

CUIDARX^E

REVISTA ENFERMERA EN EL DIAGNÓSTICO POR LA IMAGEN Y TRATAMIENTO

Vol. 2 | Número 2 | Mayo - Agosto 2019

**Edición especial XIX Congreso Nacional
de Santiago de Compostela**

Mayo de 2019

Editada por la Sociedad Española de Enfermería Radiológica (SEER)

ISSN: 2604-4366



XIX Congreso Nacional de la Enfermería Radiológica

Santiago de Compostela 2019

Viernes 24 y sábado 25 de Mayo de 2019
Hospital Clínico Universitario - Santiago de Compostela

PROGRAMA

Viernes 24 Mayo

**16:00 h. - Entrega de documentación /
Asamblea general de socios de la SEER**

18:00 h. - Acto inaugural

Jaume Roca Sarsanedas

Presidente de la Sociedad Española de Enfermería Radiológica

Isabel Turnes Cordeiro

Presidenta del Comité Organizador

Manuel Villasenín Iglesias

Subdirector Enfermería CHUS

Ponencia inaugural

Moderador: Isabel Turnes Cordeiro

“Cifras, hechos y emociones”

Dr Roberto García Figueiras,

Jefe de Servicio de la Unidad de Radiodiagnóstico del CHUS

20:30 h. - Visita guiada en el casco histórico de Santiago.

Copa de bienvenida.

Sábado 25 Mayo

08:00 h. - Entrega de documentación

09:00 h. - 1ª Mesa de Formación Continuada

Moderador: Mónica Conde Pájaro.

“Proyecto de un Equipo de Terapia Intravenosa en la EOXI de Santiago. Seguridad del paciente. Creación y Futuro de un ETI (Equipo de Terapia Intravenosa)”

Dña. Myriam Martín de la Cruz

Supervisora Unidad Oncología CHUS Santiago de Compostela

Dña. Ana Belén Castro Giadães

Enfermera Unidad Oncología CHUS Santiago de Compostela

“Cuidados de enfermería en el paciente oncológico en el manejo de contraste yodado”

Dña. Ariadna Sánchez

Enfermera. IDI Metropolitana Sud. Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona.

10:30 h. - 1ª Mesa de Comunicaciones orales

Moderador: José A. Cordero Ramajo.

1.- Identificación de necesidades de formación en atención primaria respecto de las pruebas de imagen

Turnes Cordeiro, M.I., Sánchez Nine, Y., Martínez Rodríguez, G.
Hospital Clínico CHUS Santiago.

2.- Aplicación térmica de frío o calor para la resolución de las extravasaciones de contraste Yodado

Roca Sarsanedas, J.¹, Galimany Masclans, J. ², Díaz Membrives,

M.³, Valls Ibars, M.A.¹, Olmo Gonzalo, J.¹,

Falcó Pegueroles, A.²

¹FGS Hospital Sant Pau de Barcelona.

²Escuela de Enfermería. Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Universidad de Barcelona.

³Hospital Duran i Reynals, IDI. Escuela de Enfermería. Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Universidad de Barcelona.

3.- Estandarización de protocolo normalizado de trabajo para estudios pet/rm con 18f-fdg en la estadificación de pacientes con neoplasia mama

Vicente Zornoza, A., Sanchez Jurado, R., Sánchez Sánchez, A, Marti Aubert, M., Riera Gil, E., García Garzón, J.R., Ortiz Banguera, S., Hinarejos Monleón, R., Cozar Santiago, M.P., Ferrer Rebolleda, J.

Cetir Ascires Viladomat. Barcelona.

4.- Conocer el grado de satisfacción del paciente que se realiza una RM en el turno de noche

Soler A.,Blasco L.,Valle M.,Belvis N.,

Hospital Vall d'Hebron. IDI. Unidad de Resonancia Magnética. Barcelona.

5.- Cuidados de enfermería en la transferencia de pacientes portadores de catéter de presión intracraneal (pic) que se trasladan a la unidad de resonancia magnética del hospital universitario de bellvitge

Fernández Ordóñez, J., Carretero Gallardo, C., Díaz Membrives,

M., Pedreño Ruiz, P., Sánchez Sansano, A.

Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona.

11:30 h. - Pausa café

12:00 h. - 2ª Mesa de Formación Continuada

Moderador: Elena Ansemil Otero.

“PET dedicado de mama (dbPET): una extraordinaria herramienta de imagen molecular para el manejo del cáncer de mama”.

Dr. Michel Herranz.

Head of Molecular Oncology and Imaging Program. Santiago de Compostela.

12:45 h. - 2ª Mesa de Comunicaciones orales

Moderador: Luis Garnés Fajardo.

1.- Optimización de procedimientos en medicina nuclear con un sistema de dispensación e inyección automática (intego.)

Ansemil Otero, M.E., González Fernández, E.M., Canosa Santos,

E., Pérez García, M., Lado Cacheiro, L., Ruibal Morell, A.

Servicio de Medicina Nuclear. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.

2.- Nefropatía inducida por el contraste yodado en tc. Valoración de enfermería.

González Cervantes, J., Arana, E.

Fundación Instituto Valenciano de Oncología (FIVO)

3.- Papel de la hidratación oral versus la intravenosa como medida preventiva de la nefropatía inducida por contraste en pacientes sometidos a un TC.

Wachter Figuerola, M., Recuenco Garcia, B., Rodríguez Muñoz, A.,

Zapata Domínguez, P., Borrás Sánchez, M., Falip Sagués, S.

Hospital Clínic. Barcelona.

4.- ¿Qué les pasa a esas falanges? Como llegamos al síndrome de raynaud.

Sala López, S.; Parals Compañía, A. *Ressonància Girona*

5.- Valoración de la eficacia del proceso de infusión en la administración de 177lutecio (lutathera®).

Pérez García, M.; Ansemil Otero, M.E.; Canosa Santos, E.; González Fernández, E.M.; Ruibal Morell, A.

Servicio de Medicina Nuclear. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.

6.- Modificación de la plataforma ris (radiology information system) para el registro de medicación en el servicio de radiología del CAULE.

Blasco Carmona, M.J., Martínez Pascual, E., Flores Medica, E.,

Martínez Fuertes, A. I., Nieto de la Torre, M., Rivas Rodríguez, A.

Complejo Asistencial Hospitalario de León.

13:45 h. - Almuerzo de trabajo

16:00 h. - 3ª Mesa de Formación Continuada

Moderador: Montserrat Miranda Currás.

“Valoración y Cuidado multidisciplinar al paciente en oncología radioterápica”. Dr. Antonio Gómez Caamaño

Jefe de Servicio de Oncología Radioterápica. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela.

16:45 h. - 3ª Mesa de Comunicaciones orales

Moderador: Miguel Camino Castiñeiras.

1.- Enfermera gestora de casos en el cribado de mama en el servicio de radiodiagnóstico.

Navarro Fernandino, M., Tal Curto M.J., Cervera Flores, C., Izuel

Navarro, J.A., Bertomeu Codorniu. U., Barroso Roselló, M.M.

IDI. Hospital Verge de la Cinta de Tortosa.

2.- Estudios dinámicos de mama con 18f-fdg en equipo pet dedicado (mammi-pet®).

Sánchez Jurado, R., Zang, X., Li, Y., Kundu, B., Majewski, S., Ferrer Rebolleda, J.

ASCIREs-ERESA. Hospital General Universitario. Valencia.

3.- Resonando en femenino: estudio rm de pelvis ginecológica.

Gutiérrez de Rozas Astigarraga, J., Moreo Barrón, A.
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

4.- Enfermería en ablación percutánea guiada por imagen.

García Argüelles, N., Llera Pereda, N.
Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA).

5.- Valoración enfermera del paciente con cáncer de próstata y metástasis óseas en el tratamiento con ²²³RA.

Falip Sagués, S., Crespo Calvo, R., Serra Sánchez, G., Watcher Figuerola, M.
Hospital Clinic. Barcelona.

6.- Puesta en funcionamiento de un hospital de día de radiología.

Albero Ferrer, N., Cortés Hurtado, F., Rosón Grandaille, N., Ruiz Garicano, C., Sánchez Tirado, C., Escobar Amores, M.
Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.

17:45 h. - Defensa de pósters

Moderador: Manuel Villaseñín Iglesias.

Se realizará la defensa oral de los 5 mejores pósters elegidos por el Comité Científico.

1.- Estudio de los factores causantes de la contaminación externa con materiales radiactivos en el servicio de medicina nuclear.

Camblor Asenjo, M., Alvarez Fernández, C.M., Bartolomé Fariza, F., Nicieza Sánchez, L., Monserrat Fuertes, L.
Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA).

2.- Papel de la enfermería en un hospital de día de radiología.

Cortés Hurtado, F.; Albero Ferrer, N.; Mazuelas Rodríguez, Gema; Rosón Grandaille, Nuria.
Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.

3.- Transversalidad de cuidados en la prevención de reacciones alérgicas frente a medios de contraste. Implantación de un protocolo a nivel provincial.

Hidalgo Garrido, R. Najara Vela, M.C., Abades Vázquez, J.L., Cordeiro Castro, J.L., Lobera Labairu, T., Venturini Díaz, M.
Hospital San Pedro. Logroño.

4.- Guía de actuación ante posibles efectos adversos en la sala de angiología intervencionista en procedimientos sin anestesia.

Ullastre Tomba, M., Tarifa Romera, P., Reina Castro, N., Aguilera Ruiz, J., Gelabert Barragan, A.
IDI. Hospital Josep Trueta. Girona.

5.- Aplicación de la música como instrumento de control emocional en situaciones de estrés en la resonancia magnética.

Serra Aloy, M., Trevisan Sánchez, A., Serrano Rodríguez, I.
Hospital Egarsat.

6.- Pacientes ingresados con patología infecciosa que precisan aislamiento: experiencia en una unidad PET.

Rodríguez Lara, S., Albertos Roncal, G., Liarte Trias, I., Rustarazo Losada, S., Albadalejo Castaño, M., Xavier, N., Coca Castro, D., Mateo Navarro, D., Ureña Cerdán, G., Gámez Cenozo, C.
Servei de Medicina Nuclear-PET. Hospital Universitari de Bellvitge. IDIBELL L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona.

7.- Buzón para la gestión de casos en la consulta de enfermería radiológica.

Arbesú Fernández, P., Villabrille Martínez, M.I., Rouco Méndez, M.A., Cuevas Canal, M.C.
Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA).

8.- Diagnósticos de enfermería en la pancreatitis.

Puebla Maroto, D., Fernández Ruanova, B. Osatek Vitoria-Gasteiz.

9.- Canalización de vías venosas periféricas guiadas con ecografía en el servicio de radiología.

Montero Tejero, L., Zaratiegui Fernández, L., García Tinoco, M.E., Goñi Iribar, M., Berasain Aguirre, A., Batllori Gastón, M.
Complejo Hospitalario de Navarra.

10.- El papel de la enfermería en exploraciones angiográficas en el servicio de radiología.

Torreilla Bautista, B., Martín García, R.A., Martín Hernández, R.
Complejo Hospitalario de Salamanca.

11.- Comparación de la realización de tomografías axiales múltiples respecto a las exploraciones simples. Gestión de recursos y cuidados del paciente.

Rosell, G., Vila, P., Urendes, A.M., Calabrés, I., Díaz, M., Sánchez, A.
IDI Bellvitge (Hospital Duran i Reynals, HUB). Hospitalet de Llobregat. Barcelona.

12.- Enfermería y ecocardiografía transesofágica intraoperatoria: ¿Hasta dónde podemos enseñar y aprender?

Batllori Gastón, M., Montero Tejero, L., García Tinoco, M.E., Zaratiegui Fernández, L., Goñi Iribar, M., Berasain Aguirre, A.
Complejo Hospitalario de Navarra.

13.- Buena actuación de enfermería para obtener una buena imagen radiológica pediátrica.

Berzosa Rubio, I., Sancho Pérez T., Hernández Berzosa, M., López Calahorra, J.A.
Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

14.- Acceso vascular guiado por ecografía: desarrollo de una estrategia formativa para Enfermería.

Goñi Iribar, M., Bersain Aguirre, A., García Tinoco, M.E., Montero Tejero, L., Marraco Boncompse, M., Batllori Gastón, M.
Complejo Hospitalario de Navarra.

15.- TC cardíaco.

Bagües Pueyo, A., Puig i Adell, C.
Hospital de la Santa Cruz y San Pablo. Barcelona.

16.- ¿Es seguro administrar contraste a través de una vía central?

Carretero Gallardo, C., Ordóñez Fernández, J., Díaz Membrives, M., Merino Suñén, R.M., Pedreño Ruiz, P., Llauredó Fargas, M.C.
IDI Bellvitge.

17.- Canulación venosa periférica guiada por ecografía: algunos hallazgos relevantes.

Montero Tejero, L., Marín Gutiérrez, M., García Tinoco, M.E., Saiz, M., Zaratiegui Fernández, L., Batllori Gastón, M.
Complejo Hospitalario de Navarra.

18.- El papel de enfermería en la gestión del circuito de seguridad para los pacientes en espera de realizarse una RMN y que son portadores de dispositivos cardíacos implantados MRI-Conditional.

Varo Lara, P., Sole Jerez, A., Contra Vilalta, R., Labata Alonso, A., Villarreal Castellanos, S.
IDI-Tarragona.

19.- Puesta en marcha de una consulta de enfermería.

Contra Vilalta, R., Pastó Gonzalez, A., Lanza Valls, E., Varo Lara, P.
IDI Hospital Joan XXIII.

20.- Cuidados enfermería en radiofrecuencia de nódulos tiroideos.

Llera Pereda, N., García Argüelles, N.
Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA).

21.- Cuidados de enfermería en el mantenimiento de un catéter PICC.

Castelló Albert, C., Payá Soto, J., Reyes Martínez, M.D., Cañadas Delgado, E., Martínez Muntó, R.
Hospital Virgen de Los Lirios de Alcoy

22.- Urosonografía miccional seriada, la alternativa a la CUMS.

Arnau Santos, M., Such Martínez, M.A.
Hospital General U. de Alicante.

23.- Conocimientos de radiología de urgencias de las enfermeras que cursaron un máster de urgencias hospitalarias en la Universidad de Barcelona.

Díaz Membrives, M.; Icart Isern, MT.; Roca Sarsanedas, J.; Galimany Masclans, J.; Estrada Masllorens, JM; Font Cabrera, C.
Universitat de Barcelona.

24.- Lactancia materna: ¿qué hacer tras la administración de contraste yodado o gadolinio?

Martínez Rodríguez, G., Suárez Rodríguez, M., Turnes Cordeiro, I.
Hospital Clínico Universitario De Santiago de Compostela.

25.- Procedimientos intervencionistas en neurroradiología y radiología vascular: Materiales y compatibilidades.

Aldrey, A., G. Cereijo, E., Cajade, D., Bolaño, T., Camino, M.

18:30 h. - Acto de clausura

Antonio Hernández Martínez

Vicepresidente de la SEER

Ana Isabel Silveira Rodríguez

Decana de la Facultad de Enfermería de Santiago de Compostela

Lupe Martínez

Presidenta del Comité Científico

Entrega de premios

21:30 h. - Cena de clausura



XIX Congreso Nacional de la Enfermería Radiológica

Santiago de Compostela 2019

Viernes 24 y sábado 25 de Mayo de 2019
Hospital Clínico Universitario - Santiago de Compostela

CON EL PATROCINIO DE:



GE Healthcare



D. SOLUCIONES CARDÍACAS
Y
T. ENDOVASCULARES



 **TERUMO**



CUIDARXE

REVISTA ENFERMERA EN EL DIAGNÓSTICO POR LA IMAGEN Y TRATAMIENTO

CUIDARXE

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 enfermeros que realizan su actividad principal
o asociada 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.

Disponible en Internet:

www.enfermeriaradiologica.org/revista

ISSN: 2604-4366

Diseño de la publicación: ARBU DISEÑO GRÁFICO





SUMARIO

Comité Editorial

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

Redactor Jefe:

D. José A. Cordero Ramajo
Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona.

Coordinación de Redacción:

D. Jaume Roca i Sarsanedas
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.
D. Jose Antonio Antón Pérez
Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona.

Revisores:

D. José Manuel Sánchez Pérez
Hospital Povisa. Vigo.
D. Rafael Iñigo Valdenebro
Hospital General de Valencia.
Dña. Isabel Martín Bravo
Hospital Meixoeiro. Vigo.
D. José Antonio López Calahorra
Hospital Miguel Servet. Zaragoza.
D. Jordi Galimany Masclans
Profesor Titular UB. Barcelona.
Dña. Ana La Banda Gonzalo
Hospital Universitario de Fuenlabrada.

CUIDARXE

REVISTA EDITADA POR LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA RADIOLÓGICA

Vol. 2 | Número 2 | Mayo - Agosto 2019

Carta de la presidenta del Comité Científico	45
Acto Inaugural	46
I Mesa de Formación Continuada	47
I Mesa de Comunicaciones Orales	50
II Mesa de Formación Continuada	54
II Mesa de Comunicaciones Orales	56
III Mesa de Formación Continuada	61
III Mesa de Comunicaciones Orales	63
Defensa de Pósters	67
Acto de Clausura	84
Solicitud de ingreso en la SEER	85



SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA
RADIOLÓGICA



Carta de la presidenta del Comité Científico

Apreciados amigos/as y compañeros/as

Este año, el XIX Congreso Nacional de Enfermería Radiológica tendrá lugar en la histórica ciudad de Santiago de Compostela, los próximos días 24 y 25 de Mayo, bajo el lema “El papel de la enfermería radiológica: hacia la especialización y el cuidado transversal del paciente”.

Intentamos ofrecer un programa científico original, útil y atractivo, en el que hemos procurado incidir en temas de vanguardia y actualidad, que resulten interesantes para fomentar el debate y la participación de todos los asistentes. Creemos que la puesta en común de perspectivas diferentes y el intercambio de experiencias así como mostrar diferentes soluciones a un mismo problema desde la realidad propia de cada caso, nos enriquece como profesionales y fomenta el aprendizaje; un aprendizaje al que podremos sacarle partido en nuestro trabajo diario.

Las mesas de formación continuada correrán a cargo de profesionales de reconocido prestigio, se tocarán temas de distintos ámbitos de la radiología, medicina nuclear y la radioterapia, relatadas de forma fácil y amena, haciéndonos eco de la frase de Benjamin Franklin “Cuéntame y olvido. Enséñame y recuerdo. Involúcrame y aprendo”

Queremos recordaros que la revista que edita la SEER: CUIDARXE publicará un número íntegro del congreso dónde se podrá tener acceso tanto a los resúmenes de las ponencias como los abstracts de las comunicaciones y póster presentados, lo que permitirá tener un conocimiento previo de las temáticas expuestas. Asimismo, en la aplicación para móvil del congreso se podrán visualizar los pósters y todo el programa del congreso.

Somos conscientes de que vuestra participación es imprescindible para que este congreso sea una realidad y un éxito. Confiamos en que la oferta científica del programa que hemos elaborado consiga satisfacer vuestras expectativas.

Os esperamos en Santiago de Compostela los próximos 24 y 25 de mayo.

Guadalupe Martínez Rodríguez

Presidenta del Comité Científico XIX Congreso SEER – Santiago de Compostela.

Acto inaugural

Viernes 24 de Mayo - 18:00h.

Jaume Roca Sarsanedas

Presidente de la Sociedad Española de Enfermería Radiológica

Isabel Turnes Cordeiro.

Presidenta del Comité Organizador

Manuel Villasenín Iglesias

Subdirector Enfermería CHUS

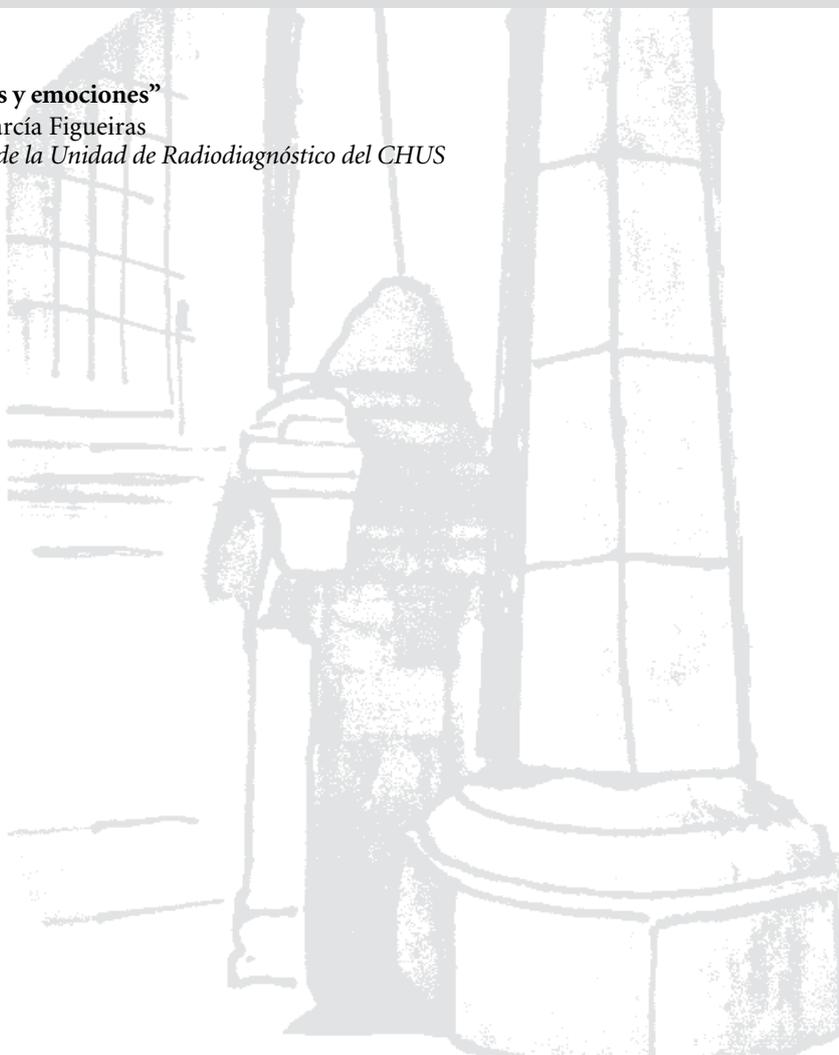
Ponencia inaugural

Moderador: Isabel Turnes Cordeiro

“Cifras, hechos y emociones”

Dr. Roberto García Figueiras

Jefe de Servicio de la Unidad de Radiodiagnóstico del CHUS





1ª MESA DE FORMACIÓN CONTINUADA

1ª Mesa Formación Continuada

Sábado 25 de Mayo - 9:00 h.

