

REVISTA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA RADIOLÓGICA

RSEER

Órgano Oficial de la Sociedad Española de
Enfermería Radiológica

Pujades, 350 08019 Barcelona
Teléfono 93 212 81 08
Fax 93 212 47 74
www.enfermeriaradiologica.org

Dirigida a:

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

Correspondencia Científica:

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

Periodicidad:

Cuatrimestral

Suscripciones:

Srta. Laura Rausell
Teléfono 93 212 81 08
Fax 93 212 47 74
lrausell@coib.org
www.enfermeriaradiologica.org

Tarifa de suscripción anual:

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

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

Revista indexada en base de datos:

CUIDEN www.index-f.com

Disponible en Internet:

www.enfermeriaradiologica.org

Junta directiva de la SEER

Presidente: **Jaume Roca Sarsanedas**
Vicepresidente: **Joan Pons Camprubí**
Secretario: **José Miguel Martínez**
Tesorero: **Xavier Vila Giménez**

Vocales Asociaciones Autonómicas:

Aragón: **Gema López-Menchero Mínguez**
Castilla León: **Clemente Álvarez Carballo**
Valencia: **Luis Garnés Fajardo**
Navarra: **Maite Esporrín Lasheras**
Cataluña: **Laura Pla Olivé**
Andalucía: **Inma Montero Monterroso**
Galicia: **Gonzalo Maceiras Galarza**

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



**Gráficas
Servi-Offset, s.a.**

SERVICIO INTEGRAL EN ARTES GRÁFICAS

Catálogos, folletos, papelería comercial, carteles, formularios
en continuo, talonarios, revistas...

C/ Pujades, 74-80, 3º 5ª - 08005 Barcelona
Tel. 93 309 49 80 E-mail: servioff@gmail.com



ARBU DISEÑO GRÁFICO

Diseño y comunicación visual

Cartellà, 75, bajos - 08031 Barcelona
Tel./Fax 93 429 95 82 E-mail: arbu@arbuico.e.telefonica.net

Imprime: **Gráficas Servioffset** Diseño: **ARBU Diseño Gráfico**

SUMARIO

COMITÉ EDITORIAL

REVISTA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA RADIOLÓGICA

Pujades, 350 08019 Barcelona
Teléfono 93 212 81 08
Fax 93 212 47 74
www.enfermeriaradiologica.org

Redactor Jefe:

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

Coordinador Editorial de la revista:

Ignacio Liarte Trias
Hospital de Bellvitge. Barcelona.

Comité Asesor:

D. Jaume Roca i Sarsanedas
Presidente de la SEER.
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

D. Joan Pons i Camprubí
Vicepresidente de la SEER.

Dña. Inma Montero Monterroso
Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Dña. Gema López-Menchero Mínguez
Hospital Provincial Nuestra Señora de Gracia. Zaragoza.

D. Luís Garmes Fajardo
Hospital de Castellón.

D. Gonzalo Maceira Galarza
Hospital Meixoeiro. Vigo.

Comité Editorial:

D. José Manuel Sánchez Pérez
Hospital Povisa. Vigo.

D. Jorge Casaña Mohedo.
ERESA. Valencia.

Dña. M^a Angeles Betelu Oronoz
Clínica Universitaria de Navarra.

D. Angel Benedit Gómez
Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Dña. Carmen María Bento Rodríguez
Hospital Meixoeiro. Vigo.

Dña. Mabel Garzón Mondéjar.
Hospital Central de la Defensa "Gómez Ulla". Madrid.

Dña. Isabel Martín Bravo
Hospital Meixoeiro. Vigo.

D. Roberto Díaz Meyer
Hospital de Sant Pau. Barcelona.

D. José Antonio López Calahorra
Hospital Miguel Servet. Zaragoza.

REVISTA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA RADIOLÓGICA
Rev. Soc. Esp. Enf. Radiol., 2011; nº2

Saluda del Comité Organizador	55
Carta del Presidente del Comité Científico	56
Mesa inaugural/Mesa clausura/Información General	57
Información General/Comités	58
Formación continuada.	59
Comunicaciones Orales. Mesa I Jueves 2 de junio de 2011	60
Comunicaciones Orales. Mesa II Jueves 2 de junio de 2011	62
Comunicaciones Orales. Mesa III Jueves 2 de junio de 2011	65
Comunicaciones Orales. Mesa IV Jueves 2 de junio de 2011	68
Comunicaciones Orales. Mesa V Jueves 2 de junio de 2011	72
Comunicaciones Orales. Mesa VI Viernes 3 de junio de 2011	76
Comunicaciones Orales. Mesa VII Viernes 3 de junio de 2011	81
Comunicaciones Orales. Mesa VIII Viernes 3 de junio de 2011	84
Pósters Viernes 3 de junio de 2011	87
Solicitud de ingreso	103

SALUDA DEL COMITÉ ORGANIZADOR

En la presentación de la página Web del Congreso decíamos que, la mayor recompensa a nuestro esfuerzo e ilusión en la organización de este XV Congreso Nacional, sería contar con vuestra presencia. Hoy, os damos la bienvenida y agradecemos vuestra asistencia. Gracias.

Quien haya tenido la experiencia de asumir la responsabilidad organizativa de algún evento científico como este, conocen la gran dificultad, esfuerzo y trabajo que representa. Afortunadamente, podemos decir: Objetivo logrado.

A la organización del XV Congreso Nacional, se le ha sumado un valor añadido de dificultad: la grave crisis económica que lamentablemente nos acompaña. Su consecuencia nos ha hecho vivir nuevas situaciones, modelos de gestión empresarial diferentes y distintas relaciones organizativas y de recursos, etc. Esta nueva dificultad, sumada a las ya de por sí habituales, ha sido para este Comité Organizador todo un reto que hemos afrontado con decisión, imaginación y duplicando esfuerzos. Nunca nos hemos dejado llevar por el victimismo, ni la apatía, la duda o eludiendo los problemas. Hemos trabajado duro para que hoy todos podamos estar aquí, en vuestro Congreso, y demostrar una vez más, la capacidad que tenemos todos los que formamos parte de la Enfermería Radiológica y por todo ello nos sentimos orgullosos.

Indudablemente nada sería posible sin el trabajo y entusiasmo demostrados por todos aquellos compañeros/as que han enviado trabajos científicos al XV Congreso. Estamos totalmente seguros que su calidad científica nos va a hacer crecer como profesionales de la Salud, con el objetivo de alcanzar la excelencia como Enfermeros/as de Radiología, Medicina Nuclear y Radioterapia. A todos vosotros, gracias.

También, nuestro más sincero agradecimiento a todos aquellos Organismos, Colegios Profesionales. Entidades, Casas comerciales..., que han colaborado con nosotros facilitándonos en gran medida nuestras tareas y responsabilidades organizativas.

En nombre de la Sociedad Española de Enfermería Radiológica y del Comité Organizador agradecemos de nuevo vuestra presencia y os deseamos una feliz y fructífera estancia en la ciudad de Castellón de la Plana

El Comité Organizador

CARTA DEL PRESIDENTE DEL COMITÉ CIENTÍFICO

“Abriendo puertas a la investigación”, lema del XV Congreso Nacional de la Sociedad Española de Enfermería Radiológica, sus fechas se aproximan y desde el Comité Científico estamos trabajando en el diseño y estructura de las Mesas de Comunicaciones Orales, que junto con las Mesas de Formación Continuada y sus ponencias, conformaran una parte importante del contenido científico de este Congreso, además, la exposición de posters mediante pantallas digitales y la defensa de aquéllos que sean seleccionados, lo completarán.

Igualmente, para un mejor aprovechamiento del Congreso y para quien lo desee, se ha solicitado la acreditación a la Comisión de Formación Continuada, así como la Declaración de Interés Sanitario por parte de la Conselleria de Sanitat y el Reconocimiento de Interés Profesional por el Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana(CECOVA).

Quiero aprovechar estas líneas para agradecer y valorar la importante colaboración que para este Comité ha supuesto el recibir una nutrida, de evidente calidad, relación de trabajos, tanto en la modalidad de posters como de comunicaciones orales.

Me consta que desde el Comité Organizador, están trabajando con tesón y mucha ilusión para que estos días que vamos compartir dejen en todos nosotros un grato recuerdo.
Os esperamos en Castellón.

Jorge Casaña Mohedo
Presidente del Comité Científico



XV CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA RADIOLÓGICA CASTELLÓN 2011

MESA INAUGURAL

- Molt Honorable Sr. D. Manuel Cervera Taulat. Conseller de Sanitat.
- Excmo. Sr. D. Alberto Fabra Part. Alcalde del Excmo. Ayuntamiento.
- Sr. D. José Antonio Ávila Olivares. Presidente CECOVA.
- Sra. D^a. Ana Giménez Alonso de Medina. Directora de Enfermería del Hospital General de Castellón.
- Sr. D. Jaume Roca Sarsanedas. Presidente SEER.
- Sr. D. Luis Garnes Fajardo. Presidente Congreso-Presidente AVER.

MESA DE CLAUSURA

- Sr. D. Jorge Casaña Mohedo. Presidente Comité Científico.
- Sr. D. Luis Garnes Fajardo. Presidente del Congreso-Presidente AVER.
- Sr. D. Francisco Javier Pareja Llorens. Presidente del Colegio de Enfermería de Castellón.
- Sr. D. Alfonso Bataller Vicent. Subsecretario de la Conselleria de Sanitat.
- Sr. D. Jaume Roca Sarsanedas. Presidente SEER.

INFORMACIÓN GENERAL

Solicitada acreditación al Consejo General de Enfermería en virtud de la encomienda de gestión de la acreditación de formación continuada realizada por los Ministerios de Educación, Cultura y Deporte y de Sanidad y Consumo" y "Solicitada la declaración de interés sanitario del congreso por parte de la Conselleria de Sanitat de la Comunidad Valenciana y el reconocimiento de interés profesional por el Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA).

INFORMACIÓN GENERAL

SECRETARIA TÉCNICA

Dña. Gema Casanova Prats
Dña. Antonia Abellan Nebot

Avda. Virgen del Lidón, 57 Bajo
Castellón 12004
España
T. 964428112
Fax 964235251

Mail: aver@coecs.com
<http://www.castellon2011.enfermeriaradiologica.org>

AZAFATAS CONGRESO

Srta. Roser Sánchez Castany, Srta. Andrea Fornas Insa,
Srta. Laura García Macian, Srta. Cristina Ballester Lage.

COMITÉ ORGANIZADOR

org2011@enfermeriaradiologica.org

Presidente:

D. Luis Garnes Fajardo (H. General de Castellón)

Vocales:

D. Xavi Vila Giménez (H. Vall Hebrón Barcelona)
D. José Manuel Polit Zuazo (H. General Valencia)
D. Rafael Calderón Reig (H. General Alicante)
D^a Esperanza Martínez Parras (H. General Castellón)
D. José Luis Fabón Ballesterero (H. General Castellón)
D^a. Gema López-Menchero Mínguez (H. Ntra. Sra. de Gracia Zaragoza)
D. Manuel Roda Fernández (H. General Castellón)
D. Francisco Saurí López (H. General de Valencia)
D. Josep Arzo Selma (H. Provincial de Castellón)
D. Juan Francisco Galvez Ramos (Centro de Especialidades Puerto de Sagunto)

Coordinador del congreso:

D. Manuel Sastre Hernández (H. Sagunto)

COMITÉ CIENTÍFICO

cien2011@enfermeriaradiologica.org

Presidente:

D. Jorge Casaña Mohedo

Vocales:

D. Josep Cordero Ramajo (H. Germans Trias i Pujol Badalona)
D^a. M^a Ángeles Betelu Oronoz (Clínica U. Navarra - Pamplona)
D. Raúl Sánchez Jurado (Eresa - H. General Valencia)
D^a. Hipólita Hernández Mocha (H. Infantil La Fe Valencia)
D. José Manuel Sánchez Pérez (H. Povisa Vigo)

D^a. Marisa Miró Gómez (H. Provincial Castellón)
D. Rafael Iñigo Valdenebro (Eresa- H. General Valencia)
D^a. Milagros García Bagán (H. General Castellón)
D. José Ramón Ródenas Guaita (H. La Fe Valencia)
D. Jesús Galindo Blasco (H. Sagunto)
D. Ignacio Liarte Trias (H. Bellvitge)

Coordinador del congreso:

D. Manuel Sastre Hernández (H. Sagunto)

COMITÉ DE HONOR

Presidente de honor:

Su Majestad el Rey Don Juan Carlos I de España.

Vocales:

Molt Honorable Señor Don FRANCISCO CAMPS ORTIZ.
Presidente de la Generalitat Valenciana
Señora Doña LEIRE PAJÍN IRAOLA
Ministra de Sanidad y Política Social
Señora Don ANA BOTELLA GÓMEZ
Delegada del Gobierno en la Comunidad Valenciana
Honorable Señor Don MANUEL CERVERA TAULET.
Conseller de Sanitat

Excmo. Señor Don ALBERTO FABRA PART
Alcalde del Excmo. Ayuntamiento
Ilmo. Señor Don CARLOS FABRA CARRERAS
Presidente de la Diputación de Castellón
Ilmo. Señor Don VICENT CLIMENT JORDÀ.
Rector Universitat Jaime I
Ilmo. Señor Don MÁXIMO GONZÁLEZ JURADO
Presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España
Señor Don JAUME ROCA SANSANEDAS
Presidente SEER
Señor Don JOSÉ ANTONIO ÁVILA OLIVARES.
Presidente CECOVA
Señor Don FRANCISCO JAVIER PAREJA LLORENS.
Presidente del Colegio de Enfermería de Castellón



XV CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA RADIOLÓGICA CASTELLÓN 2011

FORMACIÓN CONTINUADA

Jueves 2 y Viernes 3 de Junio 2011

1.- TC Y RM: SU EVOLUCIÓN COMO HERRAMIENTA PARA LA INVESTIGACIÓN RADIOLÓGICA (Jueves 2, 9:30 h.)

Dr. D. Vicente Ballester Leiva.

Radiólogo Consorcio Hospital General Universitario-ERESA. Valencia.

2.- RADIOLOGÍA VASCULAR INTERVENCIONISTA: SUS PROCEDIMIENTOS Y LA ENFERMERÍA (Jueves 2, 11:30 h.)

Dr. D. José H. García Vila.

Jefe de Servicio de Radiología del Hospital General de Castellón.

3.- SEGUIMIENTO RADIOLÓGICO INTEGRAL DE UN CASO CLÍNICO: ADENOCARCINOMA DE PRÓSTATA (Jueves 2, 16:00 h.)

María Amparo Quilis Gimeno. *Supervisora Servicio de Radioterapia.*

Javier González Cervantes. *Supervisor Servicio de Radiología.*

Ana Perales Vila. *Supervisora Servicio de Medicina Nuclear
Instituto Valenciano de Oncología.*

4.- OSIRIX: SOFTWARE PARA EL POSTPROCESO DE IMAGEN DIGITAL MÉDICA (Jueves 2, 18:30 h.)

Rafael Forcada Martínez.

Director Comercial de Actualmed. Castellón.

**5.- MARCADORES FIDUCIALES EN EL TRATAMIENTO RADIOTERÁPICO DEL CÁNCER DE PRÓSTATA:
EVOLUCIÓN Y CUIDADOS.** (Viernes 3, 9:30 h.)

Laura León Pérez.

Enfermera Servicio de Radioterapia. Consorcio Hospital General Universitario-ERESA. Valencia.

6.- ESTUDIOS PET - TC CON BAJA DOSIS DE F18-FDG: IMPACTO DEL IMC (Viernes 3, 12:30 h.)

Raúl Sánchez Jurado.

Enfermero Servicio de Medicina Nuclear. Consorcio Hospital General Universitario-ERESA. Valencia.



**XV CONGRESO
NACIONAL DE
ENFERMERÍA
RADIOLÓGICA
CASTELLÓN 2011**

COMUNICACIONES ORALES

1ª Mesa. Jueves 2 de Junio 2011. 10:00h - 11:00h
Moderador: Dña. Inmaculada Montero Monterroso.

1.- MÉTODOS ALTERNATIVOS A LA SEDACIÓN DEL PACIENTE NO COLABORADOR O CLAUSTROFÓBICO EN RESONANCIA MAGNÉTICA.

Joaquín Bosque Hernández; Rubén Hinarejos Monleón.
ERESA Hospital La Fe, Hospital Clínico (Valencia).

2.- RESONANCIA MAGNÉTICA URGENTE

Rubén Hinarejos Monleón; Joaquín Bosque Hernández.
ERESA. Hospital Clínico; Hospital La Fe (Valencia).

3.- TRABAJO POR CONFIRMAR.

4.- TRABAJO POR CONFIRMAR.

1.- MÉTODOS ALTERNATIVOS A LA SEDACIÓN DEL PACIENTE NO COLABORADOR O CLAUSTROFÓBICO EN RESONANCIA MAGNÉTICA.

Joaquín Bosque Hernández; Rubén Hinarejos Monleón.
ERESA Hospital La Fe, Hospital Clínico (Valencia).

INTRODUCCIÓN:

Debido a sus características no invasivas, inocuidad y alta calidad de imagen, la resonancia magnética se ha convertido en uno de los procedimientos diagnósticos de elección en la práctica clínica diaria. Aun así, la RM es un procedimiento que provoca en el paciente una situación estresante debido a diversos factores tales como el desconocimiento de la prueba, tiempo de exploración y las características intrínsecas del imán (forma de tubo, ruido...) Por ello, para poder realizar la exploración disponemos de diversas herramientas eficaces sin llegar a la anestesia sedativa.

OBJETIVOS:

1. Disminución del número de pacientes que se realizan la exploración con anestesia.
2. Aumento del confort del paciente.
3. Disminución de efectos secundarios producidos por la medicación.
4. Mejora de la percepción del paciente hacia futuras resonancias magnéticas. Material y método: En la actualidad contamos con diversos métodos simples de distracción que a su vez mejoran de confort notablemente. Entre ellos destacan el uso de auriculares protectores con altavoces, sistemas de espejos, proyección de imágenes o pelotas antiestrés. Además, en esta comunicación presentaremos un estudio realizado con niños de 4 a 11 años en los que por mediación de sistemas audiovisuales conseguimos reducir la necesidad de anestesia sedativa en un 93% de los casos.

RESULTADOS:

Los resultados obtenidos dependen del tipo de paciente, de los motivos por los que no colabora y de la duración de la exploración. Se obtienen resultados muy favorables en paciente pediátrico ya que la principal causa de no colaboración es la imposibilidad de entretener al paciente para que permanezca inmóvil durante la exploración.

CONCLUSIÓN:

En la actualidad se disponen de diversos métodos que disminuyen la ansiedad del paciente a la vez que incrementan su colaboración ante una exploración por Resonancia Magnética. Consideramos que el personal de Enfermería desempeña un papel fundamental, ya que proporciona la información oportuna al paciente acerca del procedimiento. Por lo tanto, una información adecuada, un trato empático y el uso de medios alternativos son la mejor fórmula para disminuir el número de pacientes candidatos a sedación.

2.- RESONANCIA MAGNÉTICA URGENTE

Rubén Hinarejos Monleón; Joaquín Bosque Hernández.
ERESA. Hospital Clínico; Hospital La Fe (Valencia).

INTRODUCCIÓN:

La resonancia magnética gracias a su gran resolución tisular y elevada calidad de imagen se está convirtiendo cada vez más en un método de diagnóstico de elección para determinadas patologías de carácter urgente. Además, la mayor disponibilidad de equipos de RM en centros hospitalarios conlleva un incremento en la solicitud de este tipo de exploraciones

OBJETIVOS:

Dar a conocer indicaciones, contraindicaciones así como ventajas e inconvenientes de los estudios de resonancia magnética urgente. Mostar la labor de enfermería en RM durante la realización de un estudio por RM urgente.

METODOLOGÍA:

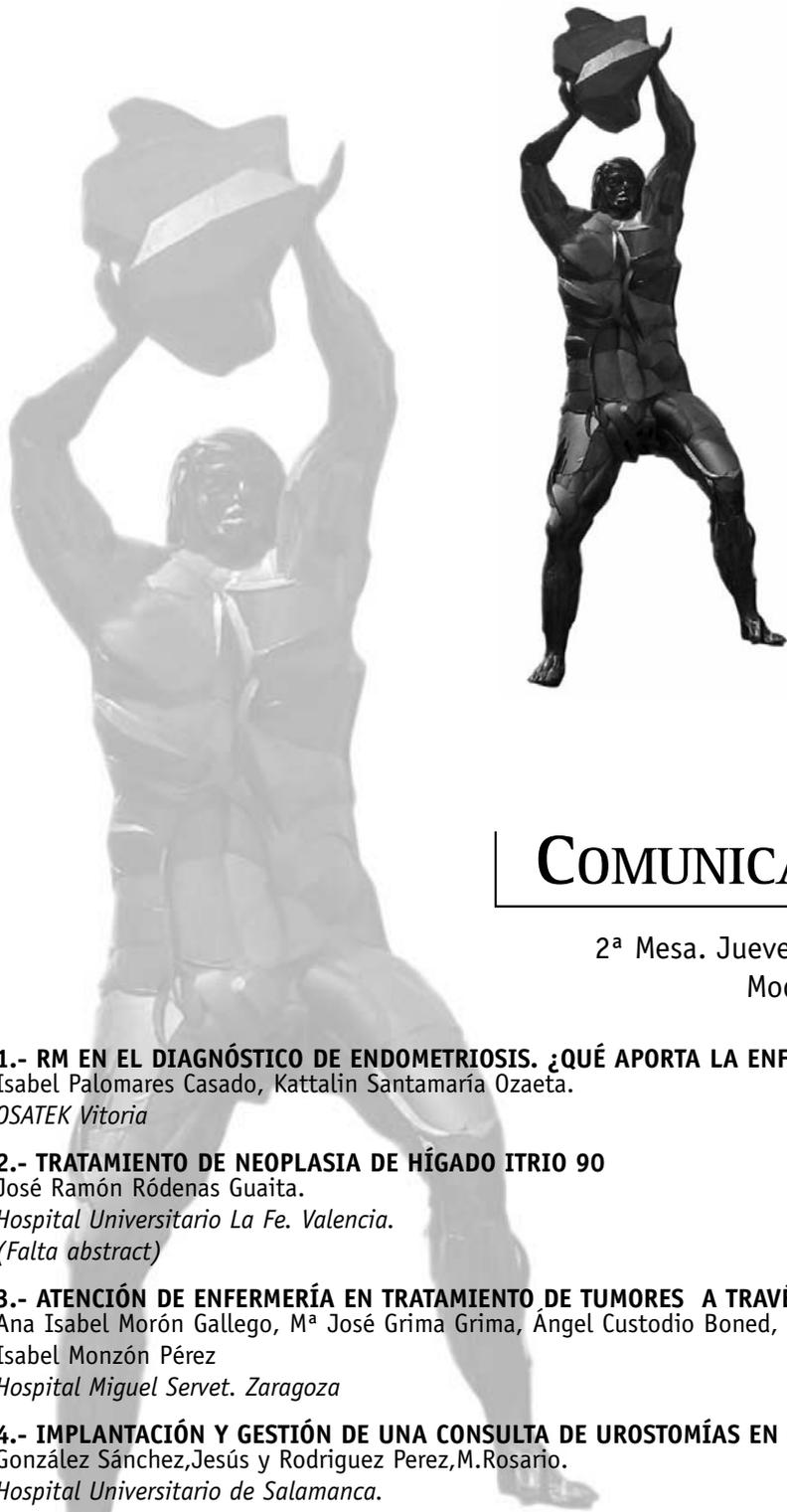
Actualmente las principales indicaciones de RM urgente son:

- Compresión medular (traumática, tumoral, infecciosa y vascular).
- Patología aórtica aguda con alergia al contraste yodado.- TEP en paciente con alergia al contraste yodado.
- Ictus cerebrales con repercusión clínica no visibles en TC.
- Embarazadas con patología abdominal o pélvica aguda no visible por ecografía.
- Fracturas óseas no aclaradas mediante Rx.
- Peticiones valoradas por facultativo solicitante y radiólogo.

