmonares donde dicho efecto es más relevante. Esto es debido a que en la formación de las imágenes Pet intervienen todos los ciclos respiratorios recogidos en un tiempo y espacio determinado por nuestro protocolo donde generamos una serie ponderada de dichos ciclos respiratorios, con la consecuente reducción de la sensibilidad de la técnica y de la detectabilidad de pequeñas lesiones.

El Gated nos permite conocer y utilizar las distintas fases del ciclo respiratorio y poder así cuantificar y localizar precisamente las lesiones encontradas.

OBJETIVOS

Valorar la utilidad y repasar los aspectos técnicos del protocolo de adquisición de Gated Pulmonar en PET-CT con 18F-FDG en lesiones que presentan dificultad para una correcta localización y caracterización metabólica debido a los movimientos respiratorios.

METODOLOGÍA

Se estudian 30 pacientes a los que se le realiza una adquisición adicional de Gated Pulmonar tras encontrarnos con lesiones con baja captación de glucosa (SUV) y dudosa localización en el rastreo de rutina. Para ello utilizamos un protocolo con las siguientes características:

TAC helicoidal con un Pitch de entre 0.07% y 0.15% (según ciclos respiratorios del paciente), tiempo de rotación de 0.5seg. Reconstrucción retrospectiva de 4 fases respiratorias.

El tiempo por Bed, de 2 min. de media (según valoración del estado gral. del paciente).

PET-CT Philips GEMINI TF, TAC de 64 coronas.

Dispositivo Belows con sistema feedback respiratorio de la Clínica Mayo.

Se valoró la técnica 4D en el cambio visto en el SUV y la localización de las lesiones con respecto a la técnica 3D por médicos nucleares expertos en la materia.

RESULTADOS

En todos los casos se observa:

Minimización de los artefactos debidos a los movimientos respiratorios.

Mejora de la localización de lesiones pequeñas y precisión de SUV.

Incremento la dosis de radiación al paciente y tiempo de exploración.

CONCLUSIONES

El Gated Pulmonar favorece la correcta caracterización metabólica de las lesiones y su localización, en especial las basales de menor tamaño.

Es necesario ampliar la muestra y optimizar la técnica en pacientes con dificultad para mantener la posición.

Creemos que a pesar del incremento del tiempo y el esfuerzo para el paciente, el beneficio lo justifica.

EL ROLL PULMONAR, PROTOCOLO Y COORDINACIÓN MULTIDISCIPLINAR EN EL HOSPITAL JOAN XXIII DE TARRAGONA

Rosell Comí, M; Martín Fortes, J; Munuera Reche, Josep; Capell Vargas, R; Martínez Puertas, A; Mila Lopez, M
IDI Tarragona

INTRODUCCIÓN

El ROLL pulmonar (Radioguided Occult Lesion Localization) es una técnica de cirugía radioguiada que permite la localización y excisión de los nódulos pulmonares sospechosos. Esta técnica necesita de una preparación compleja del paciente que implica a los profesionales técnicos y de enfermería de diferentes servicios de un hospital.

OBJETIVOS

Establecer un protocolo de cuidado del paciente conjunto para una correcta realización de la técnica y coordinación entre todos los profesionales implicados.

METODOLOGÍA

La indicación de la técnica se realiza en el comité de cáncer de tórax. Se establece un día para intervención y la preparación del paciente coordinada entre los servicios implicados (Medicina Nuclear, Radiodiagnóstico y Cirugía Torácica).

El paciente ingresa en la planta pre-quirúrgica desde donde es trasladado al TAC para la inyección del radiofármaco. Vía telefónica se va informando de la evolución del proceso al servicio de Medicina Nuclear (MN) para intentar tener disponible la Gammacámara. El paciente se traslada posteriormente a MN para la comprobación de la correcta inyección mediante Spect-CT. Al finalizar la exploración el paciente es llevado directamente a quirófano.

RESULTADOS

Desde que empezaron los primeros casos se ha mejorado notablemente la coordinación y calidad de la exploración, así como un cuidado integral del paciente, gracias a la asignación de una enfermera referente encargada de la comunicación y coordinación de todos los servicios.

CONCLUSIONES

La estandarización y aplicación de un protocolo integrado del cuidado del paciente y coordinación entre los distintos departamentos ha permitido una agilización del proceso, acortando los tiempos de preparación del paciente y aumentado la comunicación entre los profesionales de enfermería implicados.

Y AHORA ¿QUÉ HACEMOS CON LOS RESIDUOS RADIATIVOS?