Moderador: Mónica Conde Pájaro

1.- “Proyecto de un Equipo de Terapia Intravenosa en la EOXI de Santiago. Seguridad del paciente. Creación y Futuro de un ETI (Equipo de Terapia Intravenosa)”

Dña. Ana Belén Castro Giadáns.

Enfermera Unidad Oncología CHUS Santiago de Compostela.

2.- “Futuro de la Terapia Intravenosa: Proyecto de un equipo de Terapia Intravenosa y accesos vasculares”

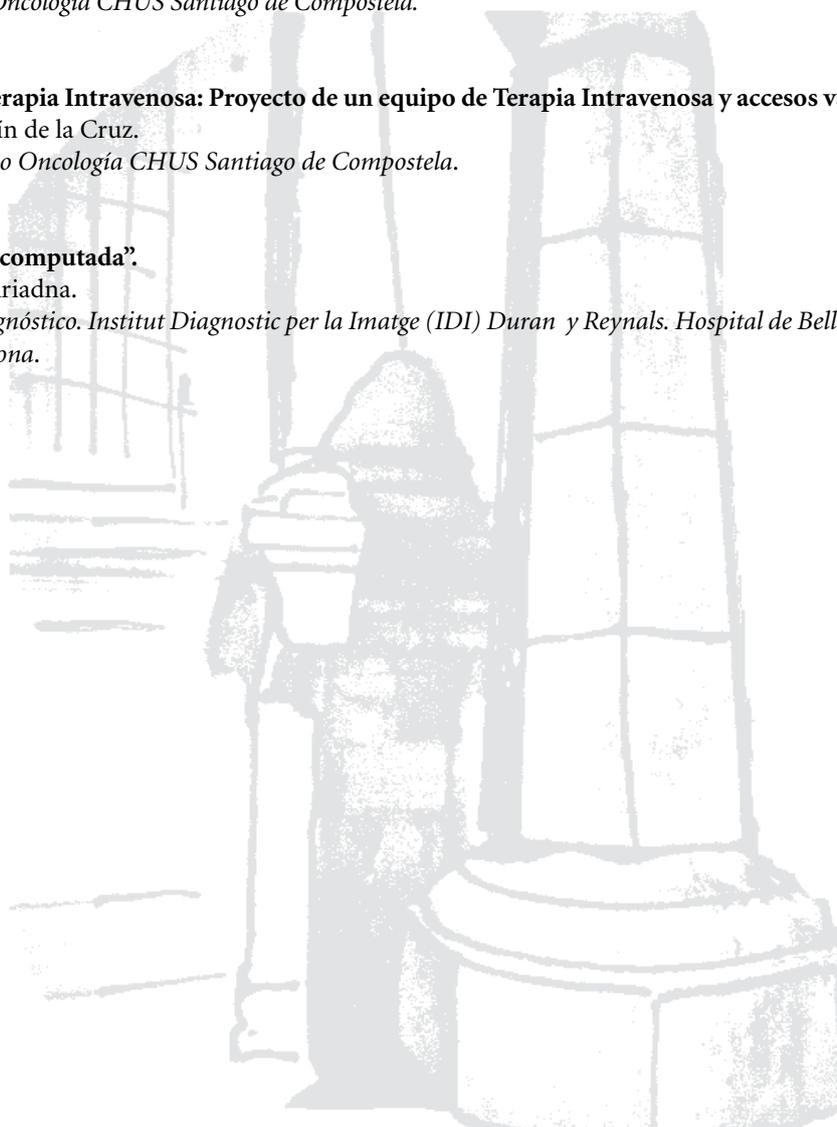
Dña. Myriam Martín de la Cruz.

Supervisora Unidad Oncología CHUS Santiago de Compostela.

3.- “La tomografía computada”

Sanchez Sansano, Ariadna.

Enfermera radiodiagnóstico. Institut Diagnostic per la Imatge (IDI) Duran y Reynals. Hospital de Bellvitge. L’Hospitalet de Llobregat. Barcelona.



1ª MESA DE FORMACIÓN CONTINUADA

1.- “Proyecto de un Equipo de Terapia Intravenosa en la EOXI de Santiago. Seguridad del paciente. Creación y Futuro de un ETI (Equipo de Terapia Intravenosa)”.

Dña. Ana Belén Castro Giadáns.

Enfermera Unidad Oncología CHUS Santiago de Compostela

Dada la gran cantidad de pacientes con accesos venosos difíciles DIVA (Difficult IntraVenous Access Pathway) que existían en nuestra Unidad , cronología-Mir, en el 2010 un grupo de 8 enfermeras comenzamos a formarnos en inserción de PICC, con técnica Standar-ciega progresando en el 2011 hacia la utilización de ecografía y técnica seldinger.

El 30 junio del 2011 entramos en la Consellería en la Plataforma de innovación Sanitaria con el objetivo de ser una Unidad piloto de Terapia Intravenosa en la Inserción y gestión de catéteres PICC y ser referentes para la formación de otras Unidades en toda Galicia. En el proyecto conseguimos pasar dos fases, pero se desestima la idea.

No obstante impartimos cursos de formación a través del FEGAS y de docencia de enfermería del H. Clínico de Santiago, en Ourense, en Coruña y en Vigo durante dos años, dando a conocer nuestra propuesta.

Posteriormente, se nos deriva desde la Plataforma de Innovación sanitaria al Proyecto FEMORA (Formación en Enfermería con Movilidad y Realidad Aumentada). En esta plataforma se busca que los profesionales de la salud tengan a su alcance los procedimientos y protocolos necesarios para una buena calidad asistencial a través de nuevas tecnologías (QRS). Nuestro objetivo era conseguir una buena gestión de los cuidados de los PICC.

Comenzamos colocando 10 catéteres (PICC) en el 2010 a pacientes oncológicos hospitalizados y de HDO; aumentamos progresivamente el número de inserciones anuales y ,por ejemplo, en el 2018 insertamos 300 catéteres (PICC y Líneas Medias) en pacientes no solo oncológicos sino también de otras especialidades, compatibilizando esta tarea con nuestra labor asistencial en nuestra Unidad de hospitalización.

En estos años nos hemos constituido como un equipos de terapia intravenosa, avaladas por nuestro trabajo en inserción y gestión de catéteres, por los trabajos de investigación y ponencias presentados en Congresos y reconocimiento de la Sociedad Española de Terapia Intravenosa como grupo.

Aunque los resultados en Inserción de PICC y Líneas Medias son muy satisfactorio, el seguimiento y la gestión de los mismos tienen carencias importantes, que hacen que la práctica de todo el proceso no sea del todo segura. Es por esto que, para garantizar la seguridad en la inserción y cuidados posteriores, es necesaria la creación de una Unidad multidisciplinar de Terapia Intravenosa y accesos vasculares constituida por: enfermeras especializadas en Terapia Intravenosa , ecografía e inserción de PICC y Líneas medias ; especialistas en M. Preventiva; especialistas en enfermedades infecciosas; especialistas en radiología; especialista en nutrición; especialistas en c. vascular; dirección de enfermería y recursos materiales.

2.- “Futuro de la Terapia Intravenosa: Proyecto de un equipo de Terapia Intravenosa y accesos vasculares”.

Dña. Myriam Martín de la Cruz.

Supervisora Unidad Oncología CHUS Santiago de Compostela

Después de compartir nuestra experiencia con otros profesionales del resto de España y tras la asistencia a cursos de formación y a Congresos, vemos la importancia de la Creación de un ETI para la Seguridad del paciente.

Realizamos la primera solicitud de Unidad de Terapia Intravenosa en el 2015 a la Gerencia y dirección de enfermería de nuestro hospital, siendo nuestra idea desestimada.

En enero del 2018 se presenta la segunda propuesta a la nueva gerencia y dirección de enfermería donde esta pendiente nuestro proyecto. Dicho proyecto propone la creación de una ETI: Consulta de enfermería dependiente de la Dirección de Enfermería, con una estructura física y dotada con los recursos materiales necesarios; con tres enfermeras debidamente formadas en ecografía, técnica seldinger y en otros accesos vasculares; y estrecha colaboración con especialistas de otros servicios para la gestión de dificultades y complicaciones que puedan aparecer.

Los beneficiarios de la consulta de enfermería serían pacientes de cualquier especialidad o con accesos venosos difíciles (DIVA) que requiriesen catéteres PICC, Líneas medias u otro tipo de accesos venosos; profesionales que requieran asesoramiento en gestión de catéteres; y familiares que realicen cuidados en domicilio impartiendo educación sanitaria.

En cuanto al funcionamiento de la Unidad , se hará de forma programada, a través de agenda, recibándose interconsultas y llamadas directas del medico responsable del paciente, donde conjuntamente con el se decidirá de manera proactiva el mejor catéter necesario.

Toda la Actividad de la Unidad estará basada en protocolos de la CDC 2015 y guías de actuación clínica (ETI, Grumav, Gavacelt, AVA, INS) para trabajar con evidencia científica , en contacto siempre con sociedades de Terapia Intravenosa.

Se empleará el consentimiento informado para los pacientes subsidiarios de PICC, registros de inserciones en base de datos y en Ianus, cartilla de curas para los pacientes, información sobre signos y síntomas a vigilar en catéteres ambulatorios, consejos para portadores de catéteres, etc.

Es evidente que el futuro de la Terapia Intravenosa son las ETIs porque garantizan un menor sufrimiento y mayor seguridad del paciente, una utilización adecuada de los recursos, una disminución del riesgo nosocomial, una disminución de efectos secundarios en los CVC, una mayor seguridad en el trabajo de los profesionales, la posibilidad de realizar estudios de investigación sobre terapia Intravenosa y por último una mayor rentabilidad para las instituciones.

La primera ETI en España fue la del Hospital Ramón y Cajal de Madrid en el 2006. Posteriormente se constituyeron otras como: H. Txagorritxu Vitoria, H. Clínico de San Carlos, Fundación Jiménez Díaz, Hospital Gregorio Marañón, Hospital del Mar en Barcelona, H. Vall de Hebrón, H. San Pedro de Logroño, H. de Navarra, el H. ICO Girona... En Galicia se constituyó la primera ETI en el HULA de Lugo en el 2017...

3.- “La tomografía computada”.

Sanchez Sansano, Ariadna.

Enfermera radiodiagnóstico. Institut Diagnostic per la Imatge (IDI) Duran y Reynals. Hospital de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona.

La tomografía computada (TC) es una prueba diagnóstica que utiliza un haz de radiaciones ionizantes que se proyecta sobre el cuerpo del paciente a la vez que gira muy rápido sobre el produciendo señales que son procesadas por un ordenador. Este estudio usualmente se utiliza para diagnosticar una enfermedad, planificar un tratamiento o determinar si el tratamiento es eficaz.

En nuestro caso, como equipo del Institut de Diagnòstic per la Imatge-Metropolitana Sud de tomografía computada (TC) en el hospital monográfico de referencia oncológica (Hospital Duran y Reynals) tenemos un paciente delicado el cual suele venir de forma periódica para el control de su enfermedad. Para la realización de este estudio siempre se administra contraste, en caso que no haya contraindicaciones, con el objetivo de ayudar a visibilizar mejor aquellas estructuras menos densas; cómo las partes blandas que tienen una capacidad para frenar los rayos X.

Teniendo en cuenta las características de nuestros pacientes debemos de saber que tipos de contrastes, en este caso yodados, existen y que peculiaridades poseen. De esta manera podremos elegir aquel que se adapte mejor a nuestro tipo de paciente, y por tanto mejorar; el confort, eficacia y seguridad durante la exploración.

El contraste yodado se encuentra dentro del grupo de los contrastes positivos, debido a que tiene un número atómico elevado y hace que atenúe una gran cantidad de radiación procedente de los rayos X. Dentro de este grupo, encontramos dos subgrupos; los iónicos y no iónicos. Entre ellos su gran diferencia se encuentra en la osmolalidad. En el caso de los contrastes yodados iónicos tienen una osmolalidad de 6 a 8 veces superior a la del plasma y se han asociado a mala tolerabilidad especialmente por vía intravenosa. Por lo contrario, el caso de los contrastes no iónicos, presentan menor osmolalidad y repercute por lo tanto en una mejor tolerancia, por parte del paciente, a este tipo de medio de contraste.

Dentro de los contrastes no iónicos encontramos, otra gran subdivisión. Esta parte es la más importante porque es aquí donde encontraremos las grandes diferencias por las que nos hará decantar por uno u otro según lo que queramos ofrecer al paciente. En el contraste no – iónico, se encuentra: los monómeros y dímeros. En el caso de los monómeros aún tratándose cómo medios de contraste de baja osmolaridad, este sigue siendo hiperosmolar en respecto a la sangre en un factor de > 2 a 3 veces. Por el contrario, los no – iónicos dímeros, presenta una osmolaridad más baja que los monómeros y por tanto tiene menor frecuencia reacciones adversas. El único inconveniente de este grupo, es su viscosidad.

Las propiedades nombradas con anterioridad son de gran relevancia porque marca importante diferencias entre los distintos tipos de compuesto.

- Osmolaridad. Está directamente relacionada con los efectos adversos. Muchos de los efectos indeseables, tanto locales como sistémicos, dependen predominantemente de la presión osmótica por lo que la aproximación de la osmolaridad de una solución a la sangre (300 mOsm/L) se asocia a un menor número de reacciones adversas.

- Viscosidad. Describe la resistencia que ofrecen los fluidos a la circulación y tiene una relación directamente proporcional al tamaño de las moléculas y concentración de yodo e inversamente proporcional a la temperatura de la solución. El calentamiento del contraste a temperatura corporal (37º) permite solventar este inconveniente.

Es por ello que nosotros, al tener el tipo de paciente oncológico descrito con anterioridad, utilizamos iodixanol. Un contraste yodado dímero no – iónico, porque presenta una isosmolaridad con el plasma, dando a lugar a una menor frecuencia de; efectos hemodinámicos, electrofisiológicos y reacciones adversas. El problema quizá nos lo podríamos encontrar con el inconveniente de la viscosidad que presenta, pero el hecho de calentarlo a 37º hace que podamos solventar esta traba.

Por lo que a nuestros pacientes les ofrecemos un estudio con el que siente una reducción del efecto del medio de contraste administrado, además del poder hacer uso de las vías centrales de las que es portador y a la vez reducir el riesgo de integridad cutánea. Todo ello hace que nuestro paciente se muestre más satisfecho, aumentamos su seguridad y eficacia del proceso.



1ª MESA DE COMUNICACIONES ORALES

1ª Mesa Comunicaciones Orales

Sábado 25 de Mayo - 10:30 h.

Moderador: José A. Cordero Ramajo

1.- IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES DE FORMACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA RESPECTO DE LAS PRUEBAS DE IMAGEN

Turnes Cordeiro, M.I., Sánchez Nine, Y., Martínez Rodríguez, G.

Hospital Clínico CHUS Santiago.

2.- APLICACIÓN TÉRMICA DE FRÍO O CALOR PARA LA RESOLUCIÓN DE LAS EXTRAVASACIONES DE CONTRASTE YODADO

Roca Sarsanedas, J.¹, Galimany Masclans, J.², Díaz Membrives, M.³, Valls Ibars, M.A.¹, Olmo Gonzalo, J.¹, Falcó Pegueroles, A.²

¹FGS Hospital Sant Pau de Barcelona. ²Escuela de Enfermería. Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Universidad de Barcelona. ³Hospital Duran i Reynals, IDI. Escuela de Enfermería. Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Universidad de Barcelona.

3.- TITULO: ESTANDARIZACIÓN DE PROTOCOLO NORMALIZADO DE TRABAJO PARA ESTUDIOS PET/RM CON ¹⁸F-FDG EN LA ESTADIFICACIÓN DE PACIENTES CON NEOPLASIA MAMA

Vicente Zornoza, A., Sanchez Jurado, R., Sánchez Sánchez, A, Marti Aubert, M., Riera Gil, E., García Garzón, J.R., Ortiz Banguera, S., Hinarejos Monleón, R., Cozar Santiago, M.P., Ferrer Rebolleda, J.

Cetir Ascires Viladomat. Barcelona.

4.- CONOCER EL GRADO DE SATISFACCION DEL PACIENTE QUE SE REALIZA UNA RM EN EL TURNO DE NOCHE

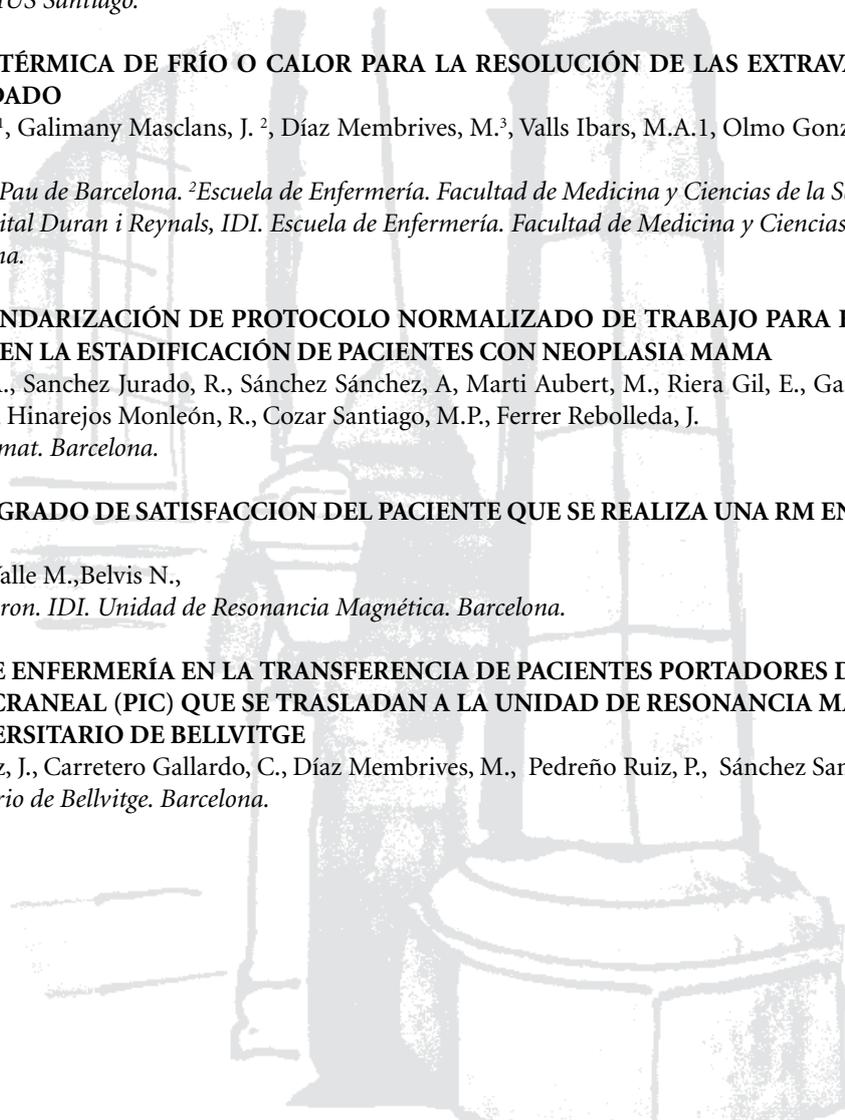
Soler A.,Blasco L.,Valle M.,Belvis N.,

Hospital Vall d'Hebron. IDI. Unidad de Resonancia Magnética. Barcelona.

5.- CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA TRANSFERENCIA DE PACIENTES PORTADORES DE CATÉTER DE PRESIÓN INTRACRANEAL (PIC) QUE SE TRASLADAN A LA UNIDAD DE RESONANCIA MAGNÉTICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BELLVITGE

Fernández Ordóñez, J., Carretero Gallardo, C., Díaz Membrives, M., Pedreño Ruiz, P., Sánchez Sansano, A.

Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona.



1ª MESA DE COMUNICACIONES ORALES

1.- IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES DE FORMACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA RESPECTO DE LAS PRUEBAS DE IMAGEN

M^a Isabel Turnes Cordeiro, Yolanda Sánchez Nine,
Guadalupe Martínez Rodríguez
HOSPITAL CLÍNICO CHUS SANTIAGO

INTRODUCCIÓN: Las pruebas de imagen se han convertido en un método diagnóstico/terapéutico cada vez más utilizado para realizar un seguimiento correcto de la enfermedad e, incluso, en la prevención de la misma. A pesar de que todo paciente recibe una información previa, en ocasiones presentan dudas en el intervalo de tiempo entre la solicitud y la realización de la exploración y acuden a su centro de salud, como primera opción, para ser resueltas. Los profesionales de enfermería de los centros de atención primaria no siempre disponen de la información necesaria para la resolución de las dudas y/o correcta preparación de los pacientes previo a la exploración o posibles efectos secundarios y/o adversos posterior a las mismas.