Además en esta comunicación expondremos los resultados obtenidos en un estudio de investigación realizado sobre la incidencia de RM urgentes. Resultados: La RM urgente permite acortar el tiempo necesario para el diagnóstico, proporcionando un mejor pronóstico para el paciente, así como una mayor efectividad terapéutica. A pesar de sus múltiples ventajas la RM urgente tiene una serie de inconvenientes tales como la necesidad de una total colaboración por parte del paciente, tiempo elevado de adquisición de imágenes, importante coste económico y difícil accesibilidad en situaciones de emergencia ya que el material empleado (intubación, monitores...) debe ser no ferromagnético. El personal de enfermería desarrolla un trabajo importante en este tipo de estudios por dos motivos: en primer lugar este tipo de pacientes puede experimentar sensaciones de miedo y ansiedad debido al desconocimiento ante la prueba o por los futuros resultados de la misma. Por otro lado pueden ser pacientes en estado crítico que requieren del control y monitorización por parte del personal de enfermería.

CONCLUSIONES:

El aumento de la demanda de este tipo de exploraciones ha llevado a un mayor desarrollo de secuencias ultrarrápidas que permiten obtener imágenes diagnósticas en menor tiempo de adquisición. Cada vez será más importante el trabajo de enfermería en el desarrollo de este tipo de exploraciones.



XV CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA RADIOLÓGICA CASTELLÓN 2011

COMUNICACIONES ORALES

2ª Mesa. Jueves 2 de Junio 2011. 12:00h - 13:00h
Moderador: D. Gonzalo Maceira Galarza.

1.- RM EN EL DIAGNÓSTICO DE ENDOMETRIOSIS. ¿QUÉ APORTA LA ENFERMERÍA?

Isabel Palomares Casado, Kattalin Santamaría Ozaeta.
OSATEK Vitoria

2.- TRATAMIENTO DE NEOPLASIA DE HÍGADO ITRIO 90

José Ramón Ródenas Guaita.
Hospital Universitario La Fe. Valencia.
(Falta abstract)

3.- ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN TRATAMIENTO DE TUMORES A TRAVÉS DE LA RADIOFRECUENCIA.

Ana Isabel Morón Gallego, Mª José Grima Grima, Ángel Custodio Boned, Yolanda Elena Elena, Pedro Féllez, Fabregat, Isabel Monzón Pérez
Hospital Miguel Servet. Zaragoza

4.- IMPLANTACIÓN Y GESTIÓN DE UNA CONSULTA DE UROSTOMÍAS EN RADIOLOGÍA.

González Sánchez, Jesús y Rodríguez Pérez, M. Rosario.
Hospital Universitario de Salamanca.

5.- PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO EN DEFECOGRAFÍA.

Mañes Pitarch, Gemma; Romero, Sebastiana.
Consortio Hospitalario Provincial de Castellón.

1.- RM EN EL DIAGNÓSTICO DE ENDOMETRIOSIS. ¿QUÉ APORTA LA ENFERMERÍA?

ISABEL PALOMARES CASADO, KATTALIN SANTAMARIA OZAETA
OSATEK VITORIA

INTRODUCCIÓN:

La Endometriosis se define como la presencia de tejido endometrial funcional fuera de la cavidad endometrial y miometrio, como resultado de un fenómeno fisiológico llamado menstruación retrógrada, con causas multifactoriales y que afecta a un 7-10% de mujeres en edad gestacional. La Resonancia Magnética (RM) toma un papel importante tanto en el diagnóstico como en la evaluación preoperatoria, teniendo en cuenta su alta sensibilidad y especificidad en la identificación de lesiones y extensión de éstas.

OBJETIVOS:

Mostrar la metodología empleada en la realización de estudios de RM para diagnóstico y evaluación de Endometriosis, así como el papel de Enfermería en este proceso.

MATERIAL Y MÉTODO:

Estudio retrospectivo de pruebas realizadas en un equipo de 1,5 Teslas y antena body array, entre los años 2009 y 2010. Fue analizada la información disponible sobre: motivo de exploración, edad, sexo y calidad de los resultados obtenidos. Las pacientes tuvieron que realizar una preparación previa a la prueba, se les administró un agente espasmolítico y se les introdujo gel ecográfico vía vaginal y rectal. Secuencias de RM utilizadas: TSE T2, T1 y T1 con saturación grasa en planos axiales y sagitales. En algunos casos fue utilizado agente de contraste para mejorar el resultado del estudio.

RESULTADOS:

Se revisaron datos de 17 exploraciones, mujeres de edades comprendidas entre 26 y 49 años. La RM permitió evaluar áreas poco accesibles con otras pruebas diagnósticas, y obtuvo una buena caracterización de los tejidos gracias a la utilización de cortes multiplanares. Una buena metodología de trabajo al realizar la prueba de RM hizo posible obtener imágenes óptimas y con ello lograr buenos diagnósticos. El personal de Enfermería tomó un papel importante tanto en la preparación previa, como en la realización de la prueba, al estar capacitado para tener en cuenta aspectos personales del paciente, y poseer conocimientos tanto técnicos como de patología y anatomía necesarios para la realización de la misma.

CONCLUSIONES:

Es necesario tener una buena metodología y una buena técnica de trabajo a la hora de realizar estudios de RM para el diagnóstico de Endometriosis. La presencia del personal de Enfermería es importante para la planificación y ejecución de la técnica de RM en el estudio de Endometriosis al aportar los conocimientos necesarios para una correcta realización de la misma.

3.- ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN TRATAMIENTO DE TUMORES A TRAVÉS DE LA RADIOFRECUENCIA.

Ana Isabel Morón Gallego, M^a José Grima Grima, Ángel Custodio Boned, Yolanda Elena Elena, Pedro Féllez, Fabregat, Isabel Monzón Pérez
Hospital Miguel Servet. Zaragoza

INTRODUCCIÓN:

La Termoablación por Radiofrecuencia, a veces denominada ARF, es una de las herramientas utilizadas para el tratamiento de tumores (hepáticos, óseos) siendo un método mínimamente invasivos para eliminar tumores en órganos como el hígado. Esta técnica se vale de la ayuda de métodos de imágenes como la ecografía o la Tomografía computada para llegar hasta el tumor y colocar una o varias agujas especiales que consiste en un electrodo que se deja dentro de la lesión. Luego se pasa una corriente de Radiofrecuencia a través del electrodo para calentar el tumor que englobado por esta aguja y así eliminarlo. El calor de la energía de Radiofrecuencia además cierra los pequeños vasos sanguíneos, lo que reduce el peligro de sangrado. El personal de enfermería debe proporcionar cuidados tanto antes, durante y después de la radiofrecuencia, ayuda en la sedación para controlar el dolor y realizar un plan de cuidados durante todo el proceso.

OBJETIVOS:

Conocer la técnica de tratamiento de tumores hepáticos y óseos a través de la radiofrecuencia que se realiza en una sala de radiodiagnóstico. Saber sus ventajas e inconvenientes. La necesidad de un plan de cuidados y atención de enfermería por el uso de sedación y analgesia para poder llevar a cabo correctamente el tratamiento. Realizar un plan de cuidados hasta que el paciente es dado de alta.

MATERIAL Y MÉTODO:

Población diana Pacientes con tumores hepáticos u óseos que por el tamaño o localización es susceptible de radiofrecuencia antes o en vez de cirugía.

Equipo de radiofrecuencia. Ecógrafo o escáner para localizar la lesión. Material necesario para la aplicación: agujas diversas de uno varios polos, electrodos de toma de tierra, agua para refrigeración, hielo para refrigeración, paños verdes estériles, anestesia localo Material para la inducción a la sedación: farmacológico, gafas de oxígeno, fluidoterapia, control de frecuencias cardíaca, pulsiosímetro... Control de la coagulación previa.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES:

La Termoablación por Radiofrecuencia es un tratamiento eficaz para cáncer de hígado primario (hepatocarcinomas) o metastásico en pacientes seleccionados a quienes no conviene operar. En la literatura se informa que más de la mitad de los tumores hepáticos tratados con Termoablación por Radiofrecuencia no han reaparecido.

4.- IMPLANTACIÓN Y GESTIÓN DE UNA CONSULTA DE UROSTOMÍAS EN RADIOLOGÍA

González Sánchez, Jesús y Rodríguez Pérez, M. Rosario.
Hospital Universitario de Salamanca

INTRODUCCIÓN:

Los pacientes cistectomizados con derivaciones urológicas realizadas, especialmente las urostomías, requieren un apoyo y ayuda de enfermería en los meses posteriores a la intervención. Los pacientes portan catéteres urológicos que hay que cambiar con radioscopia, tienen problemas con los dispositivos colectores de orina, complicaciones con los estomas, adaptación a la nueva forma de eliminación de la orina, etc... lo que requiere un plan de cuidados enfermeros.

OBJETIVOS:

Se implanta la consulta enfermera de urostomías para:
-Cambiar los catéteres uretrales en la urostomías.
-Adiestrar al paciente y familia en el manejo de los dispositivos urinarios.
-Evaluar el estado de la piel periestomal y tratar su deterioro.
-Detectar complicaciones en las urostomías y orientar para su solución.
-Ser referencia y apoyo externo para el paciente y sus cuidadores.

MATERIAL Y MÉTODO:

-Sala de radiología con escopia y pedales que permiten el trabajo a pie de tubo.
-Tiempo de consulta 45' por paciente -5 pacientes .dos días a la semana.
-Materiales necesarios para los cambios de los catéteres: Catéteres, guías, contrastes, equipos estériles de bateas, etc.
1ª Consulta:
- Se realiza una historia de enfermería del paciente: Datos personales, Urólogo de referencia, tipo de intervención, complicaciones, quien le cuida, capacidad de autocuidado, valoración de la piel periestomal inicial, nivel de adiestramiento en el manejo de la urostomía, etc....-Se cambian los catéteres uretrales...-Se le dan pautas a seguir para el cuidado de su urostomía.
Sucesivas consultas: -Valorar posibles complicaciones,.
-Cambio de catéteres uretrales,.
-Dar pautas para el cuidado o solución de complicaciones posibles. Se crea la web de apoyo www.urostomias.es

RESULTADOS:

257 pacientes atendidos
-Complicaciones: Dermatitis 38% de distinto nivel; Granulomas 9% Obstrucciones de cateteres 13%; retiradas accidentales 2,1%; Fugas de orina por deficiente sellado 26%; Otras 3%

CONCLUSIONES:

La consulta de enfermería en urostomías en un servicio de radiología es de vital importancia para los cuidados integrales de estos pacientes. Solo en radiología se pueden cambiar con seguridad los catéteres urológicos y no solo la enfermera debe realizar esta actividad sino la atención integral a estos pacientes y sus cuidadores o familia.

5.- PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO EN DEFECOGRAFÍA.

Mañes Pitarch, Gemma; Romero, Sebastiana.
Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón

INTRODUCCIÓN:

La defecografía es la técnica radiológica para el estudio dinámico del acto de la defecación; mediante ésta técnica es posible determinar los cambios anatómicos y funcionales del recto y el ano así como los movimientos del suelo pélvico Se realiza mayoritariamente en mujeres que presentan prolapso genital, incontinencia o estreñimiento resistente al tratamiento farmacológico, consecuencia del debilitamiento del suelo pélvico por factores como la edad, múltiples partos. Se pretende hacer un diagnóstico diferencial entre patologías funcionales (trastornos del peristaltismo) y anatómicas (enteroceles, rectoceles, sigmoidoceles) complementando otras exploraciones como la exploración manual del suelo pélvico, manometría, electromiografía, estudio del tránsito colónico con marcadores, ecografía, RNM,...

OBJETIVOS:

De la exploración: diagnóstico diferencial De enfermería:
-Crear un plan de cuidados estandarizado para la realización de la exploración con el fin de unificar criterios.
-Minimizar riesgos: Disminuir la dosis efectiva

MATERIAL Y MÉTODO:

cámara, contraste, silla radiotransparente...
1-PREVIO A LA EXPLORACIÓN: Información a la paciente y entrega consentimiento informado. Preparación del contraste. Preparación del paciente (en domicilio y en sala de exploración).
2-EXPLORACIÓN: Administración de pasta baritada vía rectal y adquisición de imágenes durante el acto de la defecación.
3-DESPUÉS DE LA EXPLORACIÓN Recogida material, registro de incidencias y actividades de enfermería. Plan de cuidados estandarizado: Para la realización del Plan de Cuidados utilizamos la taxonomía NN. Realizamos la valoración de la paciente según los patrones funcionales de salud de Gordon, la selección de etiquetas diagnósticas NANDA, complicaciones potenciales del proceso clínico (CPC), resultados NOC e intervenciones NIC así como un listado de interrelaciones NANDA/CPC-NOC-NIC.

CONCLUSIONES:

La defecografía permite un diagnóstico diferencial claro y la elección del tratamiento más adecuado. La defecografía mediante radiología convencional ofrece ventajas con respecto a la defecografía mediante RNM La realización de un plan de cuidados estandarizado y su registro permite disminuir la variabilidad de las intervenciones, dar a conocer nuestro trabajo y dar continuidad a la atención del paciente.



**XV CONGRESO
NACIONAL DE
ENFERMERÍA
RADIOLÓGICA
CASTELLÓN 2011**

COMUNICACIONES ORALES

3ª Mesa. Jueves 2 de Junio 2011. 13:00h - 14:00h
Moderador: Dña. M^o Ángeles Betelu Oronoz

1.- EVOLUCIÓN DE LOS REGISTROS DE ENFERMERIA RADIOLOGIA: DE LA CREACION A LA INFORMATIZACION.

Victor Manuel Perez Cortijos, Nuria Dolores Ayala Fernandez, Isabel M^aGarcia Rodriguez, Ana Lopez Lopez, Cristina Quijada Salmeron, Rogelio Esteban Oller, Jose Villalba Crrasco, Juan Jose Tomas Lopez.
Hospital General Universitario Rafael Mendez. Lorca.

2.- ESTRATEGIAS UTILIZADAS PARA REDUCIR LA RADIACIÓN EN LA CORONARIOGRAFIA TC POR TRASPLANTE CARDIACO.

Yarnoz Ruiz, Rosa. Sanz Fernandez, M^a Concepción. Morral Labat, Elena. Erice Echeverría, M^a Elena. León Ordoñez, Ana.
(Falta abstract)

3.- ATENCIÓN INTEGRAL AL PACIENTE QUE SE VA A REALIZAR UNA CARDIO-RESONANCIA MAGNÉTICA DE ESTRÉS CON ADENOSINA.

Betelu Oronoz, María Ángeles; Nuin Bidegain, Mari Carmen; Azcona Asurmendi, María Asunción; Navascués Arroyo, Inmaculada; Arriazu Enrique, Pilar; García Arregui, Mariví.
Clínica Universitaria de Navarra

4.- NEONATOS Y MANIPULACION MINIMA EN RADIODIAGNOSTICO. ACTUACION DE ENFERMERIA.

Angel C. Boned Galán; María José Grima Grima; Ana Isabel Morón Gallego; Ana Sánchez Arnás; Pilar Maestro Peña; Carmen Fleta Gimeno.
Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

1.- EVOLUCIÓN DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA RADIOLOGÍA: DE LA CREACIÓN A LA INFORMATIZACIÓN.

Victor Manuel Perez Cortijos, Nuria Dolores Ayala Fernandez, Isabel M^a Garcia Rodriguez, Ana Lopez Lopez, Cristina Quijada Salmeron, Rogelio Esteban Oller, Jose Villalba Carrasco, Juan Jose Tomas Lopez

Hospital General Universitario Rafael Mendez.

INTRODUCCIÓN:

El Área de Salud de Lorca, se ha convertido en pionero de la implantación de un Registro de Enfermería informatizado en el Servicio de Radiodiagnóstico del Hospital Rafael Mendez de Lorca, donde se considera que la calidad asistencial debe ser un objetivo primordial. Para ello, se deben utilizar todos los recursos disponibles para mejorarla.

OBJETIVOS:

Describir el proceso de implantación del Registro de Enfermería Radiológica en el Servicio de Radiodiagnóstico del H.G.U. Rafael Méndez de Lorca, con el fin de cumplir con la responsabilidad jurídica y moral, mejorar la asistencia sanitaria, la seguridad de los pacientes, investigar, formar y gestionar, mejorar la calidad científico-técnica, unificar lenguaje y asegurar la continuidad de los cuidados.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio Descriptivo Retrospectivo de la implantación del proceso Registro de Enfermería Radiológica. En el 2000 se implantó en el servicio un registro de Enfermería en formato papel que ha ido evolucionando y adaptándose a nuevas necesidades y que culmina en el año 2010 incluyéndolo en la base de datos del Hospital, mediante su integración en el programa informático SELENE; para ello se realizaron varias reuniones con los distintos responsables, una encuesta a los profesionales para determinar las diversas variables: nivel de cumplimentación de los apartados del registro, que resultan más deficitarios en cuanto a utilidad y cumplimentación, percepción del personal de enfermería, apartados que son considerados más útiles o importantes según los profesionales, diferencias en la percepción de utilidad y cumplimentación, opciones de modificación del actual registro según las opiniones de los profesionales.

RESULTADOS:

Se ha obtenido un registro informatizado en el que se cumplimenta antes de realizar la prueba: datos personales, constantes, zona a explorar, consentimiento informado, valoración de enfermería por patrones funcionales, alergias, enfermedades crónicas y/o quirúrgicas, tratamiento farmacológico.

Tras la prueba se registra: La vía de administración y tipo del contraste, tolerancia e informe de alta

CONCLUSIONES:

La protocolización informática del registro de enfermería en el servicio de radiodiagnóstico mejora la realización de la prueba, la continuidad de cuidados durante todo el proceso asistencial, aumenta la seguridad de los pacientes, así como el registro de datos, tan importantes para la realización de trabajos de investigación posteriores.

3.- ATENCIÓN INTEGRAL AL PACIENTE QUE SE VA A REALIZAR UNA CARDIO-RESONANCIA MAGNÉTICA DE ESTRÉS CON ADENOSINA.

Betelu Oronoz, María Ángeles; Nuin Bidegain, Mari Carmen; Azcona Asurmendi, María Asunción; Navascués Arroyo, Inmaculada; Arriazu Enrique, Pilar; García Arregui, Mariví.

Clínica Universitaria de Navarra

INTRODUCCIÓN:

La cardio-resonancia magnética con adenosina es una técnica no invasiva que permite obtener imágenes del paso del contraste a través del miocardio en respuesta a un estrés previamente provocado con la adenosina. Esta prueba diagnóstica exige la colaboración del paciente en unas circunstancias en las que puede estar sometido a una ansiedad muy elevada y que dificultan mucho esa colaboración. Además, a pesar de los continuos avances en esta técnica, no existe todavía una bibliografía adecuada que recoja la actuación de cuidados de enfermería en dicho procedimiento

OBJETIVOS:

En el presente trabajo se pretende definir el rol de enfermería en el cuidado integral de un paciente que se somete a esta prueba.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se ha llevado a cabo una valoración cualitativa de las necesidades que puede presentar un paciente que se somete a esta prueba antes, durante y después de esta exploración. Se ha analizado también la técnica y sus medios empleados y sus posibles efectos en el paciente que acude a realizarse dicha prueba. En concreto, la calidad de las imágenes obtenidas y a la postre del diagnóstico, se ven a menudo comprometidas si la colaboración del paciente no es adecuada.

CONCLUSIONES:

Los avances de la técnica se sucedan cada vez más y más deprisa y forma parte de la enfermería el desarrollar unos cuidados específicos para cada nuevo avance que surja. A pesar de la seguridad de esta técnica, el empleo de la adenosina requiere un control exhaustivo del paciente y de sus constantes vitales. El papel de la enfermería en este caso es imprescindible para la obtención de un diagnóstico preciso garantizando el confort del paciente.

4.- NEONATOS Y MANIPULACION MINIMA EN RADIODIAGNOSTICO. ACTUACION DE ENFERMERIA

Angel C. Boned Galán; María José Grima Grima; Ana Isabel Morón Gallego; Ana Sánchez Arnás; Pilar Maestro Peña; Carmen Fleta Gimeno.

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

INTRODUCCIÓN:

La manipulación mínima consiste en un conjunto de medidas que se establecen en la unidad de neonatología con el fin de atender a los recién nacidos prematuros o gravemente enfermos, en las condiciones optimas, minimizando y agrupando las actuaciones, respetando su derecho al descanso y evitando complicaciones esperadas ó sobreañadidas.

OBJETIVOS:

Hacer extensivos los Cuidados Centrados en el Desarrollo y la Familia (dentro de los cuales se encuentra la manipulación mínima), del neonato al Servicio de Radiodiagnóstico. Dichos cuidados se realizan de forma rutinaria en países europeos y EEUU desde hace bastantes años

MATERIAL Y MÉTODOS:

METODOLOGIA POBLACION DIANA Deben aplicarse durante los primeros 7 días de vida y posteriormente individualizarse según el estado del niño con especial atención a recién nacido pretérmino menor de 32 semanas de gestación y/o menor de 1500 gr de peso y extensible a los RN de maternidad.

MATERIAL Y METODO

- Características especiales del neonato prestando especial atención a los grandes prematuros.
- Valoración del dolor (escala PIPP) y tratamiento farmacológico y no farmacológico
- Intervenciones dirigidas a controlar el macroambiente
- Intervenciones dirigidas a controlar el microambiente

RESULTADOS Y CONCLUSIONES:

El niño y sus necesidades pasan a ser el centro de nuestra atención y cuidados como personal de enfermería en el Servicio de Radiodiagnóstico.

- Las medidas no farmacológicas son eficaces en el tratamiento del dolor leve-moderado y como coadyuvantes en cuadros más intensos.
- En nuestra mano está hacer uso de estas medidas para minimizar el estrés que sufre el RN enfermo y obtener numerosos beneficios físicos, emocionales y psicológicos que repercutirán en la vida futura del niño.



**XV CONGRESO
NACIONAL DE
ENFERMERÍA
RADIOLÓGICA
CASTELLÓN 2011**

COMUNICACIONES ORALES

4ª Mesa. Jueves 2 de Junio 2011. 16:40h - 18:00h
Moderador: D. Josep Cordero Ramajo

1.- IMPACTO DE LA BARRERA LINGÜÍSTICA EN EL ENTORNO ASISTENCIAL DE CDIC.

MERCÈ ORDOVÁS JAQUÉS, RAQUEL CRESPO CALVO, IGNACIO LIARTE TRIAS, ILDEFONSO MENDO CATALA, MANEL TANTULL, PEDRO SANZ. *CORPORACIÓ SANITÀRIA CLÍNICA*

2.- SEGUIMIENTO Y CONTROL TELEFÓNICO DE LA EXTRAVASACIÓN DE CONTRASTE EN PACIENTES AMBULANTES TRAS REALIZACIÓN DE TAC.

Francisco Javier López Romero (1º autor) Isabel González Álvarez, Mónica García, Juan Luís Zaragoza Fernández, Juana Mª Pérez Resano, Teresa López Barberan.
Hospital Universitario San Juan de Alicante

3.- UTILIDAD DE UNA HOJA DE ENFERMERÍA PARA LA DETECCIÓN DE PACIENTES CON RIESGO DE NEFROTOXICIDAD AL CONTRASTE YODADO.

Nuria Cantos Delegido, Miguel Ángel Such Martínez, Dr. Juan Arenas Jiménez, Teresa Meléndez Cortijo, Miriam Beltra Vilchez, Salvador Adsuar Sempere.
Servicio de Radiología del Hospital General Universitario de Alicante. Sección TC. Hospital General Universitario de Alicante.

4.- INFLUENCIA DE LAS MATRICES DE FASE Y FRECUENCIA EN LA CALIDAD DE IMAGEN EN RM: ARTEFACTOS DE PULSATILIDAD.

Javier Gutiérrez de Rozas Astigarraga. Manuel Campo Viadero.
Universitari Marqués de Valdecilla, Santander.

5.- LISTA DE VERIFICACIÓN (CHECKLIST) PARA EL ANÁLISIS DE LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN PREVIA A LA REALIZACIÓN DE UNA TAC CONTRASTADA.

Francisco Javier López Romero (1º autor), Juan Luís Zaragoza Fernández, Juana Mª Pérez Resano, Teresa López Barberan, Ana Miró Juan, María Ribera Coves.
Hospital Universitario San Juan de Alicante

6.- PROCEDIMIENTO PARA LA PROTECCIÓN DE LAS TRIPULACIONES DE VUELO DE LAS RADIACIONES IONIZANTES.

Juan Antonio Zumajo Galdón.
Unidad de Medicina Aeronáutica IBERIA Líneas Aéreas.