Mónica Camblor Asenjo Y Rosa Pilar Alvarez García
Huca

INTRODUCCIÓN

Trabajando en Medicina Nuclear, todos sabemos lo que tenemos que hacer con los pacientes que acuden a la consulta pero a la hora de desechar los residuos es cuando empiezan las dudas a aflorar. Dónde tirar los residuos punzantes, los que no son punzantes, qué hacer con los residuos de los diferentes radioisótopos, ya que no todos tienen la misma radiación, ni la misma vida media.

Cómo actuar ante un derrame de cualquier radioisótopo o cómo evitar la contaminación y en caso de que se produzca qué hacer.

OBJETIVOS

Hemos podido comprobar que al no tener todo el personal claro lo que se debe de hacer, unos contenedores están casi vacíos cuando se cierran, los hay que están etiquetados con el radioisótopo y otros no, otros permanecen sin reciclar más tiempo del que deben y generamos también muchos residuos no contaminados.

El objetivo principal es que todo el personal de enfermería, tanto enfermeras como auxiliares (Tcaes), tengan claro lo que hay que hacer.

METODOLOGÍA (MATERIAL Y MÉTODOS)

Para poder llevar a cabo esta guía, realizamos una revisión bibliográfica de la normativa sobre residuos radiactivos de la Comunidad Autónoma y consultamos otras guías y libros facilitados por la unidad de Medicina Nuclear, el servicio de Física Médica y Protección Radiológica y la facultad de Ciencias de la Salud.

RESULTADOS

Diseñamos una guía práctica para ser utilizada por personal de enfermería y en donde vienen recogidas las líneas a seguir ante un derrame de un radioisótopo y cómo eliminar los residuos sólidos, líquidos, punzantes y no punzantes en la unidad de Medicina Nuclear y cómo actuar ante una contaminación radiactiva.

CONCLUSIONES

La realización de esta guía conlleva una actuación sistemática por parte del colectivo de enfermería ante la gestión de los residuos radiactivos, derrames de radioisótopos y actuación en los casos de accidentes radiactivos.

PAPEL DE LA CONSULTA DE ENFERMERÍA EN LA LINFOGAMMOGRAFÍA DE DETECCIÓN DEL GANGLIO CENTINELA

D. Buján; S. Falip; E. Recio; R. Crespo; S. Vidal-Sicart
Hospital Clínic de Barcelona. CDIC. Medicina Nuclear.

INTRODUCCIÓN

La linfogammagrafía de detección del ganglio centinela es una técnica de diagnóstico por la imagen (Medicina Nuclear) en la que el papel de enfermería y técnicos, debido a su complejidad, es de notable importancia. Los pacientes que se someten a este tipo de prueba diagnóstica, verbalizan un nivel de ansiedad suficientemente importante como para que el personal de enfermería deba realizar intervenciones para reducirlo.

OBJETIVOS

Describir las intervenciones de la consulta de enfermería de diagnóstico por la imagen en este tipo de prueba diagnóstica. Evaluar la utilidad de la intervención enfermera.

METODOLOGÍA

Para describir las intervenciones de la consulta de enfermería, nos hemos basado en un documento-guía elaborado entre el Médico Nuclear encargado de esta Técnica, las dos enfermeras de la consulta de Enfermería y yo como Coordinador. En él se detalla las instrucciones que debe dar enfermería a los pacientes así como la preparación e información de la prueba diagnóstica.

Desde Noviembre de 2016 se ha implementado esta llamada telefónica enfermera como función habitual de la consulta de enfermería con aceptación muy positiva por parte de los pacientes y de los profesionales.

Para poder evaluar de forma objetiva y cuantificable, se ha creado una tabla en dónde la enfermera, una vez finalizada la llamada telefónica, pregunta al paciente el nivel de ansiedad que tenía respecto a la prueba al inicio de la llamada y el nivel de ansiedad al finalizar la intervención telefónica enfermera. Realizamos registro de estos datos en formato Excel.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos en la tabla de medición de la ansiedad inicial/final son los siguientes:

- Se han valorado hasta la fecha 15 pacientes (estudio completado cuando se alcancen un total de 30 pacientes).
- El nivel de ansiedad inicial antes de la intervención enfermera ha sido de un 5,2 (siendo 10 = ansiedad máxima y 0 = no ansiedad).
- El nivel de ansiedad final tras la intervención enfermera ha sido de un 1,1.
- Reducción del nivel de ansiedad en un 78,8% respecto al nivel inicial.