OBJETIVOS: Detectar las necesidades formativas en las enfermeras de atención primaria respecto a las pruebas de radiología y, poder subsanarlas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizará una encuesta de formación del personal, relativo a las pruebas diagnósticas, su preparación previa, efectos adversos, recomendaciones posteriores a la realización de las mismas. Dicha encuesta anónima, será entregada a la coordinadora de enfermería de los centros de salud de Atención de Primaria de la Gerencia de Santiago de Compostela, que la repartirá entre el personal del centro, durante el mes de marzo de 2019. El cuestionario será devuelto al Servicio de Radiología del Hospital Clínico por correo interno.

RESULTADOS: Debido a incidencias surgidas durante la actividad diaria, creemos que la formación del personal de Enfermería de atención primaria es deficiente o incompleta respecto a las pruebas realizadas en radiodiagnóstico.

CONCLUSIONES: Las necesidades formativas en atención primaria respecto a las pruebas diagnósticas pueden requerir la implementación de actividades de formación en este colectivo.

2.- APLICACIÓN TÉRMICA DE FRÍO O CALOR PARA LA RESOLUCIÓN DE LAS EXTRAVASACIONES DE CONTRASTE YODADO

Jaume Roca-Sarsanedas⁽¹⁾, Jordi Galimany-Masclans⁽²⁾,
Montse Díaz Membrives⁽³⁾, Maria Asunción Valls Ibars⁽¹⁾,
Jordi Olmo Gonzalo⁽¹⁾, Anna Falcó-Pegueroles⁽²⁾

(1)FGS Hospital Sant Pau de Barcelona. (2)Escuela de Enfermería. Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Universidad de Barcelona. (3) Hospital Duran i Reynals, IDI. Escuela de Enfermería. Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Universidad de Barcelona.

Introducción: Existen dos curas para el tratamiento conservador de las extravasaciones de contraste yodado, la aplicación de calor o frío de forma tópica. Sin embargo, no existe suficiente evidencia que determine el mejor tratamiento.

Objetivo: Analizar la eficacia de la aplicación térmica de calor seco y del frío seco para la resolución de las extravasaciones de contraste yodado administrado a altas velocidades.

Método: Estudio piloto experimental prospectivo. La muestra la configuraron 6 pacientes que presentaron una extravasación de contraste yodado administrado con bomba inyectora, durante la realización de una Tomografía Computarizada, durante los meses de marzo a junio de 2017 en el Hospital de Sant Pau de Barcelona.

Se definieron 5 grupos de variables: características demográficas del paciente, características de la administración, características de la vía endovenosa, características de la extravasación y antecedentes patológicos y tratamientos recibidos. La intervención consistió en la aplicación de forma aleatorizada calor seco (experimental) o frío seco (control) mediante una bolsa térmica durante diez minutos. Se realizó una segunda aplicación trascurridos otros veinte minutos. Posteriormente se procedió a dar el alta con las mismas recomendaciones domiciliarias en todos los casos. Se realizó un control del estado de la extremidad, mediante las variables de la extravasación, pasadas 24 horas.

La recogida de datos se realizó mediante hojas escritas diseñadas expresamente para el estudio, donde se recogieron las diversas variables de forma esquemática y se realizó un análisis de casos mediante la estadística descriptiva.

Resultados: En los casos tratados con frío seco se pudo delimitar y medir la extravasación tras 24h; sin embargo en los casos tratados con calor seco como primera intervención, los bordes no estaban definidos, siendo un signo positivo de buena resolución. El dolor remitió de forma parecida con ambas intervenciones y no aparecieron complicaciones en ninguno de los casos.

1ª MESA DE COMUNICACIONES ORALES

Conclusión: La ausencia de contorno definido y medible pasadas 24h, en las extravasaciones tratadas con calor seco como primera intervención, es consecuencia de una mejor absorción y distribución del contraste extravasado tal como apuntan algunos autores. Si bien son necesarios estudios con una mayor muestra, los resultados de este estudio piloto apuntarían a que la aplicación del calor seco como primera intervención sería más resolutive.

3.- ESTANDARIZACIÓN DE PROTOCOLO NORMALIZADO DE TRABAJO PARA ESTUDIOS PET/RM CON 18F-FDG EN LA ESTADIFICACIÓN DE PACIENTES CON NEOPLASIA MAMA

Vicente Zornoza A, Sanchez Jurado R, Sánchez Sánchez A, Marti Aubert M, Riera Gil E, García Garzón JR, Ortiz Banguera S, Hinarejos Monleón R, Cozar Santiago MP, Ferrer Rebolleda J.

CETIR ASCIRES VILADOMAT.

INTRODUCCIÓN: en la actualidad el estudio RM de mama es necesario para la estadificación T de las pacientes afectas de neoplasia mamaria y según las guía clínicas muchas de estas pacientes requerirán la realización de un estudio PET/TC con 18F-FDG para su estadificación N y M.

OBJETIVO: Implementar un protocolo normalizado de trabajo (PNT) en estudios PET/RM con 18F-FDG para la estadificación loco-regional y a distancia en pacientes con cáncer de mama.

MATERIAL Y MÉTODOS: Para el diseño, optimización y posterior implementación de un PNT para estudio mamario 18F-FDG PET/RM:

1º. Se desarrolló un PNT teórico que incluía los siguientes parámetros de adquisición:

- Estudio selectivo mamario sincrónico PET+RM en prono: PET: Adquisición dinámica, 10 minutos, inmediatamente tras la administración de la 18F-FDG (dosis 2,5 MBq/Kg) + adquisición estática a los 30 minutos (5min/1 bed). RM: 3D Axial T2, 3D T2 Fat, 3DT1, Axial DWE, Coronal Gradiente, 3D Axial VIBRANT dinámico (dosis Gadolinio 0,2 ml/Kg).

- Estudio sincrónico de cuerpo completo PET+RM: Adquisición PET corporal (5 beds; 4 min/bed). Adquisición RM corporal (Axial LAVA Flex, Axial MRAC, Axial DWE, Axial T2 SSFSE).

2º. Se aplicó prospectivamente el PNT teórico a 5 pacientes afectas de cáncer de mama antes de cirugía.

RESULTADOS: En las 5 pacientes estudiadas la exploración PET/RM se llevó a cabo sin artefactos condicionantes por la adquisición simultánea y sin incidencias por claustrofobia o motivos técnicos. La duración media de estos estudios fue de 60 minutos, correspondientes a 35 minutos de adquisición sincrónica PET/RM mamaria y a 25 minutos de adquisición sincrónica PET/RM de cuerpo entero. En la interpretación TNM de las imágenes (conjunta por facultativos especialistas en Radiodiagnóstico y Medicina Nuclear), la valoración concomitante y sincrónica PET+RM proporcionó, en la estadificación T, información metabólica adicional respecto a la curva de captación de Gadolinio. Respecto a la estadificación N y M, la información adicional de los hallazgos PET y RM proporcionó mayor fiabilidad diagnóstica en la detección de infiltración ganglionar infracentrímetrica y en la identificación de M1 óseas.

CONCLUSIÓN: Nuestro PNT de los estudios PET/RM con 18F-FDG proporciona información completa en la estadificación loco-regional y a distancia del cáncer de mama, en un tiempo optimizado por su carácter sincrónico.

4.- CONOCER EL GRADO DE SATISFACCION DEL PACIENTE QUE SE REALIZA UNA RM EN EL TURNO DE NOCHE

AUTORES: Soler A.,Blasco L.,Valle M.,Belvis N.

IDI. Unidad de Resonancia Magnética. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona.

Introducción: La Resonancia Magnética es una prueba diagnóstica no invasiva en la que se requieren largos períodos de inmovilidad. El paciente puede sufrir trastornos como ansiedad, claustrofobia o estrés. Esto requiere de unos cuidados específicos por parte del personal de enfermería. Hay estudios que demuestran que en el turno de noche disminuyen las aptitudes físicas y mentales.

Ante la necesidad de disminuir las listas de espera, se efectúan exploraciones las 24 horas del día, con lo que el paciente ha de realizarse la prueba en horario nocturno.

A fin de que el paciente pueda evaluar el trato recibido por enfermería se elabora una encuesta para la recogida de datos.

OBJETIVO: El objetivo principal es conocer el grado de satisfacción percibido por los pacientes sobre los cuidados de enfermería en RM durante la noche.

El objetivo secundario es llevar a cabo acciones que mejoren la calidad asistencial de los pacientes sometidos a un estudio de RM en el turno de noche, en el Hospital Vall d'Hebron (Barcelona).

1ª MESA DE COMUNICACIONES ORALES

METODOLOGÍA: Se realiza diseño de estudio observacional transversal y prospectivo. La obtención de datos cuantitativos se realiza mediante entrevista estructurada politómica con preguntas ponderadas numeradas del 1 al 5. El estudio está dirigido a 35 pacientes. Como criterios de inclusión determinamos que forman parte de este estudio pruebas programadas en adultos de edades comprendidas entre 20-75 años. Los estudios se realizaron en imanes superconductoros de 1,5 y 3 Teslas (Siemens), mediante protocolos estandarizados.

RESULTADOS: Las encuestas se realizaron en el turno de noche en el mes de febrero de 2019. Han contestado la encuesta 35 pacientes de los cuales el 57,14% son mujeres y el 42,86% son hombres. Respecto a la valoración de los pacientes de estar citado de noche el 51,43% considera que es aceptable. El 37% de pacientes no tiene dificultad en llegar a nuestra Unidad respecto al 11% que considera que no es accesible. El grado de satisfacción global con el proceso de enfermería ha sido valorado con un 94% de muy satisfactorio.

CONCLUSIONES: La encuesta ha demostrado un resultado positivo respecto a las competencias propias de enfermería. Referente a las mejoras a tener en cuenta, la protección auditiva y la incomodidad de la mesa han sido las más destacadas.

5.- CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA TRANSFERENCIA DE PACIENTES PORTADORES DE CATÉTER DE PRESIÓN INTRACRANEAL (PIC) QUE SE TRASLADA A LA UNIDAD DE RESONANCIA MAGNÉTICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BELLVITGE

Fernández Ordóñez, J.; Carretero Gallardo, C.; Díaz Membrives, M; Pedreño Ruiz, P; Sánchez Sansano, A.
Hospital universitario de Bellvitge (Barcelona)

INTRODUCCIÓN:

Los pacientes con lesiones cerebrales son cada vez más prevalentes en las unidades de cuidados intensivos de los hospitales de tercer nivel, ya sea por etiología tumoral o politraumática entre otras. Estas patologías habitualmente requieren de una monitorización de la presión intracraneal (PIC) y complican el traslado del paciente cuando se debe realizar controles radiológicos. El papel de enfermería es fundamental para conocer y detectar precozmente las complicaciones y optimizar la transferencia del enfermo desde hospitalización a radiología y a la inversa.

OBJETIVO

Garantizar la seguridad de los pacientes portadores de catéteres de PIC que acuden a la unidad de resonancia magnética (RM) de un hospital de tercer nivel, evitando las complicaciones y cubriendo sus necesidades.

METODOLOGÍA

Se realizó una intervención observacional donde dos enfermeros de la unidad de RM analizaron los drenajes y los monitores de los que son portadores estos pacientes y estudiaron la compatibilidad con el campo magnético. Se identificaron las fases de transferencia del paciente y sus necesidades a través de diagnósticos enfermeros. Este proceso estuvo centrado en la prevención de las posibles complicaciones y en el manejo del proceso, identificando el papel de enfermería dentro del equipo.

Este análisis se aplicó en dos casos para detectar y valorar empíricamente dicha experiencia.

RESULTADOS

Se constató que la UCI del HUB inserta de forma protocolizada un catéter de PIC con un drenaje ventricular externo (EVD) y un catéter de fibra óptica parenquimatosa. Este catéter drena el líquido cefalorraquídeo para tratamiento de la hidrocefalia o de la PIC elevada. En este proceso, el análisis detallado distinguió tres fases: transporte del paciente, realización de la prueba diagnóstica y retorno a la unidad de origen. Los diagnósticos enfermeros detectados fueron:

- Posibles riegos de elevación de la PIC r/c cambio posicional del paciente o movimiento.
- Riesgo de lesión térmica (por efecto de la resonancia magnética)

- Riesgo de hipertermia

- Disminución de la capacidad adaptativa intracraneal

En ninguno de los dos casos en los que se realizó seguimiento mostraron ninguna incidencia

CONCLUSIÓN

El estudio de las posibles complicaciones en estos catéteres mejora la seguridad de los pacientes en los traslados hospitalarios y reconoce a enfermería algunas de las funciones que desempeñan en las unidades de radiodiagnóstico.



2ª MESA DE FORMACIÓN CONTINUADA

2ª Mesa Formación Continuada

Sábado 25 de Mayo - 12:00 h.

Moderador: Elena Ansemil Otero.

“PET dedicado de mama (dbPET): una extraordinaria herramienta de imagen molecular para el manejo del cáncer de mama”.

Dr. Michel Herranz.

Head of Molecular Oncology and Imaging Program. Santiago de Compostela.



2ª MESA DE FORMACIÓN CONTINUADA

“PET dedicado de mama (dbPET): una extraordinaria herramienta de imagen molecular para el manejo del cáncer de mama”

Dr. Michel Herranz.

Head of Molecular Oncology and Imaging Program. Santiago de Compostela.

En la actualidad, las técnicas de imagen se clasifican en dos grandes grupos: A) MORFOLOGICAS, que incluyen las clásicas de los Servicios de Radiodiagnóstico (radiografía, tomografía axial computerizada (TAC/TC) y resonancia magnética (RM)), que reflejan aspectos morfológicos (cambios en la forma de las estructuras) y B) MOLECULARES, que engloban las de Medicina Nuclear (tomografía por emisión de fotón único (SPECT) y la tomografía por emisión de positrones (PET)) y las ópticas, evidenciando aspectos bioquímico-moleculares, que pueden coincidir o no con las morfológicas. La imagen molecular es definida por la Sociedad Americana de Medicina Nuclear como “la visualización, caracterización y medida de procesos biológicos a nivel molecular y celular en humanos y en otros seres vivos”. Se trata de una nueva tecnología que permite un seguimiento en tiempo real, no conlleva la destrucción tisular, es mínimamente invasiva y puede jugar un importante papel en todas las etapas evolutivas de numerosas patologías, desde el cribado hasta las fases sintomáticas y avanzadas. Así puede ser usada en la predicción, detección por biopsia, estadificación, pronóstico, acciones terapéuticas (planificación y respuesta), recidivas y cuidados paliativos.

La tomografía por emisión de positrones (PET) es una técnica de imagen molecular que une a su gran sensibilidad, su carácter biológico. El PET dedicado de mama (dbPET) realiza la exploración en decúbito prono, rodeando el detector la mama, la glándula cuelga por la fuerza de la gravedad y el anillo se ajusta a la base de la mama y a la pared costal, algunas características del equipo son las siguientes: i) excelente resolución espacial, menos de 1,5 mm; ii) imágenes 3D precisas incluyendo cuantificación SUV; iii) no requiere la compresión de la mama; iv) disminución de la dosis: 1/3-1/5 WB-PET; v) alto campo de visión: 170 (Diam.) x 170 (Long.) mm y, vi) adquisición rápida, entre 5 y 15 minutos. Las posibles indicaciones de esta técnica en la clínica diaria, gracias a sus características (Imágenes tomográficas de 2 mm; alta sensibilidad y especificidad (>90%), la no limitación por la densidad mamaria y/o el estado hormonal, la no compresión de las mamas...etc), son: i) cuando las técnicas habituales para el diagnóstico no sean concluyentes o no se puedan realizar (claustrofobia, obesidad...etc); ii) para definir fisiológicamente el efecto de la terapia neoadyuvante lo más temprano posible, encaminado a un cambio/interrupción de la pauta de tratamiento si no es efectiva; iii) cuando exista sospecha de tumor oculto en mama no evidenciado por otras técnicas, o iv) estudio en poblaciones de alto riesgo.



2ª MESA DE COMUNICACIONES ORALES

2ª Mesa Comunicaciones Orales

Sábado 25 de Mayo - 12:45 h.

Moderador: Luis Garnés Fajardo.

1.- OPTIMIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS EN MEDICINA NUCLEAR CON UN SISTEMA DE DISPENSACIÓN E INYECCIÓN AUTOMÁTICA (INTEGO.)

Ansemil Otero, M.E., González Fernández, E.M., Canosa Santos, E., Pérez García, M., Lado Cacheiro, L., Ruibal Morell, A.

Servicio de Medicina Nuclear. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.

2.- NEFROPATIA INDUCIDA POR EL CONTRASTE IODADO EN TC. VALORACIÓN DE ENFERMERÍA.

González Cervantes, J., Arana, E.

Fundación Instituto Valenciano de Oncología (FIVO)

3.- PAPEL DE ENFERMERÍA EN EL ESTUDIO COMPARATIVO DE LA EFICACIA DE LA HIDRATACIÓN ORAL VERSUS LA INTRAVENOSA COMO MEDIDA PREVENTIVA DE LA NEFROPATÍA INDUCIDA POR CONTRASTE EN PACIENTES SOMETIDOS A UN TC.

Wachter Figuerola, M., Recuenco Garcia, B., Rodríguez Muñoz, A., Zapata Domínguez, P., Borrás Sánchez, M., Falip Sagués, S.

Hospital Clínic. Barcelona.

4.- ¿QUÉ LES PASA A ESAS FALANGES? COMO LLEGAMOS AL SÍNDROME DE RAYNAUD.

Sala López, S.; Parals Compañía, A.

Ressonància Girona

5.- VALORACIÓN DE LA EFICACIA DEL PROCESO DE INFUSIÓN EN LA ADMINISTRACIÓN DE 177LUTECIO (LUTATHERA®).

Pérez García, M.; Ansemil Otero, M.E.; Canosa Santos, E.; González Fernández, E.M.; Ruibal Morell, A.

Servicio de Medicina Nuclear. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.

6.- MODIFICACIÓN DE LA PLATAFORMA RIS (RADIOLOGY INFORMATION SYSTEM) PARA EL REGISTRO DE MEDICACIÓN EN EL SERVICIO DE RADIOLOGÍA DEL CAULE.

Blasco Carmona, M.J., Martínez Pascual, E., Flores Medica, E., Martínez Fuertes, A. I., Nieto de la Torre, M., Rivas Rodríguez, A.

Complejo Asistencial Hospitalario de León.

2ª MESA DE COMUNICACIONES ORALES

1.- Optimización de procedimientos en Medicina Nuclear con un sistema de dispensación e inyección automática (INTEGO).

Ansemil Otero, M.E.; González Fernández, E.M.; Canosa Santos, E.; Pérez García, M.; Lado Cacheiro, L.; Ruibal Morrell, A.

Medicina Nuclear (Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela)

Introducción: Durante los últimos años el número de pruebas PET ha aumentado considerablemente, conllevando un incremento proporcional en las dosis acumuladas de los trabajadores profesionalmente expuestos. Debido a esto es necesaria la introducción de nuevas herramientas con las que poder minimizar las exposiciones. En nuestro servicio recientemente se ha adquirido un inyector automático de 18F-FDG (Intego) con este fin.

Objetivos: El objetivo del estudio es comprobar y medir la reducción de la dosis en el personal de enfermería al optimizar el protocolo de recepción de viales con 18F-FDG, aprovechando la disponibilidad de un activímetro en el propio inyector automático para eliminar pasos superfluos.

Material y Métodos: En enero de 2018 se instala en nuestro centro un inyector automático modelo Intego (MEDRAD & Bayer), que permite preparar y dispensar la actividad necesaria para cada paciente de forma automática. El equipo cuenta con un activímetro integrado, sometido al mismo programa de garantía de calidad que el resto de activímetros del servicio. Para cuantificar la dosis equivalente en profundidad (H10) recibida en la fase de preparación de la FDG se emplea un dosímetro personal de diodo de lectura directa (Thermo Scientific Mk2.3).

Se decide registrar las dosis correspondientes a la recepción del vial y la medida del mismo en el activímetro CAPINTEC disponible en nuestra unidad, y aquellas en las que se toma como referencia la medida del vial efectuada por el propio inyector, suprimiendo en este caso la medida realizada en el activímetro disponible en el servicio.

Resultados: El valor medido de la dosis absorbida en cuerpo completo correspondiente al proceso de recepción y preparación del vial es de $10,9 \pm 4,6$ Sv cuando usamos el activímetro CAPINTEC y de $2,14 \pm 0,15$ Sv utilizando el activímetro integrado en el Intego. A modo de referencia, la dosis media por turno trabajado es de $28,0 \pm 6,1$ Sv, por lo que se considera que la reducción de dosis es significativa y el cambio de procedimiento justificado.

Conclusiones: En aquellos inyectores que posean un ac-

tivímetro independiente, sometido a los controles de calidad correspondientes se debería valorar la eliminación de la medida del vial en un activímetro dedicado durante la recepción del mismo.

2.- NEFROPATIA INDUCIDA POR EL CONTRASTE YODADO EN TC. VALORACIÓN DE ENFERMERÍA.

González Cervantes, Javier; Arana Estanislao

Fundación Instituto Valenciano de Oncología (FIVO)

Introducción: La mayoría de los pacientes oncológicos que están sometidos a estudios radiológicos, Tomografía Computarizada (TC) se les administra contraste.

Es fundamental conocer los factores de riesgo y su seguimiento para detectar a tiempo los efectos de los mismos e intentar minimizarlos en la medida de lo posible.

La nefropatía inducida por el contraste (CIN) es una causa relativamente común de insuficiencia renal aguda en el medio intrahospitalario y menos frecuente en el extrahospitalario. Se ha asociado con un aumento considerable de la morbilidad, así como en la duración de la estancia hospitalaria. Esta complicación es multifactorial, cuya comprensión está lejos de ser completa; por lo tanto, hay una carencia de agentes profilácticos y específicos.

OBJETIVOS: Describir las variaciones en el Índice de Filtrado Glomerular (IFG) en los pacientes oncológicos tras la administración de contraste en la TC.

METODOLOGÍA: Se utiliza como herramienta, una encuesta a 122 pacientes que van a ser sometidos a un estudio de imagen por TC con contraste yodado, con dos tipos de contrastes diferentes: Ultravist 300, Iomeron 300. Del estudio realizado en cuanto al sexo (63 hombres y 59 mujeres). El 51,64% fueron hombres y el 48,36% mujeres. Se revisan como variables dependientes, el Índice de Filtración Glomerular (IFG), sexo, diabetes, insuficiencia renal y la administración de quimioterapia tanto vía oral o intravenosa antes de la realización del TC. Se revisaron datos relevantes del paciente oncológico como la historia clínica del mismo.

RESULTADOS: En relación con los pacientes citados anteriormente incluyendo las variables citadas observamos que el 81,87% no eran diabéticos y un 18,03% padecían la enfermedad. En cuanto a la insuficiencia renal (IR) el 12,3% la padecían y un 87,7% no presentaban IR.

El 38,52% de los pacientes se le había administrado quimioterapia oral o intravenosa y un 61,84% no.

En cuanto al IFG el valor previo antes la prueba > 60 ml/min/1.73 m²

2ª MESA DE COMUNICACIONES ORALES

era del 89,34% y solo un 10,66% presentaba un valor < 60 ml/min/1.73m². El IFG posterior a la prueba fue < 60 ml/min/1.73m² de un 9,84% y un 90,16% > 60 ml/min/1.73m². Analizando el IFG podemos hacer 3 grupos:

Empeoran - 5 pacientes. (4,10%)

Mantienen - 111 pacientes. (90,98%)

Mejoran - 6 pacientes. (4,92%)

Aplicando el procedimiento de ANOVA, los resultados de la p-value de las variables descritas fueron los siguientes:

Edad: 0.04; Sexo: 0.432; Diabetes: 0.427; Quimioterapia: 0.653; Insuficiencia renal: 0.227.

CONCLUSIONES:

Aunque la casuística es muy limitada para los grupos que empeoran y mejoran, en la variable edad se observa que hay diferencias en la variable edad respecto a los tres grupos ($p < 0.05$), siendo los pacientes que empeoran con una edad superior. Con respecto al resto de variables no se observan diferencias estadísticamente significativas entre los grupos.

3.- Papel de enfermería en el estudio comparativo de la eficacia de la hidratación oral versus la intravenosa como medida preventiva de la nefropatía inducida por contraste en pacientes sometidos a un TC

Wachter Figuerola M; Recuenco García B; Rodríguez Muñoz A; Zapata Dominguez P; Borrás Sanchez M; Falip Saqués S.

Hospital Clínic de Barcelona

Introducción: El término NIC (Nefropatía Inducida por Contraste) hace referencia a un deterioro de la función renal en los días posteriores a la administración de un medio de contraste.

El estudio pretende comparar la eficacia de los dos tipos de hidratación, como medida preventiva de la NIC en pacientes que se van a someter a un TC. El personal de enfermería, se encarga de revisar las TFG de todos los pacientes. Aquellos pacientes que presenten una TFG < 45 mL/min, serán candidatos a formar parte del estudio. Se hará una clasificación de forma aleatoria para saber qué tipo de profilaxis va a recibir (oral o endovenosa). Acto seguido, se realiza una llamada al paciente para informarle de las indicaciones que debe seguir antes de realizarse la prueba. Una vez el paciente acude a nuestro servicio se le explica en qué consiste el estudio y si desea participar se le hace firmar el consentimiento informado.

Objetivos

- Comprobar que los pacientes que realizan la profilaxis

oral han entendido y realizado correctamente las instrucciones dadas por el personal de enfermería.

- Asegurar que los pacientes candidatos a profilaxis oral, beban 500 mL dos horas antes de la prueba.

Metodología: Estudio descriptivo, epidemiológico, longitudinal, retrospectivo. Ámbito de estudio: el estudio se realizará durante los meses de Septiembre a Febrero de 2018-2019, en el Centro de Diagnóstico por la Imagen del Hospital Clínic de Barcelona.

Población: pacientes que realicen la profilaxis oral que hayan decidido participar en el estudio. La muestra será de 36 pacientes.

Criterios de inclusión: Pacientes que realicen la profilaxis oral que participen en el estudio, de entre 60 y 85 años y sexo masculino o femenino. Criterios de exclusión: Pacientes que no hayan querido participar en el estudio, que realicen la profilaxis endovenosa o con contraindicación de hidratación ya sea oral o endovenosa.

El estudio se va a realizar comprobando la cantidad ingerida de agua que han registrado los pacientes en las tablas de registro.

Resultados:

Una vez analizadas las tablas de registro de la hidratación oral rellenadas por los pacientes, se detectaron 23 pacientes que habían bebido la cantidad indicada, 5 que no lo habían hecho y 8 que no la habían entregado.

Se realizaron las llamadas telefónicas a los pacientes para recordarles que bebieran 500 ml dos horas antes de la prueba y así se aseguró su correcta hidratación. Conclusiones

- La correcta explicación de la profilaxis oral por parte del personal de enfermería hacia el paciente, asegura una correcta comprensión y realización por parte de éste.
- La llamada telefónica por parte del personal de enfermería al paciente para explicarle que beba 500 mL dos horas antes de la prueba, asegura la correcta hidratación por parte de éste.
- La correcta comunicación entre el personal de enfermería de los dos turnos (mañana y tarde) permite que se pueda llevar a cabo correctamente el seguimiento de estos pacientes.

2ª MESA DE COMUNICACIONES ORALES

4.- ¿Qué les pasa a esas falanges? Como llegamos al Síndrome de Raynaud

Sala López, S.; Parals Compañia, A.
Ressonància Girona.

INTRODUCCIÓN: El fenómeno de Raynaud se caracteriza por una disminución de la circulación sanguínea principalmente en los dedos de las manos y de los pies, que produce dolor y cambios de coloración en los extremos distales de los mismos. De manera menos habitual se da en otras localizaciones. Se desconoce el origen de dicha enfermedad pero se suele desencadenar por la exposición de manos o pies a temperaturas bajas o agua fría y en algunas ocasiones por situaciones de estrés.

OBJETIVOS: Destacar el papel de enfermería en la recepción y anamnesis del paciente para poder proporcionar al radiólogo la mayor información posible con la finalidad de obtener un correcto diagnóstico de la patología. Describir el protocolo de la RM en el diagnóstico diferencial del fenómeno de Raynaud y mostrar las imágenes más características del mismo.

METODOLOGÍA: Estudio descriptivo y retrospectivo de casos con diagnóstico final de enfermedad de Raynaud. Revisión de procedimientos realizados en Resonancia Girona así como los diferentes PNT en sospecha clínica de enfermedad de Raynaud. Las exploraciones se han realizado en un equipo de RM 1.5 T (Signa Horizon HDx, GE), con una bobina de extremidad de 8ch. Revisión y análisis de diferentes artículos publicados. Las secuencias en el protocolo para el diagnóstico del fenómeno de Raynaud son: Cor T1 y STIR, Sag T1 y STIR, Ax T1, T2 y STIR.

RESULTADOS: Se describen los cuidados de enfermería relativos a la recogida de información del paciente, de la información facilitada al usuario sobre el procedimiento al que será sometido y de sus ventajas e inconvenientes. Se revisa el protocolo para el diagnóstico del fenómeno de Raynaud. Se determina que la realización de una exploración en la extremidad contralateral puede ayudar en el diagnóstico diferencial de la enfermedad de Raynaud.

CONCLUSIONES: La RM contribuye al diagnóstico de la patología osteomuscular. La labor de enfermería en la anamnesis e información al paciente del procedimiento, es muy importante para obtener un mejor estudio. La RM es una exploración complementaria muy útil para el diagnóstico, el control y el seguimiento del Raynaud. Hemos observado que algunos de los pacientes a los que se les diagnostica un fenómeno de Raynaud gracias por RM pueden venir derivados por otras sospechas clínicas o son hallazgos

casuales en el transcurso de la exploración solicitada por otros motivos.

5.- Valoración de la eficacia del proceso de infusión en la administración de Lutecio-177 (Lutathera®).

Pérez García, M.; Ansemil Otero, M.E.; Canosa Santos, E.; González Fernández, E.M.; Ruibal Morell, A.
Medicina Nuclear (Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela)

INTRODUCCIÓN:

El radioisótopo Lutecio-177 constituye, en la actualidad, una alternativa terapéutica en el tratamiento de tumores neuroendocrinos. Desde Junio del 2016 el servicio de Medicina Nuclear del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela ha incorporado esta terapia, realizándose más de 80 administraciones.

OBJETIVOS:

El objetivo es valorar la eficacia en la administración, cuantificando la actividad real recibida por el paciente, al hallar la diferencia entre la actividad inicial del vial y la actividad residual de dicho vial tras la infusión.

METODOLOGÍA (Material y método):

Se estudian 65 administraciones realizadas en 20 pacientes, mediante el método de perfusión por gravedad en el vial original, recomendado en las guías de práctica clínica. Se mide el vial antes y tras la infusión, así como el aparataje en contacto con el radioisótopo, en un activímetro CAPINTEC CRC-15R®.

RESULTADOS:

Las 65 dosis administradas presentan una actividad de entre 190-204 mCi, siendo la media aritmética 193,50 mCi. La actividad residual en el vial está entre 0,45-1,90 mCi, siendo la actividad media residual 1,03 mCi. Se mide también la actividad residual en la aguja y el conector con el paciente dando un resultado de entre 0,01-0,02 mCi.

CONCLUSIONES:

Dado que la actividad residual tras el proceso de administración representa entre un 0,22-0,96 % de la actividad inicial con una media de 0,52 %, podemos considerar que el método de perfusión por gravedad en el vial original es altamente eficaz.

2ª MESA DE COMUNICACIONES ORALES

6.- Modificación de la plataforma RIS (Radiology Information System) para el registro de medicación en el Servicio de Radiología del CAULE

Blasco Carmona, M.J.; Martínez Pascual, E.; Flores Medica, E.; Martínez Fuertes, A. I.; Nieto de la Torre, M.; Rivas Rodríguez, A.

Complejo Asistencial Hospitalario de León

INTRODUCCIÓN:

El RIS corporativo es un software instalado en el Servicio de Radiodiagnóstico del CAULE, que funciona en modo multicentro en el SACYL y que posee herramientas necesarias para el trabajo diario. El personal de enfermería detectó la ausencia del registro de la prescripción y administración de fármacos, la cual es discordante con la normativa expresada en el Real decreto 1302/2018, de 22 de octubre, que regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de los enfermeros y lo expresado en el apartado II de la exposición de motivos de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias. De esta forma, los medicamentos que se administran a los pacientes quedarían registrados, además de identificar a los profesionales que los prescriben y administran.

OBJETIVO:

Modificar el software informático con el fin de realizar un registro nominal tanto del profesional que prescribe los fármacos, como del que los administra, cumpliendo así con la normativa vigente y garantizando la seguridad del paciente.

METODOLOGÍA:

Un total de 16 enfermeras del Servicio de Radiodiagnóstico formaron un grupo de mejora, previa autorización del Área de Formación y Calidad del CAULE, para proponer las modificaciones necesarias en el aplicativo. Se realizaron 3 sesiones de 1 hora en la sala de reuniones, donde la enfermera responsable mostró, mediante diapositivas Power Point, las propuestas. Una vez terminada las sesiones, se realizó una lluvia de ideas, además de la puesta en común de las limitaciones del proyecto.

RESULTADOS:

La primera propuesta fue diseñar un desplegable donde seleccionar los diferentes fármacos, vía de administración y cantidades volumétricas, en función de los estudios específicos de cada sala del servicio, así como un apartado para registrar posibles incidencias. El lote del contraste intravenoso aparecerá por defecto.

La segunda propuesta fue registrar nominalmente al profesional que prescribe el fármaco y al que lo administra, me-

dante un PIN personal que los identifique, además de renombrar el apartado de quién lo pautó y añadir el de quien lo suministra. La tercera propuesta fue incluir el apartado denominado "Prescripción", que nos permitiría identificar desde la lista de trabajo aquellos pacientes a los que se les ha pautado algún fármaco, mediante un icono rojo.

CONCLUSIONES:

Con estas modificaciones se salvaguarda la disparidad del aplicativo con la normativa vigente correspondiente al Real decreto 1302/2018 y a la Ley 44/2003, favoreciendo la seguridad del paciente.



3ª MESA DE FORMACIÓN CONTINUADA

3ª Mesa Formación Continuada

Sábado 25 de Mayo - 16:00 h.

Moderador: Montserrat Miranda Currás.

“Valoración y cuidado multidisciplinar al paciente en oncología radioterápica”.

Dr. Antonio Gómez Caamaño.

Jefe del Servicio de Oncología Radioterápica. Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela.



3ª MESA DE FORMACIÓN CONTINUADA

“ Valoración y cuidado multidisciplinar al paciente en oncología radioterápica”.

Dr. Antonio Gómez Caamaño.

Jefe del Servicio de Oncología Radioterápica. Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela.

Toda la filosofía de la radioterapia se resume en dos principios básicos: dosis altas en el tumor y dosis bajas en los tejidos sanos circundantes. Y toda la historia de la oncología radioterápica, desde su nacimiento como especialidad médica, ha sido una búsqueda incesante de estos dos principios. En este camino nos hemos apoyado en disciplinas “amigas” como el radiodiagnóstico, la radiofísica o la radiobiología, pero realmente ha sido el desarrollo tecnológico lo que ha permitido el desplazamiento de la radioterapia desde un papel puramente paliativo a un papel potencialmente curativo en el tratamiento del cáncer.

Las respuestas de la oncología radioterápica moderna a los problemas de localización del tumor, control de su movimiento y protección de los tejidos sanos podemos resumirlas en la integración de las nuevas técnicas de imagen en los sistemas de planificación y en la implementación en la práctica clínica de técnicas de radioterapia avanzada (radioterapia de intensidad modulada, radiocirugía, radioterapia guiada por la imagen, radioterapia ablativa extracranial, radioterapia adaptada a la respiración).

Sin embargo, el paradigma clásico de “dosis máxima/tumor frente a dosis mínima/tejido sano” está evolucionado hacia un paradigma nuevo basado en la dosis adecuada, en la localización adecuada, en el momento adecuado y en el paciente adecuado. Y este cambio de paradigma solo es posible mediante la integración de la genómica y biología molecular en el proceso radioterápico.



3ª MESA DE COMUNICACIONES ORALES

3ª Mesa Comunicaciones Orales

Sábado 25 de Mayo - 16:45h.

Moderador: Miguel Camino Castiñeiras.

1.- ENFERMERA GESTORA DE CASOS EN EL CRIBADO DE MAMA EN EL SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO.

Navarro Fernandino, M., Tal Curto M.J., Cervera Flores, C., Izuel Navarro, J.A., Bertomeu Codorniu. U., Barroso Roselló, M.M.

IDI. Hospital Verge de la Cinta de Tortosa.

2.- ESTUDIOS DINÁMICOS DE MAMA CON 18F-FDG EN EQUIPO PET DEDICADO (MAMMI-PET®).

Sánchez Jurado, R., Zang, X., Li, Y., Kundu, B., Majewski, S., Ferrer Rebolleda, J.

ASCIRES-ERESA .Hospital General Universitario. Valencia.

3.- RESONANDO EN FEMENINO: ESTUDIO RM DE PELVIS GINECOLÓGICA.

Gutiérrez de Rozas Astigarraga, J .,Moreo Barrón, A.

Hospital Universirario Marqués de Valdecilla. Santander.

4.- ENFERMERÍA EN ABLACIÓN PERCUTÁNEA GUIADA POR IMAGEN.

García Argüelles, N., Llera Pereda, N.

Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA).

5.- VALORACIÓN ENFERMERA DEL PACIENTE CON CANCER DE PRÓSTATA Y METÁSTASIS OSEAS EN EL TRATAMIENTO CON ²²³Ra.

Falip Sagués, S., Crespo Calvo, R., Serra Sánchez, G., Watcher Figuerola, M.

Hospital Clinic. Barcelona.

6.- PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE UN HOSPITAL DE DIA DE RADIOLOGIA.

Albero Ferrer, N., Cortés Hurtado, F., Rosón Grandaille, N., Ruiz Garicano, C., Sánchez Tirado, C.,

Escobar Amores, M.

Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.

3ª MESA DE COMUNICACIONES ORALES

1.- Enfermera gestora de casos en el cribado de mama en el servicio de radiodiagnóstico

Navarro Fernandino, M.; Tal Curto M.J.; Cervera Flores, C.; Izuel Navarro, J.A.; Bertomeu Codorniu. U.; Barroso Rosello, M.M.

IDI, Hospital Verge de la Cinta de Tortosa

Introducción

En el año 2017 se instauró la Enfermera Gestora de Casos (EGC) en el servicio de Radiología del Hospital de Tortosa Verge de la Cinta (HTVC). Su figura nace por la necesidad de seguir criterios de calidad asistencial, carencias de coordinación en cuanto a gestión y seguimiento, así como mejorar la comunicación con las mujeres participantes.

Objetivos

- Favorecer la comunicación con las participantes del Programa de Cribado del Cáncer de Mama (PCCM) y aumentar la adherencia.
- Mejorar el seguimiento de las mujeres recitadas para estudios complementarios y detectar posibles errores durante el proceso.
- Acompañar en el afrontamiento emocional que supone una segunda prueba diagnóstica.

Metodología

Se encarga de la coordinación y seguimiento de todas las mujeres procedentes del PCCM desde que se inicia el proceso de citación de pruebas complementarias, hasta la obtención del diagnóstico final. Es la persona de referencia en la comunicación, apoyo y orientación de las pacientes. Participa en los comités de mama y en las pruebas diagnósticas realizadas durante el proceso.

Resultados

La actividad asistencial en el año 2018 que llevo a cabo la EGC fueron: BAG, PAAF, arpones, marcadores, estereotaxia y resultados de anatomía patológica (adjuntamos datos en trabajo definitivo)

Conclusiones

La figura de la EGC del PCCM, asume y centraliza la mayor parte de funciones de coordinación del Programa. Mejora la eficiencia del proceso y libera al radiólogo de tareas no diagnósticas. Los beneficios de un programa de cribado basado en pruebas de imagen se sustentan en una amplia participación, una adecuada información a las mujeres, la calidad técnica y la seguridad asistencial en todo el proceso.

2.- Estudios dinámicos de mama con 18F-FDG en equipo PET dedicado (MAMMI-PET®)

Sánchez Jurado R, Zang X, Li Y, Kundu B, Majewski S, Ferrer Rebolleda J.

ASCIRES-ERESA Hospital General Universitario Valencia

Introducción: La Mamografía de Emisión de Positrones (PEM) es un equipo PET mamó-dedicado, que permite la posición natural en prono y sin compresión mamaria, proporcionando una elevada resolución espacial intrínseca (2mm) que es esencial para la identificación y discriminación de lesiones hipermetabólicas susceptibles de corresponder a cáncer de mama. Se ha descrito la utilidad diagnóstica de los estudios dinámicos en PET por su alta sensibilidad en la caracterización tumoral y la monitorización en la respuesta al tratamiento.

Objetivo: Establecer un método de segmentación de imagen para distinguir el tumor del fondo de tejido sano y del ruido de imagen mediante el uso de curvas de actividad de tiempo (CAT) de la captación de 18F-FDG de la mama in vivo utilizando la MAMografía dedicada con imagen molecular (MAMMI-PET®).

Correlacionar los hallazgos con la histología tumoral de cada caso, a través de los informes de las biopsias realizadas.

Material y método: El MAMMI-PET® es un equipo PET dedicado compuesto por un cabezal en forma de anillo con 12 detectores centelleadores LYSO trapezoidales de 12 mm de grosor. Con una dosis total de 215-230 MBq FDG inyectada por vía intravenosa, se reconstruyeron 10 series de 60 segundos y 3 series de 300 segundos después de la inyección de radiotrazador para la visualización selectiva de las lesiones mamarias en cada una de las 5 pacientes realizadas. La CAT de cada píxel en el ROI generado para la duración de la exploración completa de 25 minutos, refleja las características del valor y la tasa de captación de FDG, cuyos datos fueron analizados por una Red neuronal artificial (ANN) que creamos para este tipo de estudios.

Resultado: El rendimiento de las pruebas del método propuesto en diferentes cortes ha mostrado resultados prometedores y puede segmentar con éxito la lesión del paciente. Es capaz de discriminar entre tejido sano y patológico en los primeros 10-12 minutos de adquisición.

Conclusiones: En este trabajo se ha propuesto un enfoque innovador para la segmentación de imágenes del cáncer de mama. Nuestro principal objetivo era realizar un método automático para permitir diagnosticar con precisión y explorar de manera eficiente los tumores de mama. Los resultados de nuestros métodos de segmentación son apropiados para la imagen de MAMMI-PET®.

Más casos serán necesarios para poder establecer patrones de curva característicos para cada tipo histológico tumoral.

3ª MESA DE COMUNICACIONES ORALES

3.- Resonando en femenino: estudio RM de pelvis ginecológica

Gutiérrez de Rozas Astigarraga, J Moreo Barrón, A
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander

Introducción: El estudio de pelvis ginecológica a través de resonancia magnética va adquiriendo progresivamente mayor importancia debido a la resolución diagnóstica que ofrece esta técnica de imagen. Al tratarse de una prueba incruenta y no invasiva cada día se realizan mayor número de estudios ginecológicos en las unidades RM para estudiar las distintas patologías que pueden presentarse a nivel ginecológico.

OBJETIVOS: Presentar la planificación del estudio RM de pelvis femenina atendiendo a los diversos factores que deben tenerse en cuenta para realizar este estudio de imagen: la diversidad patológica, la sospecha diagnóstica, la localización de las lesiones, el posicionamiento pélvico de los órganos del aparato ginecológico, las diversas potenciaciones de imagen en los distintos planos anatómicos y la inyección de gadolinio endovenoso, si fuera necesario, en determinados mediante inyección directa o estudio dinámico a través de inyector.

MATERIAL Y MÉTODO: Presentación iconográfica de diversos estudios RM ginecológicos con las distintas planificaciones de imagen en función de las características anatómicas y de sospecha diagnóstica de los diferentes tipos de estudio RM ginecológico.

RESULTADOS: Se presenta un análisis estadístico de los datos extraídos de los estudios de pelvis femenina realizados en nuestra unidad del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla de Santander durante los años 2016 (183 estudios), 2017 (343 estudios) y 2018 (400 estudios). Presentación de tablas y datos explicativos.

CONCLUSIONES: La correcta planificación de un estudio ginecológico es fundamental para alcanzar diagnósticos de imagen definitivos y evaluables.

El estudio RM de pelvis ginecológica es una prueba esencial en la batería de pruebas dado su alto valor diagnóstico.

La correcta realización de estudios RM ginecológicos y el conocimiento anatómico de las estructuras es esencial por parte del personal que desarrolla las exploraciones para obtener resultados óptimos de imagen.

4.- Enfermería en ablación percutánea guiada por imagen

García Argüelles, N; Llera Pereda, N.
Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA)

Introducción: La ablación percutánea guiada por imagen (radiofrecuencia y microondas) son técnicas mínimamente invasivas en el campo de la radiología intervencionista que como alternativa a la cirugía o como coadyuvante de ella han mejorado susceptiblemente las tasas de supervivencia.

OBJETIVO: Para implementar el número de pacientes receptores de estos tratamientos, no debiera restringirse a ser una técnica de quirófano o de sala de radiología vascular intervencionista. Optimizando nuestros recursos y de la mano del empoderamiento de la enfermera radiológica, respondemos a la necesidad de atención de estos pacientes.

METODOLOGÍA: Se liberaron las salas de radiología vascular intervencionista de la realización de técnicas de ablación, incrementando así la disponibilidad de las mismas para técnicas más puramente vasculares. Se formaron dos enfermeras radiológicas en anestesia y manipulación de aparatos de ablación que organizaron, gestionaron y planificaron la utilización de las salas de imagen (ECO y/o TC) para convertirlas en salas con la máxima garantía para la realización de técnicas de ablación.

RESULTADOS: pacientes tratados con ablación en salas de radiología vascular intervencionista:

2015: 41 hígado

2016: 73 hígado

Pacientes tratados con ablación en salas de radiodiagnóstico (ECO y/o TC):

2017: 63 hígado, 10 riñón, 18 tiroides, 5 pulmón

2018: 52 hígado, 13 riñón, 30 tiroides, 2 hueso

CONCLUSIONES: La atención enfermera basada en la evidencia a través de las herramientas de que dispone, disminuye la variabilidad de la práctica clínica, proporciona confianza al profesional y garantiza la satisfacción y seguridad del paciente como receptor de cuidados. Ante la necesidad de incrementar los pacientes subsidiarios de este eficaz tratamiento con unos recursos de espacio limitados (dos salas de radiología vascular intervencionista), el empoderamiento de la enfermera ha colaborado en la consecución del objetivo, no sólo como gestora de cuidados, sino como parte fundamental en la organización y planificación de recursos, mostrando un nivel avanzado de práctica enfermera que maximiza la utilización de competencias especializadas y de conocimiento enfermero.

3ª MESA DE COMUNICACIONES ORALES

5.- VALORACIÓN ENFERMERA DEL PACIENTE CON CÁNCER DE PRÓSTATA Y METÁSTASIS ÓSEAS EN EL TRATAMIENTO CON RA²²³

Falip Sagués Silvia, Crespo Calvo Raquel, Serra Sánchez Gina, Watcher Figuerola Marta
Hospital Clínic. Barcelona

Introducción: El ²²³Ra es un isótopo radioactivo emisor de partículas alfa que provoca un efecto antitumoral localizado en las metástasis óseas. Es un procedimiento seguro (mínima toxicidad medular), fácil de administrar y ambulatorio en el que el paciente puede estar acompañado de sus familiares. El tratamiento se administra vía endovenosa cada 4 semanas, siendo el tratamiento completo al llegar a las 6 dosis. Al tratarse de un radiofármaco requiere del cumplimiento de unas normas de protección radiológica en cuanto a radiación y contaminación. La Consulta de enfermería ofrece una atención enfermera especializada donde se realiza una valoración enfermera y asesoramiento individualizado.

Objetivos: Valorar la evolución del dolor durante el tratamiento. Garantizar un entorno seguro mediante una información individualizada.

Material y método: Es un estudio descriptivo, epidemiológico, retrospectivo y transversal.

El paciente es recibido en La Consulta de enfermería del departamento de diagnóstico por la imagen del Hospital Clínic de Barcelona para hacer una valoración enfermera previa al tratamiento con ²²³Ra y un asesoramiento individualizado al paciente y sus familiares.

Variables: Edad, Peso, escala numérica de dolor (EN), Independencia /dependencia ABVD. Material: historia clínica informatizada, entrevista semiestructurada, (PNTs), documento de consejos para el paciente durante el tratamiento con Xofigo®.

Criterios de inclusión: Todos los pacientes tratados con ²²³Ra desde diciembre de 2016 a diciembre de 2018

Criterios de exclusión: Pacientes con déficit cognitivo. Aquellos que no cumplan los criterios hematológicos establecidos para realizar el tratamiento.

Resultados: Se han evaluado un total de 27 pacientes. Edad media: 73 a. Todos los pacientes han disminuido un promedio de 3 Kg de peso. En cuanto al dolor, en 21 pacientes ha disminuido, en 6 de ellos el dolor se ha mantenido estable y en 1 ha aumentado. En cuanto a las ABVD, eran totalmente independientes 19 pacientes y 8 dependientes para alguna actividad. De los 27 pacientes tratados solo han acabado el tratamiento completo 3 pacientes.

Conclusiones: Esta experiencia nos demuestra que se debería administrar la escala de Barthel ABVD para mejorar la valoración en enfermería y adaptarnos mejor a sus necesidades. Se valorará la necesidad de trabajar de manera transversal con la enfermera de referencia en cáncer de próstata del servicio de oncología para seguir mejorando la experiencia del paciente.

6.- PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE UN HOSPITAL DE DÍA DE RADIOLOGÍA

Albero Ferrer, Nuria; Cortés Hurtado, Francisco; Rosón Grandaille, Nuria; Ruiz Garicano, Carolina; Sánchez Tirado, Cristina; Escobar Amores, Manuel
Hospital universitari de la Vall d'Hebron, Barcelona

Introducción: En mayo de 2018 se puso en marcha un hospital de día en el Servicio de Radiología del Hospital de la Vall d'Hebrón (HDR). La creación del HDR nace ante la necesidad de poder atender pacientes que requieren beneficiarse de procedimientos intervencionistas en el Servicio de Radiología, sin ingreso hospitalario de 24 horas y, por tanto, sin necesidad de ocupar una cama hospitalaria o en otros hospitales de día de nuestro centro. De esta manera, poder reducir la lista de espera para estos procedimientos.

OBJETIVOS: A continuación nos preguntamos: ¿qué es, qué necesita, cómo funciona, cómo se pone en marcha? Nuestros objetivos son: la descripción de un Hospital de día en un Servicio como el de Radiología y su proceso de implantación y puesta en funcionamiento.

METODOLOGÍA: Se elaboró el Plan funcional del HDR. Para ello se llevaron a cabo reuniones quincenales de los miembros de la comisión formada por el Director clínico Diagnóstico por la Imagen; coordinadoras/es de enfermería de TC; RX general, N y RVI; referente administrativo; jefes clínicos de abdomen, tórax, RVI y NRI; referente de Programa enfermería Gacela y referente de asistentes/celadores. Dicho Plan se desarrolló a partir de los siguientes apartados: organigrama con su responsable organizativo, líneas jerárquicas, atribuciones y competencias de cada miembro del equipo; ubicación y recursos estructurales; equipamientos; cartera de servicios; y protocolos y procedimientos.

RESULTADOS: Se describe tanto la elaboración del plan funcional como la puesta en marcha y el funcionamiento teniendo en cuenta los siguientes aspectos: equipamiento, cartera de servicios, recursos humanos, servicios de apoyo general, distribución de camas, selección de pacientes, circuitos administrativos, funciones del personal asistencial implicado, documentos informativos, consentimiento informado y recomendaciones al alta. También se describe el circuito que sigue el/la paciente desde que llega al HDR hasta el alta, explicando el seguimiento que se hace antes, durante y después de la realización del procedimiento intervencionista.

CONCLUSIONES: Para la creación de un HDR se necesita la participación e implicación de todos los estamentos profesionales del servicio, que aportan los conocimientos en cada una de sus áreas de especialización, así como el consenso y coordinación entre ellos para poder ofrecer al paciente una atención eficiente y de calidad.



DEFENSA DE PÓSTERS

Defensa de Pósters

Sábado 25 de Mayo - 17:45h.

Moderador: Manuel Villasenín Iglesias.

Se realizará la defensa oral de los 5 mejores pósters elegidos por el Comité Científico.

1.- ESTUDIO DE LOS FACTORES CAUSANTES DE LA CONTAMINACIÓN EXTERNA CON MATERIALES RADIACTIVOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA NUCLEAR.

Camblor Asenjo, M., Alvarez Fernández, C.M., Bartolomé Fariza, F., Nicieza Sánchez, L., Monserrat Fuertes, L.
Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA).

2.- PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN UN HOSPITAL DE DÍA DE RADIOLOGÍA.

Cortés Hurtado, F; Alberó Ferrer, N; Mazuelas Rodríguez, Gema; Rosón Grandaille, Nuria.
Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.

3.- TRANSVERSALIDAD DE CUIDADOS EN LA PREVENCIÓN DE REACCIONES ALÉRGICAS FRENTE A MEDIOS DE CONTRASTE. IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO A NIVEL PROVINCIAL.

Hidalgo Garrido, R. Najara Vela, M.C, Abades Vázquez, J.L, Cordero Castro, J.L, Lobera Labairu, T., Venturini Díaz, M.
Hospital San Pedro. Logroño.

4.- GUÍA DE ACTUACIÓN ANTE POSIBLES EFECTOS ADVERSOS EN LA SALA DE ANGIORADIOLOGÍA INTERVENCIÓN EN PROCEDIMIENTOS SIN ANESTESISTA.

Ullastre Tomba, M., Tarifa Romera, P., Reina Castro, N., Aguilera Ruiz, J., Gelabert Barragan, A.
IDI. Hospital Josep Trueta. Girona.

5.- APLICACIÓN DE LA MÚSICA COMO INSTRUMENTO DE CONTROL EMOCIONAL EN SITUACIONES DE ESTRÉS EN LA RESONANCIA MAGNÉTICA.

Serra Aloy, M., Trevisan Sánchez, A., Serrano Rodríguez, I.
Hospital Egarsat.

6.- PACIENTES INGRESADOS CON PATOLOGÍA INFECCIOSA QUE PRECISAN AISLAMIENTO: EXPERIENCIA EN UNA UNIDAD PET.

Rodríguez Lara, S., Albertos Roncal, G., Liarte Trias, I., Rustarazo Losada, S., Albadalejo Castaño, M., Xavier, N., Coca Castro, D., Mateo Navarro, D., Ureña Cerdán, G., Gámez Cenozo, C.
Servei de Medicina Nuclear-PET. Hospital Universitari de Bellvitge. IDIBELL. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona.

7.- DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA EN LA PANCREATITIS.

Puebla Maroto, D., Fernández Ruanova, B.
Osatek Vitoria-Gasteiz.

8.- CANALIZACIÓN DE VÍAS VENOSAS PERIFÉRICAS GUIADAS CON ECOGRAFÍA EN EL SERVICIO DE RADIOLOGÍA.

Montero Tejero, L., Zaratiegui Fernández, L., García Tinoco, M.E., Goñi Iribar, M., Berasain Aguirre, A., Batllori Gastón, M.
Complejo Hospitalario de Navarra.

9.- EL PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN EXPLORACIONES ANGIOGRÁFICAS EN EL SERVICIO DE RADIOLOGÍA.

Torrecilla Bautista, B., Martín García, R.A., Martín Hernández, R.
Complejo Hospitalario de Salamanca.

10.- COMPARACIÓN DE LA REALIZACIÓN DE TOMOGRAFÍAS AXIALES MÚLTIPLES RESPECTO A LAS EXPLORACIONES SIMPLES. GESTIÓN DE RECURSOS Y CUIDADOS DEL PACIENTE.

Rosell, G., Vila, P., Urendes, A.M., Calabrés, I., Díaz, M., Sánchez, A.
IDI Bellvitge (Hospital Duran i Reynals, HUB). Hospitalet de Llobregat. Barcelona.

11.- ENFERMERÍA Y ECOCARDIOGRAFÍA TRANSESOFÁGICA INTRAOPERATORIA: ¿HASTA DÓNDE PODEMOS ENSEÑAR Y APRENDER?

Batllori Gastón, M., Montero Tejero, L., García Tinoco, M.E., Zaratiegui Fernández, L., Goñi Iribar, M., Berasain Aguirre, A.
Complejo Hospitalario de Navarra.

12.- BUENA ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA PARA OBTENER UNA BUENA IMAGEN RADIOLÓGICA PEDIÁTRICA.

Berzosa Rubio, I., Sancho Pérez T., Hernández Berzosa, M., López Calahorra, J.A.
Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

13.- ACCESO VASCULAR GUIADO POR ECOGRAFÍA: DESARROLLO DE UNA ESTRATEGIA FORMATIVA PARA ENFERMERÍA.

Goñi Iribar, M., Berasain Aguirre, A., García Tinoco, M.E., Montero Tejero, L., Marraco Boncompte, M., Batllori Gastón, M.
Complejo Hospitalario de Navarra.

14.- TC CARDÍACO.

Bagües Pueyo, A., Puig i Adell, C.
Hospital de la Santa Cruz y San Pablo. Barcelona.

DEFENSA DE PÓSTERS

15.- ¿ES SEGURO ADMINISTRAR CONTRASTE A TRAVÉS DE UNA VÍA CENTRAL?

Carretero Gallardo, C., Ordóñez Fernández, J., Díaz Membrives, M., Merino Suñén, R.M., Pedreño Ruiz, P., Llauradó Fargas, M.C.

IDI Bellvitge.

16.- CANULACIÓN VENOSA PERIFÉRICA GUIADA POR ECOGRAFÍA: ALGUNOS HALLAZGOS RELEVANTES.

Montero Tejero, L., Marín Gutiérrez, M., García Tinoco, M.E., Saiz, M., Zaratiegui Fernández, L., Batllori Gastón, M.

Complejo Hospitalario de Navarra.

17.- EL PAPEL DE ENFERMERÍA EN LA GESTIÓN DEL CIRCUITO DE SEGURIDAD PARA LOS PACIENTES EN ESPERA DE REALIRSE UNA RMN Y QUE SON PORTADORES DE DISPOSITIVOS CARDÍACOS IMPLANTADOS MRI-CONDITIONAL.

Varo Lara, P., Sole Jerez, A., Contra Vilalta, R., Labata Alonso, A., Villarreal Castellanos, S.

IDI-Tarragona.

18.- PUESTA EN MARCHA DE UNA CONSULTA DE ENFERMERÍA.

Contra Vilalta, R., Pastó Gonzalez, A., Lanza Valls, E., Varo Lara, P.

IDI Hospital Joan XXIII.

19.- CUIDADOS ENFERMERÍA EN RADIOFRECUENCIA DE NÓDULOS TIROIDEOS.

Llera Pereda, N., García Argüelles, N.

Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA).

20.- CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL MANTENIMIENTO DE UN CATÉTER PICC.

Castelló Albert, C., Payá Soto, J., Reyes Martínez, M.D., Cañadas Delgado, E., Martínez Muntó, R.

Hospital Virgen de Los Lirios de Alcoy

21.- UROSONOGRAFIA MICCIONAL SERIADA, LA ALTERNATIVA A LA CUMS.

Arnau Santos, M., Such Martínez, M.A.

Hospital General U. de Alicante.

22.- CONOCIMIENTOS DE RADIOLOGIA DE URGENCIAS DE LAS ENFERMERAS QUE CURSARON UN MÁSTER DE URGENCIAS HOSPITALARIAS EN LA UNIVERSIDAD DE BARCELONA.

Díaz Membrives, M.; Icart Isern, MT.; Roca Sarsanedas, J.; Galimany Masclans, J.; Estrada Masllorens, JM; Font Cabrera, C.

Universitat de Barcelona.

23.- LACTANCIA MATERNA: ¿QUÉ HACER TRAS LA ADMINISTRACIÓN DE CONTRASTE YODADO O GADOLINIO?

Martínez Rodríguez, G., Suárez Rodríguez, M., Turnes Cordeiro, I.

Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela.

24.- PROCEDIMIENTOS INTERVENCIONISTAS EN NEURORADIOLOGÍA Y RADIOLOGÍA VASCULAR: MATERIALES Y COMPATIBILIDADES.

Aldrey, A., G. Cereijo, E., Cajade, D., Bolaño, T., Camino, M.

CHUS Santiago de Compostela

DEFENSA DE PÓSTERS

1.- ESTUDIO DE LOS FACTORES CAUSANTES DE LA CONTAMINACIÓN EXTERNA CON MATERIALES RADIACTIVOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA NUCLEAR

Mónica Camblor Asenjo, Carmen María Álvarez Fernández, Florentina Bartolomé Fariza, Lucía Nicieza Sánchez, Teresa Monserrat Fuertes
Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA).

INTRODUCCIÓN

Estudio de los factores causantes de la contaminación externa con material radiactivo en el servicio de Medicina Nuclear.

En el servicio de Medicina Nuclear se manipulan a diario isótopos radiactivos no encapsulados, y en ocasiones se producen casos de contaminación externa.

OBJETIVOS

Como objetivo general trataremos de identificar las causas que provocan contaminación externa en el servicio de Medicina Nuclear y reducir el número de contaminaciones que se producen.

Como objetivos específicos, trataremos de saber si están relacionados con el paciente, con el material, con la organización o con el personal profesional.

METODOLOGÍA

Para poder recoger todos los casos de contaminación se ha elaborado una hoja de registro donde se anota en cada caso todas las variables que se puedan dar: variable dependiente del paciente, de la organización y estructural.

Para ello se ha colaborado con el servicio de Física Médica, cuyos profesionales realizan el monitoreo de todas las salas de trabajo al final de cada jornada y cada vez que hay una sospecha de contaminación.

Además de la hoja de registro, se ha elaborado una plantilla para poder transcribir en ella los datos.

RESULTADOS

Durante un periodo de tres meses se han registrado todos los episodios de contaminación que se dieron en el servicio de Medicina Nuclear. En el estudio observacional, se registraron hasta el momento 14 contaminaciones, de las cuales 7 han sido ocasionadas con Tecnecio 99, 4 con Iodo 131 y 3 con Flúor 18.

En cuanto a la localización, los lugares más frecuentes fueron Radiofarmacia (5) seguido de la Unidad de Hospitalización (4).

En cuanto a la variable, las que más incidencia tienen son la dependiente del paciente (7) y la estructural (7) y en último lugar la dependiente de la organización (5).

En el caso de las contaminaciones dependientes del paciente, observamos el mayor porcentaje localizado en las habi-

taciones de la Unidad de Hospitalización y con el isótopo Iodo 131.

Cuando la variable es de tipo estructural, las localizaciones de la contaminación son diversas pero el radioisótopo es siempre el mismo, Tecnecio 99.

Por último, las 5 contaminaciones dependientes de la organización fueron debidas a error humano.

CONCLUSIONES

De las 14 contaminaciones registradas, las únicas evitables son aquellas en las que interviene el error humano, que son 5.

Por tanto, para evitar contaminaciones innecesarias es muy importante la formación y el entrenamiento del personal que trabaja con radioisótopos.

2.- PAPEL DE LA ENFERMERIA EN UN HOSPITAL DE DÍA DE RADIOLOGIA

Cortés Hurtado, F; Alberó Ferrer, N; Mazuelas Rodríguez, Gema; Rosón Grandaille, Nuria.

Hospital universitari de la Vall d'Hebron. Barcelona

INTRODUCCIÓN

Los Hospitales de día se presentan como una alternativa a la hospitalización convencional para el tratamiento de diferentes tipos de pacientes. Por ejemplo, son muy conocidos los Hospitales de día (HD) de Oncología y de Psiquiatría, prestando cuidados a pacientes permitiendo mantenerlos en su entorno familiar y social, mejorando su satisfacción en cuanto a la atención sanitaria que reciben y como ésta afecta e intercede en sus vidas. En este caso, un Hospital de día de Radiología (HDR) nos brinda la oportunidad que los pacientes no deban ingresar en una cama convencional del hospital y en el mismo día se les pueda practicar un procedimiento intervencionista que requiere unas horas de ingreso y control. Las enfermeras, cuidadoras por definición, se presentan como grupo profesional cualificado para llevar a cabo el control y el cuidado de los pacientes en un HDR.

OBJETIVOS

Descripción de las funciones que desarrolla enfermería en un HDR, para entender el rol que tiene en dicho servicio; y descripción de la implantación de la enfermería en el control de calidad.

METODOLOGÍA (MATERIAL Y MÉTODO)

Se describe el papel que tiene enfermería en un HDR en términos de: seguridad de paciente; cuidados enfermeros antes, durante y después del procedimiento; asesoramiento del paciente antes y después; control de la preparación del

DEFENSA DE PÓSTERS

paciente 48h antes, el mismo día y seguimiento telefónico 24h después. En el ámbito de la gestión calidad, se describe la implicación en la revisión periódica del Plan Funcional y mejora de los circuitos y así como en la recogida de incidencias.

RESULTADOS

Hemos obtenido una ocupación media de 5'5 pacientes día, que ingresan en el HDR para la realización de procedimientos intervencionistas (biopsias, RVI y NRI de bajo riesgo, radiofrecuencia, ablaciones de tumores, etc.) Se ha eliminado la lista de espera de pacientes para dichos procedimientos en el ámbito de las biopsias, controlado las incidencias asistenciales, incorporado en la cartera de servicios una consultoría para el asesoramiento de pacientes, aumentando las atribuciones atendiendo a otras necesidades que requiera el servicio (reacciones adversas al contraste, complicaciones en otros procedimientos, etc.).

CONCLUSIONES

La atención de enfermería es básica en el Servicio de Radiología y de especial relevancia en el Hospital de día ayudando a mejorar la atención que se presta a los pacientes en términos de gestión y calidad.

3.- TRANSVERSALIDAD DE CUIDADOS EN LA PREVENCIÓN DE REACCIONES ALÉRGICAS FRENTE A MEDIOS DE CONTRASTE, IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO A NIVEL PROVINCIAL.

Hidalgo Garrido, R. Najara Vela, M.C, Abades Vázquez J.L, Cordero Castro J.L, Lobera Labairu T, Venturini Díaz M.
Hospital San Pedro. Logroño, La Rioja.

INTRODUCCIÓN

La provincia de La Rioja con 312.830 habitantes cuenta con el Hospital San Pedro como centro de referencia. Se trata de un hospital con 630 camas. Aquí se centralizan las pruebas de imagen más complejas a pacientes de Logroño y del resto de la provincia. La administración de medios de contraste (MC) es muy frecuente, por lo que el uso de un protocolo unificado en todo el área de salud, resulta esencial para aumentar la seguridad y optimizar la gestión de los recursos.

OBJETIVOS

Describir el diseño e implantación del protocolo, así como su evolución en el primer año tras la puesta en marcha.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo acerca de la implantación del protocolo.

RESULTADOS

En septiembre de 2017, en colaboración con Alergología y Pediatría, se elabora el protocolo, validado por las Direcciones Médicas y de Enfermería y consensado para el área de salud de La Rioja. Previo a su puesta en marcha en marzo de 2018 se imparten sesiones formativas en el Servicio de Radiodiagnóstico del Hospital San Pedro, Consultas Externas, Urgencias, Medicina Intensiva, Centro de Alta Resolución de Procesos Asistenciales (CARPA) y Hospital Fundación de Calahorra. El personal de nuestro servicio realizó un curso más completo. Se elaboraron posters informativos para el tratamiento de la reacción alérgica aguda y anafilaxia. Los documentos del protocolo fueron integrados en la intranet del Servicio Riojano de Salud para facilitar el acceso a los mismo. Se crea un registro de reacciones alérgicas que es la base para la continuidad asistencial y correcta derivación al Servicio de Alergología.

CONCLUSIONES

Este protocolo unifica criterios de atención en todo el área de salud de La Rioja, optimizando así la gestión de pruebas y los recursos. Disminuye la población diana que precisa ser premedicada, al concretar los grupos de riesgo. Describe las actuaciones para que el paciente llegue con seguridad a la prueba, estableciendo quién, cómo y cuándo debe ser premedicado. En los casos de reacción anafilactoide o anafiláctica quedan establecidas las actuaciones y el circuito que garantiza que el paciente será valorado por el Servicio de Alergología. Se crea un registro, que nos permitirá analizar datos futuros. En definitiva, el protocolo redundará en una mayor seguridad para el paciente a la hora de la exploración con MC y garantiza la continuidad asistencial de casos que antes se perdían por no derivarse correctamente a Alergología.

4.- GUÍA DE ACTUACIÓN ANTE POSIBLES EFECTOS ADVERSOS EN LA SALA DE ANGIORADIOLOGÍA INTERVENCIONISTA EN PROCEDIMIENTOS SIN ANESTESISTA

Ullastre Tomba M, Tarifa Romera P. Reina Castro. N, Aguilera Ruiz J, Gelabert barragan A.
IDI Hospital josep truetta Girona

INTRODUCCIÓN

Una reacción adversa se define como cualquier respuesta nociva, no intencionada en la que se produce una experiencia indeseable relacionada con el uso de un medicamento o de otro producto médico. La elaboración de una guía de primera actuación es conveniente con el fin de minimizar los problemas colaterales surgidos durante una

DEFENSA DE PÓSTERS

intervención sin el soporte de anestesia en la sala de Radiología vascular.

OBJETIVOS

Definir los posibles efectos adversos más comunes.
Elaborar una guía de primera actuación enfermera ante una complicación en la sala de RVI

MATERIAL Y MÉTODO

Trabajo descriptivo sobre la actuación enfermera frente los posibles efectos adversos en el paciente intervenido en la sala de Radiología intervencionista. La importancia enfermera en la detección y actuación de posibles complicaciones es primordial para el cuidado y atención del paciente, repercutiéndole positivamente.

Actuación frente los efectos adversos más comunes:

-Síncope vasovagal: estimulación del nervio vago, ocasiona bradicardia, hipotensión manifestándose con bostezo sudoración, palidez, desvanecimiento....

Usaremos como medicación de primera intervención: atropina (para contrarrestar bradicardia) 0,1mg /10kg, si no revierte, bolos de 0,5mg con un máximo de 2cc. Efedrina (aumentar hta) 50mg/1ml diluido en 9 SF administra 1cc cada 3 minutos hasta lograr una tensión compatible

-Crisis Hipertensiva: elevación aguda de la presión arterial, puede producir lesiones en órganos diana. TAS >180 TAD >110 produciendo mareo, vómitos, dolor torácico, disnea, síntomas visuales. primera elección: Captopril 25mg s.l. Urapidilo 50mg/10ml bolus 15mg, repetir cada 5' si precisa

- Reacción alérgica: manifestado por eritema, prurito, urticaria, angioedema, rinorrea, tos, bronco espasmo, disnea, náuseas, vómitos, dolor espasmos, hipotensión, taquicardia, mareo.

Primera actuación

- Sueroterapia,
- Hidrocortisona 200mg/ev Dexclorfeniramina 5mg/ev
- Shock anafiláctico: Adrenalina 0,1mg/ev repetir c/2-5min si precisa Salbutamol: 2,5mg +4 SF a 6/8l oxígeno

RESULTADOS

La realización de esta guía, protocoliza la primera actuación enfermera en un paciente con efectos adversos dentro de la sala de RVI con la finalidad de detectar y evitar posibles complicaciones

CONCLUSIONES

La estandarización y especialización de los cuidados es

clave para disminuir las complicaciones durante el procedimiento en la sala e intervencionismo consiguiendo y garantizando

5.- APLICACIÓN DE LA MÚSICA COMO INSTRUMENTO DE CONTROL EMOCIONAL EN SITUACIONES DE ESTRÉS EN LA RESONANCIA MAGNÉTICA

Marc Serra Aloy, Alfredo Trevisan Sanchez, Iván Serrano Rodríguez

Hospital Egarsat. Terrasa.

INTRODUCCIÓN

Cuando realizamos una resonancia magnética (RM), es necesario que en el transcurso de la prueba, el paciente esté lo más inmóvil posible para obtener imágenes de calidad. Un estado de agitación del paciente, generado por la angustia y el nerviosismo de éste a lo desconocido, el dolor, la claustrofobia y/o el miedo al diagnóstico puede dar lugar a la repetición de secuencias.

El profesional sanitario tendría que poder disponer de recursos que le permitieran minimizar estos síntomas, con un mínimo de tiempo para poder realizar un acompañamiento con un entorno adecuado y agradable.

OBJETIVO

Evaluar si la aplicación de la música como control emocional en situaciones de estrés puede ser un recurso para reducir este tipo de síntomas en el paciente:

- Mejorando la calidad de las imágenes obtenidas mediante RM y disminuyendo la tasa de repetición de secuencias.
- Disminuyendo la ansiedad y el miedo en el paciente
- Aumentando las emociones positivas en el paciente
- Valorando la mejora del bienestar del paciente antes, durante y después de la realización de la RM.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realiza un estudio prospectivo y comparativo en 104 pacientes, los cuales tenían que someterse a una RM por indicación de Traumatología. Se empleó un cuestionario para la recogida de datos demográficos, así como el estado emocional del paciente antes, durante y después a la realización de la RM. De forma aleatoria y a doble ciego, a uno de los dos grupos se les ofreció escuchar música durante el transcurso de la prueba. Para el análisis estadístico de los datos se utilizó el programa SPSS v.20.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

En el grupo en el que se aplicó música durante la realización de la RM se observó una reducción del 43,3% en la

DEFENSA DE PÓSTERS

repetición de secuencias, una disminución de la ansiedad y el miedo en el paciente en el 92,2% (de los pacientes que presentaban ansiedad y miedo previos a la prueba), y un aumento en las emociones positivas y el bienestar del paciente en el 99,4% de los casos. El efecto beneficioso de la música no estuvo relacionado con la edad, sexo, credo o grado académico de los pacientes.

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos, y el bajo coste de la aplicación de la música durante la realización de una resonancia magnética, sería recomendable su implantación. La música permite una reducción en la ansiedad y aumento del bienestar de los pacientes, así como una disminución en la repetición de secuencias, y por lo tanto un aumento de eficiencia.

6.- PACIENTES INGRESADOS CON PATOLOGÍA INFECCIOSA QUE PRECISAN AISLAMIENTO: EXPERIENCIA EN UNA UNIDAD PET

Rodríguez Lara S, Albertos Roncal G, Liarte Trias I, Rustarazo Losada S, Albadalejo Castaño M, Xavier N, Coca Castro D, Mateo Navarro D, Ureña Cerdán G, Gámez Cenzano C. *Servei de Medicina Nuclear-PET. Hospital Universitari de Bellvitge. IDI. IDIBELL L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona).*

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO:

Algunos pacientes ingresados a los que se solicita un estudio PET/TC por una enfermedad principal presentan además patología infecciosa muy transmisible. Esta determina la aplicación de protocolos específicos para prevenir la diseminación entre los que se incluye el aislamiento hospitalario y determinadas precauciones en el área PET. El objetivo de este trabajo ha sido analizar a este subtipo de pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se han analizado los protocolos internos de actuación y las características de los pacientes ingresados en nuestra unidad PET de septiembre del 2016 hasta octubre del 2018, identificando los incluidos en algún protocolo de aislamiento por enfermedades infectocontagiosas.

RESULTADOS:

La indicación de "aislamiento" la realiza el médico responsable del paciente en la planta de hospitalización, como parte de las "órdenes de tratamiento" y consta en su historia clínica (SAP).

El protocolo en la unidad PET contempla 2 tipos de actuaciones: 1) estándar (médico nuclear realiza la revisión exhaustiva de la historia clínica en todos los pacientes ingresados y el equipo de enfermería-técnico del área PET

comunicación directa con enfermería de planta desde el equipo PET para indicar la preparación y comprobar el estado del paciente) y 2) de prevención basadas en el tipo de transmisión de la enfermedad infecciosa (aérea, gotas o contacto).

		Sep-Dic 2016	Ene-Dic 2017	Ene-Oct 2018
Pacientes Total	Ingresados y Ambulatorios	1707	7006	6165
Pacientes Ingresados	Total Periodo Estudiado (%)	418 (24,48%)	782 (11,2%)	748 (12,13%)
	Media Mensual	104,5	65,16	74,8
Pacientes Ingresados Aislados	Total Periodo Estudiado	6	19	39
	Transmisión:			
	1) Aérea: TBC activa	0	3	5
	2) Gotas: Parvovirus B19	0	1	0
	3) Contacto:			
	- MARSAs	6	12	19
	- Otros multiresistentes (Klebsiella Pseudomonas i Enterobacterias)	0	2	11
	- Gastrointestinales (Clostridium difficile, E Coli, Shigella)	0	0	1
	- Pediculosis	0	1	1
	- "Streptococcus constellatus"	0	0	2
Media Mensual	1,50	1,58	3,90	

CONCLUSIONES:

Es muy importante la identificación correcta de estos pacientes. Según nuestro registro pueden corresponder al 5% de los pacientes ingresados (39 de 748). La tendencia incremental puede estar determinada por diferentes causas, incluida la mejora del registro interno. La aplicación de los protocolos específicos según la transmisión de cada patógeno requiere de formación específica, más tipo de dedicación de los profesionales a cada paciente y más recursos como salas de incorporación individuales.

7.- DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA EN LA PANCREATITIS

David Puebla Maroto y Begoña Fernández Ruanova
Osatek Vitoria-Gasteiz

INTRODUCCIÓN

La pancreatitis aguda constituye un problema sanitario frecuente si tenemos en cuenta los ingresos hospitalarios. No existen datos recientes en España, pero en Estados Unidos supone la tercera causa de ingreso en Unidades de Gastroenterología y representa la quinta causa de muerte por enfermedades no malignas. La resonancia magnética (RM), gracias a su buen contraste entre tejidos blandos y su capacidad multiplanar, es una técnica muy utilizada para diagnosticar patologías de todo el cuerpo. Los servicios de Diagnóstico por Imagen reciben cada día a cientos de personas con todo tipo de patologías desde cualquier especialidad médica, incluso primaria. El avance constante en esta área hace que cada vez sea más raro plantearse un

DEFENSA DE PÓSTERS

diagnóstico sin una imagen que lo respalde. En las Unidades de RM de Álava las pruebas que estudian abdomen superior, páncreas e hígado, suponen en torno al 12% del total, solo superada por neurología y trauma.

Cada paciente tiene unas necesidades concretas, por lo que los trabajadores de estos servicios deberían tener habilidades y competencias que hagan frente a estas demandas, aparte de un adecuado control de las técnicas diagnósticas.

OBJETIVO

El objetivo de este trabajo es identificar los diagnósticos de enfermería en los pacientes con sospecha de pancreatitis que acuden a realizarse una prueba de RM con el fin de identificar posibles competencias transversales a aplicar para mejorar la atención. Metodología

Estudio retrospectivo de las RM realizadas en los años 2017 y 2018 en la provincia de Álava. Se identificaron las pruebas de RM realizadas con sospecha de pancreatitis (n=1147) y se analizaron las características comunes para determinar los cuidados a aplicar en este perfil de pacientes.

RESULTADOS

El 20% de las pruebas que estudian páncreas e hígado incluyen sospecha de pancreatitis. Los códigos NANDA más comunes son: Dolor agudo (00132), ansiedad (00146) y

8.- CANALIZACIÓN DE VÍAS VENOSAS PERIFÉRICAS GUIADAS CON ECOGRAFÍA EN EL SERVICIO DE RADIOLOGÍA

Laura Montero Tejero, Lidia Zaratiegui Fernández, M^a Elena García Tinoco, María Goñi Iríbar, Ana Berasain Aguirre, Mikel Batllori Gastón

Complejo Hospitalario de Navarra

INTRODUCCIÓN

La implementación de la asistencia ecográfica ha supuesto un importante avance para la realización de las técnicas de canulación vascular periférica. Siguiendo las últimas recomendaciones realizadas por el panel internacional de expertos¹ en nuestro centro utilizamos la guía ecográfica como técnica de elección para el acceso venoso periférico cuando se anticipa que éste pueda resultar difícil.

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Paciente de 45 años, 98 kg de peso y 155 cm de estatura, diagnosticada de coledocolitiasis, que fue trasladada al Servicio de Radiología para colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE). La paciente presentaba una historia de canulación venosa periférica difícil. Dados los antecedentes de la paciente se decidió llevar a cabo una ex-

ploración ecográfica vascular en primer lugar. Tras colocar un compresor en el brazo izquierdo, y constatar la ausencia de venas palpables o visibles, se identificó ecográficamente una vena de 0,5 cm de diámetro en el antebrazo izquierdo situada a 1 cm de profundidad respecto a la superficie cutánea. Utilizando una visualización del vaso en eje largo, con un abordaje de aguja “dentro de plano” se procedió a su canulación ecoguiada utilizando técnica de Seldinger (aguja 21G de 7 cm de longitud y catéter-dilatador 7Fr de 10 cm de longitud) al primer intento sin incidencias. A través de este acceso se inició sedación con propofol i.v. para realizar la CPRE, que transcurrió sin incidencias.

RESULTADOS / DISCUSIÓN

La punción en eje corto visualizando la aguja “fuera de plano” puede resultar dificultosa porque la punta de la aguja no siempre es fácil de distinguir por la relativa ausencia de contraste ecogénico con el tejido de partes blandas circundante. Además, existe la posibilidad de confundir la punta de la aguja con una sección transversal del cuerpo de la misma. El abordaje en eje largo (longitudinal) con la aguja “en plano” facilita el control de la punta de la aguja, y permite al mismo tiempo visualizar las paredes anterior y posterior de la vena. Creemos que este abordaje puede incrementar las probabilidades de canulación exitosa.

CONCLUSIONES

El acceso vascular periférico guiado por ecografía es una técnica de enorme interés que se está implementando actualmente en nuestro ámbito laboral. Dada su relativa complejidad técnica, creemos necesario destacar la necesidad de implementar programas formativos en este sentido dirigidos a personal de enfermería.

9.- EL PAPEL DE LA ENFERMERIA EN EXPLORACIONES ANGIOGRAFICAS EN EL SERVICIO DE RADIOLOGIA

Torreçilla Bautista, Buenaventura. Martín García, Rosa Ana. Martín Hernández, Raquel
Complejo Hospitalario de Salamanca

INTRODUCCIÓN:

Desarrollo de nuestra experiencia en las exploraciones angiográficas.

OBJETIVOS:

Demostrar la evolución en el tiempo de las técnicas angiográficas.

METODOLOGÍA (MATERIAL Y MÉTODOS):

DEFENSA DE PÓSTERS

En las salas convencionales de Rx y craneógrafos, en torno al año 1978 realizábamos las angiografías de forma invasiva con punciones directas tanto en las carótidas como en la aorta lumbar.

Posteriormente, en el año 1982 se instaló el angiografo digital y TC que nos permitían evolucionar en las exploraciones angiográficas de manera menos invasiva para el paciente. En el 1996 se instaló la 1ª resonancia magnética de 1.5 teslas que nos permitió realizar exploraciones angiográficas sin la necesidad de administrar contraste iv, sobre todo del cerebro. En el año 2018 se instaló otra Resonancia Magnética de 1.5 teslas de GE modelo "VOYAGER" que nos permite a través de unas secuencias especiales, unas exploraciones angiográficas del todo el cuerpo sin necesidad de administrar contraste iv.

RESULTADOS:

Desde el año 1978 hasta el 2018, se han realizado unas 7000 exploraciones angiográficas (arteriografías y flebografías) donde la enfermería tiene un papel fundamental, como son la canalizaciones venosas periféricas, así como algunas veces arteriales.

CONCLUSIONES:

Los cuidados de enfermería son determinantes para minimizar las incidencias que dificultan la realización correcta de las exploraciones. También, cabe recalcar la importancia de los registros de enfermería para futuros estudios, siendo una herramienta más eficaz para constatar nuestro trabajo. De todas formas, queremos demostrar que desde hace 1 año y tres meses, podemos realizar las exploraciones angiográficas de todo el cuerpo sin necesidad de administrar contraste IV.

10.- COMPARACIÓN DE LA REALIZACIÓN DE TOMOGRAFÍAS AXIALES MÚLTIPLES RESPECTO A LAS EXPLORACIONES SIMPLES. GESTIÓN DE RECURSOS Y CUIDADOS DEL PACIENTE

G. Rosell; P. Vila; A.M. Urendes; I. Calabrés; M. Díaz; A. Sánchez

IDI Bellvitge (Hospital Duran i Reynals, HUB) Hospitalet de Llobregat (Barcelona)

INTRODUCCIÓN

Los pacientes oncológicos, con supervivencias cada vez mayores, son controlados de su enfermedad a través de pruebas diagnósticas como tomografías axiales computadas (TAC). Esta realidad, los expone a radiaciones repetidas que aumentan el estrés y los riesgos derivados de la

prueba. En el Hospital Duran y Reynals, centro de referencia de oncología, los pacientes son sometidos en ocasiones a estudios de diversas zonas anatómicas, tanto diagnósticos como de seguimiento. Se plantea analizar las posibles ventajas e inconvenientes de la realización de TACs de diversas zonas en una misma cita o la realización de los estudios por separado.

OBJETIVOS

Demostrar la efectividad de la realización de TACs de cuello, tórax y abdomen ("triples") en una sola exploración en comparación con la realización por separado de los tres estudios.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio retrospectivo, observacional y comparativo en el que a través de la recogida de datos del sistema informático (SAP) se analizaron 10877 exploraciones realizadas durante el año 2018, seleccionando los estudios llamados "triples" (TAC de cuello-tórax-abdomen con contraste) y comparándolos con un modelo de las exploraciones por separado.

RESULTADO

En el año 2018 se realizaron 10877 TACs, de los cuales 154 fueron estudios triples. Se compararon dosis de contraste, efectos adversos, dosis de radiación y aspectos relacionados con el paciente. Respecto a la dosis de contraste, se redujo en un 40%, ahorrando una administración de 100ml de media por paciente. Los efectos adversos derivados de esta administración y las complicaciones derivadas de la prueba se redujeron en un 50% aproximadamente. El estrés y las molestias de desplazamiento, ayunas, compatibilidad horaria, etc. se redujeron y fueron bien valoradas por los pacientes. En cambio, no se apreciaron disminuciones importantes en las dosis de radiación ya que se realizaban estudios por separado de las tres zonas de estudio. Desde el punto de vista organizativo, supuso una mejora en la gestión de las agendas.

CONCLUSIÓN

Fusionar exploraciones aporta ventajas respecto al confort y la seguridad del paciente ya que reduce molestias y toxicidad farmacológica. Además, económicamente reduce el gasto sanitario. Por otra parte, algunas limitaciones son la gestión posterior de las imágenes para distribuirlas entre diferentes especialidades para su informe y la exclusión de algunas patologías que no permiten este modelo. Paradójicamente, la reducción en la dosis de radiación no resultó representativa.

DEFENSA DE PÓSTERS

11.- ENFERMERÍA Y ECOCARDIOGRAFÍA TRANSESOFÁGICA INTRAOPERATORIA: ¿HASTA DÓNDE PODEMOS ENSEÑAR Y APRENDER?

Mikel Batllori Gastón, Laura Montero Tejero, M^a Elena García Tinoco, Lidia Zaratiegui Fernández, María Goñi Iribar, Ana Berasain Aguirre
Complejo Hospitalario de Navarra

INTRODUCCIÓN

La ecocardiografía transesofágica (ETE) se utiliza en el contexto intraoperatorio, fundamentalmente en cirugía cardíaca, para guiar el manejo de la inestabilidad hemodinámica aguda, confirmar el diagnóstico preoperatorio y verificar el resultado adecuado de las maniobras quirúrgicas. En dicho contexto, la interpretación de la ETE se realiza por parte del personal médico presente en el quirófano (anestesiólogo, cirujano cardíaco, cardiólogo). Tradicionalmente el personal de enfermería no ha sido tenido en cuenta a la hora de las actividades formativas relacionadas con ETE, si bien en los últimos años esta tendencia está cambiando en algunos países al considerarse que una formación básica en este sentido puede involucrar aún más al personal de enfermería dentro del equipo quirúrgico.

OBJETIVOS

Valorar la implantación de un programa formativo en competencias básicas sobre ETE dirigido al personal de enfermería de anestesia de los quirófanos de cirugía cardíaca de nuestro centro.

METODOLOGÍA

Se diseñó una actividad docente de 4 horas de duración (coordinada por un médico especialista en anestesiología con experiencia en ETE) consistente en una sesión teórica de 1 hora de duración y una sesión práctica de 3 horas de duración utilizando el simulador Vymedix (CAE Healthcare, Montreal, Canadá). Los objetivos docentes fueron identificar los planos de exploración básicos ETE sobre un modelo simulado de paciente "normal", y a continuación explicar los principales hallazgos patológicos sobre escenarios clínicos simulados con vistas a su detección en el contexto clínico real (disfunción valvular aórtica y mitral, alteraciones segmentarias y globales de la contractilidad cardíaca, taponamiento cardíaco).

RESULTADOS/DISCUSIÓN

Tras la actividad formativa, se pudo comenzar a realizar formación en el contexto clínico puesto que observamos que las alumnas habían adquirido los conocimientos necesarios para identificar adecuadamente las principales estructuras cardíacas y su funcionalidad normal y patológica.

CONCLUSIONES

El papel de la enfermería de anestesia en el manejo e interpretación de la exploración ETE en quirófano todavía está por determinar pero tiene sentido, en tanto en que el personal de enfermería es una parte indispensable del equipo quirúrgico, plantear una formación dirigida a este colectivo.

12.- BUENA ACTUACIÓN DE ENFERMERIA PARA OBTENER UNA BUENA IMAGEN RADIOLÓGICA PEDIÁTRICA.

Berzosa Rubio, I. Sancho Pérez T, Hernandez Berzosa, M. Lopez Calahorra, J.A
Hospital Universitario Miguel Servet

INTRODUCCION

La radiología en Pediatría es muy diferente a la que se realiza con adultos y los motivos para su uso también son distintos, variando según la edad. Un niño no es un adulto en pequeño, por lo que hay que tratarlo de diferente manera. A la hora de obtener una buena imagen radiológica en Pediatría, hemos de tener en cuenta otros factores además del factor tecnológico, de los cuales la enfermería es la encargada de supervisarlos, como son:

- Técnicas propias de enfermería, sondajes, administración de contrastes según el tipo de exploración.
 - Proporcionar la mayor confortabilidad posible al niño durante la exploración.
 - Proporcionar la protección adecuada al niño según la zona a explorar.
 - Controlar en todo momento el campo a explorar.
- La calidad de la imagen debe adaptarse al problema clínico de que se trate y poner todos los recursos posibles para dar la menor radiación posible al niño.

OBJETIVOS:**OBJETIVO GENERAL:**

Elaborar un póster informativo sobre lo que la enfermería debe tener en cuenta para mejorar la realización de pruebas radiológicas en pediatría.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Mejorar la actuación de la enfermería en radiología pediátrica.
- Disminuir en la medida de lo posible el tiempo de radiación del niño.
- Conocer los recursos de que disponemos y utilizarlos adecuadamente para que la exploración se realice correctamente.

DEFENSA DE PÓSTERS

MATERIAL Y MÉTODO:

Hemos recogido datos de Cistouretrografías Miccionales Seriadas (CUMS) realizadas desde enero del 2016 hasta diciembre del 2018, registrando los tiempos de duración de las exploraciones en niños de 0 a 3 años.

Hemos recopilado imágenes que demuestran la buena actuación de enfermería en la calidad de la exploración.

CONCLUSIÓN:

A través de la realización de este póster informativo, se pretende mejorar el nivel de conocimientos de los profesionales de enfermería en la manipulación del niño y de los recursos con los que cuenta con el, con el propósito de mejorar la calidad de las exploraciones radiológicas en Pediatría, consiguiendo reducir el tiempo de exposición del niño a la radiación.

13.- ACCESO VASCULAR GUIADO POR ECOGRAFÍA: DESARROLLO DE UNA ESTRATEGIA FORMATIVA PARA ENFERMERÍA

María Goñi Iríbar, Ana Bersain Aguirre, M^a Elena García Tinoco, Laura Montero Tejero, Mercedes Marraco Boncompte, Mikel Batllori Gastón
Complejo Hospitalario de Navarra

INTRODUCCIÓN

Las técnicas de acceso vascular periférico, arterial y venoso, son unas de las más frecuentemente realizadas por parte del personal de enfermería. La implementación de la asistencia mediante ecografía ha permitido incrementar el éxito y disminuir las complicaciones en dichos accesos. Además, ha impulsado el papel del personal de enfermería en la canulación de vías venosas centrales de acceso periférico (PICC).

Existen consideraciones en cuanto a la formación de los profesionales que tienen que llevar a cabo estos procedimientos, puesto que no en todos los centros se han implantado actividades formativas que hayan permitido al personal sanitario aprovechar la disponibilidad de medios técnicos presente en la actualidad.

OBJETIVOS

Implantar una estrategia formativa estandarizada en nuestro Centro, para permitir la realización de técnicas de acceso vascular guiado por ecografía por parte del personal de enfermería.

METODOLOGÍA (material y métodos)

Con respecto al entrenamiento para la obtención de las habilidades prácticas necesarias, se recomienda llevar a cabo

una práctica inicial de exploración anatómica ecográfica en modelos humanos voluntarios y otra de punción guiada por ecografía en modelos inanimados. Nuestro programa formativo comprende una actividad formativa semestral específicamente diseñada a tal efecto y que sigue este modelo, impartida por expertos en acceso vascular guiado por ecografía. Esta actividad consta de 3 horas de docencia teórica, impartida mediante charlas. También de 5 horas de docencia práctica, para lo que se utilizan modelos humanos para exploración vascular y modelos inanimados para punción vascular simulada.

La formación se complementa con un periodo de práctica clínica supervisada en pacientes, que tiene lugar en quirófanos y unidades de reanimación y cuidados intensivos.

RESULTADOS

Hemos desarrollado seis ediciones de la mencionada actividad, entre los años 2016 y 2018. Esto ha permitido que el personal de enfermería del Servicio de Medicina Intensiva de nuestro Centro ha conseguido autonomía para realizar las técnicas de acceso vascular guiado por ecografía, tanto accesos vasculares periféricos arteriales y venosos como PICC.

CONCLUSIONES

Una estrategia formativa estructurada permite la difusión de los conocimientos teóricos y prácticos necesarios para que el personal de enfermería adquiera las habilidades necesarias para realizar técnicas de acceso vascular ecografiado de manera autónoma, segura y eficaz.

14.- TC CARDÍACO

Bagües Pueyo, A; Puig i Adell, C.
Hospital de la Santa Cruz y San Pablo

INTRODUCCIÓN

El TC cardíaco es una técnica diagnóstica no invasiva que nos permite visualizar la anatomía cardíaca (arterias y venas coronarias), la existencia e identificación de estenosis de la luz vascular (placas de ateroma), la función ventricular, la anatomía valvular y de los grandes vasos. También, podremos utilizarlo como estudio previo o posterior a una intervención quirúrgica, en pacientes trasplantados, e incluso se puede valorar la perfusión cardíaca mediante exploraciones con stress.

OBJETIVO

Describir el protocolo de adquisición de un TC cardíaco anatómico basal en nuestro centro.

DEFENSA DE PÓSTERS

METODOLOGÍA (MATERIAL Y MÉTODOS)

Preparación del paciente El paciente ha de estar en ayunas de 6h y beber agua antes de la prueba. Se preguntará si es alérgico al contraste yodado. Deberá desvestirse de cintura para arriba y ponerse una bata de exploración abierta por delante, y retirar de la zona de exploración todos los objetos metálicos.

Se le canalizará una vía venosa periférica (VVP), preferentemente de 18G y en el brazo derecho.

Procedimiento

El paciente se colocará en decúbito supino y con los brazos hacia arriba. Se explicará el procedimiento (tiempos de apnea, duración de la exploración, efectos producidos por el contraste yodado...). Se monitorizará la frecuencia cardíaca (FC) mediante electrodos para sincronizar la obtención de las imágenes.

Si la FC es superior a 65 latidos por minuto, en función del tipo de estudio, será necesaria la administración de metoprolol (hasta un máximo de 15mg) vía endovenosa, y/o nitroglicerina sublingual, siempre bajo indicación médica. Si la FC se sitúa por debajo de 65x' generalmente no será necesaria la intervención farmacológica. Mediante el topograma, se programará el estudio solicitado.

Durante la adquisición de las imágenes se administrará el contraste yodado mediante una bomba infusora. El volumen de contraste y la velocidad de inyección, serán indicados por el médico responsable de la exploración, según el peso del paciente y el objetivo de la prueba. En todo momento se deberá valorar el estado del paciente, vigilar si hay algún tipo de reacción alérgica, o si se produce extravasación. Finalización

Al finalizar la exploración, se retirará la VVP y se recomendará la correcta hidratación para favorecer la eliminación del contraste.

CONCLUSIONES

El TC cardíaco es un excelente método de diagnóstico no invasivo, alternativo a la coronariografía invasiva, para el estudio inicial o el seguimiento de enfermedades coronarias.

15.- ¿ES SEGURO ADMINISTRAR CONTRASTE A TRAVÉS DE UNA VÍA CENTRAL?

Carretero Gallardo, C.; Ordoñez Fernandez, J; Díaz Membrives, M.; Merino Suñén, RM.; Pedreño Ruiz, P; Llauro Fargas, MC.

IDI Bellvitge

INTRODUCCIÓN

En los últimos años el uso de vías centrales se ha incrementado y es más frecuente que en los servicios de radiología se

deban utilizar este tipo de catéteres.

Existen diferentes tipos de vías centrales, entre ellas los catéteres venosos centrales (CVC), los catéteres centrales de inserción periférica (PICCS) y los accesos venosos de larga duración como los port-a-caths. El uso de estos dispositivos está indicado para la administración de agentes quimioterápicos, nutriciones parenterales u otros tipos de fármacos administrados por vía endovenosa. Los pacientes portadores de estas vías, con frecuencia, se someten a pruebas diagnósticas tales como tomografías computadas o resonancias, donde se requiere el uso de medios de contraste (MC) inyectados de forma mecánica como parte del examen. La seguridad del uso de catéteres centrales para la administración de MC no está del todo clara en algunos casos, y hay situaciones donde pacientes con mal acceso venoso no hay otra alternativa que el uso de vías centrales.

OBJETIVO

Garantizar la seguridad del paciente en la inyección mecánica de contraste endovenoso a través de una vía central y describir las posibles complicaciones.

METODOLOGÍA

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos: PubMed, Yottalook, ScienceDirect y Google académico. Las palabras clave utilizadas para la búsqueda fueron las secuencias estandarizadas MeSH terms: [central venous catheterization], [PICC line catheterization], [Port-a-cath], [contrast media] y el término no MeSH [power injection] todas con el booleano AND.

RESULTADOS

Se seleccionaron 23 artículos sobre el tema. Los estudios afirmaban que las posibles complicaciones procedían de la velocidad de inyección, del material del catéter y del calibre de la vía venosa insertada.

Los estudios realizados con pacientes portadores de CVC tras inyecciones de contraste a flujos que no superaron los 3ml/s reportaban que la incidencia de problemas asociados con la inyección era baja. Las complicaciones más frecuentes eran la migración del catéter post inyección, la rotura del catéter o la extravasación del medio de contraste.

CONCLUSIÓN

La administración de contraste a través de una vía central es un recurso seguro para la inyección de contraste en las pruebas radiológicas siempre y cuando se sigan los protocolos para su realización. El riesgo de complicaciones es bajo (1%).

DEFENSA DE PÓSTERS

16.- CANULACIÓN VENOSA PERIFÉRICA GUIADA POR ECOGRAFÍA: ALGUNOS HALLAZGOS RELEVANTES

Laura Montero Tejero, María Marín Gutiérrez, M^a Elena García Tinoco, Miguel Saiz, Lidia Zaratiegui Fernández, Mikel Batllori Gastón

Complejo Hospitalario de Navarra

INTRODUCCIÓN

El acceso vascular periférico guiado por ecografía es una técnica que está siendo adoptada rápidamente por un creciente número de profesionales de enfermería. Las actividades formativas en este sentido suelen obviar ciertas consideraciones sobre algunas estructuras anatómicas potencialmente lesionables durante las maniobras de canulación, así como sobre ciertos hallazgos patológicos que habitualmente pueden detectarse durante las mismas. A continuación presentamos algunas de ellas.

DESCRIPCIÓN DE CASOS CLÍNICOS

-Imagen 1 Trombosis venosa periférica: Una vez colocado el compresor, no suele observarse señal de flujo mediante Doppler color en el interior de un vaso venoso, a no ser que el paciente contraiga la musculatura distal o se comprima la misma activamente. Si no se observa aparición de flujo ante estas maniobras y el vaso no resulta colapsable a la compresión, debe sospecharse la presencia de una trombosis venosa periférica que contraíndique los intentos de acceso vascular sobre esa vena. El trombo intraluminal puede ser identificable si se explora el vaso en toda su longitud.

-Imagen 2 Bifurcación precoz y disminución de calibre: Un vaso venoso de diámetro aparentemente adecuado para acomodar un catéter de grueso calibre puede bifurcarse precozmente en venas de menor tamaño que dificulten o impidan la canulación. Debe explorarse el vaso adecuadamente antes de la punción para evitar este escenario.

-Imagen 3 Edema: Una imagen cerebriforme en el tejido celular subcutáneo es indicativa de un exceso de fluido en el mismo, habitualmente compatible con edema, que puede dificultar la canulación al incrementar la distancia entre la superficie cutánea y el vaso.

-Imagen 4 Estructuras nerviosas y arteriales próximas a vasos venosos: Es habitual observar dos venas humerales acompañando a la arteria humeral en la flexura antecubital, a ambos lados de la misma. Asimismo, el nervio mediano se identifica como una estructura "en panal de abeja" medial a la arteria humeral. Es importante alejarse de estas estructuras durante la canulación venosa para evitar lesionarlas

RESULTADOS/DISCUSIÓN

Conocer y tener presentes los problemas que pueden implicar los escenarios señalados puede ayudar a incrementar la seguridad y el éxito de los procedimientos de acceso vascular periférico ecoguiado.

17.- EL PAPEL DE ENFERMERÍA EN LA GESTIÓN DEL CIRCUITO DE SEGURIDAD PARA LOS PACIENTES EN ESPERA DE REALIZARSE UNA RMN Y QUE SON PORTADORES DE DISPOSITIVOS CARDÍACOS IMPLANTADOS MRI-CONDITIONAL.

Varo Lara, P., Sole Jerez, A., Contra Vilalta, R., Labata Alonso, A., Villarreal Castellanos, S.

IDI-Tarragona

INTRODUCCIÓN

Desde el año 2010 han aparecido numerosas publicaciones que demuestran la seguridad de la Resonancia Magnética en pacientes portadores de dispositivos compatibles, llamados MRI-Conditional.

OBJETIVOS

Mostrar el circuito de nuestro centro desde la detección de una paciente portador de marcapasos hasta la realización de una RMN.

METODOLOGÍA (Material y método)

La sincronización de los diferentes servicios (Radiología, Cardiología y Consulta de Marcapasos) es básica para la realización de RMN a pacientes portadores de dispositivos electrónicos cardíacos implantados.

El circuito comienza con la detección del paciente portador de dispositivos electrónicos en espera de una RMN y la verificación de compatibilidad de dicho dispositivo.

Se cita en Consulta de Marcapasos el mismo día de la prueba para la programación y adaptación del implante electrónico para su exposición a un campo magnético de alto grado.

A pesar de la compatibilidad de estos dispositivos hay que respetar unas normas de seguridad y unas restricciones técnicas (potencia del campo magnético, tiempo de exposición, linealidad, depósito de calor..) y le correcto uso y colocación de las antenas.

Cerramos el circuito con la reprogramación del dispositivo en Consulta de Marcapasos.

DEFENSA DE PÓSTERS

RESULTADOS

Aplicando las normas de seguridad de nuestro circuito para la realización de RMN a pacientes portadores de dispositivos electrónicos cardíacos implantados y realizando la prueba de imagen respetando las restricciones técnicas es posible minimizar los riesgos par aeste tipo de pacientes.

CONCLUSIONES

La sinergia entre los diferentes servicios favorecen la realización de RMN a pacientes portadores de dispositivos electrónicos implantados manteniéndolos el mínimo tiempo necesario con el dispositivo en stand-by.

18.- PUESTA EN MARCHA DE UNA CONSULTA DE ENFERMERIA

Contra Vilalta, Roser, Pastó Gonzalez, Anna, Lanza Valls, Elena, Varo Lara, Patricia
IDI Hospital Joan XXIII

INTRODUCCIÓN

A continuación presentamos el estudio descriptivo de la puesta en marcha de una consulta de enfermería en un servicio de diagnóstico por la imagen.

OBJETIVO

El objetivo de la consulta de enfermería es la mejora de la calidad asistencial, en pruebas invasivas y no invasivas que requieren de algún tipo de preparación, colaboración, conocimiento del proceso,...

METODOLOGÍA

El método a utilizar fue; a partir de un listado inicial de exploraciones, repartir entre las enfermeras del servicio las tareas, de manera que cada una fuera gestora de 1 o 2 áreas concretas, y según el requerimiento del tiempo para realizar la tarea destinar horas para ello.

RESULTADO

El resultado después de 2 años de continuidad ha sido, la mejora de información/conocimiento de todos los pacientes atendidos antes de la prueba, el conocimiento del resto del hospital de la persona que hace gestiones de las pruebas que antes quedaban pendientes, la disminución de paciente anulados, por claustrofobia en la rm, por mala preparación, por ansiedad ante el desconocimiento del proceso,....

CONCLUSIÓN

En conclusión la puesta en marcha de la consulta de enfermería en nuestro servicio ha sido de gran valor de cara a los profesionales de l'hospital, al resto del equipo de radio-

logía, y a la calidad de atención asistencial de la población atendida.

19.- CUIDADOS ENFERMERÍA EN RADIOFRECUENCIA DE NÓDULOS TIROIDEOS

Llera Pereda , N. García Argüelles, N.
Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA).

INTRODUCCIÓN

La ablación por radiofrecuencia (RF) de tiroides es una técnica asequible y mínimamente invasiva en el campo de la radiología intervencionista como alternativa a la cirugía en nódulos con citología benigna que suponen problemas compresivos, estéticos o tirotoxicosis.

Es un tratamiento ambulatorio de reciente implantación, por lo que la enfermera, como primer eslabón del procedimiento con el que el paciente toma contacto, cobra especial relevancia en la cobertura de necesidades ante esta situación vital de cuidados.

OBJETIVO

Aportar unos cuidados específicos y de calidad basados en la competencia técnica y profesional que se deriva de la capacidad analítica, de las aptitudes y habilidades del conocimiento enfermero, con el objetivo final de minimizar los síntomas funcionales, compresivos o estéticos del paciente.

METODOLOGÍA

- Formación del personal enfermería en anestesia y manipulación aparatos de ablación
- Conocimiento H^a clínica del paciente
- Recepción del paciente en la sala de ablación, presentación del personal de enfermería y recordatorio del procedimiento
- Protocolo de intervención específico
- Preparación para anestesia
- Aplicación protocolo de cuidados estandarizados
- Registro en HCE (millenium)
- Seguimiento.

RESULTADOS

Resultados: Se trataron con radiofrecuencia 18 pacientes en el año 2017 y 30 pacientes en el 2018. Se les hizo un control a los 7 días, al mes, 3 meses, 6 meses y al año. La reducción del nódulo es muy apreciable a partir del primer mes y continua reduciéndose en controles posteriores. En el 94% de los casos la función tiroidea no se ha visto afectada y los pacientes manifiestan una actitud positiva si tuvieran que repetir la técnica ya que las complicaciones han sido mínimas (hematoma, disfagia inicial) y no refieren en su mayor parte dolor durante el procedimiento.

DEFENSA DE PÓSTERS

CONCLUSIÓN

La intervención de enfermería es un recurso terapéutico que implica otorgar un “cuidado”, en el que se ponen de manifiesto aspectos afectivos, de actitud y compromiso además de la aplicación de conocimientos, organización de recursos o evaluación de la calidad del mismo. Desde la estrecha colaboración con los médicos y otros profesionales, la práctica enfermera debe orientarse a unos cuidados personalizados, específicos e individuales que incluyen la elaboración junto al paciente y familia de los objetivos de su salud. Los pacientes que van a realizarse una RF de tiroides se encuentran con un entorno aséptico, institucionalizado y de sofisticada tecnología que no percibe como “amigable”. Es la enfermera la que, centrando su atención en la “persona” debe ofertar un cuidado humanizado que asegure que el paciente se sienta cómodo, bien atendido y seguro.

20.- CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL MANTENIMIENTO DE UN CATÉTER PICC

Carmen Castelló Albert* ,Jordi Payá Soto, M. Dolores Reyes Martínez, Emilio Cañadas Delgado, Raquel Martínez Muntó

Hospital Virgen de Los Lirios de Alcoy

INTRODUCCIÓN

Debido al auge por el aumento de la implantación de estos catéteres, se crea la necesidad de formar al personal de enfermería del Departamento de Salud. Para ello, elaboramos un póster como guía de consulta sobre los cuidados y mantenimiento del PICC.

OBJETIVO

Objetivo principal: Formar a los profesionales de enfermería y reforzar mediante un documento que expresa de forma sencilla y clara el mantenimiento y cuidado del catéter PICC, desde su indicación hasta la retirada del mismo.

Objetivo secundario: Proporcionar directrices de actuación adecuadas al manejo de este tipo de catéteres que requieren de unos cuidados específicos.

METODOLOGÍA

El proceso contó en su fase inicial con la formación de una Enfermera del Área de Intervencionismo, que realizó un Master específico en la materia. Posteriormente se planificaron sesiones formativas al resto de personal del Servicio, para finalizar con la organización y puesta en marcha de charlas formativas para las profesionales de las Unidades de Hospitalización y Atención Primaria.

El póster presentado forma parte de la fase de divulgación

y apoyo en la formación para el mantenimiento, cuidados y uso adecuado de los catéteres.

RESULTADOS

Los cursos y charlas formativas tuvieron una gran aceptación entre las asistentes. La formación permitió un mejor manejo de los cuidados en catéteres PICC

La presentación de la información y la disponibilidad de ésta en formato póster también fue valorada muy positivamente

La implicación del personal de enfermería en este tipo de acceso venoso, se refleja en la permanencia del catéter en las condiciones más óptimas disminuyendo las complicaciones.

CONCLUSIONES

Es importante protocolizar los cuidados para unificar criterios, prever las complicaciones y evaluar nuestras acciones. Con la difusión del póster en formato reducido por todas las Unidades de Hospitalización, así como por los Centros de Salud de Departamento, se refuerza la actividad formativa y ayuda al personal de enfermería dándole seguridad en el uso y manejo de los PICCS.

BIBLIOGRAFIA

- Centers for disease control and prevention (CDC). Guidelines for the prevention of intravascular catheter- related infections, 2011.

-M C. Carrero DAE. Tratado Administración Parenteral, Técnica Ecoguiada de implantación, 2013

21.- UROSONOGRAFIA MICCIONAL SERIADA, LA ALTERNATIVA A LA CUMS

Marta Arnau Santos y Miguel Ángel Such Martínez
Hospital General U. de Alicante

INTRODUCCIÓN

La UMS es una técnica de imagen dinámica que permite estudiar la estructura del tracto urinario después de la administración de contraste intravesical.

Está reemplazando a la cistografía miccional seriada (CUMS) para valorar el reflujo vesicoureteral (RVU) en niños. Su importancia radica en que la UMS no irradia al paciente. Es el método de elección para el despistaje de RVU y de la afección uretral en el paciente pediátrico.

OBJETIVO

Diagnosticar el RVU y la patología uretral con la UMS.

DEFENSA DE PÓSTERS

METODOLOGÍA**UMS**

Pre requisitos: urocultivo negativo, profilaxis antibiótica y consentimiento. Se necesita un ecógrafo con software específico. Se realiza una ecografía abdominal. Se sonda al paciente con sonda hidrofílica y se le vacía la vejiga. Precargamos 1 ml de Sonovue en 500 ml de SF, lo agitamos y lo ponemos en el presurizador con una presión de 90 mm hg que evita que precipite antes el contraste. Lo conectamos a la sonda. Iniciamos el llenado vesical hasta su máxima capacidad. Durante la fase de llenado se valora vejiga, uréteres y riñones. Se realizan 3 llenados vesicales por prueba. Se retira la sonda con la vejiga llena. Se valora la uretra por vía transperineal interesrotal o suprapúbico en niños y suprapúbica o interlabial en niñas.

1. Indicaciones:

- Hidronefrosis prenatal de alto grado o de bajo grado que se asocie a otras anomalías de las vías urinarias
- Infecciones urinarias recurrentes.
- Seguimiento de RVU.
- Sospecha de malformaciones.
- Pielonefritis agudas en < 2 años.

Hª familiar de RVU y dificultad miccional

2. Ventajas:

- No usa radiación
- Mayor sensibilidad en la detección y graduación de RVU
- No hay efectos adversos
- Sonovue: según la A.E.M en 2017 se admite su uso intravesical para ultrasonografía del tracto urinario excretor en menores

3. Inconvenientes: Requiere entrenamiento específico del personal Alto coste

CUMS

Pre requisitos: mismos que UMS.

Se precisa equipo de fluoroscopia.

Se administra intravesicalmente contraste yodado diluido al 70 % con SF mientras se obtienen imágenes del sistema excretor. En máxima repleción vesical se retira la sonda y se estudia la uretra durante la micción.

1. Indicaciones: Mismas que la UMS

2. Ventajas:

Bajo coste

Facilita la valoración de patologías como divertículos, válvulas de uretra posterior o malformaciones

3. Inconvenientes: Uso de radiación

RESULTADOS

Se adjuntarían imágenes UMS/CUMS.

En el Hospital G.U. de Alicante se implantó la UMS en 2016. Estadística UMS-CUMS en 4 años.

AÑO	UMS	CUMS
2015	2	94
2016	52	64
2017	104	15
2018	88	22

La UMS diagnostica el RVU teniendo una mayor sensibilidad para la graduación del reflujo.

Se observa cómo la UMS ha sustituido a la CUMS en nuestro hospital.

CONCLUSIÓN

La UMS usa ultrasonidos, no irradia. Se precisan muchos controles periódicos del RVU, ahí radica su importancia. Es una técnica segura y con alta sensibilidad para detectar el RVU.

22.- CONOCIMIENTOS DE RADIOLOGIA DE URGENCIAS DE LAS ENFERMERAS QUE CURSARON UN MÁSTER DE URGENCIAS HOSPITALARIAS EN LA UNIVERSIDAD DE BARCELONA

Díaz Membrives, M.; Icart Isern, MT.; Roca Sarsanedas, J.; Galimany Masclans, J.; Estrada Masllorens, JM; Font Cabrera, C.

Universitat de Barcelona

INTRODUCCIÓN

El aumento de la presión asistencial en los servicios de urgencias es uno de los principales problemas de los sistemas de salud de los países desarrollados. Las competencias en radiología de las enfermeras de urgencias han permitido en muchos países solicitar e interpretar radiografías y disminuir los tiempos de espera y aumentar la satisfacción de los pacientes en urgencias.

OBJETIVO

Determinar el nivel de conocimientos adquiridos por las enfermeras en relación a la radiología de urgencias, a través de su experiencia profesional o de la formación realizada a instancias del centro de trabajo o por propio interés.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio prospectivo, observacional y transversal mediante un cuestionario ad hoc online estructurado en tres partes. En la primera se recogía información referente a los datos sociodemográficos y laborales de los

DEFENSA DE PÓSTERS

profesionales. La segunda sección constaba de veinte preguntas sobre conocimientos en radiología. En la tercera y última parte, a través de dos preguntas abiertas se preguntaba sobre si las enfermeras solicitaban radiografías en su puesto de trabajo y a qué parte del cuerpo correspondían (tórax, abdomen o cirugía ortopédica y traumatología). Además se preguntaba sobre cuál era su formación en este ámbito de conocimiento, teniendo en cuenta la duración y si era propuesta por el centro de trabajo o consistía en formación autónoma del propio trabajador.

El análisis estadístico se realizó mediante el programa estadístico SPSS v21.0 para Windows. Se realizó en primer lugar un análisis descriptivo de los datos y posteriormente se analizaron algunas asociaciones.

RESULTADOS

Se enviaron 630 cuestionarios a las enfermeras que habían realizado el máster de enfermería de urgencias hospitalarias de la Universidad de Barcelona en las ediciones del 2011-12 a 2015-16. La muestra final fue de 212 enfermeras. La mayor parte eran mujeres (85,8%) y trabajaban en un centro hospitalario (86,5%), de titularidad pública (66,4%). Respecto a la formación en radiología, sólo un tercio aproximadamente ha recibido formación. De éstas, la mayor parte refieren haberse formado de forma voluntaria o autónoma (86%), y una tercera parte ha recibido formación promovida por el centro de trabajo.

Un 32,5% de las enfermeras que respondieron la encuesta solicitaron radiografías, siendo las de cirugía ortopédica y traumatología (COT) las pruebas diagnósticas más habituales seguidas de las de tórax y abdomen.

CONCLUSIONES

Las profesionales de enfermería de la muestra presentan escasa formación en radiología. Sólo una tercera parte ha realizado formación y solicita radiografías, lejos de lo que ocurre en otros países de nuestro entorno

23.-LACTANCIA MATERNA: ¿QUÉ HACER TRAS LA ADMINISTRACIÓN DE CONTRASTE YODADO O GADOLINIO?

Martínez Rodríguez, Guadalupe; Suárez Rodríguez, María; Turnes Cordeiro, Isabel.

Hospital Clínico Universitario de Santiago De Compostela

INTRODUCCIÓN

La leche materna es el mejor alimento para el lactante durante los primeros meses de vida. La OMS recomienda la lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses de vida y con una alimentación complementaria adecuada hasta los dos años de vida. Dado el aumento del uso de técnicas de imagen de TC y RMN en los últimos años, surge la preocupación sobre las pautas a facilitar, por parte del profesional, a la madre lactante, tras la administración de medios de contraste yodado o basado en gadolinio.

OBJETIVO: Realizar una revisión bibliográfica sobre las recomendaciones en la administración de contraste radiológico (yodado o gadolinio) durante la lactancia materna.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos de relevancia científica, así como la revisión de las fichas técnicas de los medios de contraste yodados y basado en gadolinio más frecuentemente usados en nuestro hospital.

Se revisó asimismo las posturas sobre el tema tratado de la Asociación Española de Pediatría, Asociación Americana de Radiología, el Colegio Americano de Radiología, la Sociedad Española del Diagnóstico por Imagen del Abdomen, el Colegio de Radiólogos de Reino Unido entre otros.

RESULTADOS: Dadas las bajas cantidades de contraste yodado y basado en gadolinio que se excretan por la leche materna se considera seguro continuar con la lactancia materna sin interrupciones tras la administración de medios de contraste yodado y la mayoría de los medios de contraste basados en gadolinio. Como medida de precaución se recomienda evitar en mujeres lactantes el uso de agentes de contraste basados en gadolinio con alto riesgo de fibrosis sistémica nefrogénica.

DEFENSA DE PÓSTERS

24.- PROCEDIMIENTOS INTERVENCIONISTAS EN NEURORRADIOLOGÍA Y RADIOLOGÍA VASCULAR: MATERIALES Y COMPATIBILIDADES.

Aurea Aldrey, Eugenia G. Cereijo, Dolores Cajade, Teresa Bolaño e Miguel J. Camino.
CHUS Santiago de Compostela

INTRODUCCIÓN

La creciente complejidad y diversidad de material en procedimientos intervencionistas, la escasa frecuencia de algunos de los mismos, las diferencias de técnica/material entre radiólogos y la rotación del personal entre salas nos llevó a la elaboración de una tabla de consulta rápida que facilite la preparación del material y la resolución rápida de dudas surgidas durante el procedimiento a realizar.

OBJETIVOS

- Tener una guía/referencia de consulta rápida y visual.
- Crear una herramienta que estimule la revisión de procedimientos.
- Incrementar la seguridad en los procedimientos.
- Reducción de tiempos de preparación y actuación.
- Detección de incompatibilidades.
- Reducción de gasto.

METODOLOGÍA

Mediante un estudio descriptivo sobre una serie de casos se realizó un registro del material utilizado en función del procedimiento y de la técnica empleada por el Radiólogo, se registraron las incidencias de incompatibilidades de los procedimientos menos frecuentes o donde surgían mas dudas. Además de la realización de una guía de consulta para los procedimientos de sala (tanto diagnósticos como intervencionistas). De ese seguimiento se constató que en algunos casos no correspondía los diámetros marcados por el fabricante con la compatibilidad real. De la revisión de los pasos anteriores junto con la resolución de dudas entre los diferentes miembros del personal se realizó una tabla de consulta rápida que se coloca, cerca de la zona de trabajo, tanto en la sala de Radiología Vasculal como en la de Neurorradiología

CONCLUSIONES

Se constata un cambio a la hora de consulta de la preparación del material y de realización de las pruebas, frente a las dinámicas anteriores de consultar anotaciones o experiencia de algún otro compañero, ahora se consulta la tabla. Es un proceso de feed-back por surgir cambios o nuevos materiales en sala que implican una actualización de la misma.

ACTO DE CLAUSURA

Acto de clausura y entrega de premios

Sábado 25 de Mayo - 18:30h.

Antonio Hernández Martínez

Vicepresidente de la SEER

Ana Isabel Silveira Rodríguez

Decana de la Facultad de Enfermería de Santiago de Compostela

Lupe Martínez

Presidenta del Comité Científico

Cena de clausura

Sábado 25 de Mayo - 21:30h.



Solicitud de Ingreso

(No escribir)

Apellidos / Entidades o empresas protectoras (1-ver dorso)		Nombre	NIF
Domicilio (calle/plaza/avenida, número, escalera y piso)			Teléfono
Población	Código Postal	Móvil	
Colegio Oficial de (Profesión)	Población	Número Colegiado	
e-mail (escribir en mayúsculas)	Lugar de trabajo o empresa / entidad protectora		

Demanda:

Pertenecer a la Sociedad Española de Enfermería Radiológica y a la Asociación/Sociedad regional correspondiente, en calidad de miembro: (2-mirar al dorso)

Expone:

Que habiendo sido informado de la existencia de un fichero de datos personales gestionado por la Sociedad Española de Enfermería Radiológica para la relación entre ambos, puede ejercitar su derecho a rectificarlas, cancelarlas o oponerse, a por parte del titular, de los datos que aparecen, con una simple comunicación por escrito dirigida a la Sociedad Española de Enfermería Radiológica o en cualquier filial de ésta, de conformidad a lo que establece la vigente ley de protección de datos de carácter personal.

Comunica:

Los datos contenidos en esta solicitud de ingreso, los cede de forma voluntaria y da su consentimiento para su integración en el fichero gestionado por la Sociedad Española de Enfermería Radiológica, a efectos de la relación entre ambos y que puedan ser comunicadas y cedidas a otras entidades que colaboren con la Sociedad Española de Enfermería Radiológica en la consecución de sus fines. De forma expresa, AUTORIZA a recibir de estas entidades, información diversa sobre los servicios o productos que puedan ofrecer a los miembros y entidades adheridas a la Sociedad Española de Enfermería Radiológica.

Solicita:

Le sea admitida su solicitud de ingreso en la Sociedad Española de Enfermería Radiológica y le sean pasadas las cuotas correspondientes a su condición de miembro, en la entidad bancaria:

Entidad bancaria

IBAN	Entidad	Oficina	D.C.	Número Cuenta
------	---------	---------	------	---------------

Firma (y sello en caso de Empresas)

Fecha solicitud



1. Empresas o Entidades Protectoras

La inscripción de un miembro protector tiene derecho a un ejemplar de la revista científica que publica la Sociedad. En caso de solicitar más de un ejemplar, rellenar el siguiente campo.

Deseo disponer de..... ejemplares de cada número de la Revista de la Sociedad Española de Enfermería Radiológica

2. Clases de miembros

- A. Miembro Numerario:** Enfermeros/as que desarrollan principalmente su actividad profesional en el Diagnóstico por Imagen y tratamiento (DxI, Intervencionista, etc.), Medicina Nuclear o Radioterapia Oncológica. O Enfermeros/as que desean pertenecer de pleno derecho a la SEER.
- B. Miembro Asociado:** Personas que desarrollen su actividad profesional en el campo de la Enfermería y/o Ciencias afines y solamente desean recibir la revista.
- C. Miembro Agregado:** Estudiantes Universitarios que no estén desarrollando actividad profesional. Se requiere presentar la solicitud avalada por dos miembros numerarios.
- D. Miembro Protector:** Personas Físicas o Jurídicas, públicas o privadas, que colaboren en el sostenimiento y desarrollo económico de la Sociedad.

(Rellenar solamente en caso de Miembros Asociados y Agregados)

Avalado por:

.....
Nombre y Apellidos

.....
Firma:

.....
Nombre y Apellidos

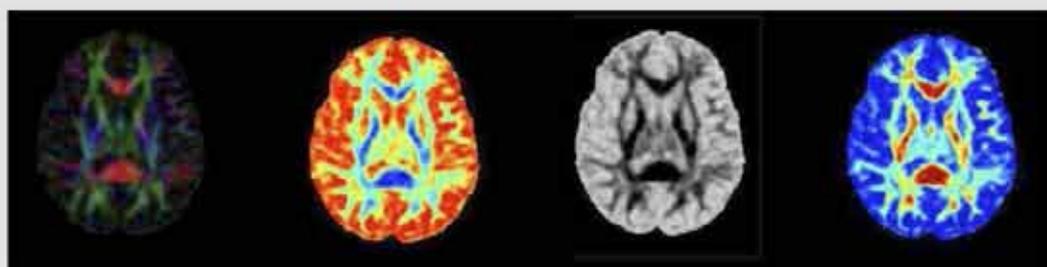
.....
Firma:



ACREDITACIÓN ENFERMERA EN RESONANCIA MAGNÉTICA

**Acredita tu competencia
enfermera en el ámbito
de las unidades de
resonancia magnética.**

www.enfermeriaradiologica.org



Cupón de pedido libros Fuden de Apoyo al Diagnóstico



Datos personales

NIF/Pasaporte	Nombre					
Primer apellido		Segundo apellido				
Calle/plaza/avda.	nº	esc.	piso	puerta	Código postal	
Localidad	Provincia			País		
Teléfono	Móvil	e-mail				

DATOS DEL PEDIDO

Elige título

Elige título

RECUERDA: A los precios de estos libros debes añadirles los gastos de envío correspondientes:
GASTOS DE ENVÍO ESPAÑA: 1 VOLUMEN 6€ VARIOS VOLUMENES 10€
GASTOS DE ENVÍO EXTRANJERO: 1 VOLUMEN 18€ VARIOS VOLUMENES 18€

FORMA DE PAGO

- TRANSFERENCIA AL BANCO POPULAR
C/C: 0075-0123-55-0601015081
- GIRO POSTAL AL DOMICILIO DE FUDEN
C/ CUESTA DE SANTO DOMINGO, 6 · 28013 MADRID
- En la **LIBRERÍA FUDEN:** Cuesta de Santo Domingo 20. Madrid. Recuerda que debes **adjuntar este cupón** cumplimentado para poder disfrutar de esta oferta especial.

FIRMA Y FECHA

ADJUNTAR DOCUMENTO ACREDITATIVO DEL PAGO

Rellena, imprime y envía este cupón junto al documento acreditativo del pago a **FUDEN**, Cuesta de Santo Domingo 6, 28013 Madrid y te remitiremos tu libro. Si prefieres comprarlo presencialmente en nuestra **librería**, te estaremos esperando. Recuerda nuestra dirección: Cuesta de Santo Domingo 20. Madrid.

Incluye la acreditación del Consejo de Seguridad Nuclear para operar con equipos de Radiodiagnóstico y de Medicina Nuclear.

MÁSTER EN ENFERMERÍA RADIOLÓGICA

NOVIEMBRE > MODALIDAD ON-LINE
60 CRÉDITOS ECTS

10%

de descuento en la matrícula a los miembros de la Sociedad Española de Enfermería Radiológica

Descúbrelo y amplía toda la información en:

www.il3.ub.edu



Especializado en Diagnóstico por la Imagen,
Medicina Nuclear y Radioterapia Oncológica

SÍGUENOS EN:



B Universitat de Barcelona

IL3 Instituto de Formación Continua

IL3, Instituto de Formación Continua de la Universitat de Barcelona
Districte 22@
C/ Ciutat de Granada, 131
08018 Barcelona