1.- IMPACTO DE LA BARRERA LINGÜÍSTICA EN EL ENTORNO ASISTENCIAL DE CDIC

MERCÉ ORDOVÁS JAQUÉS, RAQUEL CRESPO CALVO, IGNACIO LIARTE TRIAS, ILDEFONSO MENDO CATALA, MANEL TANTULL, PEDRO SANZ.

CORPORACIÓ SANITÀRIA CLÍNICA

INTRODUCCIÓN:

Este trabajo surge de la necesidad de identificar las barreras y los instrumentos facilitadores para desarrollar una adecuada actividad enfermera en el CDIC, en un contexto poblacional de referencia con rasgos multiculturales que plantean problemas de barrera idiomática.

OBJETIVOS:

Definir los instrumentos para mejorar el trabajo enfermero, crear documentos adaptados lexicográficamente, que representen las indicaciones necesarias para llevar a cabo el protocolo de obtención de imágenes diagnósticas.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realiza un estudio retrospectivo, entre el 1-10-2010 al 30-11-2010, en el que se incluyeron 979 pacientes de entre 2 meses y 86 años de edad. La recogida de información se lleva a cabo en la Consulta de Enfermería CDIC presencialmente, por teléfono y en el Servicio Medicina Nuclear durante la realización de técnicas de imagen y/o administración de terapias. Se elabora un registro plurilingüístico lexicográfico, así como unos grafismos (viñetas) adaptados a un contexto infantil. Durante el proceso se identificaron fases críticas de barrera idiomática que afectaban a un 35'56% de la población que dificultaron la comunicación en: anamnesis del paciente, recomendaciones pre-exploración y/o tratamiento, realización de las pruebas diagnósticas, comprensión de los cuidados enfermeros y de las recomendaciones al alta.

RESULTADOS:

Mediante intervenciones poco costosas como la elaboración de un registro plurilingüístico lexicográfico mejoramos el proceso asistencial en el CDIC, garantizamos la correcta utilización de los recursos invertidos y la obtención imagen diagnóstica. La población que presentaba barrera idiomática en el servicio fue 34 personas. En el caso de lactantes, la barrera idiomática se la hemos asignado al cuidador principal.

CONCLUSIONES:

Las intervenciones enfermeras permitieron trabajar con un mayor grado de confort para el paciente: disminuir el grado de ansiedad en pacientes y cuidadores principales, asegurándonos de la comprensión de la información facilitada, reduciendo el tiempo de exploración, por mayor colaboración, el número de exploraciones no realizadas o repetidas ha disminuido y mejorando la utilización de los recursos.

2.- SEGUIMIENTO Y CONTROL TELEFÓNICO DE LA EXTRAVASACIÓN DE CONTRASTE EN PACIENTES AMBULANTES TRAS REALIZACIÓN DE TAC.

Francisco Javier López Romero (1º autor) Isabel González Álvarez, Mónica García, Juan Luís Zaragoza Fernández, Juana Mª Pérez Resano, Teresa López Barberan.

Hospital Universitario San Juan de Alicante.

INTRODUCCIÓN:

La administración de contraste intravenoso en un servicio de radiología para la realización de tomografía axial computarizada implica un riesgo para nuestros pacientes. Siendo el grado de extravasación indicador de calidad de la atención prestada, se hace necesario la identificación, análisis, evaluación y control del riesgo como proceso de mejora continua de la calidad.

OBJETIVOS:

Reducir la incidencia y gravedad del efecto adverso derivado de la administración de contraste yodado. Valorar la eficacia del tratamiento empleado mediante el seguimiento en la evolución de la extravasación.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Registro de la extravasación de contraste yodado, mediante instrumento diseñado y validado a tal fin. Análisis ACR-causa raíz de la extravasación. Seguimiento de las extravasaciones en los pacientes ambulatorios mediante entrevista telefónica a las 24 horas de evolución. Nueva consulta telefónica a las 48h/derivación al servicio de urgencias si mala evolución. Variables a estudio de la entrevista telefónica: evolución de la extravasación, sintomatología, grado de incapacidad funcional y seguimiento del tratamiento prescrito.

RESULTADOS:

(Resultados preliminares) Se realizó el seguimiento de 87 extravasaciones en un periodo comprendido de 5 años (2006-2010), lo que supone más del 90% de las extravasaciones registradas de pacientes ambulatorios. La mayoría de los pacientes entrevistados refirieron buena evolución en la entrevista telefónica a las 24 horas de evolución. Un amplio porcentaje superior al 85% manifestaron disminución de la tumefacción, edema y dolor. Porcentaje similar no declara incapacidad funcional, ni precisa de analgesia a las 24 horas de evolución. Prácticamente la totalidad de los pacientes entrevistados (más del 95%) siguieron el tratamiento prescrito. En los pacientes con evolución desfavorable (inferior al 15% del total) un mínimo porcentaje precisó de reingreso por servicio de urgencias, siendo el seguimiento por el médico de cabecera la opción de tratamiento mayoritaria.

CONCLUSIONES:

Conocer la reacción alérgica en nuestro medio nos ayuda a un mejor control de la misma. Y un mejor control nos permite disminuir el riesgo en nuestros pacientes. El seguimiento de la extravasación es esencial para valorar la eficacia del tratamiento empleado. El análisis de los datos obtenidos gracias a nuestros registros permite la aplicación de acciones de mejora en nuestro proceso, siguiendo el ciclo de mejora continua de la calidad.

3.- UTILIDAD DE UNA HOJA DE ENFERMERÍA PARA LA DETECCIÓN DE PACIENTES CON RIESGO DE NEFROTOXICIDAD AL CONTRASTE YODADO.

Nuria Cantos Delegido, Miguel Ángel Such Martínez, Dr. Juan Arenas Jiménez, Teresa Meléndez Cortijo, Miriam Beltra Vilchez, Salvador Adsuar Sempere.

Servicio de Radiología del Hospital General Universitario de Alicante. Sección TC. Hospital General Universitario de Alicante.

INTRODUCCIÓN:

Los contrastes yodados son utilizados con creciente frecuencia en la realización de gran número de pruebas radiológicas. Entre los principales efectos secundarios de estos contrastes se encuentran la nefrotoxicidad.

Pudiendo provocar insuficiencia renal en los pacientes a los que se les ha administrado con una tasa de alrededor del 5%. Este problema constituye una causa frecuente de morbimortalidad en el ámbito hospitalario. Son numerosos los factores de riesgo asociados a esa nefropatía inducida por el contraste (NIC), entre los que destacan especialmente la alteración preexistente de la función renal. Entre las actitudes preventivas la hidratación antes y después de la administración del contraste y tal vez la N-acetilcisteína antes de la prueba son los medios preventivos más comúnmente aceptados. Por tanto, el conocimiento de los factores de riesgo de NIC con anterioridad a la prueba es clave para la puesta en marcha de estas actitudes preventivas. En este contexto, nos planteamos la realización de un estudio prospectivo para analizar el impacto de la realización de una entrevista de enfermería previa a la realización de una TC con contraste, en pacientes ingresados en el hospital.

OBJETIVOS:

Analizar la frecuencia con la que la realización de una entrevista de enfermería detecta riesgo de NIC en pacientes ingresados en el hospital a los que se les va a realizar una TC con contraste.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se recogieron desde Enero hasta Agosto 2010 de forma prospectiva 947 pacientes hospitalizados a los que se iba a someter a un estudio de TC con uso de contraste yodado. A todos los pacientes se les rellenó, 24 horas antes de la prueba, una hoja de enfermería en la que constaba, entre otros datos, características antropométricas del paciente, antecedentes de reacciones alérgicas, los valores de creatinina sérica y la existencia de otros factores de riesgo de nefrotoxicidad inducida por contraste. Se consideraron pacientes de riesgo aquellos que presentaban elevación de los niveles de creatinina sérica.

RESULTADOS:

Del total de 947 pacientes, 231 presentaron una elevación de la creatinina sérica representando el 24.4 % de los enfermos valorados.

CONCLUSIONES:

La hoja de enfermería para detectar pacientes con riesgo de nefrotoxicidad detecta un porcentaje significativo de pacientes hospitalizados con elevación de creatinina sérica.

4.- INFLUENCIA DE LAS MATRICES DE FASE Y FRECUENCIA EN LA CALIDAD DE IMAGEN EN RM: ARTEFACTOS DE PULSATILIDAD.

Javier Gutiérrez de Rozas Astigarraga. Manuel Campo Viadero. *Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander (Cantabria)*

OBJETIVOS:

demostrar que la correcta utilización en resonancia magnética (RM) de los parámetros "matriz de fase" y "matriz de frecuencia", conociendo que los artefactos de pulsatilidad, siguen la dirección de la matriz de fase influyen decisivamente en la calidad diagnóstica de las exploraciones

MATERIAL Y MÉTODOS:

Equipo 1.5 T Signa MR Unit (G.E. Medical Systems Milwaukee Wis). Mediante la presentación iconográfica de varios casos de estudios RM realizados en nuestra Unidad explicaremos de forma descriptiva cómo influye en la calidad de las imágenes y por tanto en el ulterior diagnóstico sobre las lesiones a estudio, la presencia de artefactos pulsátiles en función de cómo haya sido seleccionado por el enfermero de RM los parámetros de "matriz de fase" y "matriz de frecuencia" en los distintos planos de imagen (sagital, coronal y axial) sabiendo que dichos artefactos siguen la dirección de la matriz de fase. Resultado (discusión): Es evidente que saber utilizar adecuadamente la "matriz de fase" y la "matriz de frecuencia" en cada uno de los planos anatómicos para obtener las mejores secuencias de imagen posible es responsabilidad del enfermero que realiza un estudio RM. Debemos ser conscientes que los artefactos de pulsatilidad vascular, peristaltismo y movimiento respiratorio influyen negativamente en la calidad de imagen y ya que no es posible eliminarlos, sobre todo en determinado tipo de secuencias (T2), será nuestra obligación saber usar correctamente y de la manera más óptima estos parámetros para minimizar, en la medida de lo posible, los artefactos que generan en las imágenes RM.

CONCLUSIONES:

La correcta utilización de los parámetros de fase y frecuencia en resonancia magnética es fundamental para obtener mejores imágenes diagnósticas. Es responsabilidad del enfermero RM tener los conocimientos y habilidades necesarios para manejar correctamente el equipo y obtener el máximo rendimiento de las exploraciones. Varios parámetros influyen en la obtención de imágenes de alta calidad diagnóstica en RM pero uno de ellos que influye de manera decisiva es la "Fase" y la "Frecuencia".

5.- LISTA DE VERIFICACIÓN (CHECKLIST) PARA EL ANÁLISIS DE LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN PREVIA A LA REALIZACIÓN DE UNA TAC CONTRASTADA

Francisco Javier López Romero (1º autor), Juan Luís Zaragoza Fernández, Juana Mª Pérez Resano, Teresa López Barberan, Ana Miró Juan, María Ribera Covas.

Hospital Universitario San Juan de Alicante.

INTRODUCCIÓN:

La administración de contraste intravenoso en un servicio de radiología para la realización de tomografía axial computarizada implica un riesgo para nuestros pacientes. Una correcta anamnesis e información por parte del personal de enfermería o médico solicitante al respecto reduce la posibilidad de efecto adverso por reacción al contraste, o minimiza sus efectos. Se hace necesario la identificación, análisis, evaluación y control de dicha información como proceso de mejora continua de la calidad.

OBJETIVOS:

Valorar la información/anamnesis que reciben nuestros pacientes en relación a la administración de contraste yodado. Reducir la incidencia y gravedad del efecto adverso derivado de la administración de contraste yodado.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Elaboración del instrumento para valoración de la información proporcionada al paciente por parte del personal de enfermería en radiología el día de la cita para la exploración (Checklist). Entrevista dirigida + cumplimentación de checklist por parte del personal de enfermería encargado de la atención al paciente previa a la realización de TAC contrastada. Variables estudiadas: Procedencia del paciente, historial de reacciones previas al contraste yodado, historial de reacciones medicamentosas/ alimenticias, historial de hipersensibilidad previa (asma, diabetes), enfermedad cardíaca, renal y/o tiroidea, tratamiento con metformina en diabéticos.

RESULTADOS:

Los resultados preliminares analizados indican una gran disparidad de la cantidad y calidad de la información proporcionada según el área de procedencia del paciente (consultas externas, centro de especialidades, pacientes ingresados en el centro). La tendencia generalizada es a la reducción/omisión en la información previa y anamnesis de los factores de riesgo.

CONCLUSIÓN:

El control de la información proporcionada al paciente el día de la exploración mediante checklist es esencial para disminuir el riesgo de reacción adversa, siendo un filtro o barrera más en la reducción del efecto adverso. Conocer dicha información nos ayuda al control de la reacción adversa. Un mejor control nos permite disminuir el riesgo en nuestros pacientes. El análisis de los datos obtenidos gracias a nuestros registros permite la aplicación de acciones de mejora en nuestro proceso, siguiendo el ciclo de mejora continua de la calidad.

6.- PROCEDIMIENTO PARA LA PROTECCIÓN DE LAS TRIPULACIONES DE VUELO DE LAS RADIACIONES IONIZANTES

Juan Antonio Zumajo Galdón.

Unidad de Medicina Aeronáutica IBERIA Líneas Aéreas.

INTRODUCCIÓN:

El Real Decreto 783/2001 por el que se aprueba el Reglamento de Protección Sanitaria Contra Radiaciones Ionizantes traspone a la normativa española el contenido de la Directiva 96/29 EURATOM. En su artículo 64 establece que "las compañías aéreas tendrán que considerar un programa de protección radiológica cuando las exposiciones a la radiación cósmica del personal de tripulación de aviones puedan resultar en una dosis superior a 1 mSv por año oficial"

OBJETIVOS:

Elaborar un Programa de Protección Radiológica para las tripulaciones de IBERIA L.A.E. en los aspectos requeridos por la Dirección General de Aviación Civil al amparo del R.D. 783/2001 y del Anexo de la Carta del Director General de Aviación Civil de 15/07/2004 ref. 24888

MATERIAL Y MÉTODOS:

IBERIA L.A.E. mide las dosis a los tripulantes mediante el código de cálculo EPCARD 3.3, disponible bajo licencia anual, que cuenta con el dictamen científico-técnico favorable del organismo de referencia alemán (Physicalische Technische Bundesanstalt). La dosis efectiva tripulante/vuelo se obtiene por la aplicación de dicho código de cálculo al plan de vuelo previsto y se realiza mediante un programa informático, desarrollado por la empresa, que de forma rutinaria calcula la dosis efectiva recibida mensualmente por cada tripulante y la acumulada durante un año. La aplicación se utiliza desde enero de 2003. Para validar estos resultados se comparan las dosis obtenidas por el código de cálculo con las medidas experimentales efectuadas a bordo de vuelos transatlánticos con un contador proporcional equivalente a tejido (TEPC). Dichas medidas se realizan varias veces al año.

RESULTADOS:

Los resultados del programa de validación, analizados anualmente, muestran que no hay diferencias significativas entre las dosis de los tripulantes y que la dosis efectiva anual, considerando 800 horas anuales de vuelo, es inferior a 2 mSv/año, variando entre 0.2 mSv y 4.5 mSv. En consecuencia no hay necesidad de modificar la organización del trabajo para reducir dosis.

CONCLUSIÓN:

Se han instalado de forma permanente equipos de medida de la radiación, MDU-LIULIN, en 8 aviones Airbus-340 para aumentar el número de medidas experimentales a bordo y como complemento al programa de validación efectuado con el TEPC. Con este espectrómetro, basado en un detector de silicio, se espera obtener, por parte de la autoridad competente, el permiso para su uso como calibrador en lugar del TEPC.



**XV CONGRESO
NACIONAL DE
ENFERMERÍA
RADIOLÓGICA
CASTELLÓN 2011**

COMUNICACIONES ORALES

5ª Mesa. Jueves 2 de Junio 2011. 19:00h - 20:30h
Moderador: D. Ignacio Liarte Trias

1.- IDENTIFICACIÓN Y VALORACIÓN DE ÍTEMS DE FRAGILIDAD, DESDE LA CONSULTA DE ENFERMERÍA, DE LOS PACIENTES QUE SE VAN A REALIZAR UN PROCEDIMIENTO DE IMAGEN

RAQUEL CRESPO CALVO, MERCÈ ORDOVÁS JAQUÉS, IGNACIO LIARTE TRIAS, ALEX BUDOY, PEDRO SANZ.

HOSPITAL CLÍNIC.

2.- OBSTRUCCIÓN DE LA Sonda VESICAL DE LÁTEX

Garzón Mondéjar I.; Araoz Fernández G.

Hospital Central de la Defensa "Gómez Ulla" Madrid

3.- PROCESO DE ENFERMERIA EN LA BIOPSIA PROSTATICA TRANSRECTAL(BPT).

CARMEN CASTELLO, MONICA VILAPLANA, RAUL VILAPLANA..

HOSPITAL VIRGEN DE LOS LIRIOS ALCOY ALICANTE.

4.- CREACIÓN Y DESARROLLO DE LA UNIDAD DE MAMA EN EL CHUVI (COMPLEJO HOSPITALARIO DE UNIVERSITARIO DE VIGO).

Gonzalo Maceira Galarza.

Complejo Hospitalario de Universitario de Vigo

5.- RM CRANEAL EN NEONATOS CON INCUBADORA COMPATIBLE RM 3T. CUIDADOS DE ENFERMERÍA.

Corsellas Albiac G., Gutierrez Blasco M^ªP., Soler Ferrer A M^ª., Campo Garcia C., Garcia Oso A., Belvis Moll N.

Unitat de RM Hospital Vall d'Hebron

6.- PROGRAMA DE INFORMACIÓN DE MEDIDAS HIGIÉNICO-SANITARIAS POST-PRUEBA DIAGNÓSTICA DE TC

Pérez-García Esteban.

Hospital Infanta Elena. Huelva. Servicio Andaluz de Salud

1.- IDENTIFICACIÓN Y VALORACIÓN DE ÍTEMS DE FRAGILIDAD, DESDE LA CONSULTA DE ENFERMERÍA, DE LOS PACIENTES QUE SE VAN A REALIZAR UN PROCEDIMIENTO DE IMAGEN
RAQUEL CRESPO CALVO, MERCÈ ORDOVÁS JAQUÉS, IGNACIO LIARTE TRIAS, ALEX BUDOY, PEDRO SANZ.
HOSPITAL CLÍNICA.

INTRODUCCIÓN:

La consulta de enfermería se instaura en el CDIC, por la necesidad de realizar una valoración, específica e individualizada de cada paciente y para informar sobre el procedimiento de imagen, resolviendo dudas y temores, a cerca de la preparación, exploración y cuidados posteriores. Obteniendo una máxima colaboración y garantizando una planificación eficaz de todo el proceso diagnóstico.

OBJETIVOS:

El objetivo de este trabajo es identificar y valorar los diferentes ítems de fragilidad, que presentan los pacientes, ante la realización de una prueba diagnóstica. Una vez identificados describiremos las intervenciones que se realizan desde la consulta de enfermería del CDIC.

MATERIAL Y MÉTODOS:

La valoración se ha realizado en una visita programada utilizando el registro de enfermería del CDIC, especialmente estructurado para la valoración de los ítems de fragilidad del paciente. Diseño: Estudio retrospectivo cualitativo, desde el 1/9/2010 al 25/2/2011.

Población: todos los pacientes a los que se les realiza valoración previa al procedimiento de imagen diagnóstico. Muestra n= 688, 285 hombres y 403 mujeres, con una media de edad de 63.6, entre 16 a 94 años. Variables: edad, sexo, procedimiento de imagen, tto farmacológico, anticoagulantes/antiagregantes, DMII, Cr / TFG, EVA, alergias, dependiente/independiente ABVD, ASMA/EPOC, TA, FC.

RESULTADOS:

Se han identificado de la muestra, 91 TC coronarios, 15 pacientes necesitaron premedicación con anterioridad, 5 pacientes tenían extrasístoles, y 4 con ASMA/EPOC. A 93 pacientes se les informó de la Colono-TC y se dió por escrito la preparación, 24 pacientes eran dependientes y necesitaron de un familiar para su buen manejo. Se realizaron 165 valoraciones pre intervención (PAAF, Radiofrecuencia, biopsias). A 35 pacientes se les informó de la pauta adecuada para retirar los antiagregantes. Y 52 pacientes necesitaron de pruebas de coagulación. Se informó a 15 pacientes sobre la profilaxis renal por presentar una Cr>1.8 y una TFG <60. Se realizó el protocolo de profilaxis alérgica al contraste yodado a 41 pacientes por haber presentado alguna hipersensibilidad. 149 valoraciones telefónicas y 217 visitas de terapia metabólica.

CONCLUSIONES:

La valoración previa desde la consulta de enfermería del CDIC, nos ayuda a identificar y evaluar los factores de fragilidad individuales, coordinando las funciones del equipo multidisciplinar, evitando reprogramaciones y aumentando la satisfacción del paciente.

2.- OBSTRUCCIÓN DE LA SONDA VESICAL DE LÁTEX

Garzón Mondéjar I.; Araoz Fernández G.
Hospital Central de la Defensa "Gómez Ulla" Madrid

INTRODUCCIÓN:

El personal de enfermería ha realizado la técnica del sondaje teniendo como referencia los manuales de las casas comerciales y libros de clínica de enfermería, sin referencia bibliográfica que demuestre que el fluido utilizado para llenar el globo vesical obstruya el canal de la sonda. En el estudio preliminar que publicamos en 2008, demostramos que no hay obstrucción ni con el suero fisiológico ni con el agua destilada. Si observamos una maceración de la sonda de látex en el exterior de la misma y ninguna alteración en las de sílicona.

OBJETIVOS:

Demostrar que el mal pinzado de la sonda vesical de látex, produce obstrucción del canal del globo de la sonda y por tanto la dificultad de su retirada.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Previo aprobación del comité ético y de investigación del Hospital realizamos un estudio de cohortes en el que se utilizan 60 sondas de látex N° 16 distribuidas en dos grupos, 30 sondas con agua destilada y 30 con suero fisiológico, se excluyen el resto de sondas de otros materiales. Se llena el globo vesical con 10cc. del fluido correspondiente a cada brazo. Se sumergen en agua simulando un PH neutro semejante al de la orina, a una temperatura de 37° que se obtiene introduciéndolas en una estufa del laboratorio de microbiología durante un mes. Se procede al pinzado de las mismas y se mantienen la mitad pinzadas durante una hora, y la otra mitad dos horas.

RESULTADOS:

Trascurrido el mes, la permeabilidad de las 60 sondas es completa, excepto dos que se han roto. Al despinzarlas se observa que, de las pinzadas durante una hora en 19 no se pueden vaciar el globo, y de las que han estado pinzadas dos horas 22 no son permeables. En definitiva de 58 sondas pinzadas durante una y dos horas consecutivas; en 41 no se pudo vaciar el globo (71%), aunque pasadas unas horas se pudieron ir vaciando paulatinamente forzando la extracción, quedando 6 sondas definitivamente sin poderse vaciar del todo (10%). Existe una asociación estadísticamente significativa entre pinzado de 1 hora frente al no pinzado (p<0,001). El pinzado de una hora provoca un riesgo de obstrucción 19,7 veces superior que el no pinzado de las sondas.

CONCLUSIONES:

El mal uso del pinzado en la sonda de látex provoca una obstrucción que impide el vaciado del globo, así como el retirado de la sonda, teniendo que recurrir en ocasiones a técnicas de retirada cuentas para el paciente.

3.- PROCESO DE ENFERMERIA EN LA BIOPSIA PROSTATICA TRANSRECTAL (BPT).

CARMEN CASTELLO, MONICA VILAPLANA, RAUL VILAPLANA.
HOSPITAL VIRGEN DE LOS LIRIOS ALCOY ALICANTE.

INTRODUCCIÓN:

En nuestro servicio de RX, la enfermería lleva a cabo todo el proceso de la BPT, desde el momento que el paciente es remitido a nuestro servicio hasta los 7 días siguientes de la exploración, comprendido en tres fases que incluyen la información, la técnica y el seguimiento del paciente.

OBJETIVOS:

Dar una atención integral durante todo el proceso de la BPT, de modo que el paciente sienta seguridad y apoyo de la enfermería, lo cual permite facilitar el afrontamiento y posterior recuperación del paciente, además de la detección de las posibles complicaciones.