CONCLUSIONES

El papel de la consulta de enfermería de diagnóstico por la imagen en el proceso de atención de los pacientes citados para la linfogammagrafía para detección del ganglio centinela, es CLAVE para la reducción del nivel de ansiedad de dichos pacientes tal y como demuestran los resultados obtenidos. Implantar esta intervención enfermera en las unidades de Medicina Nuclear es altamente positivo y satisfactorio para el paciente, colaborando enfermería a la continuidad de cuidados integrales del paciente desde que se le solicita la prueba hasta su finalización.

PROCEDIMIENTO Y RESULTADOS DE LAS PRUEBAS DE EMBARAZO EN MUJERES FÉRTILES.

Gallardo Blavi M, Bonilla Aguilar I, Torres Nuncio N, Villamayor Hernández A, Cortés López de Lerma JE, Romero Ibáñez M, Liarte Trias I, Vercher Conejero JL, Noriega Alvarez E, Rodríguez Gasén A, Suil

Servicio de Medicina Nuclear-PET. IDI. Hospital Universitari de Bellvitge-IDIBELL. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona.

INTRODUCCIÓN

El embarazo es una contraindicación para los procedimientos de Medicina Nuclear (MNU), absoluta en terapia y relativa en diagnóstico, por la mayor radiosensibilidad y potenciales efectos perjudiciales en el feto. Las pruebas de embarazo utilizan la hormona beta hCG que se detecta en sangre (más sensible y fiable) o en orina. El segundo test es más simple y rápido y es el más habitual en los servicios de MNU.

OBJETIVO

Estudiar las características de la población y del tipo de procedimiento realizado en pacientes mujeres atendidas en nuestro servicio de MNU, identificando aquellas en edad fértil y la frecuencia de realización y resultados de las pruebas de embarazo rápidas en orina.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo de episodios durante el 2016 en mujeres atendidas en el servicio de MNU (no-PET) identificando las pacientes en edad fértil y la realización de una prueba rápida de embarazo en orina (MonlabTest®). Las variables poblacionales recogidas en excel fueron la edad, la patología (benigna u oncológica), el tipo de procedimiento y el test de embarazo (realización y resultado). La frecuencia de las variables se representó en un diagrama de Pareto y se realizó el análisis estadístico comprobando la distribución de las variables.

RESULTADOS

La muestra global de población femenina incluyó 5388 episodios, de los cuales 1442 se realizaron en mujeres en edad fértil (26,8%) con un promedio de edad de 40 años. La distribución por patología fue: benigna en el 55,2% y oncológica en el 44,8% (sin diferencias estadísticamente significativas). La frecuencia de procedimientos fue: a) patología benigna: 29,8% gammagrafía ósea, 18,5% gammagrafía tiroidea, 10,2% prueba de aliento, 9,4% renograma, 8,4% SEHCAT y 8,3% tratamiento con radioyodo por hipertiroidismo y b) oncológica: 43,3% gammagrafía ósea, 23,4% ventriculogammagrafía, 16,3% detección del ganglio centinela y 8,8% en terapia con radioyodo para cáncer de tiroides. El test de embarazo fue realizado en el 9,6% de las pacientes con edad fértil y todas en relación a la administración diagnóstica o terapéutica de radioyodo: 8,6% en rastreo corporal, 41% pre-tratamiento por cáncer de tiroides y 48,2% pre-tratamiento por hipertiroidismo. Todos los resultados fueron negativos.

CONCLUSIONES

Más del 25% de las pacientes que acuden a nuestro servicio de MNU para procedimientos no-PET están en edad fértil. Los procedimientos más frecuentes fueron los diagnósticos (>90%) respecto a los terapéuticos. La prueba de embarazo rápida en orina está bien implementada en los procedimientos con radioyodo pero no el resto.

EVALUACIÓN DEL NIVEL DE INFORMACIÓN PREVIA RECIBIDA POR LOS PACIENTES DE MEDICINA NUCLEAR SOBRE LA EXPLORACIÓN A REALIZAR

Martin Fortes, Jessica; Rosell Comí, M; Munuera Reche, Josep; Capell Vargas, R; Martinez Puertas, A; Mila Lopez, M
IDI Tarragona

OBJETIVO

Evaluar el nivel de información que presentan los pacientes que acuden a realizarse una exploración gammagráfica por primera vez, en el servicio de Medicina Nuclear del Hospital Joan XXIII de Tarragona.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realiza una recogida de datos mediante una entrevista personal a la llegada del paciente al servicio, dirigida a determinar el nivel de conocimientos sobre la exploración que se le va a realizar y conocer también la fuente de información.