MATERIAL Y MÉTODOS:

El estudio se ha realizado en 1000 BPT, en el período del 2005 al 2009. A cada paciente se le ha abierto una historia donde se han reflejado los datos de interés del paciente previos a la biopsia, datos obtenidos de la realización de la misma y los posteriores a la BPT. METODO Atención al paciente en cada fase del proceso de enfermería en la BPT:

1-PRE-BIOPSIA: Información al paciente. Apertura de la Historia de la BPT. Consentimiento Informado.

2-DURANTE LA BIOPSIA: Preparación, Monitorización y vigilancia del paciente. Realización de la técnica. Información de los cuidados inmediatos.

3-POST-BIOPSIA: Anterior al alta hospitalaria.

Posterior al alta: encuesta telefónica a las 24 horas y a los 7 días.

RESULTADOS:

Con la atención integral que damos al paciente conseguimos:

- Aumentar la confianza y la colaboración del paciente.
- Detección precoz de las posibles complicaciones.
- Mayor capacitación de la enfermería en la BPT de forma especializada.

CONCLUSIONES:

Durante todo el proceso de la BPT, enfermería puede valorar en cada fase el seguimiento del paciente de forma individualizada y determinando con qué complicaciones nos podemos encontrar. Todo ello es posible a una continuidad en los cuidados y a una práctica constante, que requiere de una especialización en nuestro trabajo para ofrecer una enfermería de calidad.

4.- CREACIÓN Y DESARROLLO DE LA UNIDAD DE MAMA EN EL CHUVI (COMPLEJO HOSPITALARIO DE UNIVERSITARIO DE VIGO)

Gonzalo Maceira Galarza.

COMPLEJO HOSPITALARIO DE UNIVERSITARIO DE VIGO

INTRODUCCIÓN:

El objetivo de esta comunicación es dar a conocer la Unidad de Mama de Vigo (UMV) que nace como una UNIDAD ÚNICA EN SU GÉNERO EN GALICIA. Esta unidad da cobertura a la zona sur de la provincia de Pontevedra. Se crea en mayo de 2010 con el fin de unificar recursos, y de esta manera, favorecer la atención al paciente y optimizar los recursos técnicos y humanos con los que se cuenta. La figura de "enfermería de la unidad de Mama" es un elemento básico en este tipo de unidades (sin olvidar que somos enfermeros/as generalistas orientados al cuidado integral del paciente). Enfermería es la responsable, en gran medida, de la educación sanitaria del paciente y su familia. Responsable de realizar curas post-operatorias. Debe estar preparada para informar sobre los procedimientos y tratamiento.

Colaborar en la reducción de los tiempos de hospitalización.

Desde su creación y centralización en Mayo de 2010, se han atendido 10.000 pacientes (SE ACTUALIZARÁ EN EL MOMENTO DE LA COMUNICACIÓN).

- La unificación de recursos ha provocado que desde la primera sospecha se obtiene cita en menos de 7 días, y se realizan las pruebas diagnósticas en EL MISMO CENTRO y en el mismo día.

- Si precisa entrar en quirófano, los tiempos de espera, como máximo son de un mes (dependiendo de la prioridad) desde que se detectan los primeros síntomas.

- Si es posible se realiza en la misma cirugía reconstrucción de ambos pechos y en caso contrario se manejan los tiempos protocolizados.

- Se han realizado 800 intervenciones y cerca de 250 intervenciones quirúrgicas desde su creación (SE ACTUALIZARÁ EN SU MOMENTO).

4 Cirujanos - Ginecólogos, 5 Radiólogos, Enfermería de los Servicios. TER

A este equipo se le suman patólogos, oncólogos, plásticos, rehabilitadores, radioterapeutas y psicólogos.

- La unidad de hospitalización compuesta por 13 enfermeros y 9 Auxiliares, precisa de una formación específica en curas, drenajes, manejo post-operatorio, herida quirúrgica y cuidados ambulatorios)

- Existe la figura de Enfermera de Unidad de mama que lleva una consulta específica y que está en comunicación diaria con la enfermería de Planta. (Tanto en el ingreso como en el seguimiento al alta). Es la primera vez que existe una enfermera específica para este tipo de patología. Presta apoyo en los procedimientos de radiología

- Enfermería de Quirófano que tiene que estar en comunicación con el resto de enfermería tanto de hospitalización como con la consulta de enfermería de la unidad de mama para resolver dudas y conocer los tipos de drenajes que se utilizan y se renuevan dependiendo de los ginecólogos-cirujanos.

- Enfermería de Radiodiagnóstico (Actualmente reclamando su necesidad, único ámbito donde enfermería no se encuentra in situ, labor que realiza la enfermera de la unidad de mama) donde se realizan punciones, "anclajes" y biopsias guiadas).

- Enfermería de Medicina Nuclear, donde se realiza "Ganglio Centinela" (Biopsia selectiva de Ganglio Centinela que evita la extirpación completa de ganglios axilares)

- Enfermería de radioterapia en la administración de Tratamientos, curas y realización de PET.

Todos estos servicios están centralizados en el mismo centro hospitalario Complejo Hospitalario de Vigo - Meixoeiro (CHUVI)

CONCLUSIÓN ENFERMERA:

Estamos ante un claro ejemplo de la necesidad de que enfermería interactúe en todos los campos de una misma patología.

Una unidad en la que enfermería de todos los campos (HOSPITALIZACIÓN, RADIODIAGNOSTICO, MEDICINA NUCLEAR, RADIOTERAPIA, QUIRÓFANO Y ATENCIÓN PRIMARIA), pueden y deben convivir, interrelacionando entre nosotros para dar una mayor calidad de servicio sanitario.

Una unidad en la que el alta hospitalaria suele ser con drenajes (actualmente de baja presión), tiene que tener a sus profesionales enfermeros con una formación adecuada y específica para poder realizar un seguimiento del paciente a todos los niveles. (conocer manejo de drenajes, cuidados de enfermería y complicaciones).

El objetivo de esta comunicación es dar a conocer, de forma comprensible, alejándonos un poco de tecnicismos, (los justos y necesarios) el trabajo de enfermería en cada uno de los campos citados. Siempre partiendo de la base de que todos somos enfermeros generalistas y actualmente todos y cada uno de nosotros podríamos estar trabajando en cualquier puesto enfermero de esta unidad.

Dando valor a este último párrafo. "Nos exigen más de lo que somos y nos exigimos más de lo que damos."

5.- RM CRANEAL EN NEONATOS CON INCUBADORA COMPATIBLE RM 3T. CUIDADOS DE ENFERMERÍA.

Corsellas Albiac G., Gutierrez Blasco M^aP., Soler Ferrer A M^a., Campo Garcia C., Garcia Oso A., Belvis Moll.
Unitat de RM Hospital Vall d'Hebron.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

La incorporación, en la unidad de neonatos de nuestro hospital, de una incubadora compatible RM 3T con antena craneal para realizar exploraciones de prematuros y neonatos nos ha creado la necesidad de elaborar nuevos protocolos de actuación, que incluyen cuidados de enfermería específicos en coordinación con el personal de la unidad de neonatos.

MATERIAL Y MÉTODOS:

RM 3T : Magneton Trio a Tim System (Siemens).
-Incubadora neonatal para diagnóstico por RM (LMT nomag IC 3.0).
-Antena craneal para prematuros y neonatos a término. PC máximo 40cm. (Neonatal Head Array Coil- NHAC). PC máximo 40cm.
-Protocolo secuencias RM 3T craneal neonatal.
-Pacientes prematuros/neonatos con diferentes grados de estado crítico(1-3.5Kg).
-Elaboración de protocolo de preparación del prematuro/neonato en coordinación con la unidad de neonatos.
-Proceso enfermero en prematuros/neonatos sometidos a RM craneal (Nanda, NIC; NOC).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES:

La incubadora con respirador compatible RM es de gran utilidad para transportar confortablemente al prematuro/neonato, en muchas ocasiones en estado crítico, y realizar la exploración de RM craneal de forma segura. La RM craneal, con antena neonatal para campo de 3T, nos permite obtener imágenes de alta resolución para el diagnóstico de las complicaciones propias del neonato incluso en prematuros de muy poco peso (800-1000gr). Este nuevo protocolo de secuencias permite visualizar pequeños focos de isquemia vascular y focos desmielinizantes de la sustancia blanca, muy difíciles de detectar con otras técnicas .La aplicación de un protocolo de preparación del prematuro juntamente con la elaboración y aplicación de un proceso enfermero estandarizado (Nanda, Nic, Noc) ha contribuido a disminuir el tiempo de estancia del prematuro/neonato en nuestra unidad, a minimizar los riesgos de realizar la prueba en prematuros en estado crítico y también a disminuir las manipulaciones de este durante todo el proceso.

6.- PROGRAMA DE INFORMACIÓN DE MEDIDAS HIGIÉNICO-SANITARIAS POST-PRUEBA DIAGNÓSTICA DE TC

Pérez-García Esteban.

Hospital Infanta Elena. Huelva. Servicio Andaluz de Salud.

INTRODUCCIÓN:

Según la OMS la calidad la definiríamos como: "Asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del paciente y el servicio y lograr el mejor resultado con el mínimo de riesgo de efectos yatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso". Todos conocemos conceptos de calidad que se aplican en nuestros centros y como las distintas organizaciones tienen entre sus objetivos un aumento de ésta. Se habla de accesibilidad, información, habitabilidad, capacidad de respuesta, fiabilidad, comunicación, cortesía, competencia, seguridad, credibilidad, tangibilidad. Pero, ... qué sucede cuando ya el paciente se ha realizado la prueba que tenía solicitada. Por lo general no recibe ninguna información (o ésta es mínima) respecto a las posibles consecuencias o efectos adversos. Con este pequeño trabajo incidimos directamente aumentando la información, la comunicación y la seguridad del paciente.

OBJETIVOS:

Aumentar la satisfacción del usuario con nuestros cuidados y la información recibida. Aumentar la calidad percibida.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se elabora un folleto informativo con medidas higiénico-sanitarias para los pacientes que se han realizado una TC. Dicho documento se entrega a cada usuario que acude para la realización de una tomografía computarizada con contraste yodado intravenoso y justo después de haberse realizado el estudio. Anteriormente esa información se daba oralmente, pero observamos que, en ocasiones, los profesionales olvidábamos pequeños detalles o matices. Por ello ideamos reforzar la información oral con la escrita

RESULTADOS:

Hace un año que estamos desarrollando el programa y, aunque no tenemos datos estadísticos al respecto, la mayoría de pacientes manifiestan su total satisfacción con la forma de facilitar la información. Además la inversión es muy escasa al disponer el servicio de impresora y ordenadores, sólo debemos imprimir el folleto en la cantidad requerida. Por lo tanto, esta medida es efectiva, eficiente y eficaz. Con este programa incidimos directamente sobre la Salud (paliación de efectos yatrogénicos) y en la Satisfacción del usuario aumentando la calidad percibida.

CONCLUSIONES:

El modo más idóneo para evitar el olvido en dar (profesional) y recordar (paciente) la información oral facilitada es reforzar ésta con un medio escrito.



**XV CONGRESO
NACIONAL DE
ENFERMERÍA
RADIOLÓGICA
CASTELLÓN 2011**

COMUNICACIONES ORALES

6ª Mesa. Viernes 3 de Junio 2011. 10:00h - 11:00h
Moderador: Dña. Isabel Martín Bravo

1.- FATIGA EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO.

Agustín López- Eespínosa Plaza, Cristina Mata García.
HRU Carlos Haya y HCU Virgen de la Victoria

2.- VALORACION DE LOS PACIENTES TRATADOS CON RADIOTERAPIA SUPERFICIAL DURANTE EL A2010 EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA.

Clemente Alvarez Carballo, Mª Paz García Rodríguez, Mª Carmen Hernandez Corral, Mª Fátima Pulido López, Juan Manuel García Curto
HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO DE SALAMANCA.

3.- REDUCCIÓN DOSIMÉTRICA EN EL MANEJO DE F18-FDG MEDIANTE EL EMPLEO DEL DISPENSADOR AUTOMÁTICO DE DOSIS.

Manuel Devis Saiz, Raúl Sánchez Jurado, Rut Sanz Llorens, José Enrique Aguilar Barrios, Aurora Vicedo González, José Ferrer Rebolleda y Maria del Puig Cózar Santiago.
ERESA-Consorcio HGU Valencia.

4.- PUNTO DE VISTA DE PROFESIONALES DE ENFERMERÍA SOBRE LA PRESENCIA FAMILIAR EN PROCEDIMIENTOS HABITUALES CON PACIENTES PEDIÁTRICOS

José Ignacio Castellano Lozano. Ana Isabel Sánchez -Aguilera Romero.
Hospital Mancha-Centro de Alcázar de San Juan

1.- FATIGA EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO

AGUSTIN LÓPEZ- ESPINOSA PLAZA, CRISTINA MATA GARCÍA.
HRU Carlos Haya y HCU Virgen de la Victoria

INTRODUCCIÓN:

La fatiga es un diagnóstico de enfermería muy frecuente en los pacientes oncológicos potenciado por los tratamientos que recibe y que presenta un deterioro en la realización de las actividades de la vida diaria.

OBJETIVOS:

Identificar los factores implicados y realizar un plan de cuidados que contribuya a mejorar la calidad de vida del paciente oncológico.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Hemos diseñado un plan de cuidados siguiendo el modelo de Virginia Henderson, utilizando las etiquetas diagnósticas de la NANDA II y la taxonomía NIC y NOC.

RESULTADOS:

Presentamos la tasa de prevalencia de fatiga en nuestro servicio durante los últimos tres años, así como nuestras intervenciones (NIC).

CONCLUSIONES:

- Hemos valorado la efectividad de nuestro plan de cuidados mediante los indicadores (NOC).
- La calidad de vida de nuestros pacientes ha mejorado.
- Los cuidados de enfermería son fundamentales para reducir la fatiga en el paciente oncológico.

2.- VALORACION DE LOS PACIENTES TRATADOS CON RADIOTERAPIA SUPERFICIAL DURANTE EL A2010 EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA

Clemente Alvarez Carballo, M^a Paz Garcia Rodriguez, M^a Carmen Hernandez Corral, M^a Fátima Pulido López, Juan Manuel Garcia Curto.

HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO DE SALAMANCA.

INTRODUCCIÓN:

La Radioterapia Superficial se viene usando con muy buenos resultados desde principios del S. XX para el tratamiento de tumores superficiales. Estos tumores son vistos en el Servicio de Dermatología, y gran parte de ellos son tratados con Cirugía, derivando a Radioterapia aquellos en los que pueda haber secuelas estéticas importantes, o bien la operación no esté indicada por otros motivos (edad, anestesia...) Aunque actualmente gran parte de los servicios de radioterapia están derivando a estos pacientes para su tratamiento a las Unidades de Aceleradores Lineales, todavía algunos Servicios como el nuestro, mantienen con buen rendimiento los aparatos de Radioterapia Superficial. Los tumores que tratamos son fundamentalmente los Basocelulares y los Espinoce-lulares, aunque excepcionalmente podemos ver también pacientes con otras patologías como Micosis Fungoide

OBJETIVOS:

Descripción de la técnica y análisis de las características morfológicas, citológicas y anatómicas de los tumores superficiales, así como de los pacientes tratados en nuestro servicio durante el año 2010

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se analizaron 25 pacientes tratados con Radioterapia Superficial durante el último año en nuestro Servicio, con tumores diagnosticados de Carcinoma Basocelular, Carcinoma Espinocelular y un caso de Micosis Fungoide. Para el tratamiento de estos tumores se requiere la presencia de una enfermera/o, para:

Medicación pre tratamiento:

Anestésicos locales. Protecciones: Intraoculares, Fosas nasales...

Medicación postratamiento:

corticoides, antibióticos... Cremas hidratantes, Curas de la herida, Para el tratamiento se usó en todos los casos nuestro aparato de Radioterapia Superficial "DERMO PAN"

Energía empleada: 100 KWDependiendo de la profundidad de la lesión, el 100% de la dosis se aplicó:-En superficie: % -A 0,5 Cm: % - A 0,9 Cm:%

El fraccionamiento empleado: - 3 Gy/sesión, con 3 sesiones por semana, hasta alcanzar una dosis total de 60 Gy: %

- Otro fraccionamiento: %

- El tiempo medio de tratamiento fue de:

- Los aplicadores empleados fueron de: - Edad Media: - Sexo:

Hombres: % Mujeres: %

- Tamaño medio de la les

- Localización de la lesión: EFECTOS SECUNDARIOS: Dermatitis Gl:

Dermatitis Gl:En los tratamientos de canto interno del ojo:

Conjuntivitis:En Pirámide nasal: Epistaxis:

CONCLUSIONES:

El tratamiento con Radioterapia Superficial demuestra que: Es efectivo OncEs fácil de aplicar. Disminuye la lista de espera.

MÁSTER EN ENFERMERÍA RADIOLÓGICA

NOVIEMBRE 2011 > MODALIDAD ON-LINE

10%
de descuento en la
matrícula a los
miembros de la
Sociedad Española
de Enfermería
Radiológica

Descúbrelo en:
www.il3.ub.edu

**Acreditación del
Consejo de Seguridad
Nuclear para operar
con equipos de
radiodiagnóstico.**



UNIVERSITAT DE BARCELONA



IL3 Instituto de Formación Continua

IL3-UB MÁSTERS Y POSTGRADOS
Ciutat de Granada, 131
08018 Barcelona

Cupón de pedido libros Fuden de Apoyo al Diagnóstico



Datos personales

NIF/Pasaporte	Nombre					
<input type="text"/>	<input type="text"/>					
Primer apellido	Segundo apellido					
<input type="text"/>	<input type="text"/>					
Calle/plaza/avda.	nº	esc.	piso	puerta	Código postal	
<input type="text"/>						
Localidad	Provincia			País		
<input type="text"/>	<input type="text"/>			<input type="text"/>		
Teléfono	Móvil	e-mail				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				

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 VOLÚMENES 10€
GASTOS DE ENVÍO EXTRANJERO: 1 VOLUMEN 18€ VARIOS VOLÚMENES 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.

3.- REDUCCIÓN DOSIMÉTRICA EN EL MANEJO DE F18-FDG MEDIANTE EL EMPLEO DEL DISPENSADOR AUTOMÁTICO DE DOSIS.

Manuel Devis Saiz, Raúl Sánchez Jurado, Rut Sanz Llorens, José Enrique Aguilar Barrios, Aurora Vicedo González, José Ferrer Rebolleda y Maria del Puig Cózar Santiago.
ERESA-Consorcio HGU Valencia

INTRODUCCIÓN:

El Servicio de Medicina Nuclear de ERESA del HGUUV dispone de un dispensador automático de dosis de Global PET, capaz de fraccionar la dosis por paciente en función del volumen y la actividad deseada.

OBJETIVOS:

Valorar el impacto del empleo del Dispensador PET® en la dosimetría del personal que manipula dosis comparándolo con la extracción manual

MATERIAL Y MÉTODOS:

Dispensador PET® de GlobalPET, ordenador de conexión con software C++ Builder 5, Cronómetro, Monitor de contaminación Lamse RM1001-CT1C, Activímetro Veenstra VDC-304, Gammateca para F18, jeringas de 5cc y de 10cc, agujas de 25x0.9 (20G), suero fisiológico de 50 ml, aguja de PL 19G, papel absorbente, blindaje de plomo de 5mm para jeringas, blindaje para viales de FDG, pinza magill 19cm, kit dispensador (tubos y conexiones), filtro de 0.22 micras, vial estéril venteo, aguja de 24G. Método de trabajo: Se realiza un estudio retrospectivo, y se compara la dosimetría absorbida por el personal con y sin el uso del Dispensador PET®. Se miden los tiempos de extracción de dosis de cada uno de los miembros del servicio que manipulan la F18-FDG y se realizan lecturas dosimétricas del proceso, registrando la actividad más alta, la dosis extraída, y el tiempo empleado en la extracción de cada dosis, y se comparan con los registros realizados empleando el Dispensador.

RESULTADOS:

Obtenemos una reducción de la dosimetría de un 95% durante la extracción automático en relación a la manual.

CONCLUSIONES:

Las dosis recibidas son dependientes de los procedimientos.

4.- PUNTO DE VISTA DE PROFESIONALES DE ENFERMERÍA SOBRE LA PRESENCIA FAMILIAR EN PROCEDIMIENTOS HABITUALES CON PACIENTES PEDIÁTRICOS

José Ignacio Castellano Lozano. Ana Isabel Sánchez -Aguilera Romero.
Hospital Mancha-Centro de Alcázar de San Juan.

INTRODUCCIÓN:

No existe un protocolo único de actuación en cuanto a si se permite o no la presencia de padres en procedimientos de enfermería, los escasos estudios sobre el tema se centran en urgencias pediátricas. En los pacientes programados tenemos la oportunidad de aplicar protocolos para preparar al familiar y que esté presente en procedimientos de enfermería invasivos para el niño.

OBJETIVOS:

El objetivo de nuestro estudio es recoger la opinión sobre el tema y el método de trabajo de los profesionales sanitarios que realizan procedimientos de enfermería con pacientes pediátricos, y que tienen posibilidad de programar su trabajo y la presencia del familiar.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realiza un estudio observacional descriptivo a través de encuestas anónimas al personal sanitario de los servicios de Extracciones y Hospitalización Pediátrica en Enero de 2011. Se preguntó acerca de las técnicas que realizan habitualmente con presencia de familiares, los motivos por los que no se propone a los padres su presencia, la existencia de problemas derivados de dicha presencia, si existe un protocolo en su servicio acerca de la presencia familiar y si consideran necesaria su creación.

RESULTADOS:

Se realizaron un total de 22 encuestas. La media de edad se sitúa en los 37 años, la experiencia media es de 3 años en servicios pediátricos.

El 60% de los profesionales no permite la presencia familiar durante la canalización de vías o el sondaje. El 93% de estos profesionales limita la presencia familiar por el aumento de nerviosismo de los niños y el 100% por mayor ansiedad de los padres. El 43% de los profesionales creen que su rendimiento es peor en presencia de familiares. El 18% de los profesionales dice haber tenido problemas derivados de la presencia familiar mientras que el 36% nunca ha tenido problemas. El 41% considera que en su servicio están poco interesados por la presencia familiar, pero el 50% de los profesionales cree que es bastante necesario un protocolo de actuación que regule la presencia familiar.

CONCLUSIONES:

Los principales impedimentos del profesional para la presencia del familiar son el mayor nerviosismo, tanto en niños como en los familiares, pero, según los estudios consultados, la presencia de padres durante procedimientos en urgencias conlleva menor grado de estrés de padres y niños. La mitad de los encuestados valora como necesario un protocolo de actuación común. La presencia del familiar es un reto para el profesional.



**XV CONGRESO
NACIONAL DE
ENFERMERÍA
RADIOLÓGICA
CASTELLÓN 2011**

COMUNICACIONES ORALES

7ª Mesa. Viernes 3 de Junio 2011. 11:30h - 12:30h
Moderador: D. Javier González Blanco

1.- ESTUDIO DE LOS RESULTADOS DEL GANGLIO CENTINELA EN EL HOSPITAL PROVINCIAL.

Vicente Aparici Sos Y M.Teresa Roures Ramos.
Hospital Provincial de Castellón.

2.- ENDOPROTESIS FENESTRADA: UNA NUEVA ALTERNATIVA PARA EL ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL CON AFECTACIÓN DE ARTERIAS VISCERALES.

MUÑOZ CASTRO C, RODRIGUEZ PEREZ R, MATA LOPEZ R, HIDALGO GIBERT C, GARCIA SORT R, SAMPERE MORAGUEZ J.
H.U.G.T.I.P.

3.- EVALUACIÓN DE LA INFECCIÓN POR CATÉTER DE NUTRICIÓN PARENTERAL.

Miriam Pascual Esteban, Ana Gutiérrez Siles, Inmaculada Fernández Moreno, Anna Astals Blasco, Sonia Ramos Guillen.
Sara De Lamo Muñoz.
Corporació Parc Taulí. UDIAT-CD S.A.
(Falta abstract)

4.- PLAN DE FORMACIÓN EN UN SERVICIO DE RADIOLOGÍA PEDIÁTRICA.

Hipólita Hernández, Amparo Pascual, Caridad Tornero, Catalina Gómez, Inmaculada Aguilar, Nuria Cervera
Hospital Universitario LA FE

5.- FORMACIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE URGENCIAS PARA LA ADMINISTRACIÓN DE CIV EN LOS ESTUDIOS DE TC.