RESULTADO

Se realizan entrevistas durante un periodo de un mes, a un total de 40 pacientes (21 mujeres y 19 hombres) programados en el servicio de Medicina Nuclear, con edades comprendidas entre los 18 y 80 años con el requisito de que fuera la primera vez que el paciente se realizaba una exploración gammagráfica. Se recogen datos relacionados con la información recibida por el paciente sobre la prueba a realizar y sobre cuál es el origen de esta información. Del total de pacientes en el estudio, el 70% no recibió ninguna información respecto de la exploración. Del 70% que sí recibió información, el 100% lo hizo a través de páginas en internet y solo el 25% tenía una información completa sobre la técnica y las precauciones a seguir relacionadas con la exploración.

CONCLUSIONES

Un alto porcentaje de pacientes que acuden por primera vez a realizarse una gammagrafía desconocen en qué consiste la prueba. Dentro de los pacientes con información sobre la exploración, nadie la recibió a través de profesionales sanitarios. A partir de los datos obtenidos se plantea en nuestro centro la creación de una consulta de enfermería orientada a informar sobre la preparación, la técnica y las precauciones a pacientes que han de realizarse una gammagrafía.

CIRCUITO DE LA INFORMACION CLINICA DE RADIOTERAPIA ONCOLOGICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ

Alegre Segura C., Muñoz Martín E, Peñuelas Carlavilla R, Peñuelas Carlavilla M.C
H.U. La Paz

INTRODUCCIÓN

La Unidad De Codificación pertenece al Servicio de Documentación Clínica y Archivo y está formada por personal sanitario: Enfermeras y Médicos .

Participa en la elaboración y explotación del conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD).

El proceso de codificación consiste en traducir un concepto expresado en lenguaje natural a lenguaje documental (Clasificación Internacional de Enfermedades).

A partir del CMBD mediante un Sistema de Clasificación de Pacientes se agrupan los episodios de hospitalización en Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRDs). Los GRDs son conjuntos de pacientes homogéneos desde el punto de vista clínico y de consumo de recursos.

OBJETIVOS

- Describir la información de los Servicios de Hospitalización y los indicadores calculados a partir de ella.
- Estudiar los indicadores asistenciales del Servicios de Radioterapia Oncológica del Hospital Universitario La Paz del año 2015 (actualmente se están procesando los datos correspondientes al año 2016 con la Nueva Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10-ES).

MATERIAL Y MÉTODO

- Revisión de la bibliografía sobre los principales indicadores asistenciales y los circuitos de recogida y elaboración de la información.
- Análisis descriptivo de los datos del Servicio de Radioterapia Oncológica utilizando el sistema AP-DRG V.27.

RESULTADOS

- Circuitos de información : La información se origina a partir de la actividad asistencial y se plasma en el informe de alta del paciente; la Unidad de codificación del Hospital de La Paz codifica dichos informes a partir de la Clasificación Internacional de Enfermedades y se introducen en la base de datos del hospital para cumplimentar el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD). Periódicamente se depura la información y se envía a Servicios Centrales donde se obtienen los Indicadores de Actividad.

- Actividad del Servicio de Radioterapia Oncológica: 107 pacientes dados de alta en el año 2015, estancia media de 3,44 días. Más del 90% de los pacientes atendidos de agruparon en los siguientes Grupos Relacionados por el Diagnóstico:

- GRD 301 : Trastornos endocrinos sin cc.
- GRD 300 : Trastornos endocrinos con cc.
- GRD 012 : Trastornos degenerativos del Sistema nervioso.

CONCLUSIONES

A partir de los datos clínicos se elaboran indicadores que permiten analizar la casuística y el funcionamiento de los Servicios.

REDUCCIÓN DE LA TOXICIDAD CARDIACA EN EL TRATAMIENTO DE RADIOTERAPIA SOBRE MAMA IZQUIERDA, CON TÉCNICA EN INSPIRACIÓN PROFUNDA MANTENIDA (BREATH HOLD). IMPORTANCIA DE LA EDUCACIÓN SANITARIA.

Rovira Cañellas, R. ; Antón Pérez, J.A.
Oncología Radioterápica. ICO Badalona. HUGTIP
ICO Badalona. H. U. Germans Trias i Pujol

INTRODUCCIÓN

El tratamiento de radioterapia en el cáncer de Mama está consolidado como tratamiento adyuvante a la cirugía, reduciendo el número de pacientes que recidivan.