Alicia Moreno Larrea, Mª Carmen Carrera Fernández, José Alberto Merino Bonilla.
Hospital Comarcal Santiago Apóstol de Miranda de Ebro

1.- ESTUDIO DE LOS RESULTADOS DEL GANGLIO CENTINELA EN EL HOSPITAL PROVINCIAL.

VICENTE APARICI SOS Y M.TERESA ROURES RAMOS.
HOSPITAL PROVINCIAL CASTELLÓN

INTRODUCCIÓN:

Descripción de la técnica del ganglio centinela en pacientes con cáncer de mama. **OBJETIVOS:** Evaluación de la técnica del ganglio centinela en pacientes diagnosticados con cáncer de mama con los protocolos del hospital Provincial.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Aproximadamente 50 pacientes, con cáncer de mama tanto palpable como no palpable, que cumplen los criterios de inclusión (Reunión de consenso sobre ganglio centinela en Murcia, por la sociedad Española de Senología y patología mamaria y col., 2006). En el estudio contemplamos diferentes parámetros como son estadiaje, diagnóstico anatomopatológico, edad, tamaño, situación del tumor y migración, anatomía patológica del ganglio postquirúrgico y tipo de intervención quirúrgica.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES:

A la espera de los resultados pesamos que se han beneficiado de la técnica gran parte de los pacientes, suponiéndoles mejor calidad de vida, disminución de la morbilidad (linfedema, limitación de movimientos...,etc), junto con una disminución de costes para el sistema sanitario.

2.- ENDOPROTESIS FENESTRADA: UNA NUEVA ALTERNATIVA PARA EL ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL CON AFECTACIÓN DE ARTERIAS VISCERALES

MUÑOZ CASTRO C, RODRIGUEZ PEREZ R, MATA LOPEZ R, HIDALGO GIBERT C, GARCIA SORT R, SAMPERE MORAGUEZ J.
H.U.G.T.I.P

INTRODUCCIÓN:

El aneurisma de aorta abdominal (AAA) es definido como la dilatación de la aorta abdominal mayor a 3 cm. La complicación más frecuente de los AAA es la ruptura espontánea con una mortalidad elevada. Por ello es necesario su tratamiento antes de la ruptura. El tratamiento habitual es la cirugía abierta salvo en los pacientes con una morbi-mortalidad elevada. De los AAA que llegan a nuestra unidad un 90% son infrarenales los cuales se tratan con una endoprótesis convencional. El 10% restantes son AAA que engloban los ostiums de las arterias renales y/o troncos digestivos, estos son tratados con una endoprótesis fenestrada. Son tributarios de tratamiento endovascular (en una sala de radiología intervencionista) con endoprótesis fenestradas los pacientes que presentan contraindicaciones para la cirugía abierta (pluripatológicos, cardiópatas, etc..)

OBJETIVOS:

Descripción de los cuatro casos realizados en nuestro centro. Observación e identificación de las complicaciones durante la implantación y postimplantación de la endoprótesis.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se trata de un estudio observacional descriptivo retrospectivo.

RESULTADOS:

Se estudiaron 4 casos de los cuales el 100% varones. Con una edad media 77 años . Con antecedentes de HTA 50%, Cardiopatía isquémica 50%, patología oncológica resuelta 50% , Alteraciones de la coagulación 25%. UN 75% fue con anestesia general y 25% con anestesia Raquídea. Las complicaciones que presentaron durante la intervención fueron: Dificultad para el abordaje de las arterias femorales 25%, Inestabilidad hemodinámica 25%, Imposibilidad de finalizar la intervención 25%.Complicaciones postimplantación: Dolor 100%, inestabilidad hemodinámica 25%, rectorragias 25% y hematuria 25%, hematoma inguinal 50%, Alteración de la función renal 25%,Equimosis 25%, Media de días de ingreso 10 días. Ninguno de los pacientes presentó: Sangrado durante la intervención, alteraciones de los pulsos pedios y femorales, fiebre, leucocitosis, embolia visceral.

CONCLUSIONES:

A pesar de la pluripatología de los pacientes y edad avanzada el porcentaje de complicaciones y efectos adversos durante y postimplantación fue bajo y de carácter leve. Demuestra que es una buena alternativa para pacientes con gran morbimortalidad a la cirugía abierta. Los cuatro pacientes estudiados han recuperado su calidad de vida anterior a la enfermedad.

4.- PLAN DE FORMACIÓN EN UN SERVICIO DE RADIOLOGÍA PEDIÁTRICA

HIPÓLITA HERNÁNDEZ, AMPARO PASCUAL CARIDAD TORNERO, CATALINA GÓMEZ, INMACULADA AGUILAR, NURIA CERVERA
*UGC RADIODIAGNÓSTICO SECCIÓN MATERNO-INFANTIL.
Hospital Universitario LA FE.*

INTRODUCCIÓN:

Ante la progresiva desaparición de los antiguos enfermeros especialistas en radiodiagnóstico y la incorporación de los T.E.R así como el elevado índice de rotación de personal tanto de Enfermería base como de Auxiliares de Clínica, nos planteamos la necesidad de transmitir los conocimientos acumulados en años de experiencia y funcionamiento de nuestro Servicio, máxime tratándose de un Servicio de Radiodiagnóstico Pediátrico disciplina que no suele abordarse en las escuelas de técnicos o se aborda de forma muy superficial, así como el desconocimiento que de las distintas técnicas y procedimientos se tienen por parte del resto de las Enfermeras y Auxiliares de Clínica.

OBJETIVOS:

Dotar al personal de nueva incorporación de las herramientas teóricas y prácticas necesarias para realizar su labor con los conocimientos adecuados a las características de nuestros pacientes, así como revisar y actualizar nuestros Procedimientos y Técnicas.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se crearon grupos de trabajo mixtos (Enfermera/o especialista y de base, T.E.R y Aux. de clínica) distribuidos según áreas de trabajo: Contrastes (Digestivo y Urología) T.C, Ecografía, Ortopedia, Tórax, etc. Quincenal o mensualmente, celebramos sesiones donde un grupo exponía el trabajo realizado mediante una presentación y su posterior discusión, debate y resolución de dudas.

RESULTADOS:

La colaboración y la asistencia del personal fueron generales y estas sesiones contribuyeron a aclarar y unificar criterios, creando así una forma de trabajar en equipo y normalizada.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES:

La celebración de estas sesiones fueron muy positivas por el hecho de la participación de todo el personal, la unificación de criterios y la adquisición de conocimientos por parte del personal de nueva incorporación así como la puesta al día por parte del resto, evitando de esta manera la repetición de hábitos adquiridos de forma rutinaria.

5.- FORMACIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE URGENCIAS PARA LA ADMINISTRACIÓN DE CIV EN LOS ESTUDIOS DE TC

Alicia Moreno Larrea, M^a Carmen Carrera Fernández, José Alberto Merino Bonilla.
Hospital Comarcal Santiago Apóstol de Miranda de Ebro

INTRODUCCIÓN:

La administración del material de contraste intravenoso (CIV) durante las exploraciones de tomografía computarizada (TC) en el Hospital Comarcal Santiago Apóstol de Miranda de Ebro corresponde al personal de enfermería del Servicio de Urgencias durante los turnos de tarde, noche y días festivos. Entre los objetivos de calidad del Servicio de Urgencias en 2010 se planteó el reciclaje del personal de enfermería en dicha técnica para poder desarrollarla con la mayor seguridad y eficacia.

OBJETIVOS:

- Realizar una formación individual y personalizada para la administración de CIV durante las exploraciones urgentes de TC.
- Mejorar la calidad de los estudios de TC realizados tras la administración de CIV. Proporcionar seguridad al profesional de enfermería de Urgencias en el desarrollo de su función en el Servicio de Radiología.
- Reconocimiento y manejo de las reacciones adversas al CIV.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Desde junio hasta octubre de 2010 se realizó un curso teórico-práctico de formación dirigido a todo el personal de enfermería perteneciente al Servicio de Urgencias. Fue impartido por dos enfermeras que trabajan en ciclos alternativos tanto en la sala de TC del Servicio de Radiología como en Urgencias. Se instruyó a los participantes en el uso del inyector de CIV y su terminal en función de los distintos protocolos de exploración, así como en el manejo de las reacciones adversas a los contrastes yodados. Se realizó una encuesta individual de satisfacción al finalizar el curso.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES:

Los conocimientos adquiridos han permitido al personal de enfermería desarrollar correctamente su labor en la sala de TC como responsables de la administración del material de CIV durante su turno de trabajo en el Servicio de Urgencias, complementando la actividad en ambos servicios de forma adecuada. Se ha evidenciado una mayor eficiencia y seguridad de cada profesional, destacando la mejora en la calidad de los estudios con indicación urgente y el acortamiento general de los tiempos de exploración. La calificación del curso formativo fue excelente.



**XV CONGRESO
NACIONAL DE
ENFERMERÍA
RADIOLÓGICA
CASTELLÓN 2011**

COMUNICACIONES ORALES

8ª Mesa. Viernes 3 de Junio 2011. 13:00h - 14:00h
Moderador: Dña. Mónica Miró Gómez

1.- SIMPLIFICADO DE LLENADO VESICAL EN LA VALORACIÓN PET-TAC SOBRE LESIONES PÉLVICAS.

Ana Cristina Gil Rodríguez, José Manuel Nogueiras
Hospital Meixoeiro. Vigo.

2.- IMPORTANCIA DEL OXIDO DE ZINC EN EL CUIDADO DE LAS RADIODERMITIS EN EL CANCER DE MAMA.

Santos Cañamares, E. Buedo García, J. Iñigo Valdenebro, R. Leon Pérez, L. Martínez Pastor, P. Muñoz Santapau, M.
Hospital General de Valencia. .

3.- LOCALIZACION DEL GANGLIO CENTINELA EN EL CANCER DE MAMA MEDIANTE EMPLEO DE MINIGAMMACAMARA PORTATIL.

Rut Sanz Llorens, Raúl Sánchez Jurado, Manuel Devis Saiz, José Enrique Aguilar Barrios y José Ferrer Rebolleda.
Consortio ERESA-HGU Valencia.

4.- MEJORA CONTINUA. SEGUIMIENTO DE USUARIOS PEDIÁTRICOS TRAS SONDAJE VESICAL PARA LA REALIZACIÓN DE UNA CUMS.

Ramírez Lopera, M. del Carmen; Pedraza Mora, Pilar; Ruiz Siles, María; Porras Barea, M. Luisa; Esplá García, Leonardo
UGC Radiodiagnóstico Sección Materno Infantil. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

1.- SIMPLIFICADO DE LLENADO VESICAL EN LA VALORACIÓN PET-TAC SOBRE LESIONES PÉLVICAS

Ana Cristina Gil Rodríguez, José Manuel Nogueiras
Hospital Meixoeiro. Vigo.

INTRODUCCIÓN:

Diversos protocolos han descrito, para la valoración de posibles lesiones hipermetabólicas en pelvis, la realización de un sondaje especial con una sonda de tres luces e irrigación continua con suero de lavado o incluso la irrigación de forma manual por parte de la enfermera con jeringas de 50 ml. directamente sobre la sonda vesical. nosotros hemos valorado la modificación de dichos métodos usando el vaciado vesical y relleno retrógrado con suero fisiológico (Fco. de 250 o 500ml.)conectado a sonda vesical sin necesidad de un gran calibre.

MATERIAL Y MÉTODOS:

25 pacientes realizados entre el 1 de Enero del 2010 y el 31 de julio del mismo año en nuestra unidad. A todos estos pacientes se les ha realizado una PET-TAC de cuerpo entero y una imagen selectiva de pelvis tras vaciado de vejiga con una sonda vesical de calibres comprendidos entre 12 y 16 y un posterior relleno retrógrado con suero fisiológico cuyo volumen hemos calculado según la fórmula: Volumen llenado= edad(años)+2*30, con un volumen máximo de 500 mililitros.

RESULTADOS:

-Número de pacientes valorados en total: 25 pacientes - Número de hombres: 11 -Número de mujeres:14 -Edades comprendidas entre los 35 y los 77 -Patologías estudiadas: 10 adenocarcinomas de recto, 6 Cáncer de colon, 5 Cáncer de vejiga ,2 Cáncer de Cérvix y 2 cáncer de ovario. La valoración de las lesiones pélvicas fueron realizadas desde el punto de vista cualitativo y semicuantitativo (SUV). En todos estos casos la valoración selectiva de pelvis ha permitido identificar o descartar focos patológicos.

CONCLUSIONES:

-Método mas simple -Método menos agresivo para el paciente -Acorta los tiempos de realización de la prueba -Disminuye el tiempo de exposición a la radiación (del trabajador) Con todas estas mejoras, este método simplificado ha permitido una visión totalmente óptima de las lesiones pélvicas que pudieran tener estos pacientes.

2.- IMPORTANCIA DEL OXIDO DE ZINC EN EL CUIDADO DE LAS RADIODERMITIS EN EL CANCER DE MAMA

SANTOS CAÑAMARES,E. BUEDO GARCIA,J. IÑIGO VALDENEBRO,R. LEON PEREZ, L.MARTINEZ PASTOR, P. MUÑOZ SANTA-PAU,M.
HOSPITAL GENERAL DE VALENCIA

INTRODUCCIÓN:

Uno de los efectos secundarios más comunes en el tratamiento de radioterapia en el cáncer de mama, es la radiodermatitis. Este efecto secundario provoca una disminución en la calidad de vida de las pacientes precisando una atención especializada. Con la aplicación de unos cuidados precoces y continuos se puede retrasar y disminuir la sintomatología ocasionada

OBJETIVOS:

El presente trabajo tiene como objetivo mostrar la utilidad del óxido de zinc en el cuidado de las radiodermitis

MATERIAL Y MÉTODOS:

Para la realización del estudio se han analizado 152 pacientes tratadas con radioterapia en cáncer de mama tanto en tratamientos conservadores como en mastectomía radical. Todas las pacientes fueron valoradas en una primera visita antes del comienzo de la radioterapia, y de forma semanal durante el tratamiento. Para valorar los distintos estadios de radiodermitis se utilizó la escala RTOG (radiation therapy oncology group). Ante los primeros signos de radiodermitis se inicia el tratamiento con el óxido de zinc, su aplicación suele ser una vez al día cambiando la posología según se vayan produciendo cambios en la sintomatología.

RESULTADOS:

Tras el análisis se observó que en un alto número de las pacientes que presentaban un grado I de radiodermitis se consiguió una remisión de la radiodermitis de un modo significativo. Por otra parte en un número considerable, todas aquellas pacientes que presentaban un grado II sin solución de continuidad, se apreció una regresión en la radiodermitis llegando incluso a un grado I al final del tratamiento con radioterapia. Solo un pequeño número de esas pacientes presentó un grado II de radiodermitis con pérdida de la integridad cutánea, lográndose con el óxido de zinc la regeneración de la piel tras finalizar el tratamiento con radioterapia.

CONCLUSIONES:

El óxido de zinc es un componente importante a tener en cuenta en la prevención y cuidado de la radiodermitis, logrando un retraso en la evolución de la radiodermitis, un retardo en el cambio de estadio y una regeneración cutánea incluso en las últimas sesiones del tratamiento.

3.- LOCALIZACION DEL GANGLIO CENTINELA EN EL CANCER DE MAMA MEDIANTE EMPLEO DE MINIGAMMACAMARA PORTATIL.

Rut Sanz Llorens, Raúl Sánchez Jurado, Manuel Devis Saiz, José Enrique Aguilar Barrios y José Ferrer Rebolleda.
Consorcio ERESA-HGU Valencia.

INTRODUCCIÓN:

La linfogammagrafía es la prueba nuclear por excelencia para la detección del ganglio centinela (GC). Introducida en la Medicina Nuclear desde el año 1993 se ha instaurado como una prueba fundamental previa a la cirugía en los carcinomas de mama. En el año 2005 se patentó el diseño de una minigammacámara portátil Sentinella 102® (Oncovisión) útil por su versatilidad y proporcionar una imagen a tiempo real en quirófano. Este equipo refuerza la localización realizada en gammacámara, precisando aún más el punto exacto del ganglio/s centinela.

OBJETIVOS:

Demostrar la utilidad de la minigammacámara portátil en la localización del ganglio centinela en el cáncer de mama.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Empapadores, batas desechables, rotuladores permanentes de dos colores, gasas, alcohol, material de punción, guantes, apósito, reposabrazos, almohada, papel de camilla, radiofármaco (Tc99m-nanocoloides), protector de jeringa, equipo Sentinella con puntero radioactivo, Gammacámara Brightview de Philips de doble cabezal con colimadores de baja energía. Método de trabajo: Recepcionamos el/la paciente y le explicamos los pasos a seguir. Se desviste de cintura para arriba y se coloca una bata con el fin de tener un mejor acceso a la zona de punción y mayor capacidad de maniobra en la localización del ganglio centinela. Preparada la paciente se le inyecta el radiofármaco en zona peritumoral, intratumoral, subcutánea o periareolar (a valorar por el clínico). Durante 30 minutos el/la paciente se realizará un masaje en el punto de inyección y, posteriormente en la gammacámara, adquiriremos las primeras imágenes en posición anterior y laterales. Haremos unas marcas orientativas en la piel para delimitar la localización del GC. Una vez esto, emplearemos la minigammacámara para una localización más precisa, realizando la marca definitiva que indicará el lugar exacto donde se encuentra el GC.

RESULTADOS:

De un total de 86 pacientes, solamente en 2 ocasiones (2.3%), no se pudo detectar el ganglio centinela. Esto demuestra la alta fiabilidad y precisión del equipo. La anatomía patológica describió que, de los ganglios marcados y estudiados, en un 73% la inmunohistoquímica era negativa, en un 16% aparecían macrometástasis, en un 7% micrometástasis y en un 3% células tumorales aisladas

CONCLUSIONES:

La utilización de la gammacámara portátil no incrementa significativamente el tiempo de exploración y aumenta la precisión y fiabilidad en la localización del GC.

4.- MEJORA CONTINUA. SEGUIMIENTO DE USUARIOS PEDIÁTRICOS TRAS SONDAJE VESICAL PARA LA REALIZACIÓN DE UNA CUMS.

M^a del Carmen Ramírez Lopera, Pilar Pedraza Mora, María Ruiz Siles, M^a Luisa Porras Barea, Leonardo Esplá García.
*UGC Radiodiagnóstico Sección Materno Infantil.
Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.*

INTRODUCCIÓN:

Para medir la calidad de los cuidados enfermeros, existen indicadores que nos permiten cuantificar su nivel, unas veces desde la perspectiva del ciudadano, como es la satisfacción de los servicios prestados o calidad percibida, otra el nivel de los resultados obtenidos en la práctica asistencial o calidad científico-técnica. Herramientas que nos permiten medir el nivel de calidad de los cuidados son su continuidad o seguimiento a través de los distintos niveles asistenciales. El seguimiento domiciliario o telefónico de los resultados de las actuaciones enfermeras o la visita hospitalaria post intervención. En la sección materno-infantil después del análisis de los resultados obtenida con la organización de grupos focales el 2010, una mejora propuesta fue la creación de una consulta de enfermería que diera atención personalizada y proporcionara cuidados a los niños y mujeres, usuarios y usuarias, de nuestra sección.

OBJETIVOS:

Uno de los servicios que proporciona la consulta, incluidos en su cartera, es el seguimiento de los niños a los que se les practica un sondaje vesical para la realización de una CUMS (Cistouretrografía miccional seriada). La puesta en marcha ha sido la primera semana del pasado mes de febrero.

MATERIAL Y MÉTODOS:

El propósito del seguimiento está relacionado con diagnóstico de la NANDA "Riesgo de infección". A los niños sondados se les realiza un seguimiento telefónico domiciliario, dejando al menos 5 días desde la realización del sondaje, en la entrevista a CP se pregunta:

- El estado general del niño desde el mismo día del sondaje vesical.
- Si sufrieron hipertermia.
- Descripción de las molestias sufridas, posteriores al sondaje y durante la micción o relacionadas con esta.
- Si tuvieron molestias, duración e intensidad.
- Si hicieron uso de las recomendaciones, post-sondaje, que les facilitaron el mismo día al finalizar la exploración.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES:

Actualmente contamos con pocos registros por lo que no nos permiten hacer una valoración ni aventurar resultados. Esperamos hacer una valoración a partir del año de la puesta en marcha del servicio. Si podemos adelantar la satisfacción del CP (padre/madre), al recibir la llamada telefónica, interesándonos por el estado del niño. Y que la utilización de indicadores que confirmen la evidencia científica de los resultados en la práctica diaria como parte del proceso enfermero, permite la mejora continua en los cuidados, el control los resultados adversos y la mejora de la calidad asistencial.

PÓSTERS

Viernes 3 de Junio 2011. 16:00h - 17:00h DEFENSA DE PÓSTERS

1.- Funciones de la Enfermería en la Colonografía por TC.

Victoria Peña Matía, Celia Moreno Blanco, Jara Revilla Postigo.
Hospital General Yagüe. Burgos.

2.- Cuidados de Enfermería en RM: Enfermedad inflamatoria intestinal y RM intestinal.

A. Soler, MD Blanco, C. Campos, G. Corsellas, X. Clusella, MP Gutiérrez.
Unidad de Resonancia Magnética. IDI Lleida.

3.- Biopsia de lesiones intraductales.

Ignacio Martínez.
Hospital Marques de Valdecillas. Santander.

4.- Elaboración de un proyecto de mejora en Radiodiagnóstico.

Ana Isabel Morón Gallego, M^a José Grima Grima, Ángel Custodio Boned, Rosa Redondo Blanco, Jesús Carcavilla Llovería, María Alonso Esteban, Myriam Sáez Guiona.
Hospital Miguel Servet. Zaragoza.

5.- Estandarización de las curas de Enfermería y del mantenimiento del catéter venoso parcialmente tunelizado tipo Broviac.

M^a Luisa Albiñana Padró-Solanet, Anna Montoya Lamolda, Nuria Albero Ferrer
Institut Diagnostic per la Imatge. Vall d'Hebrón. Barcelona

6.- Comparativa de las preparaciones para TC-Colonografía virtual.

Sofía López Gilibert, Encarnación Hernández Serna, Pedro Soler Gallego, Francisco Pina Salinas, Joaquín Hellín Monasterio
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

7.- Enfermería multidisciplinar en el cáncer colorrectal.

Pedro Soler Gallego, Encarnación Hernández Serna. Sofía López Gilibert. Adrián Lujan Cubero. Pilar García García
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

8.- Necesidad de un protocolo de actuación Enfermera en el TC ante un paciente politraumatizado.

N. Núñez Fuertes, JM González Ávila, M. Ramírez Sánchez, M. Reinado Prado.
Hospital SAS Jerez. UGC -Diagnóstico por la Imagen, Jerez de la Frontera. Cádiz.

9.- Por un uso responsable de las radiaciones ionizantes.

Ramírez Sánchez, M.C.; Reinado Prado, M.; Núñez Fuertes, N.; González Ávila, J.M.
Hospital SAS Jerez. UGC -Diagnóstico por la Imagen. Jerez de la Frontera. Cádiz.

10.- Estudios no realizados en RM: análisis retrospectivo de una muestra en RM.

Javier Gutiérrez de Rozas Astigarraga, Arturo Luís Moreno Barrón.
Hospital Universitario Marques de Valdecillas. Santander.

11.- Imágenes de la moda en Enfermería.

Encarnación Martín Sánchez, José Manuel Peña Gómez, Susana Castro Gómez, Agustín López-Espinosa Plaza, Ildefonso Martos Cerezuela
HRU Carlos Haya. Málaga.

12.- Uretrografía masculina: el método Clamp.

Pedro Soler Gallego,, Encarnación Hernández Serna, Pilar García García, Francisco Pina Salinas, Catalina García Jiménez, Juan de Dios Berna Serna.
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

13.- Papel de la Enfermería Radiológica en el Ictus.

Alex Budoy Flores, M^a Dolores Pérez Lecina, Raquel Crespo Calvo, Jordi Rivera Perianez, M^a Angeles Cabaleiro Dieguez, Enrique Jorcano Izquierdo
Hospital Clinic. Barcelona.

14.- Artrografía de hombro en RM guiada por TC.

Antonio Pulido, Ana Oliva, Rafa Fort
Institut de Diagnostic per la Imatge. (IDI - Lleida)

15.- Papel de la Enfermería en el estudio de Carcinoma de Próstata mediante Resonancia Magnética.

Isabel Palomares Casado.
Osatek. Vitoria.

16.- Colocación de catéter PICC mediante punción guiada por ultrasonidos.

Luis Barceló, B. Carballo, J. Fuertes, J. Giannoni, J. Griñón, J. López Subirana.
Hospital Clinic. Barcelona.

17.- La consulta de Enfermería en Radiodiagnóstico como herramienta de trabajo en pacientes hospitalizados.

J.M. González Ávila, M.C. Ramírez Sánchez, M. Reinado Prado, N. Núñez Fuentes
Hospital SAS Jerez. UGC Diagnóstico por la Imagen, Jerez de la Frontera. Cádiz.

18.- Caso clínico de Mioma uterino. Taxonomía NANDA, NIC, NOC aplicada por Enfermería en Resonancia Magnética y Vascular Intervencionista.

Inmaculada Montero Monterroso (H. Reina Sofía, Córdoba), Antonio Montoliú Portero (H. Vall d'Hebrón, Barcelona)

19.- Mejora de la técnica de la sinoviortesis en rodilla.

Vicente Aparisi Sos, M, Teresa Roures Ramos.
Medicina Nuclear, Hospital Provincial. Castellón.

20.- Factores de riesgo presentes en los pacientes a los que se les solicita un estudio de Densitometría Ósea en nuestro Servicio de Medicina Nuclear.

González Blanco, J.F.(1); González González, M. (2); Gómez Caminero, F.(1); Rosero Enríquez, A.S. (1)
1: Medicina Nuclear Salamanca. 2: Centro Investigación del Cáncer Salamanca
Hospital Universitario. Centro Investigación del Cáncer. Salamanca.

21.- Método simplificado de llenado vesical en la valoración PET-TAC sobre lesiones pélvicas.

Ana Cristina Gil Rodríguez. José Manuel Nogueiras.
Hospital Meixoeiro. Vigo

22.- Importancia de la información en Gammagrafía Cardiaca.

Consolación Plaza Moyano, Encarnación Martín Sánchez, M^a Luisa Luque Poyato, Antonio G. Cañizares Luque, Purificación Herrera Rodríguez, Inmaculada Zavala Artacho
Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga.

23.- Captación intestinal en los estudios PET-TC con FDG en pacientes oncológicos: influencia de los antidiabéticos orales.

I. Liarte, C. Gámez, I. Ferrero, M. Albadalejo, S. Rustarazo, A. Cebrián, AP. Caresia, L. Rodríguez-Bel, M. Cortés, S. Rossi. J. Robles.
Unitat PET-IDI. Hospital Universitari de Bellvitge. IDIBELL. L'Hospitalet de Llobregat.

24.- Procedimientos de Enfermería en los estudios PET-TC con FDG de cuerpo en pacientes oncológicos ingresados.

S.Rustarazo, I. Liarte, C. Gámez, M. Albadalejo, I. Ferrero, A. Cebrián, M. Cortés, J. Robles, L. Rodríguez-Bel, AP. Caresia, S. Rossi
Unitat PET-IDI. Hospital Universitari de Bellvitge. IDIBELL. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona.

25.- Cuidados de Enfermería en pacientes tratados con Samario.

Anunciación García, M^a Ángeles Andrés, Marta Martínez, Amapola Pérez, Natalia Pozo
HGU Gregorio Marañón. Madrid.

26.- "Conocimientos deficientes" en Radioterapia, una realidad.

Susana Castro Gómez, Agustín López-Espinosa Plaza, Encarnación Martín Sánchez, Juan Carlos Florido Martín, Rafael Zayas Castro, Ana Salas Becerra.
HRU Carlos Haya. Málaga.

27.- Consulta de Enfermería y dolor en el paciente oncológico.

Antonia Peñacoba Alamo, Carmen Yudebo Bermejo
Complejo Asistencial de Burgos.

28.- Tratamiento con Radioterapia Externa en el Cáncer de Próstata guiado por marcas Fiduciales.

R. Rovira, J. Ant. Antón, R. Ballester
Institut Català d'Oncologia. Badalona.

29.- Protocolo de administración de Amifostina subcutánea.

A. López-Espinosa Plaza, E. Martín Sánchez, J.C. Florido Martín, S. Castro Gómez, R. Zayas Castro, A. Salas Becerra.
HRU Carlos Haya. Málaga.

30.- Tratamiento del dolor vertebral facetario guiado por TC.

Rosa I. Pruñonosa Miravet, Sagrario E. López-Malla Ros, Manuel Roda Fernández, Antonio Merino Pérez.
Hospital General de Castellón.
(Falta abstract)

1.- FUNCIONES DE ENFERMERIA EN LA COLONOGRFIA POR TC
PEÑA MATIA MARIA VICTORIA, MORENO BLANCO CELIA, REVI-
LLA POSTIGO JARA.

Hospital General Yagüe (Burgos).

INTRODUCCIÓN:

La colonografía por TC o colonoscopia virtual es el estudio de lesiones de colon a partir de imágenes y datos volumétricos obtenidos por TC, tras la insuflación de aire tras-rectal en un colon previamente limpio y seco.

OBJETIVOS:

Describir las funciones de enfermería en la colonoscopia virtual demostrando su incidencia en la obtención de óptimos resultados

MATERIAL Y MÉTODOS:

Es un estudio descriptivo prospectivo. Estudio de 80 exploraciones en pacientes con patología. Funciones de enfermería:

- 1.- Previo a la Colonotac
 - 1.1- Consentimiento informado
 - 1.2- Preparación y dieta
 - 1.3- Estudio y valoración de historia clínica
 - 2.- Durante la exploración
 - 2.1- Explicación del procedimiento
 - 2.2- Administración de buscapina si precisa
 - 2.3- Colocación de la postura adecuada
 - 2.4- Insuflación de aire tras-rectal manual o con insuflador de colon
 - 2.5- Control del paciente durante el proceso
 - 3.- Posterior a la exploración
 - 3.1- Retirada de cánula rectal y equipo
 - 3.2- Facilitar al paciente solución de enterosilicona
- DIAGNOSTICOS NANDA
0126 CONOCIMIENTOS DEFICIENTES:
0035 RIESGO DE LESION
RESULTADOS (NOC)
1814 CONOCIMIENTOS PROCEDIMIENTO TERAPÉUTICO
1913 SEVERIDAD DE LA LESIÓN FÍSICA
INTERVENCIONES (NIC)
5618 ENSEÑANZA PROCEDIMIENTO-TTO.
6480 MANEJO AMBIENTAL

RESULTADOS:

80 pacientes a los cuales se les realizó colonotac los resultados fueron satisfactorios, preparación correcta en el 90% de los casos. Buena tolerancia a la exploración en el 99% de los casos. Complicaciones: dos casos de neumoperitoneo resueltos favorablemente. El protocolo de preparación y realización de colonotac en nuestro hospital es adecuado para obtener el máximo rendimiento de la exploración y los mejores resultados

CONCLUSIONES:

Es la técnica de elección para valorar las patologías en el colon en pacientes que no toleran la colonoscopia convencional así como en el despistaje del cáncer colorectal en pacientes de alto riesgo. Inconvenientes -Imposibilidad de realizar biopsias y poliposeptomias -El nº de falsos negativos cuando la preparación no es la adecuada -La exposición a radiaciones ionizantes.

2.- CUIDADOS DE ENFERMERIA EN RM: ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL Y RM INTESTINAL.

Soler A.; Blasco MD.; Campo C.; Corsellas G.; Clusella X.; Gutiérrez MP.

IDI. Unidad de Resonancia Magnética.

INTRODUCCIÓN:

La enfermedad inflamatoria intestinal más frecuente es la enfermedad de Crohn. Ésta es autoinmune ya que el sistema inmunitario del individuo ataca su propio intestino produciendo inflamación del mismo. Frecuentemente la parte afectada es el íleon terminal o tramo final del intestino delgado, aunque la enfermedad puede aparecer en cualquier lugar del tracto digestivo. La Resonancia Magnética es una prueba diagnóstica, de la cual se obtienen imágenes abarcando todo el intestino delgado e intestino grueso, de suficiente detalle anatómico como para dar un diagnóstico y extensión de la enfermedad. La actuación de enfermería es fundamental para obtener resultados óptimos tanto en la calidad de la imagen como en el bienestar del paciente.

OBJETIVOS:

Detallar el papel de enfermería en este tipo de estudio. Identificar los diagnósticos de enfermería en este tipo de paciente.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Desde Mayo del 2010 se han realizado en nuestro centro 30 exploraciones en p.acientes diagnosticados de enfermedad de Crohn. Las exploraciones se han realizado en un imán superconductor de 1'5T, con una bobina CP Array. Las exploraciones se han realizado siguiendo un protocolo que incluye:

- Preparación de paciente.
- Bomba inyectora.
- Colocación correcta de la bobina CP Array.
- Colocación del paciente en la sala RM.
- Administración Buscapina IM.
- Secuencias. Se utiliza una metodología de atención al paciente siguiendo diagnósticos e intervenciones de enfermería.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES:

La RM abdominal es un método no invasivo para crear imágenes detalladas del interior del área ventral. La exploración de RM no irradia, esto es beneficioso para los pacientes, ya que esta enfermedad predomina en sujetos jóvenes que muy probablemente requerirán de múltiples controles a lo largo de su vida.

3.- BIOPSIA DE LESIONES INTRADUCTALES

Ignacio Martínez
Hospital Marqués de Valdecilla

INTRODUCCIÓN:

En todas las mujeres con secreción mamaria es necesario hacer galactografía para descartar lesiones intraductales. Está indicada en casos de secreción patológica por el pezón, unilateral y espontánea por alta probabilidad de lesión intraductal, generalmente papilomas

OBJETIVOS:

Se expone un caso clínico que muestra la técnica ideal para la identificación de lesiones intraductales.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Material: Kit de galacto Alcohol Sondas de sialografía Gasas Guía metálica de KOPANS Paños estériles Contraste yodado hidrosoluble jeringuillas Pinza de galacto MÉTODO Paciente decúbito supino, se introduce el catéter unos 5-10 mm previamente purgado de burbujas, seguidamente se introduce una pequeña cantidad de contraste yodado hidrosoluble (0,5-1 ml) hasta que el paciente nota dolor o escozor. A continuación se realizan dos proyecciones mamográficas craneocaudal y mediolateral preferentemente magnificadas. Las lesiones intraductales se identifican como imágenes de defecto de repleción o stop de la columna de contraste. La extirpación de la lesión detectada está indicada en todos los casos mediante procedimientos guiados generalmente por ecografía o cirugía. En el caso expuesto será por cirugía. La localización preoperatoria se realiza mediante la introducción de guías metálicas, esto es importante ya que hay altas probabilidades de no identificar las lesiones en la pieza quirúrgica.

RESULTADOS:

-Las lesiones visibles por galactografía son malignas en un 5%.
-Las lesiones más frecuentes son papilomas intraductales.

CONCLUSIONES:

-Necesario siempre realizar biopsia en lesiones sospechosas de la galactografía.
-Con este caso clínico mostramos una técnica que es eficaz en estas lesiones.

4.- ELABORACIÓN DE UN PROYECTO DE MEJORA EN RADIODIAGNÓSTICO

Ana Isabel Morón Gallego, M^a José Grima Grima, Angel Custodio Boned, Rosa Redondo Blanco, Jesús Carcavilla Llovería, María Alonso Esteban, Myrian Saez de Guinoa.
Hospital Miguel Servet. Zaragoza

INTRODUCCIÓN:

La mejora continua es la iniciativa o búsqueda permanente de los equipos de trabajo para establecer mejores formas de trabajar que mejoren los resultados, enfocados a satisfacer las necesidades y expectativas de los usuarios. También es una forma ordenada de administrar y mejorar los procesos que se tiene implantados en cada unidad, identificando causas o restricciones, aplicando metodologías de mejora, llevando a cabo planes, estudiando y aprendiendo de los resultados obtenidos, y normalizando los efectos positivos para proyectar y controlar el nuevo nivel de desempeño.

OBJETIVOS:

Realización de líneas de trabajo para mejorar la asistencia en el servicio de radiología o en la organización.
- Radiología: Identificar la satisfacción de los clientes internos del servicio de radiodiagnóstico.
- Escáner /R.M. mejorar la adaptación del personal ante la complejidad del servicio

MATERIAL Y MÉTODOS:

Población diana Servicio de radiología del hospital universitario Miguel Servet de Zaragoza, teniendo dos vías de mejora una radiología convencional, incluyendo el intervencionismo, y otra vía el escáner y resonancia. Material y método Son dos grupos de trabajo: radiología y escáner/Resonancia. Composición: multidisciplinar. La detección de problemas o líneas de mejora ha sido a través de un método grupal usando el brainstorming luego se ha priorizado el/los problemas a través de criterios de decisión. Todas las líneas de mejora son de trabajo interno para una mejorar organización o mejorar los resultados. Se busca la causa y efectos a través de Ishikawa-En escáner y resonancia se decidió realizar un manual de acogida y realizar protocolos por actividades para poder ser más eficientes. En el otro grupo se decidió hacer una evaluación de los consentimientos informados y la satisfacción de los médicos peticionarios.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES:

Es un trabajo a largo plazo todo plan de mejora continua. Las herramientas de la mejora continua son realmente útiles, su implementación permiten analizar problemas existentes y plantear objetivos de siguientes mejoras y a la vez consiguen involucrar a las personas en un objetivo común. Los resultados obtenidos han permitido eliminar las irregularidades existentes en los procesos que se realizaban en el servicio: pérdida de tiempo, duplicidades, orden y clarificación de los procesos. Mejora en la implicación del personal en el servicio.

5.- ESTANDARIZACIÓN DE LAS CURAS DE ENFERMERÍA Y DEL MANTENIMIENTO DEL CATÉTER VENOSO PARCIALMENTE TUNELIZADO TIPO BROVIAC®

M^a Lluïsa Albiñana Padró-Solanet, Anna Montoya Lamolda y Núria Albero Ferrer.

INSTITUT DIAGNOSTIC PER LA IMATGE IDI VALL D'HEBRON

INTRODUCCIÓN:

El catéter parcialmente tunelizado tipo Broviac® es un catéter de acceso venoso central de diferentes gruesos y longitudes que se implanta con un recorrido subcutáneo y que se emplaza en la unión de la vena cava superior con aurícula derecha.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Mediante la colaboración conjunta de la unidad de Radiología Vascular Intervencionista del hospital Universitario Vall d'Hebron y la Unidad de Neonatos del mismo hospital se decide iniciar un trabajo conjunto para unificar y estandarizar las curas de enfermería y el mantenimiento del catéter. Para llevar a cabo el objetivo se ha realizado una reunión cada mes y medio durante un año, integrada por tres enfermeras de la unidad de Radiología Vascular Intervencionista y cinco más de la Unidad de Neonatos. Resultados: Creación de un único documento conjunto y unificado con la unidad de neonatos del Hospital Vall d'Hebrón donde se describe el proceso de colocación del catéter, la preparación del paciente previa a la colocación, cómo se debe fijar y colocar los apósitos una vez el paciente tiene el catéter colocado, cómo se debe heparinizar el catéter, las curas inmediatas post-colocación, mantenimiento del mismo y finalmente la información a los padres o familiares que deberán realizar las curas.

CONCLUSIONES:

La estandarización de las curas de enfermería de un catéter de estas características permite reducir la incidencia de complicaciones derivadas del uso incorrecto de este dispositivo. La homogeneización de este tipo de documentos es de gran utilidad para los profesionales de enfermería que desconocen el uso del catéter Broviac® y sirve como manual de referencia durante la práctica diaria del uso de los mismos. La necesidad de colaborar con las distintas unidades de enfermería para crear directrices comunes que permitan unificar los criterios de enfermería y de esta forma garantizar el correcto uso del catéter para el bien del paciente y la familia. Asesoramiento a la familia en el cuidado y uso del catéter Broviac®.

6.- COMPARATIVA DE LAS PREPARACIONES PARA CT-COLONOGRAFÍA-VIRTUAL

Sofía López Gilbert, Encarnación Hernández Serna, Pedro Soler Gallego, Francisco Pina Salinas, Joaquín Hellín Monasterio.

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca - Murcia

INTRODUCCIÓN:

La CT-colonografía-virtual es una prueba que de forma mínimamente invasiva proporciona imágenes tridimensionales que pueden reflejar lesiones al igual que la colonoscopia óptica, pero con menos contraindicaciones y molestias. Existen discrepancias sobre el uso de catárticos o no en la preparación del paciente. OBJETIVOS Averiguar si existe relación entre el uso de catárticos y la obtención de resultados satisfactorios. Demostrar que los pacientes sometidos a una preparación sin catárticos tienen mayor adherencia a esta. La reducción de costes al no emplear catárticos

MATERIAL Y MÉTODOS:

Material Consulta de enfermería: Consentimiento informado. Hoja de preparación con/sin catárticos. Gastrografin® 40ml Jeringa de 5 ml Catárticos (Citrafleet®, fosfosoda) Suplena®, Micralax® 5 ml3.-

Método: Realizamos un estudio a 60 pacientes en el que 30 toman catárticos con la siguiente pauta; 1er día: Toma de catárticos, dieta pobre en residuos y marcaje de heces con Gastrografin®. 2º Día: Dieta pobre en residuos y marcaje de heces. 3er día: Dieta líquida, Suplena® y marcaje de heces. Día de la prueba: Micralax®- 30 no toman catárticos, siendo la pauta; 1er y 2º día: Dieta pobre en residuos y marcaje de heces con Gastrografin® 3er día: Dieta líquida, Suplena® y marcaje de heces. Día de la prueba: Micralax® También realizamos un cuestionario a los pacientes con una escala tipo Likert valorándose el disconfort que perciben durante la preparación.

RESULTADOS:

Los resultados fueron los siguientes: - El 100% de los que no tomaron catárticos siguieron la pauta correctamente, y los resultados fueron 26 estudios satisfactorios y 4 no satisfactorios.- Los que tomaron catárticos mantuvieron la pauta correctamente en un 85%, destacando 1 caso en el que el paciente abandonó, obteniendo 26 estudios satisfactorios, 3 no satisfactorios y 1 abandono. Las respuestas al cuestionario fue de media muy mala para los que tomaron catárticos y de media buena en los que no los tomaron.

CONCLUSIONES:

El uso de catárticos no garantiza que el resultado de la prueba sea satisfactorio ya que se realizan estudios óptimos sin el uso de los mismos.- La realización de la prueba con catárticos supone un coste adicional para el paciente.- Con el no empleo de catárticos, el paciente se encuentra en mejores condiciones físicas y anímicas para la realización de la prueba.

7.- ENFERMERÍA MULTIDISCIPLINAR EN EL CÁNCER COLORECTAL

Pedro Soler Gallego, Encarnacion Hernandez Serna, Sofia Lopez Gilbert, Adrian Lujan Cubero, Pilar Garcia Garcia
Hosp. Universitario Virgen de la Arrixaca

INTRODUCCIÓN:

El carcinoma colorectal es una patología, que desde su diagnóstico hasta la intervención quirúrgica, necesita la actuación de profesionales de enfermería de diferentes unidades.

OBJETIVOS:

Describir las diferentes especialidades de enfermería que actúan durante el proceso quirúrgico del CCR. Demostrar las relaciones interprofesionales.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Enfermería Unidad Digestivo Enfermería Unidad Radiodiagnóstico. Enfermería Unidad Medicina Nuclear. Enfermería Unidad Radioterapia. Enfermería Unidad de Cirugía. Consultas de enfermería, TAC, PET, RMN, ETC. Método: Mujer de 70 años que acude a consulta de cirugía-digestivo derivada de su centro de salud por sangre oculta en heces. Tras ser vista se cursa petición de colonoscopia. La enfermera de esa unidad le avisa para indicarle la preparación y confirmar la cita. Se informa la colonoscopia como ADC de recto, con múltiples pólipos y siendo colonoscopia incompleta por falta de preparación en ciego. Esto conlleva dos nuevas peticiones RMN de recto y CT-colonografía con estudio de extensión. El servicio de radiodiagnóstico a través de la consulta de enfermería la cita previamente en consulta, donde se informa, se le entrega preparaciones y cita de ambas pruebas. Por otro circuito paralelo se cursa PET-TAC, con implicación directa de la enfermería de Medicina Nuclear. Una vez concluidas esta batería de pruebas la señora acude a consulta de cirugía, donde es enviada a Oncología médica y Radioterapia. Recibe 28 sesiones de radioterapia, siendo vista en ese tiempo 4 veces en la consulta de enfermería de radiot., más una para realizarle TAC de simulación. Es tratada en oncología médica con Xelox. Tras finalizar tratamiento de QT y RT. Vuelven a actuar las enfermeras de Radiodiagnóstico y endoscopias para realizar RMN de recto y colonoscopia. Una vez obtenidos los últimos resultados, es ingresa en planta de cirugía para proceder a operación quirúrgica, donde recibe los cuidados del personal de enfermería de dicha planta.

RESULTADOS:

La paciente diagnóstica de CCR ha necesitado los cuidados de 5 unidades diferentes de enfermería. Algunas de ellas han sido en varias ocasiones. Existe relación interdisciplinaria entre personal enfermer@.

CONCLUSIONES:

En el proceso de tratamiento y curación del adenocarcinoma de recto el papel de enfermería es muy significativo, ya no solo en la realización directa de los estudios, (TAC, PET, RMN, RT) sino también en el aporte de información, asesoramiento, preparación, etc.

8.- NECESIDAD DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION ENFERMERA EN EL TC ANTE UN PACIENTE POLITRAUMATIZADO

Nuñez Fuentes,N; Gonzalez Avila,J.M; Ramirez Sanchez,M.C; Reinado Prado,M.
HOSPITAL SAS JEREZ, UGC Diagnostico por la Imagen, Jerez de la Fra. (Cadiz)

INTRODUCCIÓN:

La importancia de un manejo inicial coordinado y efectivo ante un politraumatizado por parte del equipo de salud, no sólo radica en las muertes que produce, sino también en la invalidez y rehabilitación, con el consiguiente coste biológico y económico para los servicios sanitarios. Los primeros minutos ante un paciente politraumatizado son imprescindibles, y poseer un protocolo de actuación evita en gran medida el entretimiento de las actuaciones y los errores. Se debe contar con un equipo interdisciplinario coordinado con objeto de optimizar los esfuerzos para poder dar una atención de mayor calidad a este tipo de pacientes.

OBJETIVOS:

Comprender la necesidad de elaborar un protocolo de actuación enfermera ante un politraumatizado en la sala del TAC en el servicio de radiodiagnóstico del Hospital de Jerez.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realizaron reuniones interdisciplinarias entre el personal de los servicios de urgencias, radiodiagnóstico y UCI del Hospital de Jerez. Los profesionales de cada categoría elaboraron un dossier con las actuaciones que realizaban desde el momento de la recepción del paciente. El equipo de enfermería del servicio de Radiodiagnóstico del Hospital de Jerez se reunió con periodicidad para elaborar dicho dossier. Organizamos unas pautas de actuación que luego fueron expuestas para corrección, consenso y consentimiento de todas las partes implicadas, de manera que existiera una coordinación entre todos los profesionales de las diferentes áreas.

RESULTADOS:

Elaboración de un protocolo de actuación enfermera ante un politraumatizado en la sala del TAC.

CONCLUSIONES:

Con la puesta en marcha de este protocolo hemos conseguido unificar criterios, siguiendo la misma pauta de actuación. Se ha logrado minimizar el tiempo de espera para la realización de la prueba. La preparación previa de la sala ante la recepción del enfermo optimiza el tiempo de ocupación de sala, la coordinación entre los distintos profesionales de las diferentes áreas ha mejorado la calidad de los cuidados así como favorece la continuidad de los mismos. Nuestras expectativas ante este nuevo proyecto son muy buenas creyendo que va a mejorar nuestros esfuerzos para conseguir una asistencia de calidad y un trabajo eficaz a la vez que eficiente.

9.- POR UN USO RESPONSABLE DE LAS RADIACIONES IONIZANTES.

Ramírez Sanchez,M,C; Reinado Prado ,M; Nuñez Fuentes,N; Gonzalez Avila ,J.M.