Dentro de los controles de toxicidad por radioterapia, en el caso de irradiaciones de mama izquierda, se ha de evaluar y cuantificar el riesgo de cardiopatía, que en algunos casos puede llegar a ser dosis-limitante. A largo plazo puede manifestarse en forma de isquemia o IAM, insuficiencia cardiaca, enfermedad valvular. Se calcula que por cada Gy de dosis que recibe el corazón, hay un aumento de la incidencia de cardiopatía grave del 7.4 % 1.

En pacientes tratadas con nodulectomías de tumores de mama cercanos al corazón, habitualmente podemos obtener dosis cardíacas medias de menos de 1 Gy. En aquellas que requieren tratamiento de los ganglios intramamarios después de una mastectomía, podemos obtener dosis cardíacas entre 2 y 4 Gy. En general, la separación del campo de tratamiento de los órganos de riesgo, puede ser una estrategia válida de reducción de la toxicidad, que aplicado a la radioterapia sobre la mama izquierda, se puede conseguir con una técnica de inspiración profunda.

OBJETIVOS

- Reducción de las dosis recibidas a nivel cardíaco, mediante técnica en inspiración profunda mantenida (breath hold).
- Desarrollo de un protocolo de educación sanitaria que garantice la comprensión y necesaria colaboración de las pacientes, durante la planificación y tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODOS

- TC simulador Toshiba Aquilion multicorte (16 cortes simultáneos por rotación, apertura de gantry de 90 cm (FOV máx. de 70 cm). Sistema RPM Respiratory Gating (RPM).

- Planificador dosimétrico ECLIPSE.

- Acelerador lineal Varian CLINAC IX, con sistema Portal Vision, OBI-Kv y Cone Beam-CT.

Se explican a las pacientes y se entrenan antes de la realización del tratamiento sobre la técnica en inspiración profunda. Se realiza el Tc dosimetría sincronizado mediante el sistema RPM con la respiración de las pacientes. Se adquieren las imágenes en inspiración profunda.

Se realiza la dosimetría y se validan los histogramas y curvas de isodosis.

Se realiza el tratamiento en las mismas condiciones de simulación, realizando tanto para el control de imagen (Portal Vision) como para cada campo de tratamiento, inspiraciones profundas monitorizadas.

RESULTADOS

Se han realizado 30 pacientes desde noviembre de 2015 hasta febrero de 2017, con buena tolerancia y adaptación a la técnica. Las dosis medias de radiación en el corazón son 1,8

Gy con respiración libre y 0,8 Gy con respiración profunda.

CONCLUSIONES

La técnica de inspiración profunda mantenida, en el tratamiento de cáncer de mama izquierdo, consigue una reducción significativa de la dosis que recibe el corazón. La adaptación de los pacientes a la técnica ha sido buena.

Es importante realizar una buena educación sanitaria que ayude a la correcta ejecución de la técnica con respiración sincronizada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lu HM et al. Reductcion of cardiac volumen in left-breast treatment fields by respiratory maneuvers: a CT study. Int J Radiat Oncol Biol Phys.2000 Jul 1;47(4):895-904
2. Smith BD. Reducing incidental cardiac irradiation during breast radiotherapy. The ASCO Post. 15 de mayo de 2013. OncoLog, Septiembre 2014, Volumen 59, Número 9

TAC DE SIMULACION EN PACIENTES CON CANCER GINECOLOGICO.

López-Espinosa Plaza, A; Castro Gómez, S; Mata García, C. Hospital Regional Universitario de Málaga. Carlos Haya.

RESUMEN

La realización de un TAC en pacientes con cáncer ginecológico precisa de una buena visualización de intestino, vejiga y ganglios linfáticos. Para ello se necesita administrar contraste yodado iv, oral y vesical. También hay que aplicar un marcador vaginal para su correcta delimitación.

Es necesaria una adecuada anamnesis para la detección precoz de una posible reacción al contraste y daño renal, como complicaciones de su administración. También es necesaria una correcta preparación previa intestinal basada en dieta pobre en residuos, reguladores intestinales, enemas y antiflatulentos orales.

Se ha actualizado el checklist de seguridad para la administración de contraste que ya teníamos implantado.

OBJETIVOS

Diseñar un protocolo de TAC para que las pacientes acudan con una mejor preparación y como consecuencia, obtener una mejor delimitación de las estructuras que queremos irradiar y la minimización de efectos secundarios en los órganos de riesgo. Disminuir el nivel de ansiedad de las pacientes por la mejor información que reciben.