HOSPITAL SAS JEREZ,UGC Diagnostico por la Imagen,Jerez de la Fra.(Cádiz)

INTRODUCCIÓN:

Estamos continuamente expuestos a las radiaciones naturales (sol. Tierra, etc.) que son inevitables y necesarias para el día a día. Las radiaciones ionizantes tienen utilidades muy importantes en la ciencia, industria (producción de energía, de alimentos,...). En medicina tiene aplicaciones muy beneficiosas, con ellas se pueden realizar una gran variedad de estudios diagnósticos (medicina nuclear y radiología) e incluso tratamientos (radioterapia). En cada examen radiológico (excepto en ecografías y resonancia magnética) y de medicina nuclear se reciben dosis de radiaciones ionizantes, la cantidad depende del tipo y número de exploraciones. Por eso es imprescindible hacer UN BUEN USO Y NO ABUSAR INNECESARIAMENTE DE LAS MISMAS; ya que los daños son permanentes, no desaparecen y se transmiten a las generaciones futuras.

OBJETIVOS:

Comprender la importancia de un uso responsable de las radiaciones ionizantes en el servicio de Radiodiagnóstico del Hospital de Jerez.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Ante la preocupación por el aumento de la demanda de pruebas diagnósticas por la imagen a la población, se creó una comisión interdisciplinar en la cual participaron médicos, enfermeros, auxiliares, técnicos especialistas en radiología, celadores, etc. La falta de información que tiene la población del área hospitalaria de Jerez acerca de los riesgos de las radiaciones ionizantes, aumenta la presión y solicitud a los facultativos de este tipo de pruebas, por lo que:

- Se realizan reuniones de trabajo.
- Recabamos información de distintos medios.
- Búsqueda de consenso y toma de decisiones.
- Reuniones de pruebas de adecuación entre profesionales de distintas áreas asistenciales.

RESULTADOS:

A través de esta comisión se elaboró una serie de actividades dirigidas a profesionales sanitarios, pacientes y familiares.

- Elaboración de un cartel informativo y explicativo con el lema MENOS RADIACIONES ES IGUAL A MAS VIDA.
- Divulgación en los distintos medios de comunicación de ámbito provincial sobre el uso y riesgos de las radiaciones ionizantes.
- Adopción de las medidas de protección radiológicas adecuadas tanto para profesionales como para pacientes y familiares (en caso necesario).
- Optimización del uso de radiaciones ionizantes MAYOR CALIDAD DE IMAGEN CON LA DOSIS MÍNIMA POSIBLE, "EVITAR REPETIR".

10.- ESTUDIOS NO REALIZADOS EN RESONANCIA MÁGNETICA: ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE UNA MUESTRA EN UNA UNIDAD RM.

Javier Gutiérrez de Rozas Astigarraga, Arturo Luís Moreno Barrón.

Hospital Universitario "Marqués de Valdecilla" Santander (Cantabria)

OBJETIVOS:

Conocer el número de exploraciones no realizadas en nuestra Unidad de Resonancia Magnética (Hospital U. Marqués de Valdecilla) durante el periodo 2004 - 2010 respecto al número total de estudios citados analizando las causas que los originaron.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio epidemiológico observacional analítico: estudio de cohortes de tipo retrospectivo (histórico) de las exploraciones de resonancia magnética (RM) realizadas en nuestra Unidad durante los años 2004 a 2010 para conocer, del total de estudios citados, cuántos NO se pudieron realizar y cuál fue el motivo de no realizarse. Resultados; Número total de estudios citados: 34723. Estudios realizados: 32255 (94,11% del total). Estudios NO realizados: 2018 (5,88 % del total). De 2018 estudios no realizados entre 2004 y 2010 en 1116 de ellos (53,30%) el motivo fue que el paciente NO ACUDIO a la cita. La segunda causa de fallo fue debido a la sensación claustrofóbica que imposibilitó realizar el examen en 599 pacientes (29,68%). El resto de causas: excesivo volumen, no aguanta o no colabora, portador de marcapasos o prótesis vasculares, portador de metralla o esquirlas metálicas, implante de prótesis de oído medio, portador de neuroestimuladores, *embarazo y otras causas presentan porcentajes que oscilan entre el 3,96% y el 0,25%.*El embarazo en sí no debería considerarse como contraindicación para no realizar una exploración RM. De hecho se puede estudiar patología fetal mediante RM, pero se entiende que debe evitarse someter al feto a campos magnéticos de alta intensidad en consideración a la valoración riesgo/beneficio de la prueba.

CONCLUSIONES:

El porcentaje de RM no realizadas fue de 5,88% frente a las realizadas, 94,11% durante el periodo de análisis del estudio (2004-2010). El fallo principal para NO realizar la prueba es que el paciente NO ACUDE a la cita. Esto es más frecuente en las épocas que coinciden con periodos de lista de espera más largos. La CLAUSTRROBIA es la principal causa de exploración fallida (29,68%) una vez que el paciente acude. Sin embargo en un estudio llevado a cabo en 2009 en nuestra Unidad (presentado en el Congreso de Enfermería radiológica de Lanzarote) sobre 60922 estudios comp

11.- IMAGENES DE LA MODA EN ENFERMERIA.

Encarnación Martín Sánchez, José Manuel Peña Gómez, Susana Castro Gómez, Agustín López-Espinosa Plaza, Ildefonso Martos Cerezuola
HRU Carlos Haya. Málaga

INTRODUCCIÓN:

La Enfermería es mucho más que un oficio, es una ciencia en la que se conjugan el arte, conocimiento, el corazón, la fortaleza y el humanitarismo. La Enfermería, desde sus inicios, ha ido acompañada por una simbología propia que la caracteriza, como son la cofia, la bata blanca, la capa y la lámpara, todo ello con un significado relevante que permite interpretarla y comprenderla. El motivo de este trabajo es mostrar de una forma gráfica, como hemos evolucionado en el vestir la enfermería desde sus comienzos hasta la actualidad, comprobando que dicha evolución es un reflejo de los cambios acaecidos en la profesión.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica y fotográfica de la vestimenta enfermera a través de la historia de nuestra profesión. Mostraremos mediante dibujos y/o fotografía la evolución de esta vestimenta

RESULTADOS Y CONCLUSIONES:

Como hemos podido comprobar la evolución del vestido de la enfermería ha cambiado mucho a lo largo de la historia, pero siempre esta indumentaria ha sido acorde con la época que le ha tocado vivir. El antecedente que más ha marcado la vestimenta de enfermería hasta época reciente ha sido el religioso, intentando asemejar el uniforme de enfermería al hábito de las monjas. A la enfermería, ya sea vistiendo con grandes faldas y cofias, con pijamas o batas, lo que siempre la ha caracterizado es el cuidado por, cuidado de, cuidado hacia... consolidándose esta como una disciplina con un cuerpo de conocimientos propios y una responsabilidad definida en la atención a la salud de la población, siendo la vestimenta una anécdota mas en nuestra historia.

12.- URETROGRAFÍA MASCULINA: EL MÉTODO CLAMP

Pedro Soler Gallego, Encarnacion Hernandez Serna, Pilar Garcia Garcia, Francisco Pina Salinas, Catalina Garcia Jimenez, Juan de Dios Berna Serna.
Hosp. Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia

OBJETIVOS:

Describir un nuevo método para realizar uretrografía masculina (retrógrada y miccional) y compararlo con la técnica convencional (sonda de Foley).

MATERIAL Y MÉTODOS:

Entre febrero y octubre del 2007, 80 pacientes (edad 16 [desviación típica]; rango, 18-85 years) con sospecha de estenosis uretral fueron distribuidos en dos grupos: Grupo 1 (técnica convencional, n=36) y Grupo 2 (método Clamp, n = 44). En 11 pacientes fue imposible el uso de la sonda de Foley, por lo que se pasaron del grupo 1 (n = 25) al grupo 2 (n = 55). El dolor que presentaron los pacientes respecto al inflado del balón con la técnica convencional y respecto a la compresión externa con el método clamp, fue recogido mediante una escala visual analógica (EVA). A partir de dicho estudio se comenzó a utilizar el método clamp en nuestro hospital de forma rutinaria, y hasta enero de 2011 se ha usado en 422 pacientes.

RESULTADOS:

En el estudio comparativo, la técnica convencional (Grupo 1) se pudo realizar sólo en el 69% de los casos (25 de 36), mientras que el método clamp (Grupo 2) se pudo llevar a cabo en el 100% (55 de 55). Los valores promedio respecto al dolor del inflado del balón en el 1.4 (rango, 2.3-7.5), mientras que el 69% (38 de 55) de Grupo 1 fueron, EVA: 4.8 los pacientes del Grupo 2 refirió no dolor (EVA: 0) respecto a la compresión 0.3 (range, ±externa, y los valores promedio en el 31% restante fueron, EVA: 0.6 0.3-1.2). En los 422 pacientes incluidos posteriormente, la uretrografía masculina se realizó con éxito mediante el método clamp en todos los casos.

CONCLUSIONES:

La técnica convencional de uretrografía retrógrada es un procedimiento doloroso, y difícil o imposible de llevar a cabo en pacientes con estenosis o cirugía del área uretromeatal. El método clamp es bien tolerado y se puede utilizar en todos los casos, con la ventaja añadida de que permite realizar el estudio miccional (CUMS) sin necesidad de sondaje vesical.

13.- PAPEL DE LA ENFERMERÍA RADIOLÓGICA EN EL ICTUS

Alex Budoy Flores. María Dolores Perez Lecina. Raquel Crespo Calvo.

Hospital Clínic de Barcelona

INTRODUCCIÓN:

En los servicios de Diagnóstico por la Imagen, el enfermero/a está viendo un aumento de sus funciones en algunos casos, y con frecuencia se está asumiendo nuevos protocolos, técnicas y necesidades que nos obligan a investigar y especializarnos en campos hasta ahora desconocidos o infrutilizábamos. El código Ictus es sin duda una de las urgencias que requieren un comportamiento por parte de todos los miembros del equipo multidisciplinar más coordinado y con una respuesta rápida y eficaz. Recordemos que es un tipo de enfermedad cerebrovascular caracterizada por una brusca interrupción del flujo sanguíneo al cerebro, y que origina una serie de síntomas variables en función del área cerebral afectada.

OBJETIVOS:

Dar una respuesta eficaz y rápida, desempeñando el enfermero/a de los servicios de Diagnóstico por la Imagen un papel decisivo e integral de actuación con el neurólogo en la recepción y posterior tratamiento fibrinolítico del ictus isquémico agudo.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Valoración en el servicio de Escáner mediante un TC basal de su patología, en el caso de AVC + se le realiza el tratamiento con fibrinolíticos y posterior comprobación TC basal + perfusión + angit TC intra y extra craneal. En el tratamiento de fibrinólisis se precisan, una estación de enfermería ubicada físicamente colindando con el TC, dos DUE + una AC, y el material (Jeringas, bolsas de muestras sanguíneas, centrifugadora, pipetas, bomba volumétrica, conexiones de BV, fibrinolítico, aparato de monitorización).

RESULTADOS

La recuperación o disminución de los síntomas, sensoriales, motores, así como el control y la preparación para el traslado a la unidad de ictus.

CONCLUSIONES:

En un servicio de Diagnóstico por la imagen en la actualidad, la enfermería debe tener un papel de atención a las diferentes necesidades del paciente, abriendo nuevas áreas, tanto en registros, protocolos de investigación, como en el caso del ictus, asistenciales.

14.- ARTROGRAFIA DE HOMBRO EN RM GUIADA POR TC

Antonio Pulido, Ana Oliva, Rafa Fort

Institut de Diagnòstic per la Imatge. (IDI - Lleida).

INTRODUCCIÓN:

Técnica semi-invasiva que produce la distensión de la cavidad articular mediante una punción e inyección de contraste en el interior de la articulación. Permite valorar la inestabilidad glenohumeral, con luxación recidivantes, sospechas de lesión labrum-ligamentosa; es especialmente útil en pacientes jóvenes (<40 años) para valorar pequeñas lesiones de labrum o lesiones típicas del maguito de los rotadores o con localizaciones atípicas.

OBJETIVOS:

Administración de contraste intraarticular para valorar patología.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Material: equipo TCMC Philips Brilliance-64 y RM Philips Intera 1.5 Tesla.

Método: se realiza punción articular con técnica estéril guiada por TC. Una vez localizado el punto exacto, se introduce una mezcla de contraste válido para TC y RM. Una vez dentro de la articulación, se hace barrido en TC, y seguidamente se hace valoración articular por RM con secuencias 3D con supresión grasa en ADD Y ABD.

RESULTADOS

- visualización de comunicaciones anormales entre compartimentos articulares.
- Visualización de fracturas, perforaciones y cuerpos articulares que sin producirse la distensión se encontrarían en aposición.

CONCLUSIONES:

- la artroRM se considera la técnica artrográfica de mayor utilidad, porque permite la evaluación de las estructuras internas de la articulación y simultáneamente de las partes blandas periarticulares.
- La artroTC gracias a la capacidad de adquirir información submilimétrica hace posible examinar las articulaciones con gran detalle, necesario para la punción guiada del contraste intraarticular.
- la presencia del agente de contraste en una localización que normalmente está separada demuestra la comunicación entre las dos zonas.

15.- PAPEL DE ENFERMERÍA EN EL ESTUDIO DE CARCINOMA DE PRÓSTATA MEDIANTE RESONANCIA MAGNÉTICA

Isabel Palomares Casado.
Osatek. Vitoria.

INTRODUCCIÓN:

El Carcinoma de Próstata es el 2º tumor más frecuente en hombres y la 3ª causa de muerte en nuestro país. Los avances técnicos en Resonancia Magnética (RM) durante la última década, hacen que se considere la técnica adecuada para el manejo global del paciente con sospecha de cáncer de próstata, permitiendo categorizar el nivel de riesgo, mejorar el estadiaje local y ayudar en la elección terapéutica. Para conseguir una exploración adecuada es necesario la correcta preparación del paciente, así como una buena elaboración de la prueba, y para ello la Enfermería cobra un papel importante.

OBJETIVOS:

Mostrar la metodología empleada en la realización de estudios de RM en pacientes con datos sugestivos de padecer Carcinoma de Próstata, así como el papel de Enfermería en este proceso.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio retrospectivo de pruebas realizadas en un equipo de 1,5 Teslas entre los años 2009 y 2010. Se analizó la información relativa a: motivo de exploración, edad y sexo, pruebas complementarias realizadas y calidad de los resultados obtenidos mediante RM. Los pacientes necesitaron una preparación previa a la prueba y se les administró un agente espasmolítico. En la realización de la RM se utilizó una bobina endorectal y de superficie, así como secuencias morfológicas y funcionales.

RESULTADOS

Se revisaron las exploraciones realizadas a 13 pacientes varones, de edades comprendidas entre 57 y 78 años, a los que se les realizó la RM para concluir el diagnóstico tras haberles realizado otras pruebas complementarias. Se llevó a cabo una adecuada metodología de trabajo para la realización de los estudios y esto hizo posible que se consiguieran buenas imágenes y buenos diagnósticos. El personal de Enfermería tuvo un papel importante en la preparación previa y en la realización de la prueba en sí, ya que está capacitado para tener en cuenta aspectos personales del paciente, y posee conocimientos técnicos de patología y anatomía necesarios.

CONCLUSIONES:

Es necesario tener una correcta metodología y una buena técnica de trabajo al realizar estudios de RM para el diagnóstico de Carcinoma de Próstata. El personal de Enfermería es importante para la planificación y realización de la prueba, ya que aporta los conocimientos necesarios para un correcto desarrollo de la misma.

16.- COLOCACIÓN DE CATÉTER PICC MEDIANTE PUNCIÓN GUIADA POR ULTRASONIDOS

Luis Barceló, B. Carballo, J. Fuertes, J. Giannoni, J. Griñón, I. Lopez, J. Subirana.
Hospital Clínic de Barcelona

INTRODUCCIÓN:

El PICC (Catéter Central de Inserción Periférica) es un catéter de inserción periférica de larga duración, que puede y debe ser colocado por personal de enfermería, con los medios menos cruentos de que dispongamos como es su colocación mediante punción guiada por ultrasonidos. La punción ecográfica nos permite una punción mucho más alta, normalmente a nivel medial del húmero, con lo que minimizamos los riesgos de trombosis venosa además de aumentar la comodidad del paciente.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se evalúa la colocación, mantenimiento y las complicaciones de 17 PICC implantados mediante la Técnica de Seldinger y punción ecográfica y se hace un seguimiento de los problemas que puedan surgir durante su utilización. La Técnica de Seldinger nos ayuda a cateterizar una vena profunda del brazo mediante la utilización de una guía metálica... Los problemas más comunes suelen ser: infección durante el acto de inserción, infección tardía, trombosis de la vena que lo aloja, vaina de fibrina en la salida distal del catéter, acodamiento del catéter, poros, etc

RESULTADOS

De los 17 enfermos evaluados: En el 64,7% (11) de los enfermos el catéter fue utilizado hasta el final del tratamiento. Un 5,8% (1) presentó vaina de fibrina (2 veces tratado con urokinasa) que no impidió que finalizase el tratamiento. El 5,8% (1) presentó un poro en la parte distal que hizo que lo tuviésemos que recambiar. Otro 5,8% (1) presentó infección atribuible al proceso de colocación. Por último, el 17,6% (3) presentó infección tardía lo que obligó a la retirada del catéter.

CONCLUSIONES:

El catéter PICC es el catéter de elección para tratamientos de corta-media duración (incluso superiores a 6 meses). El personal de enfermería que lo implante debe utilizar los medios menos cruentos que tenga a su alcance, en especial la punción guiada con ultrasonidos. Su cuidado (tanto del mismo paciente como por parte del personal de enfermería), mantenimiento y solución de posibles problemas incidirá directamente en la duración del mismo hasta el fin del tratamiento. La ubicación del mismo aumenta la comodidad del paciente.

17.- LA CONSULTA DE ENFERMERÍA EN RADIODIAGNÓSTICO COMO HERRAMIENTA DE TRABAJO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

Gonzalez Avila,J.M; Ramirez Sanchez,M.C; Reinado Prado,M; Nuñez Fuentes,N.
HOSPITAL SAS DE JEREZ,UGC Diagnostico por la Imagen,Jerez de la Fra.(Cádiz)

INTRODUCCIÓN:

La falta de comunicación y coordinación entre las diferentes áreas asistenciales en el Hospital de Jerez aboca a la duplicidad de pruebas diagnósticas, mala preparación de los pacientes hospitalizados, ansiedad de los mismos ante la falta de información sobre la fecha de realización de las pruebas, conllevando una deficiente optimización de los recursos. La consulta de enfermería surge como respuesta a los problemas detectados en el Servicio de Radiodiagnóstico del Hospital de Jerez.

OBJETIVOS:

Conocer la eficacia de la consulta de enfermería como herramienta de trabajo en Radiodiagnóstico.
-Comprender la importancia de crear un enlace directo entre el paciente y la prueba diagnóstica.
-Optimizar los recursos humanos y materiales en el servicio de Radiodiagnóstico del Hospital de Jerez.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Material:

- Solicitud de prueba diagnóstica.
- Hoja de valoración y de continuidad de cuidados de enfermería (propias del Servicio de Radiodiagnóstico del Hospital de Jerez).
- Documento de consentimiento informado (en caso de ser necesario)
- Protocolo de preparación para las distintas exploraciones.- Registro de actividad diaria de trabajo.
- Soporte informático de datos clínicos de los pacientes hospitalizados.

Método:

- Recogida de solicitud de pruebas diagnósticas.
- Recolección de datos clínicos de los pacientes hospitalizados a explorar.
- Valoración a pie de cama del paciente hospitalizado y registro de los datos obtenidos.-Información y firma del consentimiento informado.
- Comunicación al enfermer@ referente
- Registro y organización de la actividad diaria.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES:

Todos los pacientes hospitalizados en el Hospital de Jerez a los que se les solicita una prueba de diagnóstico por imagen son valorados por el enfermer@ de consulta, a excepción de la radiología convencional y las pruebas ecográficas. La información que proporciona el enfermer@ de consulta, mitiga la ansiedad e incertidumbre de los pacientes a la espera de la prueba diagnóstica por imagen. La organización diaria del trabajo optimiza tanto los recursos humanos como materiales. La consulta de enfermería aporta cuidados relacionados con la prevención, asesoramiento e información de las pruebas a realizar y sus riesgos.

18.- CASO CLÍNICO DE MIOMA UTERINO. TAXONOMÍA NANDA, NIC, NOC APLICADA POR ENFERMERÍA DE RESONANCIA MAGNÉTICA Y VASCULAR INTERVENCIONISTA

Inmaculada Montero Monterroso. Hosp. Reina Sofía de Córdoba Antonio Montoliu Portero. Hosp. Vall d'Hebron de Barcelona.

INTRODUCCIÓN:

El mioma uterino o fibromioma es una patología pélvica benigna que afecta al 40% de la población femenina entre 25-45 años. Tras su diagnóstico, varios factores determinarán cuál será el tratamiento terapéutico más idóneo. La ecografía y otras técnicas de la imagen como la resonancia magnética y la angiografía por sustracción digital aportan una magnífica información sobre esta patología y además una opción terapéutica menos invasiva para la paciente.

OBJETIVOS:

Se presenta un caso clínico, donde se expone la labor de enfermería en las unidades donde se estudian a pacientes con esta patología pélvica. La paciente es diagnosticada de mioma uterino y acude a una exploración de RM previa a embolización uterina como planteamiento terapéutico, y como se realiza un seguimiento de la colaboración de la mujer y su grado de ansiedad conforme se realizan controles posteriores con citaciones en resonancia magnética. Aplicar la Taxonomía Nanda, que son la base de la selección de intervenciones y actividades enfermeras a fin de conseguir unos resultados. Dar a conocer la coordinación interdisciplinaria (RM-Radiología vascular-intervencionista).

MATERIAL Y MÉTODOS:

Caso Clínico: mujer de 31 años diagnosticada de mioma uterino. Se realiza RM Pre-embolización obteniendo imágenes que permiten la localización exacta y las medidas del mioma, y controles Post-embolización a los tres y seis meses. El Tratamiento terapéutico valorado como más idóneo se realiza en la Unidad de Radiología Vascular-Intervencionista y se procede a una embolización de las arterias uterinas.

1. Programa informático de Gestión de Pacientes
 2. Equipo multidisciplinar
 4. Hoja informativa y de consentimiento informado específica para resonancia magnética. -Recepción y recogida de datos - Entrevista y explicación de la exploración
 5. Hoja informativa y de consentimiento informado específica para la embolización de arterias uterinas (unidad de Radiología Vascular-intervencionista)
- Recepción y recogida de datos
 - Entrevista y explicación de la exploración

Aparataje: RM SIGNA CONTOUR de 0'5 Tesla y SIEMENS Artis Zee VC307.

Diagnósticos enfermeros: ANSIEDAD/CONOCIMIENTOS DEFICIENTES sobre la exploración a realizar. Intervenciones de enfermería de atención y cuidados. (NIC) y resultados del paciente (NOC) RESULTADOS Los planes de Cuidados siguen los planteamientos de la NANDA, NOC y NIC muestran como se realiza una continuidad en el Cuidado Integral.

19.- MEJORA DE LA TECNICA DE LA SINOVIOARTESIS EN RODILLA

Vicente Aparisi Sos, M, Teresa Roures Ramos.
Medicina Nuclear, Hospital Provincial. Castellón.

INTRODUCCIÓN:

Mejorar la tecnica.

OBJETIVOS:

no contaminar y aprovechar la totalidad del producto. con la maxima asepsia.

MATERIAL Y MÉTODOS:

consentimiento informado, preparacion del paciente, administracion del radiofarmaco. comprobacion de ausencia de contaminacion.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES:

aporta mayor seguridad en la manipulacion del radiofarmaco. favorece la terapia al utilizar el maximo volumen del radiofarmaco, sin que haya perdidas del mismo.

20.- FACTORES DE RIESGO PRESENTES EN LOS PACIENTES A LOS QUE SE SOLICITA UN ESTUDIO DE DENSITOMETRÍA ÓSEA EN NUESTRO SERVICIO DE MEDICINA NUCLEAR

González Blanco, J.F.(1); González González, M. (2); Gómez Caminero, F.(1); Rosero Enríquez, A.S. (1)
(1: Med. Nuclear Salamanca) (2: Centro Investigación del Cáncer, Salamanca)

Hospital Universitario. Centro Investigación del Cáncer. Salamanca.