METODOLOGÍA

Después de una búsqueda bibliográfica, se diseña, junto con el equipo médico, un protocolo de preparación intestinal previo a la realización del TAC. Entre 7-10 días antes de la realización del TAC se citan las pacientes en consulta de enfermería. Se les da información oral y escrita de la preparación intestinal e intravenosa, así como, del procedimiento a realizar. Se les aplica un checklist de seguridad para la administración de contraste, que consiste en una encuesta que atiende a posibles patologías previas, toma de fármacos e historia de alergias que puedan constituir un riesgo de daño renal o alergia al contraste.

RESULTADOS

La visualización de estructuras abdominopélvicas es mejor. Aparece el recto más vacío de heces y gases. Las pacientes están mejor informadas sobre el procedimiento que se les va a realizar y por tanto, con menor nivel de ansiedad.

CONCLUSIONES

La implantación del protocolo de preparación intestinal, del checklist de seguridad de contrastes y la información de las pacientes en consulta de enfermería, da como resultado una mejor calidad y seguridad de los cuidados de enfermería y del tratamiento de radioterapia.

CONSULTA DE ENFERMERÍA, GARANTÍA DE CALIDAD Y SEGURIDAD, EN UN SERVICIO DE RADIOTERAPIA.

Amenedo Losada, M.B.; Chousa Uría. C.; Abel Liz, S.; Rodríguez Novo, M.J.
Hospital Universitario Lucus Augusti (Lugo-Sergas)

INTRODUCCIÓN

Nace el Servicio con una Consulta de Enfermería cuyo fin es proporcionar La Mejor Atención al Paciente basada en: un mayor Desarrollo Profesional de la Enfermería con un Modelo que garantice la Seguridad de Paciente y la Calidad, utilizando dos herramientas imprescindibles; Protocolos y Registros Enfermeros en la Historia Clínica Digital, tendiendo siempre a la Excelencia.

OBJETIVOS

Proporcionar al Paciente los conocimientos necesarios para alcanzar un mayor nivel de Autocuidado, Corresponsabilidad y Empoderamiento en todos los aspectos relacionados con los cambios tanto físicos como psíquicos que pudieran surgir durante el tratamiento, asimismo, coordinar los Cuidados de Enfermería como parte integral del tratamiento con Radioterapia al paciente oncológico.

METODOLOGÍA

Se llevaron a cabo reuniones con los profesionales del Servicio, Dirección del Centro, Servicio de Calidad, Servicio de Informática.

Cálculo de demanda y población asignada.

Elaboración de Protocolos, Registros, Guías y demás documentos necesarios. Elaboración de Encuesta de Satisfacción al Alta.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

En el mes de abril realizaremos tratamiento estadístico de las Encuestas de Satisfacción al Alta (el Servicio nació hace 11 meses a fecha de hoy).

GUÍA DE URGENCIAS. MEDIOS DE CONTRASTE

Roser García Rossel, Maria Carmen González Torres, Ana Maria Regidor Braojos, Jaume Roca Sarsanedas, Susana Moyano Montero
Hospital Dos de Maig. Barcelona

INTRODUCCIÓN

La enfermería de urgencias muchas veces debemos acudir al servicio de radiología para administrar medios de contraste, evaluar y resolver posibles efectos secundarios derivados.

Para ello hemos creído en la necesidad de implementar en nuestra App del servicio de urgencias un apartado dedicado a los medios de contraste para facilitar los conocimientos necesarios en relación a su administración, posología, contraindicaciones y consideraciones para personal Diplomado de Enfermería no adscrito al servicio de Radiología.

OBJETIVOS

Unificar criterios y tener la información muy accesible.

METODOLOGÍA

Creación de una App para plataforma Android y Apple. Utilización de diversos software para su realización (dreamweaver, adobe reader, Phonegap build, Word)

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La App ha tenido una gran acogida por su contenido y su facilidad de uso.

El apartado de medios de contraste ha sido muy bien valorado ya que no es de uso habitual en los servicios de urgencias.

Clausura

Acto de clausura

Sábado 20 de Mayo - 18:30 h.

Jaume Roca Sarsanedas

Presidente SEER)

Inma Montero Monteroso

Presidenta Comité Organizador

Antonio Hernández Martínez

Presidente Comité Científico

Cena de clausura - Entrega de premios

Sábado 20 de Mayo - 21 h.