INTRODUCCIÓN:

El crecimiento de la esperanza de vida de la población española a dado lugar al crecimiento de la demanda sanitaria en general, siendo la solicitud de estudios para la valoración de la densidad ósea (DMO) un claro ejemplo del mismo. Esta nueva situación conlleva el desbordamiento de los medios existentes, con la consiguiente demora asistencial y un importante incremento del gasto sanitario. Con el fin de restringir la solicitud indiscriminada de la DMO, han sido confeccionadas diferentes guías, dirigidas a establecer los factores de riesgo (FR) que evidencien su indicación.

OBJETIVOS:

conocer los FR que presenta la población a la que se realiza un estudio de DMO en nuestro Servicio de Medicina Nuclear.

MATERIAL Y MÉTODOS:

la muestra corresponde a 356 pacientes consecutivos encuestados. La información obtenida se recoge en una ficha diseñada en base a los FR publicados en la Guía de referencia publicada por el Instituto Catalán de la Salud, 2006. Los pacientes han sido derivados de los servicios de Ginecología (164), Reumatología (36), TyO (57) Endocrinología (40), Med. Familia (39) y Otros servicios (20).

RESULTADOS

prácticamente la totalidad de la muestra corresponde al sexo femenino (354 pacientes). Su edad media es de 55,4 años y el rango está comprendido entre 21 y 82 años. El análisis de los resultados obtenidos nos muestra que el 25,3% de los pacientes presenta al menos 4 FR; que en el 44,7% el nº de FR está comprendido entre 2 y 3, mientras que en el 30% de la muestra el sexo es el único FR

CONCLUSIONES:

atendiendo la Guía de referencia publicada por el Instituto Catalán de la Salud, 2006 sólo el 25% de los estudios realizados está plenamente indicado, mientras que el 30% no presenta justificación alguna. Éstos últimos ocasionan un gasto anual directo innecesario y una importante demora de ejecución del estudio.

21.- METODO SIMPLIFICADO DE LLENADO VESICAL EN LA VALORACION PET-TAC SOBRE LESIONES PELVICAS

ANA CRISTINA GIL RODRIGUEZ / JOSE MANUEL NOGUEIRAS
Hospital Meixoeiro (vigo). Servicio de Medicina nuclear-PET

INTRODUCCIÓN:

Diversos protocolos han descrito, para la valoración de posibles lesiones hipermetabólicas en pelvis la realización de un sondaje especial con una sonda de tres luces e irrigación continua con suero de lavado o incluso la irrigación de forma manual por parte de la enfermera con jeringas de 50 ml. directamente sobre la sonda vesical. Nosotros hemos valorado la modificación de dichos métodos usando el vaciado vesical y relleno retrógrado con suero fisiológico conectado a sonda vesical sin necesidad de grandes calibres

OBJETIVOS:

Dar a conocer la importancia de la neuroradiología como el "patrón de oro" para:

- Diagnosticar cualquier alteración de la anatomía arterial y venosa
- Tratar de forma selectiva a vasos de pequeño calibre, ramas secundarias o terciarias de las arterias principales y que alimentan exclusivamente la MAV

MATERIAL Y MÉTODOS:

25 pacientes realizados entre el 1 de Enero del 2010 y el 31 de Julio de ese mismo año en nuestra unidad. A todos estos pacientes se les ha realizado una PET-TAC de cuerpo entero y una imagen selectiva de pelvis tras vaciado de vejiga con una sonda de calibres comprendidos entre 12 y 16 y un posterior relleno retrógrado con suero fisiológico cuyo volumen hemos calculado según la fórmula: volumen llenado = edad (años)+2*30, con un volumen máximo de 500 ml. El modelo de PET_TAC con el que trabajamos es un "PET CT DISCOVERY DE G.E."

RESULTADOS

- Nº de pacientes valorados en total: 25 pacientes
- Nº de hombres: 11-Nº de mujeres: 14-Edades comprendidas entre los 35 y los 77
- Patologías estudiadas: 10 adenocarcinomas de recto, 6 ca. de colon, 2 ca. de ovario, 5 ca. de vejiga y 2 ca. de cervix. La valoración de las lesiones pélvicas fueron realizadas tanto desde el punto de vista cualitativo como desde el punto de vista semicuantitativo (SUV). En todos estos casos la valoración selectiva de pelvis ha permitido identificar o descartar focos patológicos.

CONCLUSIONES:

- Método mas simple
- Método menos agresivo para el paciente-Acorta los tiempos de realización de la prueba.
- Disminuye el tiempo de exposición a la radiación (del trabajador) Con todas estas mejoras, este método simplificado ha permitido una visión totalmente óptima de las lesiones pélvicas que pudieran tener estos pacientes.

22.- IMPORTANCIA DE LA INFORMACIÓN EN GAMMAGRAFIA CARDIACA

Plaza Moyano, Consolación; Martín Sánchez, Encarnación; Luque Poyato, M^a Luisa; Cañizares Luque; Antonio G.; Herrera Rodríguez, Purificación; Zavala Artacho, Inmaculada
H. R. U. Carlos Haya. Málaga

INTRODUCCIÓN:

¿Es necesario informar al paciente antes de realizar una Gammagrafía cardiaca? Nuestra experiencia nos indica que sí, ya que la mayoría de los pacientes que acuden a nuestro servicio ha recibido una escasa información por parte del facultativo que solicita la exploración mostrando un desconocimiento no solo de la exploración a realizar, la cual la podemos suministrar en nuestro servicio por medio de enfermería, sino de la medicación a suspender y las posibles complicaciones que este estudio les conlleva.

OBJETIVOS:

El motivo de este estudio es demostrar que el paciente llega a nuestro con escasa o nula información, lo que le va a provocar ansiedad, miedo e incluso en algunos casos rechazo a la realización de la prueba

MATERIAL Y MÉTODOS:

Hemos elaborado una sencilla encuesta con 5 ítem de respuesta cerrada, que se le ha entregado a los pacientes el mismo día que acude a nuestro servicio para la realización de la exploración. Criterios de exclusión: niños menores de 18 años, embarazadas, barrera lingüística o con déficit cognitivo

RESULTADOS

Demostraremos mediante los datos de esta encuesta que los pacientes llegan con conocimientos deficientes relacionados con Enseñanza: proceso enfermedad (5602); Enseñanza: procedimiento /tratamiento (5618)

CONCLUSIONES:

El proporcionar al paciente información previa a la realización de la prueba, sea por parte del facultativo en la consulta el mismo día de la petición de la exploración y en el servicio de Medicina Nuclear por medio de la consulta de enfermería, para la explicación de todo lo relacionado con ella se demuestra valioso para la disminución de la ansiedad y miedo con la que acuden estos pacientes el día de la cita.
especialidad - MN (Medicina Nuclear): Checked

23.- CAPTACIÓN INTESTINAL EN LOS ESTUDIOS PET-TC CON FDG DE CUERPO ENTERO EN PACIENTES ONCOLÓGICOS: INFLUENCIA DE LOS ANTIABIOTICOS ORALES

I Liarte, C. Gámez, I. Ferrero, M. Albadalejo, S. Rustarazo, A. Cebrián, AP Caresia, L Rodríguez-Bel, M. Cortés, S Rossi, J Robles.

Unitat PET-IDI. Hospital Universitari de Bellvitge. IDIBELL. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona.

INTRODUCCIÓN:

En los estudios PET-TC con FDG de cuerpo entero realizados en pacientes oncológicos se ha descrito una captación intestinal difusa en la mayor parte de pacientes diabéticos tratados con antiabióticos orales (ADOs). Sin embargo, hay pacientes no diabéticos que también presentan captación intestinal.

OBJETIVOS:

El objetivo de este trabajo es comparar la incidencia de la captación intestinal en los 2 grupos de pacientes (los tratados con ADOs y el resto) para determinar si existen diferencias significativas.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se trata de un estudio retrospectivo, en el que se valora visualmente la captación intestinal, en los estudios PET-TC con FDG de cuerpo entero realizados en pacientes oncológicos en el periodo comprendido entre el 1/1/2010 y el 30/6/2010. La preparación previa a la prueba de los pacientes consistió fundamentalmente en ayuno mínimo de 6 horas e hidratación oral. En la unidad se anotaron el peso, la talla, la hora de la última ingesta y en el caso de los diabéticos la última toma de la medicación antiabiótica, también se comprobó que el nivel de glucemia previo a la administración de la FDG era inferior a 150mg/dl. Los estudios PET-TC fueron adquiridos en un equipo híbrido modelo Discovery ST (GE Healthcare) a los 60-120 minutos tras la administración de 0,1-0,2 mCi de FDG por kg de peso. La captación intestinal difusa observada en cada paciente fue valorada visualmente según la siguiente escala: 0 = captación nula, 1 = captación leve, 2 = captación intensa.

RESULTADOS

Se realizaron 2131 exploraciones. Tras excluir a pacientes con patología inflamatoria intestinal y cáncer colorrectal, la captación intestinal fue observada en 407 (19%): 96 (24%) tratados con ADOs y 311 (76%) no diabéticos o insulinodependientes. En todos los pacientes con ADOs (n=96) se observó captación intestinal: grado 1 en 12 pacientes (12%) y grado 2 en 85 pacientes (88%). En el resto de pacientes (n =311) la valoración de la captación fue de 1 en 243 pacientes (78%), 2 en 68 pacientes (22%)

CONCLUSIONES:

En nuestro estudio se observa que la captación intestinal fisiológica es frecuente tanto en pacientes en tratamiento con ADOs como en el resto, aunque parece que es más intensa en los pacientes diabéticos con esta terapia.

24.- PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA EN LOS ESTUDIOS PET-TC CON FDG DE CUERPO ENTERO EN PACIENTES ONCOLÓGICOS INGRESADOS.

S. Rustarazo, I. Liarte, C. Gámez, M. Albadalejo, I. Ferrero, A. Cebrián, M. Cortés, J Robles, L Rodríguez-Bel, AP Caresia, S Rossi

Unitat PET-IDI. Hospital Universitari de Bellvitge. IDIBELL. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona.

INTRODUCCIÓN:

La PET-TC combina 2 técnicas diagnósticas: la PET que requiere la administración de un radiofármaco, habitualmente la F-18-fluorodesoxiglucosa (FDG), y la TC. Se fusionan la información metabólica de la PET (la FDG se acumula en mayor medida en los tumores) y la información anatómica de la TC. Se utiliza sobretodo en oncología. Los pacientes oncológicos pueden estar ingresados por lo que se recomienda la disposición de un protocolo específico.

OBJETIVOS:

Describir los procedimientos de enfermería en una unidad PET necesarios para la correcta realización de los estudios PET-TC con FDG en pacientes oncológicos ingresados.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se identificaron 5 protocolos de actuación: 1) Programación, 2) Llegada a la unidad y cuidados previos, 3) Administración de la FDG, 4) Adquisición de las imágenes PET-TC y 5) Cuidados del paciente hasta su vuelta a planta y post-procesado de las imágenes.

RESULTADOS

Del 2003 al 2010 se realizaron estudios PET-TC con FDG de cuerpo entero a 2254 pacientes oncológicos ingresados (10% de la actividad total). Protocolo 1 - Programación e Instrucciones: Tras la validación médica de la solicitud se contacta con enfermería de la planta. Se comprueba el estado general del paciente (colaboración, dolor, riesgo de contagio, diabetes), peso, altura y medicación. Se notifican las instrucciones: ayunas de 6 horas (incluye la suspensión de sueros glucosados y nutrición enteral o parenteral), hidratación. Protocolo 2 - Llegada a la unidad y cuidados previos: Se explica el procedimiento y se recoge la firma en el consentimiento informado. Se canaliza una vía periférica y se comprueba la glicemia (debe ser < 150 mg/dl). Se registran peso y altura medidos en la unidad, glicemia y antecedentes personales de interés. Protocolo 3 - Administración iv de 0,1 a 0,2 mCi/Kg de FDG. Durante el periodo de incorporación (60-120 minutos) se monitoriza al paciente. Protocolo 4 - Adquisición de las imágenes PET-TC: Equipo Discovery ST (GE). Se realiza Scout, TC con mA automatizado (con/sin contraste yodado) y PET-3D. La posición habitual es decúbito supino con brazos arriba, pero en algunos pacientes puede ser necesaria una posición antiálgica. Protocolo 5 - Cuidados al finalizar y post-procesado de imagen.

CONCLUSIONES:

El paciente ingresado requiere mayor dedicación y cuidados. La calidad de las imágenes PET-TC finales en un paciente ingresado dependen de su correcta preparación, que se inicia en planta y continúa en la unidad PET.

25.- CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES TRATADOS CON SAMARIO

ANUNCIACION GARCIA, M^a ANGELES ANDRES, MARTA MARTINEZ, AMAPOLA PEREZ, NATALIA POZO.
HGU GREGORIO MARAÑÓN MADRID

INTRODUCCIÓN:

El dolor producido por metástasis óseas en pacientes oncológicos es una complicación muy frecuente. Presentamos una alternativa a su tratamiento que consiste en la aplicación del Samario-153 (Sm-153) que es un radiofármaco que se fija en las lesiones óseas reduciendo el dolor que produce este tipo de metástasis y que es eliminado vía renal en aproximadamente 6 horas.

OBJETIVOS:

Describir los cuidados enfermeros y técnicas necesarias para la administración del Sm-153 tanto al paciente como a familia.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se precisa habitación, material y personal cualificado que siga las normas de protección radiológica. Dar información al paciente y familia sobre el procedimiento para disminuir ansiedad provocada por el mismo. El paciente precisara: canalización de vía venosa, pre y posthidratación y control de diuresis.

RESULTADOS

La administración de cuidados y técnica protocolizados aseguran la disminución de complicaciones en el paciente y aumento de su calidad de vida.

CONCLUSIONES:

Se hace evidente que es imprescindible introducir cuidados enfermeros siguiendo el proceso de atención de enfermería (valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación) en cualquier técnica y procedimiento.

26.- "CONOCIMIENTOS DEFICIENTES" EN RADIOTERAPIA UNA REALIDAD.

Castro Gómez, Susana; López-Espinosa Plaza, Agustín; Martín Sánchez, Encarnación; Florido Martín, Juan Carlos; Zayas Castro, Rafael; Salas Becerra, Ana.
HRU Carlos Haya - Málaga

INTRODUCCIÓN:

El desconocimiento del usuario de la Radioterapia como proceso terapéutico resulta ser mayor frente a otros procedimientos más usuales como la cirugía por ejemplo. Dar información suficiente y veraz a los pacientes que van a iniciar tratamiento de radioterapia y proporcionar los conocimientos necesarios para el autocuidado favorecen la disminución del temor y la ansiedad, la incidencia y magnitud de efectos secundarios y reacciones adversas, así como la participación en el proceso y la toma de decisiones, aumentando la tolerancia y la adhesión al tratamiento. Podemos decir que todo procedimiento terapéutico con Radioterapia tiene en común el diagnóstico enfermero "Conocimientos deficientes sobre el procedimiento". En términos NIC la intervención enfermera de elección para la resolución del problema es "Enseñanza: procedimiento/ tratamiento", siendo intervenciones adicionales "Disminución de la ansiedad", "Educación sanitaria", "Apoyo en toma de decisiones", "Cuidados de enfermería al ingreso" y "Asesoramiento".

OBJETIVOS:

Confirmar como diagnóstico enfermero prevalente en todo tratamiento radioterápico los "Conocimientos deficientes sobre el procedimiento". Ratificar como intervención enfermera estándar al inicio de un tratamiento de Radioterapia la "Enseñanza del procedimiento/tratamiento". Determinar qué aspectos, fases o conductas del tratamiento requieren que sean reforzadas en la entrevista previa al inicio de las lesiones.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Mediante encuesta a realizar durante la entrevista previa al inicio del tratamiento de Radioterapia. Periodo de estudio desde el 1 febrero al 30 abril. Población a estudiar: todos los pacientes que inicien tratamiento en dicho periodo. Criterios de exclusión: tratamiento 5 sesiones, menores de edad, barrera lingüística o déficit cognitivo.

RESULTADOS:

Pendiente de la recogida de datos y el tratamiento de los mismos.

27.- CONSULTA DE ENFERMERÍA Y DOLOR EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO

ANTONIA PEÑACOBIA ALAMO .CARMEN YUDEGO BERMEJO.
COMPLEJO ASISTENCIAL DE BURGOS

INTRODUCCIÓN:

El cáncer es la segunda causa de muerte en la población española. El dolor en pacientes con cáncer ocurre en un 50-75% al principio de la enfermedad y a medida que progresa ésta se acerca al 90%. El dolor no tratado causa sufrimiento innecesario, disminuye la movilidad, el apetito, causa insomnio, en definitiva deteriora la calidad de vida del paciente y su entorno.

OBJETIVOS:

Identificar y tratar las causas del dolor en el paciente con cáncer así como el control de éste en la consulta de enfermería, ello va a permitir una mejora en la calidad de vida del paciente y su entorno, disminuyendo la angustia y ansiedad que ocasiona en ambos.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se trata de un estudio descriptivo cuyos datos se han obtenido tras pasar una encuesta a los pacientes que acudían a la primera consulta a nuestro servicio .La encuesta se pasó del 1 de abril al 30 de junio del 2010 ,recogiendo datos de 171 pacientes. Cruzando variables con el programa estadístico .SPSS V. 15 .0 . Conseguimos unas tablas de contingencia.

RESULTADOS

De las encuestas realizadas hemos obtenido los siguientes datos: -Mayor intensidad de dolor en las MTX óseas con un 55,6% teniendo en cuenta los variables dolor y tipo de tumor. -Por edad, el grupo de 31 a 40 años con un 20 % son los que presentan mayor intensidad de dolor. -Por sexo, las mujeres con un 48,7% frente a los hombres con un 39%. -Según el nivel de estudios, los que presentan mayor intensidad de dolor correspondería a FP de 1º grado y COU ó Bachiller Superior, con un 21,4% y 11,1% respectivamente

CONCLUSIONES:

La presencia de dolor o el control inadecuado del mismo hacen que el paciente oncológico y entorno estén angustiados; tengan peor calidad de vida. El dolor en estos pacientes constituye un problema de salud .Enfermería como personal responsable de salud y parte del equipo interdisciplinario que atiende a estos pacientes puede y debe detectar las situaciones de presencia de dolor o el mal control de éste y colaborar con el equipo que haga el seguimiento del paciente, no olvidándonos de sus cuidadores. La radioterapia es además de terapia del cáncer en sí ,un tratamiento eficaz contra el dolor especialmente en caso de metástasis óseas.

28.- TRATAMIENTO CON RADIOTERAPIA EXTERNA EN EL CÁNCER DE PRÓSTATA, GUIADO POR MARCAS FIDUCIALES

INTRODUCCIÓN:

El cáncer de próstata es la segunda neoplasia más frecuente en los hombres, después del cáncer de pulmón y representa el 11% de todos los cánceres en varones.

La radioterapia externa con intención radical es útil en los... Radical: T1- T2 no operables por edad. > T3 > N1

- Postoperatoria márgenes +. Solo entran en RDT como intención radical. No se tratan con marcas fiduciales.

Es conocido el inconveniente que supone la movilidad prostática, para conseguir precisión en los tratamientos. Los factores que influyen en las variaciones de posición de la próstata son:

-El volumen de repleción rectal.

-Vesical.

-Los movimientos respiratorios

El uso de métodos de localización prostática fiables, permitirá reducir el volumen de planificación y el aumento de la dosis que se puede administrar con una mayor seguridad.

El uso de marcas fiduciales implantadas en la próstata, con comprobación diaria antes del tratamiento, permite focalizar con "gran exactitud" el área afectada.

OBJETIVOS:

Dar a conocer la técnica de tratamiento y los cuidados que Enfermería que se realizan durante los 38 días que dura el tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Material:

Acelerador lineal Clinac 2100CD con fotones de 18 MV (unidades de monitor /minuto en el isocentro).

Tres marcas fiduciales de oro, no radioactivas.

Método de control diario del tratamiento.

Métodos:

Mediante ecografía transrectal, se implantan las marcas fiduciales.

Planificación:

- Se realiza un TC dosimetría con la misma preparación que llevará el paciente durante el tratamiento. Vejiga llena, recto vacío.

- Se coloca el paciente en decúbito supino con inmovilizador de EEII.

- Se comprueban la correcta colocación de las marcas fiduciales intraprostáticas.

- Se realizan los puntos de referencia pélvicos, tatuados en la piel.

Tratamiento:

- Durante el tratamiento se realizaran dos radiografías de comprobación (AP y LAT Izdo) diariamente antes de cada sesión de tratamiento.

- Dichas imágenes se confrontan con las obtenidas en el TAC de simulación para identificar las semillas. Y si es necesario se realizan movimientos de la mesa de tratamiento (altura, long, vertical) para ajustar la posición de las marcas fiduciales, con el fin de realizar con mayor exactitud el tratamiento.

- En el tratamiento Standard se considera que se ha de desplazar a partir de 0.5 cm de diferencia entre las marcas fiduciales de planificación y de 0.3 cm en las IMRT.

- Dosis total y fraccionamiento: 76 Gy. 2 Gy / fracción diaria.

Cuidados de Enfermería:

- Realizamos educación sanitaria para reforzar la higiene, hidratación y protección de la piel y las mucosas del paciente.

- Se insiste en la necesidad de una correcta preparación para la realización del tratamiento diario con la vejiga llena y recto vacío, aconsejando en función del patrón de eliminación particular de cada persona.

- Durante el seguimiento semanal se valoran las complicaciones derivadas del tratamiento.

• Valoración del estado nutricional.

• Control del peso corporal semanalmente.

• Control de la ingesta hídrica.

• Control de las deposiciones.

• Control de la hidratación de la zona irradiada.

Efectos Secundarios:

Los efectos secundarios y las complicaciones son mínimos y esto influye sobre la recuperación del paciente.

CONCLUSIONES:

Las referencias del tratamiento, sin marcas fiduciales, son óseas (fémur, sacro, sínfisis). Son distantes al tumor y no controlan los movimientos prostáticos.

El uso de los localizadores, permite reducir el campo de irradiación, preservando los tejidos sanos. Por tanto disminuye el número de complicaciones e incrementa la efectividad de la localización del tratamiento radioterápico.

29.- PROTOCOLO DE ADMINISTRACION DE AMIFOSTINA SUBCUTANEA

A. López-Espinosa Plaza, E. Martín Sánchez, J.C. Florido Martín, S. Castro Gómez, R. Zayas Castro, A. Salas Becerra.
HRU Carlos Haya, Málaga

INTRODUCCIÓN:

La Amifostina es un profármaco que actúa como atrapador de radicales libres, protegiendo determinados órganos de los efectos nocivos de la radioterapia y algunos citostáticos, sobre todo, cisplatino.

OBJETIVOS:

Implantar un protocolo de administración de este fármaco en nuestro servicio antes de cada sesión de radioterapia cuando se vea comprometida la glándula parótida.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Hemos diseñado una hoja de registro con los datos de los pacientes y los efectos secundarios que presentan debidos a la administración de esta droga.

RESULTADOS:

Elaboración de un protocolo de administración de Amifostina vía subcutánea. Implementación de una hoja de seguimiento.

CONCLUSIONES:

Los pacientes presentan mejor control de efectos secundarios. El trabajo de enfermería se ve facilitado por la hoja de registro diseñada. Conseguimos unificar criterios y evitar variabilidad en la manipulación de este fármaco. Demostramos la eficacia de los cuidados de enfermería.

SOLICITUD DE INGRESO

 (No escribir)

 Apellidos o Empresa/Entidad Protectora (1-ver dorso)

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

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

Demanda:

Pertener 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, 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:

 Nombre entidad bancaria

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

* Las empresas o entidades que prefieran otra forma de pago, pónganse en contacto con la SEER.

 Firma (y sello en caso de Empresas)

_____ / _____ / _____

 Fecha solicitud

1. Entidades o Empresas 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:** Diplomado de Enfermería/ATS que desarrolla su actividad profesional en el campo de Radiodiagnóstico (DxI, Intervencionista, etc.), Medicina Nuclear o Radioterapia.
- B. Miembro Asociado:** Personas que desarrollen su actividad profesional en el campo de la Enfermería y/o Ciencias afines. Se requiere presentar la solicitud avalada por dos miembros numerarios.
- 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: