

REVISTA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA RADIOLÓGICA

RSEER

Órgano Oficial de la Sociedad Española de
Enfermería Radiológica

Alcoi, 21 08022 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

Alcoi, 21 08022 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: Joan Pons Camprubí

Vicepresidente: Jaume Roca Sarsanedas

Secretario: Antonio Hernández Martínez

Tesorera: Laura Pla Olivé

Vocales Asociaciones Autonómicas:

Aragón: Gema López-Menchero Mínguez

Castilla León: Clemente Álvarez Carballo

Valencia: Luis Garnés Fajardo

Navarra: Maite Esporrín Las Heras

Cataluña: M^a Antonia Gómez Martín

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 - Fax 93 485 34 79 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

Alcoi, 21 08022 Barcelona
Teléfono 93 212 81 08
Fax 93 212 47 74
www.enfermeriaradiologica.org

Redactor Jefe:
José A. Cordero Ramajo

Comité Editorial:

Jesús Díaz Pérez (Palencia)
F. Javier González Blanco (Salamanca)
Esther Pérez Pérez (Barcelona)
Pilar Darriba Rodríguez (La Coruña)
Ana Labanda Gonzalo (Madrid)
Carlos Lozano Baudet (Barcelona)
Pedro Sanz García (Barcelona)
Sergi López Gandul (Barcelona)
Miguel Ángel Ansón Manso (Zaragoza)
José Antonio López Calahorra (Zaragoza)
Carmen Fleta Gimeno (Zaragoza)
Jorge Casaña Mohedo (Valencia)
Rafael Iñigo Valdenebro (Valencia)
Hipólita Hernández Mocha (Valencia)
M^a Asunción Azcona Asurmendi (Navarra)
M^a Angeles Betelu Oronoz (Navarra)



Junta directiva de la SEER

Presidente: Joan Pons Camprubí
Vicepresidente: Jaume Roca Sarsanedas
Secretario: Antonio Hernández Martínez
Tesorera: Laura Pla Olivé

Vocales Asociaciones Autonómicas:

Aragón: Gema López-Menchero Mínguez
Castilla León: Clemente Álvarez Carballo
Valencia: Luis Garnés Fajardo
Navarra: Maite Esporrín Las Heras
Cataluña: M^a Antonia Gómez Martín
Andalucía: Inma Montero Monteroso

REVISTA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA RADIOLÓGICA **Rev. Soc. Esp. Enf. Radiol., 2009; n°3**

Carta del Presidente del Comité Organizador	89
Carta del Presidente del Comité Científico	90
Mesa inaugural/Información General	91
Información General/Comités	92
Formación continuada. Mesa I Jueves 29 de octubre de 2009 (09,00-10,00)	93
Comunicaciones Orales. Mesa I Jueves 29 de octubre de 2009 (10,00-11,00)	94
Comunicaciones Orales. Mesa II Jueves 29 de octubre de 2009 (11,30-12,30)	98
Comunicaciones Orales. Mesa III Jueves 29 de octubre de 2009 (12,30-13,30)	102
Formación continuada. Mesa II Jueves 29 de octubre de 2009 (13,30-14,30)	106
Formación continuada. Mesa III Viernes 30 de octubre de 2009 (09,00-10,00)	107
Comunicaciones Orales. Mesa IV Viernes 30 de octubre de 2009 (10,00-11,00)	108
Comunicaciones Orales. Mesa V Viernes 30 de octubre de 2009 (11,30-12,15)	112
Comunicaciones Orales. Mesa VI Viernes 30 de octubre de 2009 (12,15-13,00)	116
Formación continuada. Mesa IV Viernes 30 de octubre de 2009 (13,00-14,00)	120
Pósters Jueves 29 de octubre de 2009 (10,30-13,00)	121
Solicitud de ingreso	160

CARTA DEL PRESIDENTE DEL COMITÉ ORGANIZADOR

Apreciado/a compañero/a:

Este año hemos querido organizar el decimocuarto congreso nacional fuera de la península, con un triple objetivo.

El primero es conseguir una estabilidad económica de los congresistas que deben sufragarse el coste de este evento, sin ninguna ayuda. La Comunidad Canaria tiene unas ventajas fiscales que permite el mantenimiento de los precios de inscripción y abaratar los costes hoteleros.

Como segundo objetivo es recordar a los profesionales de enfermería de canarias que la SEER está activa. Ya que hace tiempo existía una asociación autonómica que estaba federada en la antigua FEAER. Y como precisamente acabamos de celebrar los 20 años de su creación, parece que es el mejor momento para recordar.

Y como tercer objetivo, enlazando con la celebración del veinte aniversario, que mejor manera que salir de la península y poder celebrar un evento científico, rodeados de una belleza natural como es la isla de Lanzarote. Así podremos disfrutar de la magia de las islas canarias, a la vez que nos comunicamos nuestras experiencias profesionales y transmitimos nuestros conocimientos.

Como ya va siendo habitual, el programa está dividido entre mesas de Formación Continuada acreditadas para poder obtener los créditos oficiales, con las clásicas comunicaciones orales y pósters.

Si la organización de un evento de estas características conlleva un esfuerzo personal añadido, este congreso debe su realización al compromiso personal de todos los miembros de los comités, más allá de lo habitual.

Las dificultades extras que hemos debido superar son marcadas por la coyuntura económica del momento. Y que nos ha obligado a desdoblarnos nuestros esfuerzos por mantener el nivel organizativo alcanzado hasta la fecha, sin tener que alterar el programa preliminar propuesto y que todos/as esperáis.

Por lo que aprovecho para dar las gracias a todos los componentes de los comités organizador, científico y a la Junta Directiva de la SEER, que han ayudado a llevar a término este congreso nacional, con su determinación y trabajo realizado.

En nombre de toda la organización, te damos la bienvenida y esperamos que te lleves un recuerdo agradable del XIV Congreso Nacional, tanto a nivel científico como organizativo.

Un saludo,

Jaume Roca Sarsanedas
Presidente del Comité Organizador

CARTA DEL PRESIDENTE DEL COMITÉ CIENTÍFICO

Empezamos un nuevo Congreso Nacional de la Sociedad Española de Enfermería Radiológica, el décimocuarto, con una ilusión renovada y con muchas ganas de realizar un evento que supere la calidad científica que ya pudimos disfrutar en el último congreso nacional realizado en Córdoba.

Como ya llevamos realizando en los últimos congresos, el contenido científico se organiza en mesas de Formación Continuada, acreditadas, y las tradicionales mesas de comunicaciones orales y pósters.

El lema del Congreso es la patología cerebral y cómo repercute en el conocimiento enfermero. Desde los últimos avances en cuidados enfermeros en Esclerosis Múltiple hasta los métodos más innovadores en el tratamiento de radioterapia en tumores cerebrales, pasando por los últimos avances en el diagnóstico por la imagen.

Por otro lado, el continuo avance de los medios tecnológicos nos obliga a realizar cambios a nivel científico. En este congreso implantamos la presentación-defensa oral de los mejores pósters presentados para el evento en formato electrónico. Pero para no generar cambios traumáticos, seguiremos con la presentación tradicional en los paneles asignados. De esta forma nos adaptamos de forma progresiva al cambio que ya se está realizando en otros eventos científicos. Esta medida, además, es respetuosa con el medio ambiente ya que pretende evitar tener que imprimir todos los pósters, con lo que eso significa. Según sea la respuesta, en el próximo congreso la implantación será totalmente en formato electrónico.

Todos estos cambios junto con la alta calidad científica de las ponencias que vais a disfrutar durante el congreso, nos hace cada día más fuertes e importantes en el mundo sanitario, a pesar de todo.

Además de todo esto, la elección de la isla de Lanzarote para llevar cabo todo el trabajo presentado, hace de este XIV Congreso un evento imprescindible en nuestra agenda. Estamos seguros del éxito de este encuentro a todos los niveles.

¡Y para ello contamos contigo!

Bienvenidos a todos

José A. Cordero Ramajo
Presidente del Comité Científico



MESA INAUGURAL

- Presidente de la SEER: Joan Pons Camprubí
- Colegio Oficial de Enfermería de Las Palmas: Tensi Calero
- Representante Consejería de Sanidad de la Comunidad Autónoma de Las Canarias: Por confirmar
- Representante Área de Salud de Lanzarote: Por confirmar
- Presidente Comité Organizador XIV Congreso Nacional: Jaume Roca Sarsanedas

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 con nº de expediente Soc21/11/1/3/9/10/09/01.



INFORMACIÓN GENERAL

SECRETARIA TÉCNICA

Mail: OPC@ARSXXI.com

Neus Pons

Grupo Ars XXI de Comunicación (OPC)
C/ Muntaner, 262, ático 2a 08021 - Barcelona
Fax: 934 881 193

COMITÉ ORGANIZADOR

lanzarote-org-2009@enfermeriaradiologica.org

Presidente:

Jaume Roca Sarsanedas – Hospital Sant Pau (Barcelona)

Vocales:

Inma Montero Monterroso – Hospital Reina Sofía (Córdoba)

Laura Pla Olivé – CRC Mar (Barcelona)

M^ª Teresa Esporriñ Las Heras – Clínica Univ. Navarra (Pamplona)

Luis Garnes Fajardo – Hospital General Castellón (Castellón)

José M. Martínez Suñe – Hospital Sant Pau (Barcelona)

Gema López-Menchero Mínguez – Hospital Ntra. Sra. Gracia (Zaragoza)

Ma Angeles Betelu Oronoz – Clínica Univ. Navarra (Pamplona)

Jose Antonio Vega Galiana – Clínica San Roque (Costa Teguse)

M^ª Antonia Gómez Martín – Hospital Sant Pau (Barcelona)

COMITÉ CIENTÍFICO

lanzarote-cien-2009@enfermeriaradiologica.org

Presidente:

Jose A. Cordero Ramajo – IDI. Hospital Bellvitge (Barcelona)

Radiología:

José Manuel Sanchez Pérez – Hospital Povisa (Vigo)

Jorge Casaña Mohedo – ERESA (Valencia)

Gonzalo Maceira Galarza – Hospital Meixoeiro (Vigo)

Medicina nuclear:

Marta Prats Molner – Hospital Dexeus (Barcelona)

Ignacio Liarte Trías – IDI. Hospital Bellvitge (Barcelona)

Roberto Diaz Meyer – Hospital de Sant Pau (Barcelona)

Radioterapia oncológica:

Isabel Martín Bravo – Hospital Meixoeiro (Vigo)

Mabel Garzón Mondéjar – Hospital “Gomez Ulla” (Madrid)

Clemente Álvarez Carballo – Hospital Clínico Universitario (Salamanca)



FORMACIÓN CONTINUADA

1ª Mesa. Jueves 29 de Octubre 2009. 9:00h - 10:00h

Sala Tagoror. Moderador: José A. Cordero Ramajo

1.- ESCLEROSIS MÚLTIPLE: UN ENIGMA PARA EL SIGLO XXI.

Dr. Pablo Eguía del Río. Neurólogo.

Hospital de Lanzarote.

2.- AVANCES EN EL DIAGNÓSTICO DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE EN RESONANCIA MAGNÉTICA: UN NUEVO HORIZONTE PARA LA ENFERMERÍA.

D. Jorge Casaña Mohedo.

DUE. Hospital. Valencia.



COMUNICACIONES ORALES

1ª Mesa. Jueves 29 de Octubre 2009. 10:00h - 11:00h

Sala Tagoror. Moderador: Laura Pla Olivé

1.- ESPECTROSCOPIA POR RESONANCIA MAGNÉTICA: FACTORES NECESARIOS Y PAPEL DE LA ENFERMERÍA.

Isabel Palomares, Guadalupe Delgado

Osatek Vitoria - Unidad de Resonancia Magnética.

2.- MEDICIÓN DE LA EXPOSICIÓN A RADIACIONES IONIZANTES EN TRIPULANTES DE LÍNEAS AÉREAS COMERCIALES

Juan Antonio Zumajo Galdón

Unidad de Medicina Aeronáutica Iberia Líneas Aéreas

3.- VALORACIÓN DE LA CAPTACIÓN INTESTINAL EN LOS ESTUDIOS PET-TAC CON 18F-FLUORDESOXIGLUCOSA DE CUERPO ENTERO EN PACIENTES ONCOLÓGICOS DIABÉTICOS TRATADOS CON ANTIDIABÉTICOS ORALES.

Ignacio Liarte Trías, José A. Cordero Ramajo, Cristina Gámez Cenzano, Paula Caresía Aróztegui, Inmaculada Ferrero

Febrer, Mónica Albadalejo Castaño, Anna Canela Coll

Unidad PET. Hospital Universitario de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona

4.- ATENCIÓN INTEGRAL DEL PACIENTE CON Ca. DE PRÓSTATA EN RADIOTERAPIA

A. López-Espinosa Plaza, E. Martín Sánchez, J.C. Florido Martín

Oncología Radioterápica. HRU Carlos haya. Málaga.

5.- ANGIORESONANCIA DE TRONCOS SUPRAAÓRTICOS (ARM TSA): ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Mª P. Gutiérrez, R.Mª. Merino, Y. del Castillo, A. Martínez, O. Rubio, C. Vivancos

IDI Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona.

1.- ESPECTROSCOPIA POR RESONANCIA MAGNÉTICA: FACTORES NECESARIOS Y PAPEL DE LA ENFERMERÍA

Isabel Palomares, Guadalupe Delgado

OSATEK Vitoria. Unidad de Resonancia Magnética

INTRODUCCIÓN:

La Espectroscopia por Resonancia Magnética (ESRM) es una técnica que permite obtener información metabólica de una forma no invasiva, habiéndose aplicado a un gran número de patologías, y siendo una de sus principales indicaciones el estudio y clasificación de los tumores cerebrales.

Para conseguir una exploración adecuada de ESRM es necesario la correcta elaboración de la misma, y para ello se deben tener en cuenta diversos factores como: proceso patológico del paciente, posicionamiento del mismo, parámetros y técnica de ESRM utilizada.

OBJETIVOS:

Mostrar los factores necesarios a tener en cuenta en la realización de una buena técnica de ESRM, así como el papel de la enfermería en este proceso.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se realizó un estudio retrospectivo de ESRM realizadas en un equipo de 1,5 Teslas entre los años 2005 y 2008, ambos incluidos. Fue analizada la información disponible relativa a: motivo de exploración, edad y sexo del paciente y calidad de los espectros obtenidos.

RESULTADOS:

Se revisaron los datos obtenidos de un total de 84 exploraciones, hombres y mujeres de edades comprendidas entre 31 y 75 años, a los que se les realizó ESRM por presentar patología cerebral, de características tumorales en su mayoría.

El empleo de una buena metodología de trabajo a la hora de realizar una técnica de ESRM hace posible que se consigan buenos resultados que ayuden en el diagnóstico final.

El personal de enfermería toma un papel importante en el procedimiento a seguir para conseguir que la técnica sea un éxito, ya que está capacitado para tener en cuenta aspectos personales del paciente y posee conocimientos tanto técnicos, como de patología y anatomía.

CONCLUSIÓN:

Es necesario tener en cuenta diversos aspectos personales del paciente, técnica y metodología de resonancia, a la hora de llevar a cabo una técnica de ESRM, todo ello para que el resultado de la prueba sea el óptimo.

La presencia de personal de enfermería es importante para la planificación y realización de la técnica ESRM ya que aporta los conocimientos necesarios para una correcta realización de la misma.

2.- MEDICIÓN DE LA EXPOSICIÓN A RADIACIONES IONIZANTES EN TRIPULANTES DE LÍNEAS AÉREAS COMERCIALES

Juan Antonio Zumajo Galdón

Unidad de Medicina Aeronáutica. Iberia Líneas Aéreas

INTRODUCCIÓN:

En cumplimiento de la Directiva Comunitaria 96/29 EURATOM de 13 de mayo de 1996 el RD 783/2001 de 6 de julio de 2001 aprueba el Reglamento sobre protección sanitaria contra radiaciones ionizantes, el cual, en sus artículos 10 y 64 menciona de manera explícita a los tripulantes de aeronaves comerciales.

Para cumplir con la normativa citada, Iberia desarrolla un proyecto de investigación con el fin de establecer la dosis real de radiación que se recibe en cada vuelo y por tanto la dosis que reciben sus tripulantes.

OBJETIVOS:

- Realizar mediciones reales de las dosis recibidas en los vuelos comerciales de Iberia con el objeto de compararlas con los valores estimados por los programas de cálculo disponibles CARI 6 (estadounidense) y EPCARD 3.1 (europeo) y validar un método fiable y operativo para determinar las dosis a nivel de compañía.

- Diseñar un programa para la vigilancia dosimétrica de los trabajadores afectados en vista de lo anterior para cumplir con la normativa vigente.

MATERIAL Y MÉTODO:

- En el período 2000-2004 se realizaron medidas mensuales con un contador proporcional equivalente en tejidos (TEPC, Tissue Equivalent Porportional Counter) programadas en vuelos transatlánticos.

- Los programas informatizados EPCARD 3.1 y CARI 6 proporcionan estimaciones teóricas de cada vuelo comparables con las realizadas experimentalmente con el TEPC.

- En 2007 se colocaron 8 espectrómetros LIULIN en otros tantos Airbus-340-300. Dichos espectrómetros realizan en una única medición cada 5 minutos la dosis ambiental equivalente $H^*(10)$.

- Se comparan las medidas de los LIULIN con las estimaciones proporcionadas por los programas EPCARD 3.1 y CARI 6 y, a su vez, los resultados de dichos espectrómetros se comparan una vez al año con las mediciones obtenidas por el TEPC.

RESULTADOS:

Presentamos mediciones del año 2008 realizadas en aviones que cubren rutas transatlánticas desde Madrid y ocasionalmente a Canarias, Europa o Johannesburgo.

CONCLUSIONES:

- Las radiaciones que reciben los tripulantes de Iberia están dentro de los límites establecidos por la legislación vigente.

- El programa EPCARD facilita medidas que se correlacionan con las obtenidas por el TEPC.

- El espectrómetro LIULIN cumple con la legislación nacional e internacional y garantiza las mediciones con la misma fiabilidad que el TEPC. El uso de estos espectrómetros disminuye el coste del proyecto ya que no requiere ni equipo técnico sofisticado ni personal altamente especializado.

3.- VALORACIÓN DE LA CAPTACIÓN INTESTINAL EN LOS ESTUDIOS PET-TAC CON 18F-FLUORDESOXIGLUCOSA DE CUERPO ENTERO EN PACIENTES ONCOLÓGICOS DIABÉTICOS TRATADOS CON ANTIDIABÉTICOS ORALES

Ignacio Liarte Trías, José A Cordero Ramajo, Cristina Gámez Cenozo, Paula Caresía Aróztegui, Inmaculada Ferrero Febrer, Mónica Albadalejo Castaño, Anna Canela Coll
Unidad PET. Hospital Universitario de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona

INTRODUCCIÓN:

En los estudios PET-TC con 18-F-flúordesoxiglucosa (18-F-FDG) de cuerpo entero realizados en pacientes oncológicos se ha descrito una mayor actividad metabólica intestinal difusa en los pacientes diabéticos controlados con antidiabéticos orales (ADOs).

OBJETIVOS:

El objetivo de este trabajo es describir la captación intestinal en los pacientes diabéticos tratados con ADOs en nuestra unidad.

MATERIAL Y MÉTODO:

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 diabéticos en el período comprendido entre el 1/1/2008 y el 31/7/2008. 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, la última toma de la medicación antidiabética y se comprobó que el nivel de glucemia previamente a la administración de la FDG fuese inferior a 120 mg/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 mCi/Kg de FDG. La captación intestinal difusa observada en cada paciente fue valorada visualmente según la siguiente escala: 0 = captación nula, 1= captación leve y 2= captación intensa.

RESULTADOS:

En el período de estudio se realizaron 2501 exploraciones, de las cuales 224 (9% del total) eran de pacientes diabéticos. De estos 140 (62,5%) estaban en tratamiento con ADOs y 84 (37,5%) eran insulino dependientes. En los 140 pacientes en tratamiento con ADOs (99 hombres y 44 mujeres con una media de edad de 66,7 años) la valoración de la captación intestinal fue la siguiente: 0 en 1 paciente (0,7%), 1 en 52 pacientes (37,1%) y 2 en 87 pacientes (62,1%).

CONCLUSIONES:

En nuestro estudio se confirma que la captación intestinal difusa es muy frecuente en pacientes diabéticos en tratamiento con ADOs.

4.- ATENCIÓN INTEGRAL DEL PACIENTE CON CÁNCER DE PRÓSTATA EN RADIOTERAPIA

A. López-Espinosa Plaza, E. Martín Sánchez, J.C. Florido Martín
Oncología Radioterápica. HRU Carlos haya. Málaga.

INTRODUCCIÓN:

En la atención de pacientes que van a recibir radioterapia, un aporte imprescindible son los cuidados de enfermería.

OBJETIVOS:

El objetivo es prestar una atención integral, desde el primer día de consulta hasta el alta, lo que implica un mejor tratamiento y menores efectos secundarios.

MATERIAL Y MÉTODO:

Hemos diseñado un plan de cuidados siguiendo el modelo de V. Henderson. Para la identificación de problemas de enfermería usamos las etiquetas diagnósticas de la NANDA II, la taxonomía NOC y NIC. Disponemos de un registro para el uso de estas taxonomías.

Realizamos una atención individualizada durante todas las fases que recorre el paciente por nuestro servicio (primera consulta, TAC de simulación y tratamiento de RT).

RESULTADOS:

Presentamos los DdE más prevalentes, así como las intervenciones NIC, e ICC desde enero 09 a septiembre 09.

CONCLUSIONES:

1. Hemos identificado los problemas de salud (NANDA), intervenciones NIC y resultados (NOC) en nuestros pacientes de Ca. de Próstata
2. Coordinamos el trabajo de enfermería con el del personal técnico para conseguir unos mejores resultados durante todo el tratamiento.
3. El paciente dispone de una enfermera referente durante toda su estancia en nuestro servicio.
4. El seguimiento integral del paciente permite aumentar la calidad del tratamiento y disminuir los efectos secundarios.

5.- ANGIORESONANCIA DE TRONCOS SUPRAAÓRTICOS (ARM TSA). ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

M^a P. Gutiérrez, R.M^a. Merino, Y. del Castillo, A. Martínez, O. Rubio, C. Vivancos
IDI Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona

INTRODUCCIÓN:

La angioresonancia de troncos supraaórticos (ARM TSA), junto con el eco-doppler de TSA, son las pruebas diagnósticas no invasivas y más efectivas a la hora de confirmar el diagnóstico de estenosis carotídea en pacientes con arterioesclerosis, particularmente los que han tenido un accidente cerebrovascular o ataque isquémico reciente en el territorio irrigado por la carótida evitando con ello la realización de pruebas invasivas como es la arteriografía cerebral. El personal de enfermería de resonancia deberá saber identificar todos los problemas y necesidades del enfermo y tener conocimiento del protocolo a aplicar para la realización de ARM TSA., aplicando para ello las intervenciones adecuadas a través de diagnósticos enfermeros y técnicas de RM.

OBJETIVOS:

Realizar la ARM TSA de la forma más efectiva y resolutive para el paciente. Identificando sus necesidades básicas a través de los diagnósticos enfermeros NANDA .
Aplicando la técnica adecuada para la realización de la ARM TSA.

MATERIAL Y MÉTODO:

Revisión retrospectiva de todos los estudios de ARM TSA realizados en nuestro centro durante el último semestre del año 2008. Para la realización del mismo se utilizó:
Resonancia de 1,5T Philips.
Diagnósticos enfermeros aplicados NANDA.
El protocolo de ARM TSA realizado en nuestro centro incluye un estudio de cráneo junto con ARM tanto de TSA como de Polígono de Willis después de la administración de gadolinio.

RESULTADOS:

La ARM TSA, conjuntamente con el ECO-DOPPLER de TSA, confirman prácticamente la totalidad de las estenosis carotídeas para la correcta elección del tratamiento bien sea quirúrgico o por radiología intervencionista.

CONCLUSIONES:

La ARM TSA es una prueba diagnóstica no invasiva muy sensible y específica para detectar estenosis carotídea que, realizada de la forma más eficiente posible y junto con el ECO-DOPPLER de TSA, sustituye la angiografía convencional, prueba que requiere hospitalización y el uso de radiación ionizante. A través de la intervención del personal de enfermería, utilizando los diagnósticos NANDA, identificamos las necesidades de los pacientes interviniendo sobre ellas con lo que conseguimos que la prueba se realice con el menor grado de ansiedad y mayor confort haciendo que la misma se realice de la forma más efectiva y rápida posible para llegar a nuestro objetivo, que es el de conseguir las imágenes más precisas y resolutive para lograr un buen diagnóstico.



COMUNICACIONES ORALES

2ª Mesa. Jueves 29 de Octubre 2009. 11:30h - 12:30h.
Sala Tagoror. Moderador: Xavi Vila Giménez

1.- DESARROLLO DE MEJORAS EN UN SERVICIO DE RADIOLOGÍA A TRAVÉS UNA INVESTIGACIÓN EN ACCIÓN PARTICIPATIVA

Mª Ángeles Betelu Oronoz, Marta Jiménez Hernández, Mª Victoria García Arregui, Amparo Zaragoza Salcedo, Juana Mª Senosiáin García, Olga López-Dicastillo, Mª Carmen Portillo
Clínica Universitaria de Navarra

2.-CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA LA REALIZACIÓN DE LA TOMOGRAFÍA CEREBRAL DE PERFUSIÓN CON ADMINISTRACIÓN DE ACETAZOLAMIDA

M. Pérez Gómez, E. Albuixech Ginesta, MC. Barón López, C. Sánchez Suárez, M. Yepes Arenas
Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona

3.- IMPORTANCIA DE LA TC EN EL DIAGNÓSTICO PRECOZ DE MUERTE ENCEFÁLICA

Ana María Martín Gutiérrez, Olga Marcelino Cid, Mª Jesús De Castro Barco
Hospital Clínico Universitario de Salamanca

4.- CUANDO EL USUARIO ES UN MENOR. CUIDADOS DE ENFERMERÍA PROPORCIONADOS PARA LA REALIZACIÓN DE UNA EXPLORACIÓN RADIOLÓGICA SEGURA

Antonio Roldán Díaz, Mª Carmen Ramírez Lopera, Leonardo Esplá García, Mª Teresa Tortajada Clemente
Centro Materno-Infantil. HU Reina Sofía. Córdoba

5.- AVENTURA EN RADIOTERAPIA. UN COMIC PARA INFORMAR A NIÑOS

Encarnación Martín Sánchez, Juan Carlos Florido Martín, José Manuel Peña Gómez
HRU Carlos Haya. Málaga

1.- DESARROLLO DE MEJORAS EN UN SERVICIO DE RADIOLOGÍA A TRAVÉS UNA INVESTIGACIÓN EN ACCIÓN PARTICIPATIVA

M^a Angeles Betelu Oronoz, Marta Jiménez Hernández, M^a Victoria García Arregui, Amparo Zaragoza Salcedo, Juana M^a Senosiáin García, Olga López-Dicastillo, M^a Carmen Portillo
Clinica Universitaria de Navarra

INTRODUCCIÓN:

El envejecimiento de la población española está llevando a un aumento de las enfermedades neurológicas crónicas. Tras diagnosticar una enfermedad crónica es necesario que pacientes y familiares comiencen un proceso de aceptación y afrontamiento que no siempre se promueve o consigue. Un cuidado holístico y personalizado de enfermería en esta etapa podría facilitar la implicación de los pacientes y familiares en el proceso de adaptación.

OBJETIVOS:

A través de este trabajo se pretende presentar el diseño de un proyecto de investigación cuyo objetivo es: "Mejorar la práctica profesional de enfermería, mediante un enfoque de investigación en acción participativa, para ayudar a pacientes y familiares a aceptar y afrontar un posible diagnóstico o empeoramiento de una enfermedad neurológica crónica, desde una etapa diagnóstica".

MATERIAL Y MÉTODO:

El diseño propuesto para este estudio es una Investigación en Acción Participativa. Se recogerán datos en dos unidades de Resonancia Magnética de un hospital de nivel terciario, completando ciclos con etapas de valoración, planificación, acción y evaluación. Se accederá e involucrará continuamente a enfermeras, otros profesionales de la salud, pacientes con posible diagnóstico de enfermedad neurológica crónica, y familiares. Con la información recogida en la etapa de valoración con los participantes se diseñará e implantará un programa educativo para mejorar la práctica profesional y facilitar el proceso de aceptación y afrontamiento del proceso crónico de pacientes y familiares. Posteriormente se evaluará la intervención a nivel profesional y de usuario. Los datos se recogerán y triangularán en las distintas etapas con entrevistas semi-estructuradas, observaciones participantes, notas de campo, hojas de datos sociodemográficos y escalas de medición de satisfacción con el cuidado.

RESULTADOS:

Con este estudio se esperan resultados relacionados con el desarrollo del conocimiento enfermero y de otros profesionales de la salud en relación a los procesos crónicos y el cuidado holístico de los pacientes crónicos, un mayor bienestar emocional del paciente/familiar que se enfrenta a un proceso crónico, la evidencia de un cambio de la práctica y una mayor definición del rol de enfermería en Servicios de Radiología. Se esperan también que los resultados sean aplicables en otros contextos y que mejoren la comunicación entre los servicios de Radiología y otras unidades.

CONCLUSIONES:

Los resultados y la metodología de este estudio permitirán comprender las percepciones, experiencias y las perspectivas que los pacientes, los familiares y los profesionales de enfermería tienen en esta fase diagnóstica y diseñar intervenciones que ayuden a afrontar el proceso de una enfermedad neurológica crónica.

2.- CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA LA REALIZACIÓN DE LA TOMOGRAFÍA CEREBRAL DE PERFUSIÓN CON ADMINISTRACIÓN DE ACETAZOLAMIDA

Pérez Gomez,M; Albuixech Ginesta,E; Barón López, MC; Sánchez Suárez, C; Yepes Arenas, M.
Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona.

INTRODUCCIÓN:

Como centro hospitalario de referencia, en el servicio de Medicina Nuclear del Hospital Universitario Vall d'Hebron hemos realizado, en el transcurso de 2 años, 14 exploraciones de tomografía cerebral con acetazolamida.

Dadas las características de este tipo de exploración, el personal de enfermería desarrolla actividades específicas de cuidados y vigilancia en estos pacientes, en cuanto a condiciones previas y posibles complicaciones pre y post exploración. Por todo ello, nos planteamos la necesidad de realización de un plan de cuidados estandarizado.

OBJETIVOS:

- Planificar acciones concretas dentro del ámbito competencial de enfermería.
- Vigilar y controlar las complicaciones derivadas de la administración de la Acetazolamida.

MATERIAL Y MÉTODOS:

En el período comprendido entre el 01/01/2007 y el 31/12/2008 hemos realizado un total de 14 exploraciones de tomografía cerebral con administración de Acetazolamida cuya indicación es el estudio de la reserva del flujo cerebral. Los 14 pacientes proceden del servicio de neurocirugía y con el diagnóstico médico de malformación arteriovenosa cerebral (MAV). Se realiza revisión de las historias clínicas, las solicitudes de exploración de los 14 casos estudiados y se elabora el plan de cuidados adaptando el protocolo.

RESULTADOS:

En la monitorización, un 71'4 % de pacientes explorados presentó una presión arterial sistólica basal > 100mmHg, mientras que en el 28'6% restante era <100mmHg. En los controles de TA post-Acetazolamida sólo uno del total de pacientes presentó hipotensión (<100mmHg). Asimismo, ninguno de los pacientes explorados presentó complicaciones post-exploración. Respecto al pulso, los valores se mantuvieron dentro de la normalidad en todos los casos. Se identificaron los diagnósticos de enfermería en los pacientes explorados y se desarrollaron y aplicaron las acciones planificadas, teniendo en cuenta las individualidades de cada paciente.

CONCLUSIONES:

Valorando el estado del paciente, monitorizando pulso y presión arterial, utilizando una correcta técnica de administración del fármaco y aplicando el plan de atención de enfermería, aseguramos la continuidad asistencial y vigilancia del paciente.

3.- IMPORTANCIA DE LA TC EN EL DIAGNÓSTICO PRECOZ DE MUERTE ENCEFÁLICA

Martín Gutiérrez, Ana María; Marcelino Cid, Olga; De Castro Barco, M^a Jesús
Hospital Clínico Universitario de Salamanca.

INTRODUCCIÓN:

La muerte encefálica exige un diagnóstico instrumental confirmatorio, imprescindible en algunos casos de especial dificultad diagnóstica. Los nuevos equipos de TC multicorte permiten diagnosticar con mayor índice de seguridad y rapidez la ausencia de función de los hemisferios cerebrales, consiguiendo:

Optimizar los recursos, menor ocupación de camas y cargas asistenciales innecesarias y evitando el mantenimiento hemodinámico prolongado del donante, que podría conllevar la pérdida de órganos trasplantables y el consiguiente perjuicio en la sociedad debido a la demanda creciente de órganos.

OBJETIVOS:

Comprobar la importancia del diagnóstico rápido e indiscutible por radioimagen de muerte encefálica (ME) mediante su diagnóstico indiscutible, evitando la futilidad terapéutica, la ansiedad de la familia ante la incertidumbre diagnóstica y el consumo de recursos innecesarios.

Importancia del papel de la enfermería en el mantenimiento del paciente, potencial donante, previniendo, detectando y actuando para evitar la pérdida de donantes y asegurar la mejor viabilidad de los órganos.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Aparato Toshiba multicorte, modelo Aquilón, con 32 detectores y programa específico. Inyector TYCO automático, modelo Optivantage - TM y contraste Optiray 300 Ultrayect. Analizados 31 pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Intensiva de adultos que evolucionaron a M.E. Período de estudio de Julio 2007-Diciembre-2008 Edades de 13 a 78 años.

3 Estudios neurorradiológicos realizados mediante angiografía TC de arterias cerebrales, con adquisición de imágenes mediante cortes de 0,5 mm, desde C-3 hasta el vértex.

RESULTADOS:

Analizados los estudios radiológicos observamos en todos los casos ausencia de circulación intracraneal constatándose en todos ellos la detención del contraste a nivel extracraneal que acompaña a la M.E. Esta técnica tiene una elevada fiabilidad diagnóstica, además de ser barata, rápida, mínimamente invasiva y de fácil disponibilidad las 24h.

CONCLUSIONES:

La utilidad de angio-TC en el diagnóstico de ME es evidente, permitiendo demostrar la ausencia de flujo sanguíneo intracraneal, lo que condiciona de forma inequívoca la ausencia de funciones encefálicas, estableciendo por tanto un diagnóstico indiscutible de ME en pacientes con especial dificultad diagnóstica clínica y optimizando el manejo del donante multiorgánico.

4.- CUANDO EL USUARIO ES UN MENOR. CUIDADOS DE ENFERMERÍA PROPORCIONADOS PARA LA REALIZACIÓN DE UNA EXPLORACIÓN RADIOLÓGICA SEGURA

Antonio Roldán Díaz, M^a Carmen Ramírez Lopera, Leonardo Esplá García, M^a Teresa Tortajada Clemente
Centro Materno-Infantil. HU Reina Sofía. Córdoba.

INTRODUCCIÓN:

La realización de una exploración radiológica (ER), técnicamente hablando, es igual para cualquier persona que se somete a ella, ya estemos hablando de un menor o de un adulto. La diferencia estriba en las dosis radiológicas que se administran, que están relacionadas con el volumen físico a radiografiar y en la actitud del usuario, relacionada con su nivel evolutivo, cognitivo y/o neurológico. Por lo tanto hablamos de parámetros que pueden estar, entre otros, relacionados con la edad del usuario. En este caso nos referiremos al nivel evolutivo, para describir las diferentes técnicas de cuidados que se aplican en pediatría radiológica y que permitirán la realización de la exploración diagnóstica segura, ya que tratamos con un grupo poblacional de entre 0 y 14 años de edad.

OBJETIVOS:

Es la descripción de las diferentes técnicas que permitan trabajar en un entorno seguro y lo más acogedor y confortable posible para el niño y facilitando la realización de la exploración radiológica mediante:

- El control de la movilización e inmovilización, de forma segura para el niño y eficaz para la recogida de imágenes radiológicas EVITANDO posibles LESIONES
- El establecimiento de una comunicación específica según el grupo de edad a que pertenezca el niño con el que nos estamos relacionando con el propósito de mejorar su estabilidad emocional.
- La seguridad en la administración de medios de contraste de forma precisa

MATERIAL Y MÉTODOS:

Diferentes materiales, herramientas, procedimientos y técnicas incluidos en el plan de cuidados de enfermería.

- Diagnósticos de Enfermería
- Intervenciones NIC
- Resultados NOC
- Planes de Cuidados Estandarizados
- Registros Enfermeros

RESULTADOS Y CONCLUSIONES:

La experiencia adquirida por los profesionales de enfermería como consecuencia del desempeño profesional a lo largo del tiempo en el Servicio de Radiología de nuestro Centro, la documentación consultada y los resultados observados nos indican que aun siendo, básicamente, las mismas exploraciones radiológicas que para el adulto, el procedimiento de ejecución es sustancialmente diferente cuando nos referimos al trabajo con niños de determinadas edades, incluso dentro del grupo de edad anteriormente descrito (0-14 años), condicionando ésta (edad) la forma de establecer una relación profesional y la actividad asistencial desarrollada con ellos, obligando a la planificación de cuidados específicos según a que grupo de edad a que nos enfrentemos. Por lo tanto se plantea la necesidad del uso de estrategias de cuidados que permitan la realización de cualquier prueba, teniendo en cuenta que el trabajo con este tipo de pacientes siempre condicionará cualquier procedimiento diagnóstico por la necesidad de una atención complementaria, proporcionando cuidados específicos que no teniendo nada que ver con el procedimiento técnico radiológico, si va a permitir que éste se lleve a cabo con seguridad obteniendo unos resultados de calidad.

5.- AVENTURA EN RADIOTERAPIA. UN CÓMIC PARA INFORMAR A NIÑOS

Encarnación Martín Sánchez, Juan Carlos Florido Martín, José Manuel Peña Gómez
HRU Carlos Haya. Málaga

INTRODUCCIÓN:

De las dos formas en las que podemos escribir cuentos, como son por un lado mediante líneas e imágenes y, por otro mediante secuencia de imágenes, en la que el texto se presenta encerrado en bocadillos o globos, nosotros hemos elegido este último, o sea el de cómic, para contar "Aventura en Radioterapia", por ser a nuestro entender el más ameno, colorido, dinámico y familiar para los niños.

OBJETIVOS:

Para este trabajo nos planteamos, una vez realizado el cómic que fue ideado con el objetivo de desdramatizar el tratamiento a la vez que informar, saber el grado de aceptación de este medio de información; para ello, se elaboró una encuesta de satisfacción.

MATERIAL Y MÉTODOS:

En primer lugar se confeccionó en forma de cómic toda la información que queríamos transmitir al niño para enseñarle y familiarizarle con todas las fases del tratamiento en radioterapia.

En segundo lugar se procedió a la elaboración de una encuesta de satisfacción a niños que van a recibir tratamiento, a los padres de los mismos y al personal encargado de realizarle el tratamiento.

RESULTADOS:

Mostraremos por un lado el cómic que hemos realizado y por otro los resultados de la encuesta de satisfacción efectuada en nuestro servicio en el período de Abril a Septiembre de 2009.

Habitualmente se le suministra toda la información a los padres olvidándonos de darle también esa información al niño, que llega a nosotros la mayoría de las veces con miedo y recelo, no solo al personal sino también a todo el entorno que le rodea.

CONCLUSIONES:

Con este trabajo hemos conseguido mejorar la comunicación entre los profesionales del servicio y los pacientes pediátricos, consiguiendo con esta herramienta una excelente calidad asistencial de la cual creemos son merecedores nuestros pequeños pacientes.

La experiencia nos dice que al revelarles y familiarizarles, tanto al niño como a los padres, con las distintas fases del tratamiento, les vamos a ayudar a disminuir la angustia y al mismo tiempo conseguiremos aumentar la colaboración con el consiguiente incremento de la calidad en nuestros servicios.



COMUNICACIONES ORALES

3ª Mesa. Jueves 29 de Octubre 2009. 12:30h - 13:30h
Sala Tagoror. Moderador: **Clemente Álvarez Carballo**

1.- MATRIZ DE FASE Y MATRIZ DE FRECUENCIA EN ESTUDIOS INTRAACRANEALES DE RESONANCIA MAGNÉTICA

Javier Gutiérrez de Rozas Astigarraga, Arturo Luis Moreno Barrón
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. (URM H.Liencres). Santander

2.- PROTOCOLO DE ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA ANGIOGRAFÍA CEREBRAL Y EMBOLIZACIÓN DE ANEURISMAS CEREBRALES

Tania Rojas B., Ana Belén Izquierdo R., M^aCarmen López J., Gema Mazuelas R., Lourdes Badia V.
IDI. Hospital Universitario de la Vall d'Hebrón. Barcelona

3.- MANEJO DEL PACIENTE EN LA PET/TC CEREBRAL CON 18F-FDG

J. Tomás, J. Juan, A. Sanchís, A. Domènech, JR. García, M. Soler, F. Lomeña
CETIR. Unidad PET/TC. Esplugues de Llobregat. Barcelona

4.- CRISIS CONVULSIVAS- EPILEPSIA: RM CEREBRAL

J. Bosque Hernández, M. Lluesma Vidal, F. Álvaro Sancho, A. Ortega Gimeno, Fco. Alcaide Vela
Resonancia Magnética Hospital La Fe. Valencia

5.- FORMACION DE LOS ALUMNOS DE LA EUE Y TER

L. Fernández, N. Bea, A. Ardanza, E. Fernández, G. Echevarría, A. Rodríguez
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

1.- MATRIZ DE FASE Y MATRIZ DE FRECUENCIA EN ESTUDIOS INTRACRANEALES DE RESONANCIA MAGNÉTICA

Javier Gutiérrez de Rozas Astigarraga, Arturo Luis Moreno Barrón
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (URM H.Liencre).
Santander

INTRODUCCIÓN:

El presente trabajo, relativo a la utilización de los parámetros "matriz de fase" y "matriz de frecuencia" en resonancia magnética, lo hemos centrado en los estudios intracraniales para estar en consonancia con el lema del Congreso relativo al conocimiento enfermero en el paciente con patología cerebral.

OBJETIVOS:

Demostrar que un correcto dominio por parte del enfermero en la utilización de los parámetros "matriz de fase" y "matriz de frecuencia" en los estudios intracraniales de resonancia magnética incide decisivamente en la obtención de imágenes de mejor calidad diagnóstica, además de poder verse reducido el tiempo de exploración.

MATERIAL Y MÉTODOS:

El equipo de RM de nuestra Unidad (Hospital Santa Cruz, Liencre) perteneciente al Servicio de Radiodiagnóstico del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla de Santander es un Signa Advantage 1.5 Teslas de General Electric instalado en el año 1993.

Las exploraciones craneales objeto del presente estudio se realizan con antena específica de cabeza emisora / receptora (Head Coil).

Se utilizan secuencias de pulso potenciadas en T1 y T2 en los planos sagital, axial y corona. Concretamente en nuestra unidad el protocolo empleado consiste

- 1.Secuencia Sagital T1.
- 2.Secuencia Axial doble eco convencional en densidad protónica (DP) y T2.
- 3.Secuencia coronal FT2 o FLAIR (Fluid Low Atenuation Inversión Recovery)
- 4.Secuencia axial T1 (+ gadolinio EV si fuera necesario)

La situación de la dirección de la fase y la frecuencia en cada plano es diferente (anterior/posterior, superior/inferior, derecha/izquierda). El criterio fundamental para situar dicho parámetro en una u otra dirección debe ser minimizar los artefactos de pulsatilidad vascular que aparecen en la imagen y que siguen siempre la dirección de la "matriz de fase". Partiendo de este principio se pueden programar recortes de matriz en la dirección de la fase disminuyendo el tiempo de exploración y sin menoscabo de la calidad diagnóstica. No es posible llevarlo a cabo en todas las secuencias y en todos los planos. En el plano sagital, por ejemplo, modificar la dirección de la frecuencia (en nuestros estudios se sitúa superior / inferior) originaría un incremento del artefacto de pulsatilidad vascular. En las secuencias FLAIR, que habitualmente se realizan en plano coronal, sí sería posible reducir "matriz de fase" cuando la dirección de la frecuencia es anterior / posterior pero las características técnicas del equipo no lo permiten.

Es posible, y de hecho así lo realizamos, reducir la "matriz de fase" en las secuencias axiales de doble eco (DP - T2) y T1 y en la secuencia coronal FT2.

RESULTADOS:

Los estudios RM de cráneo protocolizados se pueden realizar de manera sistemática, en función del plano de imagen elegido (axial, sagital o coronal) situando la fase y la frecuencia en un determinado sentido (derecha/izquierda, superior/inferior, anterior/posterior). En determinados estudios será conveniente y necesario modificar estos parámetros para lograr secuencias de imagen de mayor calidad e información diagnóstica. Las secuencias de imagen en que la fase y la frecuencia se disponen correctamente darán a entender el dominio del profesional de enfermería del equipo y la técnica de imagen utilizados.

CONCLUSIONES:

El enfermero de un equipo de resonancia magnética debe conocer que la correcta disposición de la "matriz de fase" y la "matriz de frecuencia" es fundamental para obtener estudios de resonancia magnética de óptima calidad.

2.- PROTOCOLO DE ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA ANGIOGRAFÍA CEREBRAL Y EMBOLIZACIÓN DE ANEURISMAS CEREBRALES

Tania Rojas B., Ana Belén Izquierdo R., M^ªCarmen López J., Gema Mazuelas R., Lourdes Badía V.
IDI. Hospital Universitario de la Vall d'Hebrón. Barcelona

INTRODUCCIÓN:

Los aneurismas intracraniales son la causa más frecuente de hemorragia subaracnoidea (HSA) de origen no traumático, que constituyen el 80% de las HSA espontáneas.

La tomografía axial computerizada (TAC) representa la clave para su diagnóstico.

La arteriografía cerebral constituye el gold standard para localizar la lesión, determinar la presencia de aneurismas, describir la anatomía vascular, la circulación colateral y determinar el grado de vasoespasmo.

Se presenta el protocolo de actuación de enfermería en el tratamiento de aneurismas cerebrales llevado a cabo en el servicio de Neuro-Radiología Vascular Intervencionista del Hospital de la Vall d'Hebrón.

OBJETIVOS:

-Informar, orientar y dar pautas de actuación al equipo de enfermería que ha de cuidar de un paciente al que se le practica una embolización de un aneurisma cerebral.

-Realizar un trabajo en equipo entre los diferentes profesionales que intervienen en la sala de radiología vascular intervencionista.

MATERIAL Y MÉTODOS:

El protocolo da las pautas de actuación en la embolización de aneurismas cerebrales al equipo de enfermería, dividiendo la práctica en dos tiempos:

1. Procedimiento: preparación de los profesionales i del paciente.
2. Ejecución: acciones durante y post-procedimiento.

Se detallan también los recursos humanos y materiales necesarios para llevar a cabo la técnica.

RESULTADOS:

El equipo de enfermería está dotado de tres figuras, cada una con un trabajo específico:

1. Enfermera de la Unidad de recuperación: atención psicológica al paciente y a la familia, y preparación física del paciente antes de iniciar el procedimiento.
2. Enfermera de sala: vigilancia continua del estado hemodinámico y neurológico del paciente, colaboración con el equipo de anestesia y/o neurología y soporte al radiólogo intervencionista y a la enfermera ayudante.
3. Enfermera ayudante: preparación de la mesa y materiales para el procedimiento, montaje y control del campo estéril y colaboración en la realización de la técnica.

La técnica médica intenta la oclusión del aneurisma cerebral causante de la HSA, impidiendo así el resangrado. Esto es posible gracias a la acción del material de embolización. Éste se introduce en el torrente sanguíneo a través de diferentes tipos de catéteres y microcatéteres que, mediante un abordaje arterial, permiten llegar al saco aneurismático.

CONCLUSIONES:

La angiografía y embolización están aceptadas como tratamiento de elección en paciente con aneurisma cerebral y HSA.

Este tipo de terapéutica utiliza las arterias como canales naturales para llegar al cuello y saco aneurismático sin la necesidad de una craneotomía. Gracias a los nuevos microcatéteres y microguías se puede hacer una navegación más segura y menos traumática en el vaso nutricio y en el aneurisma.

La realización de la técnica no es posible sin la participación de un equipo experto, multidisciplinar y un trabajo en equipo.

La enfermera que forma parte del equipo ha de conocer todo el material específico de que dispone, su aplicación y las complicaciones potenciales que derivan de su uso y de la práctica médica.

La enfermera juega un papel importante como miembro del equipo en la realización de la técnica médica y en la mejoría del pronóstico del paciente.

3.- MANEJO DEL PACIENTE EN LA PET/TC CEREBRAL CON 18F-FDG

J. Tomás, J. Juan, A. Sanchís, A. Domènech, JR García, M Soler, F Lomeña
CETIR. Unidad PET/TC. Esplugues de Llobregat. Barcelona

INTRODUCCIÓN:

La PET/TC con 18F-FDG es una técnica de diagnóstico por la imagen que nos proporciona información sobre la distribución regional del metabolismo glucídico encefálico. Es una técnica útil en la evaluación inicial y la respuesta terapéutica de diversas enfermedades neurológicas y trastornos psiquiátricos.

OBJETIVOS:

Describir los cuidados de enfermería y el manejo más adecuado del paciente en la PET/TC cerebral con 18F-FDG.

MATERIAL Y MÉTODOS:

En el último año hemos realizado 152 estudios PET/TC cerebrales con 18F-FDG a pacientes con diferentes indicaciones clínicas:

- Indicaciones neurológicas: Demencias (n:34), epilepsias (n:43).
- Indicaciones oncológicas: Tumores cerebrales (n:23), M1 cerebrales (n:22).
- Estudios de investigación: Enfermedades neurodegenerativas, metabólicas cerebrales y psiquiátricas (n:30).

A continuación detallamos la metodología utilizada.

Información al paciente. Características de la exploración, duración y preparación necesaria. Suspensión previa de fármacos psicotrópicos o con acción sobre el SNC, si la enfermedad del paciente lo permite y según farmacocinética del medicamento. Historia clínica: antecedentes y/o enfermedades neurológicas actuales, trastornos psiquiátricos, resultados de otras exploraciones (TC/RM), medicación actual, capacidad para colaborar... Preparación previa del paciente. Ayuno 4-6 horas. Determinación glucemia < 150 mg/dl. Reposo sensorial y motor 10-15/min previos a la administración FDG. Canalización vía venosa periférica en e.s. Verificación estado intercrisis en las epilepsias.

Inyección del trazador. Radiofármaco: 2-flúor- 2-desoxi-d-glucosa-F18. Administración: Vía e.v. periférica. Dosis. Adulto: 1 - 10 MBq/Kg. Pediatría: 3 MBq/Kg. Tasa de radiación: 4 mSv Fase de captación cerebral de la FDG. Reposo sensorial y motor 30 minutos. Valoración de necesidad de sedación, según edad y status neurológico del paciente.

RESULTADOS:

- Se ha podido realizar la prueba a todos los pacientes remitidos a nuestro centro.
- Todos los estudios realizados presentan una correcta distribución del trazador.
- Hemos detectado 15 estudios con artefacto de imagen por movimiento.
- Los pacientes que precisaron de anestesia (20%) no presentaron ningún efecto secundario.

CONCLUSIONES:

Una correcta metodología de la PET/TC cerebral facilita la obtención de unas imágenes de calidad óptima, que permiten diagnósticos clínicos acertados o bien obtener información valiosa para los estudios de investigación.

4.- CRISIS CONVULSIVAS-EPILEPSIA: RM CEREBRAL

J. Bosque Hernández, M. Lluésma Vidal, F. Álvaro Sancho, A. Ortega Gimeno, Fco. Alcaide Vela
Resonancia Magnética Hospital La Fe. Valencia

INTRODUCCIÓN:

La epilepsia es una enfermedad frecuente que afecta 1-2% de la población mundial.

Gracias a la RM podemos estudiar la epilepsia en todos sus estadios, desde crisis convulsivas aisladas, epilepsias crónicas, estudios preoperatorios, en los que incluimos estudios funcionales y espectroscopías o estudios de navegación, y controles post-operatorios.

Los estudios de RM cerebral con "protocolo epilepsia" están especialmente indicados en epilepsias parciales fármaco resistentes o epilepsias parciales secundarias generalizadas.

OBJETIVOS:

Mediante esta comunicación hablaremos de crisis convulsivas - epilepsia, incidencia, causas, tipos de epilepsia, síntomas de la epilepsia y posibles tratamientos.

Queremos mostrar cual es el protocolo de actuación del personal de enfermería ante crisis epilépticas o crisis convulsivas y a su vez mostrar cual es la labor del personal de enfermería que trabaja en RM ante este tipo de pacientes.

Secuencias en RM cerebral con protocolo específico de epilepsia.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Presentamos nuestra experiencia en RM con equipos de 1.5 y 3T. Explicación de la prueba al paciente, preparación del paciente, posibles sedaciones.

Protocolo actuación ante un paciente con crisis convulsivas. Técnicas de adquisición de imágenes, protocolo de secuencias en RM cerebral y específicas en epilepsia, breve resumen de tractografías.

RESULTADOS:

La RM es una técnica en la que obtenemos imágenes de alta calidad diagnóstica, con gran resolución tisular en un procedimiento no invasivo, por lo que habitualmente es utilizada como técnica diagnóstica de elección.

Gracias a las técnicas de alta resolución en equipos de alto campo logramos localizar el foco epileptógeno en casos de crisis convulsivas en los que no se conocía la causa directa. Debemos destacar la gran aportación en la decisión de indicaciones quirúrgicas, así como su contribución en el abordaje mediante técnicas como la RM funcional estudios de navegación o tractografías

CONCLUSIONES:

El estudio de epilepsia es un estudio largo, que requiere la colaboración total del paciente y, en muchos casos, como pueden ser en pediatría o en crisis convulsivas frecuentes requiere la presencia de un anestesista.

Por todo ello, es fundamental la presencia de personal de enfermería formado en el servicio de resonancia magnética.

5.- FORMACION DE LOS ALUMNOS DE LA EUE Y TER

L. Fernández, N. Bea, A. Ardanza, E. Fernández, G. Echevarría, A. Rodríguez

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

INTRODUCCIÓN:

Dentro del programa docente de la Escuela Universitaria de Enfermería de Valdecilla se imparte una asignatura optativa que es "Principios Generales de Radiología y Laboratorio", que tiene 4,5 créditos, es decir 45 horas, que desarrollaremos en la comunicación. Las prácticas las realizan los alumnos en 2º curso en el área de Radiodiagnóstico con un total de 400 horas. Los alumnos TER que solicitan su formación práctica en nuestro hospital se forman en el Área de Radiodiagnóstico y Medicina Nuclear con un total de 720 horas.

OBJETIVOS:

Nos hemos planteado los siguientes objetivos:

1º Plantear, desarrollar y debatir la formación que reciben tanto los alumnos de la Escuela Universitaria de Enfermería como los alumnos de TER en el Área de Radiodiagnóstico y Medicina Nuclear.

2º Marcar las diferencias en la formación de dichos alumnos.

MATERIAL Y MÉTODOS:

La metodología y tecnología utilizada hoy en radiología exige el conocimiento de una serie de conceptos, la utilización de un conjunto de técnicas, el empleo de un grupo de fármacos específicos y el perfecto dominio de una serie de intervenciones, aplicadas sobre paciente sometidos a la presión psicológica de un medio hostil y desconocido, que justifican plenamente la presencia de los futuros profesionales de enfermería. También reflejaremos la labor asistencial que desarrolla el TER y por donde encaminamos su formación práctica.

RESULTADOS:

Junto con las funciones básicas y específicas de enfermería, debemos añadir la continua evolución de los servicios de radiodiagnóstico hacia nuevas técnicas intervencionistas que ratifican la presencia de alumnos de EUE en estas unidades.

Conseguir que los alumnos TER estén formados para desarrollar su trabajo con profesionalidad en el área de Radiodiagnóstico.

CONCLUSIONES:

Una vez analizada la formación que reciben los alumnos de EUE y TER hemos llegado a las siguientes conclusiones:

1º que el alumno de enfermería que se forme en la unidad termine con los conceptos claros de las funciones específicas de enfermería en estos servicios.

2º la formación recibida en ambos logre los objetivos de poder desarrollar su trabajo en cualquier área sanitaria.

Como conclusión final seguir dando la mejor formación, la más amplia, ya que son los futuros profesionales de nuestra sanidad.



2ª Mesa. Jueves 29 de Octubre 2009. 13:30h - 14:30h.
Sala Tagoror. Moderador: **Gonzalo Maceira Galarza**

1.- LA EVOLUCIÓN DE LOS ESTUDIOS ANGIOGRÁFICOS CEREBRALES MEDIANTE TC. LA VISIÓN DE LA ENFERMERÍA.

D. José Manuel Sánchez Pérez.
DUE. Hospital Povisa. Vigo.

2.- ACCIDENTE VASCULAR HIPERAGUDO. ESTUDIOS DE IMAGEN Y PERSPECTIVA ENFERMERA.

Dña. Abigail Andrés Pérez. DUE.



FORMACIÓN CONTINUADA

3ª Mesa. Viernes 30 de Octubre 2009. 9:00h - 10:00h.

Sala Tagoror. Moderador: : **Xavi Vila Giménez**

1.- AVANCES EN LAS EXPLORACIONES SPECT Y PET CEREBRAL EN PACIENTES EPILÉPTICOS.

D. Jordi Ribera Perianes.

DUE. Hospital Clínic y Provincial. Barcelona.

2.- ACTUALIDAD Y FUTURO DE LA IMAGEN MOLECULAR EN NEUROLOGÍA".

D. Gumer Pérez Moure. DUE.



4ª Mesa. Viernes 30 de Octubre 2009. 10:00h - 11:00h
Sala Tagoror. Moderador: José Manuel Sánchez Pérez

1.- PROTOCOLO DE ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA EMBOLIZACIÓN DE TRAUMATISMOS PÉLVICOS

Ana Belén Izquierdo R., M^a Carmen López J., Tania Rojas B., Gema Mazuelas R., Lourdes Badía V.
IDI. Hospital Universitario Vall d'Hebrón. Barcelona

2.- LA CALIDAD DE LA ESTEREOTAXIA DE MAMA: INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Consuelo Fernández San Miguel, Laura Fernández Rodríguez, José Ignacio Martínez Gutiérrez, Elena Alonso Soria
Hospital Marqués de Valdecilla. Santander

3.- APORTACIONES DE LA TÉCNICA COMBINADA (SONDA DETECTORA + AZUL VITAL) EN LA LOCALIZACIÓN DEL GANGLIO CENTINELA EN MUJERES PORTADORAS DE CÁNCER DE MAMA

FJ. González Blanco, M. González González
Hospital Universitario de Salamanca. Centro de Investigación del Cáncer

4.- LABOR DE LA ENFERMERÍA RADIOLÓGICA ANTE LA IMPLANTACIÓN DE UN STENT DE CARÓTIDA

José Manuel Polit Zuazo; Francisco Sauri López
Consorcio Hospital General Universitario de Valencia

5.- RESERVORIO SUBCUTÁNEO: CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Silvia Zamoro Díaz, Ana Isabel García González, Pilar Pérez Carrero, Rosario Rodríguez Gómez
Hospital Universitario Severo Ochoa. Leganés. Madrid

1.- PROTOCOLO DE ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA EMBOLIZACIÓN DE TRAUMATISMOS PÉLVICOS

Ana Belén Izquierdo R., M^a Carmen López J., Tania Rojas B., Gema Mazuelas R., Lourdes Badía V.
IDI. Hospital Universitario Vall d'Hebrón. Barcelona

INTRODUCCIÓN:

La arteriografía y embolización percutáneas son el tratamiento de elección en los pacientes con traumatismo pélvico y hemorragia retroperitoneal incontrolable, permitiendo una rápida y precisa localización del vaso lesionado con un 85-100% de éxitos en el control del sangrado y baja incidencia de complicaciones.

Se presenta el protocolo de actuación de enfermería llevado a cabo en el servicio de Radiología Vasculat Intervenccionista del Hospital de la Vall d'Hebrón.

En el se describe, además de la actuación de enfermería y los recursos necesarios: la población diana, los pacientes excluidos, la prevención de riesgos, el tratamiento de material y residuos, las complicaciones potenciales y el control post-procedimiento.

OBJETIVOS:

- Informar, orientar y dar pautas de actuación al equipo de enfermería que ha de cuidar a un paciente al que se le practica una embolización por traumatismo pélvico.
- Conseguir la estabilidad hemodinámica del paciente lo antes posible.
- Realizar un trabajo en equipo entre los diferentes profesionales que intervienen en la sala de radiología vascular intervenccionista.

MATERIAL Y MÉTODOS:

El protocolo da las pautas de actuación al equipo de enfermería en la embolización de traumatismos pélvicos, dividiendo la práctica en dos tiempos:

1. Procedimiento: preparación de los profesionales y del paciente.
2. Ejecución: acciones durante y post-procedimiento.

Se detallan también los recursos humanos y materiales necesarios para llevar a cabo la técnica.

RESULTADOS:

El equipo de enfermería está dotado de tres figuras, cada una con un trabajo específico:

1. Enfermera de la Unidad de recuperación: atención psicológica al paciente y a la familia, y preparación física del paciente antes de iniciar el procedimiento.
2. Enfermera de sala: vigilancia continua del estado hemodinámico y psicológico del paciente atendiendo a sus necesidades, colaboración con el equipo de anestesia y/o cuidados intensivos y soporte al radiólogo intervenccionista y a la enfermera ayudante.
3. Enfermera ayudante: preparación de la mesa y materiales para el procedimiento, montaje y control del campo estéril y colaboración en la realización de la técnica.

La técnica médica intenta conseguir la oclusión del vaso causante del sangrado retroperitoneal, mejorando así el estado hemodinámico del paciente. Esto es posible gracias a la acción del material de embolización, que se introduce en el torrente sanguíneo mediante un abordaje arterial, que permite llegar al foco de sangrado a través de diferentes tipos de catéteres.

CONCLUSIONES:

La arteriografía y embolización percutáneas son el tratamiento de elección en el paciente con traumatismo pélvico y hemorragia retroperitoneal inestable.

La realización de la técnica no es posible sin la participación de un equipo experto, multidisciplinar y un trabajo en equipo.

La enfermera que forma parte del equipo ha de conocer todo el material específico de que dispone, su aplicación y las complicaciones potenciales que derivan de su uso y de la práctica médica.

La enfermera juega un papel importante como miembro del equipo en la realización de la técnica médica y en la estabilidad hemodinámica del paciente.

2.- LA CALIDAD DE LA ESTEREOTAXIA DE MAMA: INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Consuelo Fernández San Miguel, Laura Fernández Rodríguez, José Ignacio Martínez Gutiérrez, Elena Alonso Soria
Hospital Marqués de Valdecilla. Santander

INTRODUCCIÓN:

Demostrar que disponiendo de un procedimiento específico y una evaluación de resultados que describa las competencias de la enfermera en la unidad de estereotaxia se consigue una mejora de calidad asistencial.

OBJETIVOS:

Definir procedimiento y competencias de la enfermera en la Unidad de Esterotaxia.

Determinar protocolo de procedimiento específico.

Desarrollo de sistema de evaluación de resultados.

Incorporar evaluación de mejora de calidad en la asistencia diaria.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se empleó un equipo de radiodiagnóstico de estereotaxia digital (FISCHER)

Se elaboró un procedimiento de cuidados de enfermería destinado a las pacientes susceptibles de estereotaxia de mama y se elaboró un registro para elaborar el procedimiento.

RESULTADOS:

Sobre 180 pacientes:

- 126 (70%) presentaron hematoma profundo menor o igual a 2cm.
- ninguna presentó sangrado
- 36 (20%) precisó analgesia
- no se produjo ninguna infección
- el grado de satisfacción de las pacientes es muy alto en el 96%.

CONCLUSIONES:

Las organizaciones serán tan eficaces como lo sean sus procesos.

Evaluar los resultados permite conocer el nivel de calidad, detectar errores y aplicar medidas para mejorar.

3.- APORTACIONES DE LA TÉCNICA COMBINADA (SONDA DETECTORA + AZUL VITAL) EN LA LOCALIZACIÓN DEL GANGLIO CENTINELA EN MUJERES PORTADORAS DE CÁNCER DE MAMA

F.J.González Blanco, M. González González,
Hospital Universitario de Salamanca. Centro de Investigación del Cáncer

INTRODUCCIÓN:

El empleo de la técnica combinada sonda detectora de radiación gamma y azul de vital es la recomendación establecida en la bibliografía en la detección del Ganglio Centinela (GC) en las pacientes portadoras de Ca. de mama. La controversia entre los datos publicados así como la presencia de reacciones adversas en un número importante de pacientes sometidas a la tinción ganglionar con Azul Vital, nos plantea.

OBJETIVOS:

La necesidad de valorar la eficacia técnica resultante de la experiencia acumulada de ambas técnicas de forma individual y la combinación de las mismas.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se analizan 429 pacientes sometidas, durante los últimos 5 años (2003-2007), a tratamiento quirúrgico de Ca. de mama (T1, T2) con tumor <3cm. y sin afectación clínica axilar. A todas ellas se realizan técnicas de localización intraoperatoria mediante:

- sonda detectora, previa inyección de dosis radiotrazadora de nanocoloides en un periodo comprendido entre 3 y 24 horas
- inyección de azul vital en el momento de la intervención.

RESULTADOS:

El porcentaje de detección de ganglios axilares es del 90,4; 97,2 y 98,8 para el azul vital, sonda detectora y combinación de ambos, respectivamente.

CONCLUSIONES:

Tanto la técnica combinada, como el empleo exclusivo de la sonda detectora, aporta una eficacia en la localización del GC axilar muy alta; 97,20 y 98,80% respectivamente. El empleo del Azul Vital aumenta la eficacia en la detección ganglionar mediante sonda detectora el 1,60%. La posibilidad de obtener imágenes mediante gammagrafía previa a la localización intraoperatoria con sonda permite marcar externamente la situación del ganglio, consiguiendo una intervención mínimamente invasiva; así cómo valorar la posible afectación de la Cadena Mamaría Interna.

4.- LABOR DE LA ENFERMERÍA RADIOLÓGICA ANTE LA IMPLANTACIÓN DE UN STENT DE CARÓTIDA

José Manuel Polit Zuazo; Francisco Sauri López
Consorcio Hospital General Universitario de Valencia

OBJETIVOS:

Este tipo de exploración la implantamos en nuestra sección de Radiología Vasculat Intervencionista como un tratamiento de menor riesgo que una intervención quirúrgica. La demanda nos viene principalmente de los servicios de Neurología y Neurocirugía, aunque en algunas ocasiones los pacientes vienen derivados de Cirugía Vasculat o de Cirugía Cardíaca, (tratamiento previo a un By-pass coronario)

MATERIAL Y MÉTODOS:

Comenzamos realizando una arteriografía de troncos supraaórticos, localizando la entrada de las arterias carótidas; una vez hecho esto se realiza una arteriografía selectiva de ambas, se prepara el material que consideramos necesario para la realización de la exploración, introductores, guías, catéteres, balones de dilatación, stent, manómetro, filtro, catéter portador y todo aquello que se necesite para obtener el mejor resultado final, puesto que estamos trabajando sobre una zona del organismo donde debemos estar el menor tiempo posible.

RESULTADOS:

Desde el momento que iniciamos esta nueva técnica, en Junio de 2006 hasta Marzo de 2009, hemos realizado 84 tratamientos, tanto con la colocación de stent o con angioplastia, con unos resultados altamente satisfactorios. Durante la exploración, (en 1 caso el paciente presentó un espasmo de carótida que se trató sobre la marcha), en otra ocasión el paciente falleció a las 72 horas, por un fallo cardíaco, (desconocemos si fue a consecuencia de la exploración), 3 pacientes sufrieron lesiones sensitivas y motoras que cedieron antes de abandonar la sala de radiología y en un caso la afectación le duró 4 días, recuperándose sin ningún tipo de secuela.

CONCLUSIONES:

Consideramos esta técnica como un gran adelanto al tratamiento de las estenosis de carótidas, puesto que es menos agresiva que la intervención quirúrgica, disminuye el riesgo de infecciones en quirófano y durante el tiempo de estancia en el hospital, facilita la pronta recuperación del paciente así como su incorporación a la vida familiar en un plazo corto de tiempo.

Dentro de todo este contexto, la presencia del enfermero en la sala de radiología es una pieza fundamental para el desarrollo de la citada exploración, puesto que es el encargado de preparar el material necesario así como atender las necesidades del paciente, proporcionándole los cuidados necesarios de enfermería que necesite en todo momento: (colocación de gotero, control de la tensión arterial pues no debe pasar de los 140/ 70, administración de la sedación y la medicación que requiera en cada fase de la intervención, sondaje vesical, compresión sobre la zona de punción una vez finalizada la exploración, colocación del vendaje compresivo).

Demostrando una vez más la necesidad de la presencia de enfermería en las distintas Secciones de los Servicios de Radiología.

5.- RESERVORIO SUBCUTÁNEO: CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Silvia Zamoro Díaz, Ana Isabel García González, Pilar Pérez Carrero, Rosario Rodríguez Gómez
Hospital Universitario Severo Ochoa

INTRODUCCIÓN:

El reservorio subcutáneo es un catéter venoso de larga duración introducido con técnica tunelizada y situada por debajo del tejido subcutáneo. La finalidad del reservorio subcutáneo es obtener un acceso vascular con fines diagnósticos y terapéuticos. En nuestra unidad de radiología intervencionista es muy habitual realizar este tipo de intervención. Dados los problemas surgidos desde las unidades de hospitalización en cuanto al cuidado de estos catéteres, nos planteamos desde el servicio de rayos protocolizar los cuidados de enfermería para conocer su manejo e intentar eliminar en lo posible los riesgos de infección en nuestros pacientes. Para ello realizamos sesiones dentro del hospital dirigida a los profesionales que manejan este tipo de pacientes.

OBJETIVOS:

Nuestro objetivo principal es el de utilizar un protocolo con fin didáctico incluyendo:

- 1.Utilizar la técnica de implantación con los recursos materiales y humanos existentes en el hospital.
- 2.Unificar criterios de manejo de reservorio venoso subcutáneo (Port-a-cath) así como la heparinización y retirada del mismo.
- 3.Facilitar el aprendizaje por parte del personal de enfermería tanto del servicio de Radiología como del resto del hospital.
- 4.Disminuir el nivel de ansiedad del paciente y familia, explicándoles en que consiste la técnica a realizar.
- 5.Enseñar al paciente a ser portador de un catéter central.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Preparamos sesiones para el personal de enfermería del hospital en las que se describen tanto la implantación, manipulación como retirada del catéter.

En la implantación contamos tanto los criterios de inclusión como exclusión, los componentes del catéter, los recursos materiales y humanos, la preparación prequirúrgica del paciente, el desarrollo de la técnica y los cuidados inmediatos.

En la manipulación los cuidados previos a la punción, la técnica de punción, fluidoterapia y administración de medicación, heparinización y sellado, complicaciones y soluciones.

En cuanto a la retirada los criterios de retirada, el procedimiento y los cuidados post quirúrgicos.

RESULTADOS:

Gracias a estas sesiones empezaron a cuidar correctamente estos catéteres con la disminución considerable del número de infecciones en los pacientes.

CONCLUSIONES:

Es importante conocer tanto el material con el que estamos trabajando, como el procedimiento de implantación, así como los cuidados de enfermería específicos que requieren este tipo de catéteres. Es fundamental que todo el personal que los esté utilizando conozca el protocolo de actuación, para que todo el mundo pueda trabajar de la misma manera.



COMUNICACIONES ORALES

5ª Mesa. Viernes 30 de Octubre 2009. 11:30h - 12:15h

Sala Tagoror. Moderador: : José A. Cordero Ramajo

1.- HEMOSTASIA CON DISPOSITIVO DE CIERRE ARTERIAL

E. Fernández, C. Regla, A. Moreno, G. Sanz

Hospital Universitario Marques de Valdecilla. Santander

2.- EVOLUCIÓN EN UNA CONSULTA DE ENFERMERIA RADIOTERAPICA de 2006 a 2009

Encarnación Martín Sánchez, Agustín López-Espinosa Plaza, Juan Carlos Florido Martín

Servicio de Oncología Radioterápica. HRU Carlos Haya. Málaga

3.- ABLACIÓN POR RADIOFRECUENCIA EN TUMORES HEPÁTICOS

JA. Alonso, MC. Cuevas, MJ. Rodríguez

Hospital Universitario Central de Asturias

4.- TELERADIOLOGIA EN PATOLOGIA CEREBRAL: TELEICTUS

Montserrat Soy Mas, Joan Arbusa Guixeras, Nuria Illera Fontanet, Esther Noval Pagés

Fundació Salut Empordà. Figueres. Girona

5.- ESPECTROSCOPIA CEREBRAL POR RM: APLICACIONES Y TÉCNICA

Abigail Andrés Pérez

ERESA. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia

1.- HEMOSTASIA CON DISPOSITIVO DE CIERRE ARTERIAL

E. Fernández, C. Regla, A. Moreno, G. Sanz
Hospital Universitario Marques de Valdecilla. Santander

INTRODUCCIÓN:

La hemostasia es la detención natural o quirúrgica de una hemorragia. En la hemostasia natural, el vaso sanguíneo se contrae, restringiendo el flujo de sangrado. Las plaquetas taponan la abertura y liberan sustancias químicas esenciales para la coagulación.

La hemorragia se detiene mediante el proceso de coagulación de la sangre. La mejor técnica hasta hace unos años para detener una hemorragia era aplicar presión directa sobre la herida (compresión manual o mecánica).

OBJETIVOS:

Dar a conocer a la enfermería los dispositivos diseñados para cerrar punciones arteriales femorales, los diferentes modelos existentes en el mercado y los de elección en nuestro centro, así como la forma de proceder en cada uno de ellos.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Tomamos como muestra los cierres realizados con dispositivos hemostáticos desde Enero hasta Marzo de 2009, habiéndose realizado en ese periodo un total de 757 procedimientos, de los cuales el 6.34% no se corresponden con punciones arteriales, el 93.66% restante, está repartido entre los dos cierres de nuestra elección: un 4.88% de STARCLOSE y un 88.77% de angioseal. Respecto a las complicaciones podemos decir que son prácticamente nulas.

CONCLUSIONES:

Método seguro y efectivo, incluso en pacientes de alto riesgo. Permite confirmar la seguridad del cierre con evidencias como: tos, elevación de la pierna o descenso de la cabeza. Fácil de uso y en un corto periodo de tiempo.

2.- EVOLUCIÓN EN UNA CONSULTA DE ENFERMERÍA RADIOTERÁPICA DE 2006 A 2009

Encarnación Martín Sánchez, Agustín López-Espinosa Plaza, Juan Carlos Florido Martín
Servicio de Oncología Radioterápica. HRU Carlos Haya. Málaga

INTRODUCCIÓN:

La consulta de enfermería en la unidad de Oncología Radioterápica es una realidad desde 2006, siendo una consecuencia de darle forma y valor a lo que enfermería llevaba muchos años haciendo en Oncología Radioterápica.

OBJETIVOS:

Mostrar los 3 años de consulta de enfermería en Oncología radioterápica como ha evolucionado, como hemos aprendido y como hemos registrado.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Elaboración de registros de valoración inicial según las 14 necesidades básicas de V. Henderson, Planes de cuidados estandarizados que se han ido incrementando año a año y registros informatizados de dichos planes de cuidados.

RESULTADOS:

Evolución de lo registrado en nuestra consulta en estos tres años.

- 2006: Se comienza la consulta con la elaboración de hojas de Valoración y Planes de cuidados de Ca. de Mama
- 2007: Se registran 4488 intervenciones, registradas únicamente como: Inicios, Revisiones de planes de cuidados e Imprevistos.
- 2008: Registramos 4453 intervenciones, repartidas de la siguiente forma: Inicios, Revisiones de Ca. de Mama, ICC de Ca. de Mama, Revisiones de ORL, ICC de ORL, Imprevistos, Curas, Analíticas, Revisiones de Nutrición.
- 2009: Las Intervenciones se reparten en el registro de la siguiente forma: Inicios, revisiones de Ca. de Mama, ICC de Ca. de Mama, Revisiones de ORL, ICC de ORL, Imprevistos, Curas, Analíticas, Braquiterapia, TAC, Revisiones de Ca. de Próstata, ICC de Ca. de Próstata, Revisiones de Nutrición.

Discusión:

- La enfermería empieza a ser visible si:
 - oRegistramos lo que hacemos.
 - oDemostramos lo que aportamos.
 - oUsamos un lenguaje estandarizado.

CONCLUSIÓN:

El uso de metodología enfermera nos permite medir la efectividad de las intervenciones de enfermería, traduciéndose en la consecución de resultados óptimos globales en salud para los pacientes.

Los registros se caracterizan por permitir recoger mejor el trabajo y por ajustarse más fielmente a las actividades que realiza enfermería.

Nuestro registro informático nos permite trabajar con Planes de Cuidados Individualizados, mejorarlos y facilitar la investigación en enfermería.

La implantación del ICC en la consulta de enfermería nos permite transmitir la información de cuidados tras el tratamiento de RT, garantizando la continuidad de cuidados interniveles.

3.- ABLACIÓN POR RADIOFRECUENCIA EN TUMORES HEPÁTICOS

J.A. Alonso, M.C. Cuevas, M.J. Rodríguez
Hospital Universitario Central de Asturias

INTRODUCCIÓN:

La Ablación por Radiofrecuencia es una técnica poco invasiva, guiada por imagen, que puede usarse de forma única o bien alternativa o complementaria, en el tratamiento de ciertos tumores, pero proyectada de manera más específica sobre las neoplasias hepáticas.

OBJETIVOS:

Debido a la escasa oferta de donantes y a las limitaciones que conlleva la hepatectomía, técnica de primera elección, la Ablación por Radiofrecuencia pretende ocupar este espacio debido a la mejor tolerancia, rapidez y resultados con respecto a otras técnicas.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Esta técnica consiste en la introducción de una aguja, en cuya punta lleva un electrodo, dentro del nódulo o tumor guiada mediante Eco, TAC o RNM. Esta aguja va conectada a un generador el cual le proporciona la energía suficiente a una temperatura determinada para que produzca una necrosis coagulativa en las células tumorales.

Básicamente el aparataje necesario para esta aplicación consiste en un Generador de RF, unas Agujas electrodo (de diversas formas y tamaños) y una Bomba de agua para refrigerar las agujas.

RESULTADOS:

La eficacia de este tratamiento va a depender en gran medida, como quedará determinado en la exposición verbal, del tamaño tumoral.

La supervivencia variará dependiendo del tumor, con su correcta estadificación y la quimioterapia impuesta.

CONCLUSIONES:

Es una técnica que, debido a su eficacia, baja morbilidad y coste, acentúa su implantación en la mayoría de los centros hospitalarios.

4.- TELERADIOLOGÍA EN PATOLOGÍA CEREBRAL: TELEICTUS

Montserrat Soy Mas, Joan Arbusa Guixeras, Núria Illera Fontanet, Esther Noval Pagés
Fundació Salut Empordà. Figueres. Girona

INTRODUCCIÓN:

El ICTUS es la enfermedad neurológica de mayor mortalidad y la primera causa de discapacidad en adultos, con una incidencia de 174/100.000 habitantes/año de los cuales 97.7 / 100.000 son "éxitus".

Nuestro hospital es de ámbito comarcal nivel I y además con una población rural dispersa, sin UCI ni unidad de semicríticos; por lo tanto es de vital necesidad colaborar estrechamente con el hospital de referencia y con el neurólogo de guardia, para que éste reciba lo mas rápidamente posible las imágenes de TC.

OBJETIVOS:

Aplicación de un código ICTUS vía telemática para conseguir:

1. Disminuir el tiempo de diagnóstico i tratamiento especializado.
2. Incrementar el número de pacientes tratados con trombolisis.
3. Incrementar el número de pacientes que llegan a la unidad de ictus Agudos
4. Priorizar TC candidato a código Ictus, enviando las imágenes vía telemática, lo más rápidamente posible.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Activación del código ICTUS en pacientes que cumplan los siguientes criterios:

1. Ictus isquémicos de menos de tres horas de evolución
2. Edad entre 18-80años
3. Déficit neurológico moderado / severo (escala NIHSS entre 4-25).
4. TC Craneal Urgente enviado telemáticamente al centro de referencia.
5. El neurólogo del centro de referencia, se comunica por vía telemática (TELEICTUS), realizándose diagnóstico, fibrinólisis y posterior traslado a la unidad de ICTUS agudo.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES:

El trabajo en equipo multidisciplinar, neurología, urgencias y radiodiagnóstico es primordial para la agilización del proceso, permitiendo aplicar el protocolo código ICTUS, mejorando la calidad de vida de estos pacientes: " NO PERDER TIEMPO EQUIVALE A GANAR CEREBRO".

5.- ESPECTROSCOPIA CEREBRAL POR RM: APLICACIONES Y TÉCNICA

Abigail Andrés Pérez

ERESA. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia

INTRODUCCIÓN:

La patología cerebral a estudio por RM es muy variada y requiere cada vez de técnicas más específicas y certeras que aporten un diagnóstico lo más preciso posible, facilitando de esta manera el trabajo al facultativo por una parte; por otra, estas técnicas formaran parte de una mejora en la calidad de vida del paciente y en su atención asistencial.

En este caso, traemos a estudio las múltiples aplicaciones de un sólo estudio: la espectroscopia cerebral por RM, donde modificando determinados parámetros y localizaciones de la técnica, conseguiremos un estudio metabólico cerebral y diferentes espectros correspondientes a diferentes patologías. Las principales aplicaciones de la ERM son: estudio de patología tumoral cerebral, epilepsia y estudio de demencia.

OBJETIVOS:

- Aportar los conocimientos propios de la técnica, relacionándolos con la patología a estudio, y conseguir que se traduzcan en un diagnóstico lo más preciso posible.
- Mejorar la asistencia al paciente facilitando una técnica y requerimientos técnicos lo más cómoda, entendible y agradable para el paciente consiguiendo su máxima colaboración.
- Dar a conocer las condiciones ideales adecuadas en relación a la patología a estudio, especialmente difícil en enfermos pluripatológicos, de Parkinson, ACV, tumores frontales con alteraciones del comportamiento, epilepsia, demencia... sujetos del estudio todos ellos.
- Conocer la técnica y sus posibilidades en función de la patología a estudiar, modificando parámetros y localizaciones del estudio. Mejorando en pro de una mejor asistencia al paciente conociendo sus limitaciones y alteraciones.

MATERIAL Y MÉTODOS:

- RM de 1.5T signa de General Electric.
- Bomba de inyección de contraste Medrad.
- Bobina de cabeza de GE.
- Software específico para el posprocesado de imágenes y datos.
- Contraste paramagnético.
- Material de venopunción periférica.
- Protocolos de examen:
 - 1) Estudio cerebral morfológico convencional
 - 2) Planos con contraste
 - 3) Delimitación del plano donde colocar la unidad de voxel o multivoxel y adecuación de parámetros
 - 4) Obtención de espectros y estudios metabólicos propios de cada patología.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES:

Donde el estudio morfológico cerebral por RM no es capaz de aportar datos concretos más allá de la existencia de lesiones y un acercamiento a su tipología, la espectroscopia es capaz de diferenciar la tipología y el grado tumoral, actividad metabólica sugestiva de epilepsia y grado de alteración tisular en demencias.



COMUNICACIONES ORALES

6ª Mesa. Viernes 30 de Octubre 2009. 12:15h - 13:00h
Sala Tagoror. Moderador: : Jorge Casaña Mohedo

1.- LABOR DE ENFERMERIA EN CARDIO-RESONANCIA MAGNÉTICA

Marta Lluesma Vidal, Joaquín Bosque Hernández

Hospital Arnau de Vilanova. Valencia. Servicio de resonancia magnética. Eresa

2.- EL ICTUS HIPERAGUDO EN LA RESONANCIA MAGNÉTICA

L. Magriñà Mateu, M. Tomás Monte, M. Díaz Membrives

Servicio de Resonancia Magnética. Hospital Universitario Germans Trias y Pujol. Badalona. Barcelona

3.- ABLACIÓN TUMORAL POR RADIOFRECUENCIA PERCUTÁNEA DE TUMORES HEPÁTICOS

Rosa I. Pruñonosa Miravet, Sagrario López-Malla Ros

Servicio de Radiología. Hospital General de Castellón

4.- PUESTA EN MARCHA DE RM FUNCIONAL EN UNA NUEVA UNIDAD DE RESONANCIA MAGNÉTICA

Isabel Palomares, Guadalupe Delgado

Osatek Vitoria. Unidad de Resonancia Magnética. Vitoria

5.- ADMINISTRACIÓN DE CONTRASTE YODADO EN LOS ESTUDIOS PET-TC CON FDG EN PACIENTES CON PATOLOGÍA TUMORAL TORÁCICA: ASPECTOS TÉCNICOS

I. Ferrero Febrer, C. Gámez Cenzano, E. Andía Navarro, I. Liarte Trías, JA. Cordero Ramajo, M. Albadalejo Castaño, A. Canela Coll, F. Martínez Torrens, F. Fernández Alarja

Unidad PET. Hospital Universitario de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona

1.- LABOR DE ENFERMERÍA EN CARDIO-RESONANCIA MAGNÉTICA

Marta Lluesma Vidal, Joaquín Bosque Hernández
Hospital Arnau de Vilanova. Valencia. Servicio de Resonancia Magnética. Eresa

INTRODUCCIÓN:

La cardio-resonancia es una técnica muy específica que requiere la colaboración con el cardiólogo especializado en RM por parte de personal altamente cualificado. La labor del enfermero/a consiste en preparar medicaciones, administrarlas, vigilar y monitorizar constantes así como conocer el efecto que produce la medicación empleada, explicar la prueba al paciente, realizar una breve anamnesis, realizar ECG antes y después de la prueba, adquisición de imágenes.

OBJETIVOS:

Explicar la utilidad de la técnica en el diagnóstico de enfermedades cardiovasculares mediante una técnica poco cruenta e invasiva apta para casi todos los pacientes, que permite detectar enfermedades vasculares (patología de aorta, arterias renales, pulmonares, coronarias). Funciones ventriculares, perfusión del miocardio, zonas infartadas, cardiopatías congénitas, miocardiopatías, pericarditis, insuficiencia-estenosis de las válvulas, pruebas de stress que sustituyen o complementan la prueba de esfuerzo. Las limitaciones de la prueba son las propias de la RM: marcapasos, desfibriladores, implantes cocleares y a nivel específico la resonancia cardíaca solo permite valorar con fiabilidad los orígenes anómalos de las coronarias pero no las estenosis ni las lesiones de las mismas; para ello se debe recurrir al TAC.

Otro objetivo sería explicar detalladamente en qué consiste la labor de enfermería en cada tipo de prueba, ya que no todas las resonancias cardíacas siguen el mismo protocolo de actuación.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Cuando el paciente llega al servicio de RM se le entrega la hoja de consentimiento informado, se le hace una pequeña anamnesis y un ECG. Se le explica la prueba y se le resuelven las posibles dudas que pueda tener. A continuación, se le introduce en el equipo de RM y según su patología se realiza un tipo u otro de exploración. Contamos con equipos Siemens Symphony, Sonata y Avanto de 1,5 Tesla y Siemens Trio de 3 Tesla.

RESULTADOS:

Se obtienen imágenes diagnósticas de alta calidad mediante una técnica poco cruenta e invasiva que no suele tener complicaciones.

CONCLUSIONES:

La labor del personal de enfermería consiste no sólo en adquirir las imágenes morfológicas, y administrar la medicación, sino en tranquilizar a los pacientes y explicarles la prueba para que puedan colaborar al máximo y así obtener mejores resultados.

2.- EL ICTUS HIPERAGUDO EN LA RESONANCIA MAGNÉTICA

Ll. Magriña Mateu, M. Tomás Monte, M. Díaz Membrives
Servicio de Resonancia Magnética. Hospital Universitario Germans Trias y Pujol. Badalona. Barcelona

INTRODUCCIÓN:

En la actualidad nuestro hospital es un centro de referencia del tratamiento del Ictus Hiperagudo y donde la utilización de la técnica de la resonancia magnética se transforma en un elemento imprescindible para el diagnóstico diferencial de los ictus hemorrágicos o isquémicos y de su posterior tratamiento, y el tiempo juega un factor muy importante para obtener resultados favorables.

OBJETIVOS:

Minimizar los riesgos para el paciente en la resonancia, conseguir que el estudio sirva para la finalidad prevista, e intentar dar difusión a otros profesionales de las experiencias obtenidas en nuestro centro

MATERIAL Y MÉTODOS:

Utilizamos un aparato de Resonancia Magnética 1,5T Philips Gyroscan, una bomba inyectora Medrad, para inyectar gadolinio endovenoso y estudiar la perfusión del parénquima cerebral. Empleamos secuencias adaptadas a las necesidades del clínico, y aplicamos un plan de cuidados de enfermería para cubrir las necesidades del paciente en el período de la exploración.

RESULTADOS:

La utilización de los protocolos, tanto de secuencias como del plan de cuidados de enfermería, han mejorado la calidad de los estudios y han evitado posibles complicaciones propias de la enfermedad. Durante el año 2008 se han realizado 63 estudios de ictus hiperagudos.

CONCLUSIONES:

Las peculiaridades de los pacientes con ictus hiperagudo genera la necesidad de aplicar cuidados de enfermería específicos para este tipo de enfermos, diferenciados de otros enfermos por la gravedad de su estado. Hemos detectado riesgo de broncoaspiración, dificultad de exploración por el estado de consciencia, y otros aspectos que intentaremos solucionar con el servicio de neurología.

3.- ABLACIÓN TUMORAL POR RADIOFRECUENCIA PERCUTÁNEA DE TUMORES HEPÁTICOS

Rosa I. Pruñonosa Miravet, Sagrario López-Malla Ros
Servicio de Radiología. Hospital General de Castellón

INTRODUCCIÓN:

La ablación tumoral por radiofrecuencia percutánea es un método novedoso para conseguir un alto grado de éxito en la destrucción de tumores cancerígenos.

OBJETIVOS:

Técnicos:

- Destruir el tumor.
- Evitar: Infecciones, hemorragias, quemaduras externas.

Humanos:

- Disminución de la ansiedad. (Minimizar la aprensión, el temor..., del paciente).
- Terapia de relajación simple. (Uso de técnicas para favorecer y lograr la relajación con el objetivo de disminuir los signos y síntomas "indeseables" como dolor, tensión muscular....)

MATERIAL Y MÉTODOS:

A través de una pequeña incisión en la piel y ayudados por ECO, TAC o RM, introducimos una sonda /electrodo por la que hacemos llegar una corriente de radiofrecuencia (productora de calor) al tumor, hasta destruirlo.

RESULTADOS:

La radiofrecuencia es una alternativa a otros métodos como la cirugía o quimioterapia, cuando estos no han sido efectivos o por las características del paciente no son candidatos a ellas. Es un método en el que se producen muy pocas complicaciones, requiere una baja estancia hospitalaria y en casi todas las ocasiones se puede realizar simplemente con anestesia local y sedación.

En el mismo acto del tratamiento se puede tratar un único tumor ó incluso varios. El tumor tras el tratamiento se reabsorbe y es reemplazado por tejido de cicatrización. En el supuesto de que el tumor reapareciera se podría volver a tratar.

El proceso de Enfermería conlleva la solución de los problemas de salud del paciente.

Es un proceso continuo de prestación y evaluación de cuidados y condición del paciente.

Así mismo, la Enfermería no solo se centra en las necesidades físicas, sino que también implica las atenciones emocionales y sociales del paciente.

CONCLUSIONES:

La radiofrecuencia, como ya hemos referido anteriormente, es una de las técnicas más novedosas en el tratamiento de tumores, con resultados muy favorables, de bajo coste y de elección en pacientes que por sus características no son candidatos a otros procedimientos terapéuticos.

En la realización de esta prueba el personal de enfermería forma parte de un equipo multidisciplinar, valorando las necesidades biofisiológicas del paciente del mismo modo que no olvida las necesidades psicológicas del mismo brindándole apoyo emocional, empatizando con él.

4.- PUESTA EN MARCHA DE RM FUNCIONAL EN UNA NUEVA UNIDAD DE RESONANCIA MAGNÉTICA

Isabel Palomares, Guadalupe Delgado
OSATEK VITORIA. Unidad de Resonancia Magnética. Vitoria

INTRODUCCIÓN:

La Resonancia Magnética Funcional (RMf) es un procedimiento relativamente nuevo que utiliza imágenes de Resonancia Magnética para medir los pequeños cambios metabólicos que ocurren en una parte activa del cerebro. La RMf se está convirtiendo en un método de diagnóstico para averiguar el funcionamiento del cerebro normal, enfermo o lesionado, y para evaluar los posibles peligros de la cirugía u otros tratamientos invasivos del cerebro.

La puesta en marcha de la RMf en una nueva unidad de Resonancia Magnética hace necesario que el personal de enfermería tenga en cuenta diferentes factores para que el resultado de cada prueba sea el óptimo.

OBJETIVOS:

Mostrar la metodología empleada para realizar RMf y el papel de la enfermería en una nueva unidad de resonancia magnética.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realizó una revisión de la literatura con términos relacionados con RMf, en bases de datos especializados en enfermería CINAHL y CUIDEN, así como en otras con información biomédica donde se filtró con el proceso de enfermería: EMBASE, MEDLINE, Pascal Biomed e Índice Médico Español. Además se consultó a personal familiarizado con RMf. Todo ello para el desarrollo y puesta a punto de un protocolo útil a la hora de realizar RMf en una nueva unidad de RM

RESULTADOS:

El personal de enfermería ha elaborado una metodología de trabajo para realizar RMf en una nueva unidad de Resonancia Magnética. Para ello se ha tenido en cuenta los posibles factores personales de cada paciente (proceso patológico, motivo de exploración, edad,...), material disponible en la unidad de Resonancia y la evidencias bibliográficas encontradas. Todo ha sido posible gracias a los conocimientos del personal de enfermería y a la capacidad de observación y reacción del mismo.

CONCLUSIONES:

La presencia de personal de enfermería es importante para la planificación, la puesta en marcha y la correcta aplicación de la metodología necesaria en la realización de RMf.

5.- ADMINISTRACIÓN DE CONTRASTE YODADO EN LOS ESTUDIOS PET-TC CON FDG EN PACIENTES CON PATOLOGÍA TUMORAL TORÁCICA: ASPECTOS TÉCNICOS

L. Ferrero Febrer, C. Gámez Cenzano, E. Andía Navarro, I. Liarte Trías, J. A. Cordero Ramajo, M. Albadalejo Castaño, A. Canela Coll, F. Martínez Torrens, F. Fernández Alarja.

Unidad PET. Hospital Universitario de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona

OBJETIVOS:

Describir la técnica optimizada en los estudios de PET-TC con FDG en los que se administra contraste yodado intravenoso durante la adquisición de la TC en pacientes con patología tumoral torácica.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se han incluido 87 pacientes. Los estudios PET-TC fueron adquiridos en un equipo Discovery ST (GE Healthcare). El procedimiento constaba de 7 fases:

- 1) Explicación de la técnica y autorización mediante el consentimiento informado
- 2) Verificación de los datos clínicos y antropométricos
- 3) Preparación del paciente y administración de la FDG (Barnascan® 0,1-0.2 mCi/Kg) con un período de incorporación de 60-90 minutos
- 4) Adquisición de la fase de TC del estudio PET-TC con la inyección ev de 95 ml de contraste (Visipaque® 270 mg I/ml) a 2,5 mL/s con bomba de infusión al final de la espiración (140Kv,100mAs)
- 5) Adquisición de la fase de PET del estudio PET-TC
- 6) Comprobación del estado general del paciente verificando que no haya padecido ninguna reacción adversa
- 7) Reconstrucción de las imágenes de PET con y sin corrección de atenuación y de TC con filtro estándar y con filtro específico para visualizar parénquima pulmonar.

RESULTADOS:

Fue imprescindible la colaboración de los pacientes en la modulación de la respiración durante la adquisición del TC con contraste. Solo 1 paciente presentó reacciones adversas, la cual fue tardía y leve en forma de enrojecimiento cutáneo.

CONCLUSIONES:

La técnica para la realización de estudios PET-TC con FDG que incluyan la administración ev de contraste yodado precisa de un procedimiento riguroso, la formación adecuada de los profesionales y la colaboración activa de los pacientes.



FORMACIÓN CONTINUADA

4ª Mesa. Viernes 30 de Octubre 2009. 13h - 14:00h.

Sala Tagoror. Moderador: : **Isabel Martín Bravo**

1.- CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON TUMORES CEREBRALES ADAPTADOS A LOS AVANCES TECNOLÓGICOS EN TRATAMIENTO CON RADIOTERAPIA.

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

Dña. Concepción Rodríguez Arranz. *DUE. Instituto Madrileño de Oncología. Grupo IMO.*



PÓSTERS

Jueves 29 de Octubre 2009. 11:30h - 13:00h
Sala Teguisse. Moderador: **Mabel Garzón Mondéjar**
Se expondrán de forma oral los 20 mejores pósters elegidos
por los miembros del Comité Científico.
(Los números entre paréntesis corresponden al panel asignado al póster)

01(17).- ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA RESONANCIA FUNCIONAL CEREBRAL
Ángel Custodio Boned Galán, María José Grima Grima, Carmen Fleta Gimeno; Ana Sánchez Arnas; Rosa María Judez; Raúl García Fernández; Fernando Villalba
Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

02(40).- ADQUISICIÓN Y POST-PROCESADO DE LA PET/TC CON 18F-FDG CEREBRAL
J. Juan, J. Tomas, A. Sanchis, A. Domènech, JR García, M. Soler, F. Lomeña
CETIR. Unidad PET/TC. Espulgues de Llobregat. Barcelona

03(29).- ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE EN TRATAMIENTO DE RADIOTERAPIA DE CABEZA Y CUELLO
J.A. Antón Pérez; R. Rovira Cañellas; R. Martínez Díaz; M. Ramírez Baca
HUGTIP - ICO Badalona. Barcelona

04(18).- DISEÑO E IMPLANTACIÓN DE LA CARTILLA INFANTIL DE RADIACIONES IONIZANTES CON FINES DIAGNÓSTICOS
Mercedes Reinado Prado, Rosa Vázquez Martínez, Ignacio López Rodríguez de Medina. *UGC Diagnostico por la Imagen. Hospital SAS de Jerez de la Frontera. Cádiz*

05(53).- VALORACIÓN DE ENFERMERÍA EN RM: POST- OPERATORIO INMEDIATO DE TUMORES CEREBRALES
Del Castillo Y., Rubio O., Gutiérrez P., Merino R., Vivancos C., Martínez A.
Unidad RM Hospital Universitario de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona

06(27).- ESTUDIO DE PERFUSIÓN MIOCÁRDICA CON TC- TETROFOSMIN
Milagros Carnicero Echeandía, Marta Castro Novoa, Nerea Larrinaga Llaguno, Isabel García Aguilera, Catalina M^o Valle Ruiz, Maite Larrinaga Llaguno
Hospital de Basurto. Bilbao

07(22).- PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE EL ICTUS ISQUÉMICO AGUDO
Luis Barceló Querol
Hospital Clinic de Barcelona

08(31).- INFORME DE CONTINUIDAD DE CUIDADO ENFERMERO Y GRADO DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO
Noelia Nuñez Fuentes, M^o Ángeles Manzano Felipe, Carmen Ramírez Sánchez, Raquel Asencio Regidor
UGC Diagnostico por la Imagen. Hospital SAS de Jerez de la Frontera. Cádiz

09(30).- PLAN DE CUIDADO ENFERMERA ESTANDARIZADO: TEMOR
Raquel Asencio Regidor, M^o Ángeles Manzano Felipe, José M. González Ávila, Noelia Nuñez Fuentes
UGC Diagnostico por la Imagen. Hospital SAS de Jerez de la Frontera. Cádiz

10(62).- MALFORMACIÓN DE CHIARI EN ADULTOS
Fermoselle Martín M.J., López Herrero J.C., González Sanpedro J.E., Pérez Rodríguez M.S. Corral Pedraz O.
Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Provincial de Zamora

11(57).- ENFERMERÍA INVESTIGA EN EL TC-ARTROSCOPIA VIRTUAL DE RODILLA
Hernández Serna, Encarnación, Soler Gallego, Pedro, Bastida Muñoz, José A., Pina Salinas, Francisco, Hellín Monasterio, Joaquín
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca

12(20).- CONSULTA DE ENFERMERÍA DE ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA DEL COMPLEJO ASISTENCIAL DE BURGOS
M^o Carmen Yudego Bermejo
Servicio Oncología Radioterápica. Complejo Asistencial de Burgos. Burgos

13(39).- RESULTADOS DE ANGIOPLASTIA Y COLOCACIÓN DE STENTS METÁLICOS EN EL TRATAMIENTO DEL S.V.C.S.
Francisco Saurí López, José Manuel Pollit Zuazo
Consorcio Hospital General Universitario de Valencia

14(3).- ESCLEROSIS MÚLTIPLE (EM) EN RESONANCIA MAGNÉTICA(RM): ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
R. M^o Merino, M^o P. Gutiérrez, Y. del Castillo, A. Martínez, O. Rubio, C. Vivancos
IDI Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona

15(9).- IMPLANTACIÓN DE UNA CONSULTA DE ENFERMERÍA EN UN SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO 2008-2010
Julia J., Buenaventura P., Iglesias R., Reixach L., Duran S.
Hospital Santa Caterina. Salt. Girona

16(21).- ROL DE ENFERMERÍA EN RM PEDIÁTRICA SIN SEDACIÓN
Blasco, L., García A., Bellvis, N., Campo, C., Clusellas, X., Corsellas, G.
IDI. RM Hospital materno-infantil. Hospital Vall d'Hebrón. Barcelona

17(34).- SCREENING PARA EL CÁNCER DE PULMÓN
J. Javier González Cervantes (Supervisor del servicio de Radiodiagnóstico), Laura Mahiques Aguilar (DUE). *Fundación Instituto Valenciano de Oncología*

18(68).- PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN RM: PACIENTES CON PATOLOGÍA CEREBRAL
Bosque Hernández, J., Lluesma Vidal, M., Alcaide Vela, F., Ortega Gimeno, A., Álvaro Sancho, F. *Resonancia Magnética. Hospital La Fe. Valencia*

19(5).- ACTUALIDAD DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER. DIAGNÓSTICO RADIOLÓGICO Y NUCLEAR.
Raúl Sánchez Jurado
ERESA Hospital General Valencia. Valencia

Fuden y SEER firman un acuerdo de colaboración con descuentos en bibliografía de Radiología y Laboratorio

Los libros *Cuidados en Radiología* y *Cuidados en Medicina Nuclear y Radioterapia*, editados por la Fundación para el Desarrollo de la Enfermería, Fuden, con un 25% de descuento para los miembros de la Sociedad Española de Enfermería Radiológica, SEER.

Madrid, 15 de octubre de 2008 - La Fundación para el Desarrollo de la Enfermería, Fuden, y la Sociedad Española de Enfermería Radiológica, SEER, han firmado un acuerdo de colaboración para que los miembros de esta asociación puedan adquirir los volúmenes editados por Fuden *Cuidados en Radiología* y *Cuidados en Medicina Nuclear y Radioterapia*, con un 25% de descuento sobre el precio de venta al público. Un precio más que ventajoso.

Tanto *Cuidados en Radiología* como *Cuidados en Medicina Nuclear y Radioterapia*, son el primer y el segundo de los módulos que integran el Área de Capacitación de *Cuidados en Servicios de Apoyo al Diagnóstico y Terapéutica Biofísica*, más conocida como Radiología y Laboratorio, en el marco de las propuestas de líneas de especialización para Enfermería, en concreto en la especialidad de Enfermería Médico-Quirúrgica en las que Fuden está trabajando a través de su Línea Editorial

Estos dos libros son de referencia para cualquier enfermero interesado en ampliar y desarrollar sus conocimientos en esta especialidad, siempre pensando en perfeccionar su labor diaria. En estos dos volúmenes se recoge el enorme avance y la continua innovación que se ha producido en las técnicas de diagnóstico y terapéutica biofísica en los últimos años, siempre con un objetivo claro, el de la mejora del trabajo de estos profesionales.

Línea Editorial Fuden

La Fundación para el Desarrollo de la Enfermería ha puesto en marcha toda una línea editorial centrada en la especialización enfermera. El esfuerzo y la dedicación de un gran elenco de autores se está materializando en más de 100 títulos distribuidos a lo largo de siete líneas de Especialización: Enfermería Obstétrico Ginecológica, Enfermería de Salud Mental, Enfermería Geriátrica y Gerontológica, Enfermería del Trabajo y Salud laboral, Enfermería Comunitaria, Enfermería del Niño y del Adolescente y Enfermería en Cuidados Médico-Quirúrgicos, que a su vez está dividida en 7 áreas de capacitación.

Estas siete áreas de capacitación son: Urgencias, Emergencias y Cuidados Críticos, Cuidados Perioperatorios, Cuidados Nefrológicos, Cuidados en Servicios de Apoyo al Diagnóstico y Terapéutica Biofísica, Cuidados Deportivos, Cuidados Paliativos y Cuidados Oncológicos.

Cuidados en Radiología	Cuidados en Medicina Nuclear y Radioterapia
PVP: 60 euros PVP especial miembros de la SEER: 45 euros	PVP: 60 euros PVP especial miembros de la SEER: 45 euros

Cupón de pedido libros Fuden de Apoyo al Diagnóstico



Datos personales

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

DATOS DEL PEDIDO

Elige título

Elige título

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

1.- DATscan: SPECT CEREBRAL CON NEURORECEPTORES MEDIANTE I123-IOFLUPANO

I.Mendo, R. Plane, M. Ordovas, R.M. Aragoes, A. Mari, J. Fernandez, S. Aranes, S. Lafuente
Hospital Clínic de Barcelona

INTRODUCCIÓN:

El DATscan es un estudio gammagráfico cerebral de receptores postsinápticos de dopamina que permite la valoración de trastornos neuronales

OBJETIVOS:

Evaluación de los trastornos de receptores y neurotransmisores cerebrales para la valoración y diagnóstico de trastornos psiquiátricos (Esquizofrenia) y del movimiento (Parkinson, Corea)

MATERIAL Y MÉTODOS:

Tras informar al paciente dentro de lo posible en que consiste la prueba Se administra por vía oral de 1 ml de Solución Lugol para crear un bloqueo tiroideo (tratamiento que se continuara 2 veces al día las siguientes 48 horas). A las 2 horas se administra una dosis de 5 mCi (185MBq) de I123-Ioflupano-DATscan (fluoropropil-2b-carbomethoxy-3b-4-iodofenil nortropano) por vía endovenosa lenta. A los 240 minutos post-inyección del radio fármaco el paciente se coloca en una Gamma cámara de doble cabezal en decúbito supino con la cabeza apoyada en un soporte especial, sujeta con cintas de velcro y flexionada hacia delante para que el cerebelo se incluya dentro del campo de imagen.

Se inicia la adquisición de las imágenes con colimadores FAN BEAM de alta resolución, una ventana del isótopo del 10% centrada en 159KeV, Modo Byte, Matriz 128x128, Zoom de 1, orbita circular de 360°, e imágenes de 22 segundos cada 3°.

RESULTADOS:

Se obtienen tras normalizar el estudio con el mapa correspondiente reconstruyendo las imágenes en planos coronal, axial y sagital con un filtro butterworth 0'3/3.

CONCLUSIONES:

Dadas las características de los pacientes que acuden a realizarse esta exploración: Esquizofrenicos, Parkinsonianos, Coreas, etc., la correcta utilización del protocolo, y un constante estado de vigilia hacia el paciente proporcionará la obtención de unos buenos resultados para el posterior diagnóstico y tratamiento

2.- TRATAMIENTO DE LAS METÁSTASIS CEREBRALES MEDIANTE RADIOCIRUGÍA

Manuel Ruiz García, F. Javier Ruiz Zurita, Damiana Mateos del Nido, Rosa Mª García Egea, Gloria Molina
Hospital de Traumatología. Granada

INTRODUCCIÓN:

Las metástasis cerebrales son los tumores cerebrales que se observan con más frecuencia en la clínica, y constituyen más de la mitad de los tumores cerebrales.

El tratamiento varía con el tamaño, y el tipo de tumor, del sitio primario del tumor y del estado general del paciente

- CIRUGIA
- RADIOCIRUGIA.

OBJETIVOS:

Al aplicar esta técnica, cuya ventaja principal es tratar lesiones que no son fácilmente tratables mediante cirugía, se consigue minimizar los riesgos, es mínimamente invasiva y se reduce la estancia hospitalaria.

MATERIAL Y MÉTODOS:

RM, TC, Acelerador de Electrones, Marco Esterotáxico, Material de Cuidados Enfermeros. El enfermero recibe al paciente, lo informa y le hace la RM; a continuación se le pone el marco y se realiza el TC. Una vez fusionadas las imágenes y realizados los cálculos se le aplica el tratamiento. Durante el mismo se aplican calmante y dexametasona, para finalizar retirando el marco y facilitándole las recomendaciones del postratamiento

RESULTADOS:

Una vez aplicado el tratamiento se consigue la curación de la metástasis tratada.

CONCLUSIONES:

En la aplicación de esta técnica multidisciplinar, el enfermero tiene un cierto protagonismo al ser el catalizador de los demás profesionales que intervienen en el proceso. Informa al paciente, realiza las técnicas de TC y RM, colabora en la colocación del marco y posterior tratamiento, quita el marco esterotáxico y aporta los cuidados de enfermería necesarios durante el proceso.

3.- ESCLEROSIS MÚLTIPLE (EM) EN RESONANCIA MAGNÉTICA(RM): ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

R. M^a Merino, M^a P. Gutiérrez, Y. del Castillo, A. Martínez, O. Rubio, C. Vivancos
IDI Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona

INTRODUCCIÓN:

La esclerosis múltiple es una enfermedad del sistema nervioso central (SNC) que se caracteriza porque la mielina, sustancia que recubre las fibras nerviosas, resulta dañada impidiendo que los nervios manden órdenes al cerebro. En resonancia magnética (RM) se visualizan como placas escleróticas y es una de las pruebas más utilizadas para el diagnóstico.

OBJETIVOS:

Valoración del estado físico y psíquico del paciente (alteración de la vista, habla, movimiento, coordinación general.....), lo cual nos ayudará a una mejor realización de la prueba para conseguir el diagnóstico.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Atención de enfermería aplicando los diagnósticos NANDA. Estudios realizados en pacientes con EM realizados desde el 1-1-2008 al 31-12-2008, utilizando una RM de 1.5T Phillips.

RESULTADOS:

De todas las exploraciones realizadas se ha comprobado que para el diagnóstico de la enfermedad la prueba más demandada es la RM de cráneo.

CONCLUSIONES:

Todas nuestras acciones van orientadas a proporcionar una atención integral al paciente, reduciendo así su ansiedad y miedos que pueda tener, para que la prueba se realice de la forma más efectiva y rápida posible para llegar a nuestro objetivo que es el ayudar a conseguir buen diagnóstico para el paciente.

4.- PROFILAXIS HOLOCRANEAL DEL CÁNCER DE PULMÓN EN RADIOTERAPIA. ATENCIÓN Y CURAS DE ENFERMERÍA

Marín Tierno, Francisco Felipe
Instituto Catalán de Oncología. Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. ICO-Badalona. Barcelona

INTRODUCCIÓN:

Las metástasis cerebrales son los tumores cerebrales que se observan con más frecuencia en la clínica. El cáncer de pulmón, mama, melanoma y renales ocupan la mayoría de las metástasis cerebrales. En concreto, los tumores primarios de pulmón ocupan entre el 30 por ciento y el 70 por ciento de todas las metástasis del cerebro. La radioterapia profiláctica holocraneal se realiza con la intención de aumentar la esperanza de vida, disminuir recidivas y aumentar la calidad de vida.

OBJETIVOS:

Revisión de tratamientos de radioterapia holocraneal profiláctica en tumores primarios de pulmón de célula pequeña en los últimos 5 años en nuestro servicio. Describir procedimiento y técnica holocraneal. Dar a conocer el seguimiento del paciente por enfermería radioterápica para reducir síntomas, proporcionar cuidados y disminuir efectos secundarios de la radioterapia.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio retrospectivo de los últimos 5 años en radioterapia holocraneal profiláctica en el cáncer de pulmón de célula pequeña. Observar supervivencia y valoración por enfermería radioterápica.

RESULTADOS:

Presentación de resultados de supervivencia. La radioterapia holocraneal profiláctica es uno de los tratamientos de elección para evitar metástasis cerebrales en el cáncer primario de pulmón de célula pequeña y poder así aumentar la esperanza de vida.

CONCLUSIONES:

La figura de enfermería en nuestro servicio es fundamental para la atención integral del paciente en el tratamiento y cuidados.

5.- ACTUALIDAD DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER. DIAGNÓSTICO RADIOLÓGICO Y NUCLEAR.

Raúl Sánchez Jurado

ERESA Hospital General Valencia. Valencia

INTRODUCCIÓN:

La enfermedad de Alzheimer (EA), también denominada mal de Alzheimer, es una enfermedad neurodegenerativa que se manifiesta como deterioro cognitivo y trastornos conductuales. Se caracteriza en su forma típica por una pérdida progresiva de la memoria y de otras capacidades mentales del individuo, que en su fase más avanzada conduce a la muerte del sujeto por complicaciones derivadas de la privación de las funciones motoras y sensoriales: asfixia por atragantamiento, broncoaspiración o sepsis por úlceras de repetición. La enfermedad suele tener una duración media aproximada de 10-12 años, lo que acarrea grandes trastornos socio-familiares y económicos en el entorno de dichos enfermos.

OBJETIVOS:

Sensibilizar al colectivo de Enfermería con dicha patología y poner de manifiesto de que un diagnóstico temprano y acertado de dichos sujetos puede mejorar y alargar la calidad de vida de dichos pacientes.

Poner en conocimiento de los mismos las últimas técnicas de diagnóstico en Radiología y Medicina Nuclear que existen actualmente.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se emplean métodos diagnósticos de Enfermería de la NANDA. Imágenes con técnicas radiológicas al uso, como son la Resonancia Magnética Nuclear o la Tomografía Axial Computerizada e imágenes de Medicina Nuclear como la SPECT de perfusión cerebral (gammagrafías) o el uso del PET-TAC con diferentes radioisótopos.

RESULTADOS:

Destacaremos la gran influencia de la biología molecular en la aparición de dicha enfermedad, y su relevancia genética.

Veremos imágenes diagnósticas en Radiología y Medicina Nuclear.

Aprenderemos que su diagnóstico definitivo es mediante la autopsia del sujeto.

CONCLUSIONES:

Destacar el empleo de las herramientas radiológicas y de Medicina Nuclear de que disponemos para el diagnóstico de este tipo de demencia.

El papel fundamental que enfermería tiene en todo este proceso.

6.- ACTUALIDAD EN LA ATENCIÓN EN ANGIO-TC VS ANGIO-RM

Ibáñez Pérez, Miguel Ángel; Martínez Suñé, José Miguel

Cetir Grup Medic. Hospital de Sant Pau. Barcelona

INTRODUCCIÓN:

Actualmente y debido a nuestros hábitos alimenticios, sociales y educacionales ha aumentado de forma considerable la patología vascular. Este hecho conlleva a la necesidad de mejorar día a día las técnicas de diagnóstico disponibles para el estudio de este tipo de patologías. Es imprescindible realizar correctamente la prueba para garantizar un buen diagnóstico y una terapéutica adecuada. Actualmente el TC y la RM son dos de las pruebas no invasivas más utilizadas para el diagnóstico de las patologías vasculares; cada una de ellas tiene diferentes características de ejecución, preparación, interpretación y ciertas ventajas y desventajas.

OBJETIVOS:

El objetivo principal es dar a conocer la utilización de dos de las técnicas más utilizadas en el diagnóstico de la patología vascular, indicando todas y cada una de las características más determinantes. Conociendo bien la técnica podemos ofrecer una mayor calidad a la atención de enfermería y valorar al individuo desde un punto de vista integral.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se han utilizado imágenes de diversos estudios angiográficos mediante TC y RM. Las máquinas utilizadas son un TC GE Hispeed de 4 coronas y una RM Signa 1.5 Tesla Excite Healthcare (Milwaukee, WI, USA).

RESULTADOS:

Es importante atender a las diferencias básicas de cada prueba, prestando mucha atención a los elementos más diferenciadores entre las dos. Con la técnica de TC podemos valorar muy bien por ejemplo la existencia de placa de ateroma en la pared de la arteria pero también deberemos tener presente que existe un riesgo potencial en la administración del contraste endovenoso yodado, así como del uso de radiaciones ionizantes. Con la RM, obtendremos mucha relación temporal, con las actuales secuencias rápidas como son las SPGR, pero deberemos también tener presente ciertas contraindicaciones para realizar la prueba como es el marcapasos, o bien la posibilidad de que el paciente sea claustrofóbico.

CONCLUSIONES:

Tras realizar diversos casos, podemos afirmar por tanto que las dos técnicas son útiles para el diagnóstico de las patologías vasculares.

7.- PAPEL DE ENFERMERÍA EN EL TC-COLONOGRAFÍA VIRTUAL

Pedro Soler Gallego, Encarna Hernández Serna, A. Luján Cubero, J.C Martínez García, C. García Jiménez
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca

INTRODUCCIÓN:

El CT-Colonografía virtual es una técnica diagnóstica, cuya finalidad es la visualización del intestino grueso distendido con aire o CO₂, introducido de forma manual o automática a través de una sonda rectal. Una vez comprobado que la distensión es óptima se realiza un tc abdomino-pélvico de baja dosis de radiación en posiciones de decúbito supino y prono, de donde se obtiene mediante un software una imagen virtual del colon.

Es imprescindible que el colon esté limpio para evitar errores de interpretación. El papel de enfermería comienza desde la recepción del volante, hasta 30min. después de realizarse la prueba.

OBJETIVOS:

El objetivo principal es que la prueba sea diagnóstica, que el paciente venga sin temores, bien preparado, con el colon limpio y con un buen marcaje de heces.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Consulta de enfermería
Hojas de preparación
Gastrografin 40ml
Micalax
Enfermera
Administrativos.
Insuflador elect.
Set CT colonoscopia
Tc Toshiba Aquilion 16.

Se recibe la petición y es citado en la consulta de enfermería. Una vez allí se le da información personaliza de la prueba y se entrega la hoja de preparación que consiste en una dieta pobre en residuos y un marcaje de heces con gastrografin.

En ese momento en coordinación con el personal administrativo se le da cita, máximo 15 días, nos despedimos, recordándole el nº de telf. para cualquier duda.

Cuando llega al servicio es recibido por la enfermera que le pregunta si ha hecho correctamente la preparación; si es así, se pasa a realizar la prueba.

Se coloca una sonda rectal y con ayuda de un insuflador eléctrico se administra CO₂, usando unos valores de seguridad. Distendido el colon y siempre bajo control de enfermería se hacen dos adquisiciones. Se retira la sonda y espera 30min aprox., tiempo suficiente para que desaparezca la distensión abdominal y ver la calidad del estudio.

RESULTADOS:

Hasta ene-09, 100 Tc colonografía, 70% por colonoscopia incompleta, 23% por screnning de CCR y 7% otros edad de 25-93.

El 50% realizadas con CO₂ y otro 50% con aire. En 26 estudios se hallaron pólipos. En el 87% de los pacientes se pudo dar un informe satisfactorio con una buena preparación y buen marcaje de heces, quedando un 11% que no por mala preparación y un 2% dif. físicas.

CONCLUSIONES:

La información en consulta y la presencia de enfermería durante la prueba hace desaparecer el temor.

El TCC virtual es buena elección diagnóstica en el screnning CCR. No usar catárticos disminuye la ansiedad.

8.- CONTRASTES IV UTILIZADOS EN UN SERVICIO DE RADIOLOGÍA

V. Gil, M. Sola, V. Vallejos, L. Burgos, N. Remón, B. Carcavilla
Hospital Reina Sofía. Tudela. Navarra

INTRODUCCIÓN:

Un contraste radiológico es cualquier sustancia radiopaca susceptible de ser empleada durante un examen de rayos X, que realiza imágenes de estructuras normalmente no visibles debido a que tienen la misma densidad que las estructuras vecinas.

OBJETIVOS:

- Nombrar los diferentes tipos de contrastes.
- Mostrar las diversas aplicaciones de cada contraste en radiología.
- Exponer los métodos de actuación ante las posibles reacciones adversas y extravasaciones.

MATERIAL Y MÉTODOS:

- Verificar la utilización de contraste en cada paciente (alergias, función renal, incompatibilidades clínicas...)
- Material utilizado para la administración de los diferentes tipos de contraste ó complicaciones durante esta.
- Soporte fotográfico.

RESULTADOS:

Información sobre la aplicación, tipos de contrastes y complicaciones de estos.

CONCLUSIONES:

Actualización de conocimientos en referencia a los contrastes radiológicos.

9.- IMPLANTACIÓN DE UNA CONSULTA DE ENFERMERÍA EN UN SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO 2008-2010

Julià J., Buenaventura P., Iglesias R., Reixach L., Duran S.
Hospital Santa Caterina. Salt. Girona

INTRODUCCIÓN:

La introducción en los hospitales de las tareas por competencias nos ha llevado a desarrollar la implantación de una consulta de enfermería.

La aparente similitud de competencias con otros colectivos profesionales hace necesario una mejor definición de las tareas y la necesidad de una aplicación metodológica.

OBJETIVOS:

Implantar una consulta de enfermería en el servicio de radiología de nuestro Hospital en tres fases.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Desarrollo de un plan de implantación:

Primera fase:

- Elaboración de una hoja de registro de enfermería que permita el registro sistematizado y una continuidad de cuidados en nuestro servicio mediante la estandarización del lenguaje enfermero empleando y relacionando las taxonomías NANDA, NIC y NOC previamente consensuada, donde se recojan los ítems más relevantes. En esta hoja de registro se incluyen unos ítems de retorno (feedback) para poder valorar los resultados y la satisfacción del paciente.

Segunda fase:

- Implantación de la consulta a nivel intrahospitalario con el objetivo de facilitar la información al paciente ingresado (prueba a realizar y preparación previa), con ello pretendemos reducir los tiempos de espera en el servicio de radiología y al mismo tiempo mejorar la calidad (aprovechar y optimizar los recursos).

- Tercera fase:

Implantación progresiva de la consulta a nivel extrahospitalario, apertura de un día a la semana previa cita para posteriormente incrementar el horario según la demanda.

RESULTADOS:

A lo largo del año 2008 se elaboró la hoja de registro y se procedió a su consenso (adjuntamos la hoja de registro). Durante el año 2009 se empieza el registro de datos que se valorarán al final del mismo.

CONCLUSIONES:

Una primera valoración de los ítems de retorno de los registros nos muestra que la planificación de los cuidados ha mejorado la calidad asistencial.

Mediante la estandarización del proceso de enfermería y la interrelación sobre las taxonomías, el paciente se beneficia de un estándar de cuidados enfermeros mientras que el profesional de enfermería pasa a disponer de un instrumento que le permite una planificación racional de sus actuaciones. El registro es una herramienta flexible y personalizada.

10.- VALORACIÓN ENFERMERA DE LOS PACIENTES EN EL CONTEXTO DE LA TAC

M. Angeles Manzano Felipe, Noelia Núñez Fuentes, Raquel Asencio Regidor, José Manuel González Ávila
UGC Diagnostico por la Imagen. Hospital SAS de Jerez de la Frontera. Cádiz

INTRODUCCIÓN:

La falta de una valoración enfermera correcta provoca una baja calidad asistencial del paciente en la sala Tc: duplicidad de pruebas por una inadecuada preparación, contraindicaciones absolutas o relativas para la realización de la Tc detectadas en la sala de pruebas, debido ello a falta de organización, deficiente información del procedimiento a los pacientes.

Con la finalidad de subsanar en la medida de lo posible estas deficiencias y conseguir un adecuado cuidado integral del paciente y un correcto diagnóstico radiológico, decidimos implantar la siguiente metodología de actuación, modificando y mejorando los registros según las necesidades detectadas en el desarrollo del trabajo diario.

OBJETIVOS:

Verificar que la valoración enfermera previa a la ejecución de la TAC facilita la consecución del diagnóstico radiológico.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Material:

 Solicitud prueba diagnóstica.

 Hoja de valoración enfermera basado en el modelo de las necesidades de Henderson y adaptada al servicio de radiología del hospital de Jerez.

 Historia clínica.

Método:

Seleccionamos a los pacientes que se le ha solicitado la TAC, les realizamos la valoración enfermera y los preparamos atendiendo a los resultados obtenidos de la valoración, de forma que:

 Diagnosticamos dificultades para la realización de la Tc. Destacando:

 Presencia de alergias al contraste.

 Presencia de diabetes en tratamiento (metformina e insulina).

 Presencia de alteraciones en la función renal.

 Presencia de alteración tiroidea (hipertiroidismo).

 Adaptamos el procedimiento diagnóstico a las condiciones clínicas del paciente.

De los 14.547 TAC realizados, un auditor externo selecciona una muestra aleatoria consistente en 301 pacientes en un período de doce meses del total de las Tc realizadas en esos meses, comprobándose que el 87,38% habían sido valorados por el personal de enfermería de la UGC de Diagnóstico por la imagen del HOSPITAL SAS DE JEREZ y en el 99% de ellos se pudo realizar la exploración adaptando la misma a la situación clínica del paciente, todo ello en el día que estaba programado.

RESULTADOS:

El 87,38 % de los pacientes tienen la valoración enfermera realizada y de ellos el 99 % se les realiza la Tc el día previsto, minimizando la ocupación de la sala, la administración de excesiva radiación por duplicación de prueba debido a mala preparación; un 1% no se realiza la Tc por motivos de alta, suspensión de la prueba o éxitus

11.- REVISIÓN DE 1 AÑO CON PLANES DE CUIDADOS Y REGISTRO EN GAMMAGRAFÍAS DE CORAZÓN

Consolación Plaza Moyano, Purificación Herrera Rodríguez, Encarnación Martín Sánchez
HRU Carlos Haya. Málaga

INTRODUCCIÓN:

Para los pacientes que se van a realizar una Gammagrafía cardíaca en nuestro servicio, elaboramos un plan de cuidados estandarizado. El tiempo que este paciente permanece en nuestra unidad oscila entre 4-5 horas.

OBJETIVOS:

El objetivo es prestar una atención íntegra, evaluando aspectos físicos, psíquicos, sociales, espirituales y del entorno tanto del paciente como del cuidador. Medir los resultados para evaluar la efectividad de nuestro plan de cuidados.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Hemos diseñado una hoja de valoración específica de estos pacientes siguiendo el modelo de Virginia Henderson. Para la identificación de problemas de enfermería usamos las etiquetas diagnósticas de la NANDA II, para la selección de resultados, la taxonomía NOC y para las intervenciones y solución de problemas la NIC. Disponemos de un registro para el uso de estas taxonomías, así como un Informe de Continuidad de Cuidados al alta, para garantizar la continuidad interniveles, que realizamos en cada uno de nuestros pacientes. Mostramos resultados de nuestras intervenciones.

RESULTADOS:

Las intervenciones NIC más frecuentes que hemos decidido registrar son: Enseñanza proceso-enfermedad, Enseñanza procedimiento-tratamiento, Apoyo emocional, Disminución de la ansiedad, Administración de fármacos.

Hemos obtenido unos resultados al finalizar la prueba de un conocimiento del tratamiento y proceso de enfermedad del 85,2% y una disminución de la ansiedad del 89,7%.

CONCLUSIONES:

- 1.- Hemos identificado los problemas de salud (NANDA) y las intervenciones NIC de nuestros pacientes.
- 2.- Al medir los resultados (NOC) al inicio, durante el tratamiento y al alta, podemos medir la efectividad de las intervenciones de enfermería.
- 3.- Trabajar con metodología enfermera nos permite considerar todos los problemas del paciente desde una perspectiva holística, más allá del tratamiento.
- 4.- La implantación del ICC nos permite transmitir la información de cuidados tras la prueba realizada.

12.- SISTEMA DE INMOVLIZACIÓN CRANEAL MEDIANTE MÁSCARA ESTEROTÁXICA

Crespo Izquierdo, JF., Mateos Herrero, S., Martín Blanes, E., Torre García, C., Gutiérrez Alguacil, R., Sancho Serrano, A., Villalba Santos, J.
Hospital Ramón y Cajal

INTRODUCCIÓN:

La Radioterapia Estereotáxica Fraccionada es un procedimiento terapéutico que utiliza haces finos de radiaciones ionizantes (fotones de alta energía) generados por un Acelerador Lineal, en dosis fraccionadas o únicas, dirigidos con gran precisión sobre el blanco tumoral, mediante un sistema de localización estereotáxica, que permite definir sus coordenadas respetando los tejidos sanos adyacentes que reciben mucha menor radiación.

La Radioterapia Estereotáxica Fraccionada esta indicada en: Malformaciones Arteriovenosas, Meningiomas, Neurinomas del VIII par, otros Neurinomas Intracraneales, Adenomas de Hipófisis, Metástasis, Gliomas y Patología Funcional como en la Neuralgia del Trigémino o la Epilepsia.

La Radioterapia Estereotáxica es considerada actualmente una alternativa válida en el tratamiento de los neurinomas del acústico, fundamentalmente en tumores de pequeño tamaño, en pacientes de edad avanzada, con riesgo quirúrgico alto, como complemento de una resección quirúrgica incompleta y ulterior recidiva tumoral, y en aquellos pacientes que rehúsan un abordaje quirúrgico convencional.

OBJETIVOS:

Conseguir la máxima inmovilización posible de un paciente sometido a tratamiento con radioterapia estereotáxica fraccionada.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Una vez recepcionado el paciente, se le informa de los pasos a seguir durante la realización del proceso a realizar, comentando los posibles efectos adversos que pudieran surgir durante el acto, sobre todo el de la sensación de claustrofobia que produce la máscara que le vamos a realizar.

Terminada la exploración y confeccionada la máscara se cita al paciente para el día siguiente para la realización de la TAC con CIV Durante este segundo día de exploración se explica el procedimiento que se va a realizar seguidamente, este es mucho más corto que el anterior y dura unos 30 minutos aproximadamente se le comenta que se le realizaran varios TAC seguidos y se le inyectara un contraste yodado.

RESULTADOS:

Disminución de ansiedad con la información realizada por la enfermería.

Completa colaboración del paciente en el proceso de realización de la máscara y reducción del tiempo de estancia.

CONCLUSIONES:

El tratamiento de las distintas patologías tratadas con este tipo de inmovilización, nos induce a seguir con él por su correcta reproducción diaria.

La realización de todos los tipos de tratamientos radioterápicos mediante la máscara de inmovilización estereotáxica facilita el trabajo del personal de la Unidad de tratamiento evitando posibles errores en la administración del tratamiento.

13.- URO-TC - UROGRAFÍA IV

B.Carcavilla, V.Vallejos, L.Burgos, N.Remón, M.Sola, V.Gil
Hospital Reina Sofía. Tudela. Navarra

INTRODUCCIÓN:

Estudio descriptivo sobre la urografía convencional y el URO-TC.

Inicialmente solo poseíamos la urografía iv convencional, tanto para el estudio de la vía urinaria como para el de los riñones.

Actualmente los nuevos equipos de TC multicorte la superan ampliamente, tanto en el estudio de los parénquimas renales, como el de la vía urinaria.

OBJETIVOS:

- Describir ambas técnicas.
- Comparar la urografía iv con el URO-TC.
- Mostrar ventajas e inconvenientes de ambas técnicas.

MATERIAL Y MÉTODOS:

- Verificar la preparación previa del paciente y la posibilidad de inyección del contraste (alergias, función renal, incompatibilidades clínicas).
- Material necesario para cada una de las pruebas.
- Soporte fotográfico.
- Revisión bibliográfica de diversas publicaciones.

RESULTADOS

Mostrar las diferencias, ventajas e inconvenientes y las aplicaciones de la urografía iv y el URO-TC.

CONCLUSIONES:

Ampliar conocimiento de las pruebas estudiadas.

14.- TROMBECTOMÍA PERCUTÁNEA

Fernández E, Regla C, Sanz G, Moreno A.
Hospital Universitario Marques de Valdecilla. Santander

INTRODUCCIÓN:

Catéteres diseñados para eliminar el trombo de las arterias coronarias o vasos injertados que utilizan un sistema para romper el coágulo en pequeñas partículas y poder extraerlas.

OBJETIVOS:

El objetivo de esta comunicación es dar a conocer los diferentes modelos de catéteres extractores de trombos de modo percutáneo, sin necesidad de recurrir a la cirugía, así como lógicamente lograr una reducción de la imagen angiográfica de trombo asociada a una baja tasa de complicaciones.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realiza un estudio comparativo entre los diferentes sistemas de extracción/recogida de trombos (ya que son mecanismos con diferentes acciones) existentes en el mercado, teniendo en cuenta su aplicabilidad, utilidad y seguridad.

RESULTADOS

La presencia de trombos intracoronarios nos permite identificar a un subgrupo de pacientes con un mayor riesgo de complicaciones agudas como el infarto agudo de miocardio y las re-estenosis. Con estos dispositivos se ha logrado reducir de manera importante la imagen de trombos intracoronarios.

CONCLUSIONES:

Es un método seguro y rápido, de fácil manejo. Puede ser utilizado en la angioplastia coronaria transluminal percutánea. Se ha demostrado una mayor efectividad comparado con el Abciximab y otros medicamentos trombolíticos, aunque es habitual su uso conjunto.

15.- CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA BIOPSIA ABDOMINAL

V.Gil, L.Burgos, N.Remón, M.Sola, V.Vallejos, B.Carcavilla
Hospital Reina Sofía. Tudela. Navarra

INTRODUCCIÓN:

La biopsia abdominal consiste en la extracción de material de una lesión situada en la cavidad abdominal para su análisis. Habitualmente los pacientes ingresan el día anterior, o ese mismo día por la mañana, y permanecen en observación en planta tras la realización de la prueba, donde son controlados por el especialista que les corresponda.

Esta prueba se efectúa en el TAC o en el ecógrafo.

OBJETIVOS:

- Enseñar los materiales necesarios para la realización de la prueba
- Describir los cuidados de enfermería pre y post biopsia.

MATERIAL Y MÉTODOS:

- Material utilizado para la prueba.
- Soporte fotográfico
- Protocolos de actuación según el servicio de Radiología de nuestro hospital.

RESULTADOS

- Conocimiento de los cuidados de enfermería pre y post biopsia así como de los materiales empleados y su correcta utilización.

CONCLUSIONES:

- Exponer la realización desde el punto de vista enfermero de la biopsia abdominal.

16.- COLONOSCOPIA VIRTUAL VS COLONOSCOPIA CONVENCIONAL

B. Carcavilla, N. Remón, M. Sola, V. Vallejos, L. Burgos, V. Gil
Hospital Reina Sofía. Tudela. Navarra

INTRODUCCIÓN:

Estudio científico retrospectivo y comparativo entre la colonoscopia convencional y la virtual.

La colonoscopia virtual o colonografía por TC es un tipo de examen radiológico que emplea la tomografía computarizada (TC o TAC) para obtener una imagen tridimensional del colon y recto.

Este examen es mínimamente invasivo y no doloroso y es capaz de encontrar pólipos u otras lesiones clínicamente significativas.

OBJETIVOS:

- Demostrar la importancia de la preparación previa a la prueba.
- Demostrar la reducción de la ansiedad en el paciente tras una correcta información.
- Comparar ambas colonoscopías mediante un estudio científico realizado entre los pacientes sometidos a ambas pruebas.

MATERIAL Y MÉTODOS:

- Verificar la posibilidad de inyección de contraste endovenoso (alergias, función renal, incompatibilidades clínicas...)
- Mantener la intimidad del paciente durante el procedimiento.
- Informar sobre la posible aparición de reacciones adversas.
- Estudio realizado durante 9 meses en la unidad de radiología del HRS de Tudela.
- Revisión bibliográfica de diversas publicaciones.

RESULTADOS

Mostraremos los resultados de nuestro propio estudio así como casos bibliográficos consultados.

CONCLUSIONES:

- Se observa menor número de repeticiones innecesarias en pacientes que han recibido una adecuada información (previa, durante y tras la prueba) así como en aquellos que han realizado una correcta preparación.
- Se reduce la ansiedad en los pacientes que han recibido una correcta información.
- Se valorarán los resultados obtenidos en el estudio.

17.- ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA RESONANCIA FUNCIONAL CEREBRAL

Ángel Custodio Boned Galán, María José Grima Grima, Carmen Fleta Gimeno; Ana Sánchez Arnas; Rosa María Judez; Raúl García Fernández; Fernando Villalba
Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

INTRODUCCIÓN:

Se trata de una técnica, utilizada tanto en pediatría como en adultos, para localizar las áreas elocuentes del cerebro, es decir, zonas donde residen los centros más importantes para las funciones superiores del ser humano: movimiento, sensibilidad, sentido de la vista, audición, capacidad para hablar, entender...

OBJETIVOS:

Dar a conocer la actuación de enfermería, relacionada tanto en los diagnósticos de enfermería más frecuentemente observados y sobre los que podemos actuar, como en la correcta instrucción del paciente para un buen desarrollo del procedimiento.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Recepción del paciente y comprobación de la exploración a realizar.

Administrar cuestionario de seguridad y pasar al paciente a la cabina para que se despoje de su ropa y efectos personales, colocándose bata y calzas.

Valoración del paciente, planificación de cuidados y realización de las intervenciones precisas según los diagnósticos de enfermería utilizando taxonomía II NANDA más habituales:

Entrenamiento del paradigma a realizar asegurándonos que lo ha comprendido. Este será diferente según el área del cerebro a estudiar.

Colocación de forma adecuada, cómoda y segura (protección acústica y térmica)

Advertir sobre la importancia de permanecer inmóvil, siendo de especial importancia en la resonancia magnética funcional dada la especial susceptibilidad de las secuencias al movimiento

Realización del estudio previo a la secuencia funcional

Dar las órdenes de activación o reposo al paciente según la fase del estudio

Dar indicaciones al paciente tras la prueba y despedirlo

RESULTADOS

- Disminución de ansiedad y temor del paciente ante la prueba diagnóstica.
- Aumento de los conocimientos que tiene el paciente acerca del procedimiento y de porque se le realiza.
- Derivado de los puntos anteriores obtenemos un procedimiento con valor diagnóstico.

CONCLUSIONES:

Con la atención integral del paciente por parte de enfermería conseguimos mejorar la calidad en la asistencia.

Una buena valoración por parte de enfermería del paciente, unas intervenciones adecuadas a la valoración realizada y un correcto adiestramiento y colaboración del paciente, son igual o más importantes que el manejo técnico de la máquina de resonancia magnética para la obtención de un estudio funcional válido.

18.- DISEÑO E IMPLANTACIÓN DE LA CARTILLA INFANTIL DE RADIACIONES IONIZANTES CON FINES DIAGNÓSTICOS

Mercedes Reinado Prado, Rosa Vázquez Martínez, Ignacio López Rodríguez de Medina
UGC Diagnostico por la Imagen. Hospital SAS de Jerez de la Frontera. Cádiz

INTRODUCCIÓN:

La utilización de las radiaciones ionizantes (Radiografías, Tomografías, etc.) ha supuesto un gran adelanto en la ayuda al diagnóstico; sin embargo este método, ya desde su descubrimiento en 1850, demostró tener efectos nocivos para la salud, que en caso de no ser controlados podrían llegar a ser graves. Es obligación de una buena política sanitaria el cuidado y protección de las personas desde los primeros años de vida

OBJETIVOS:

Generales:

- Crear un registro de las exposiciones a radiaciones con fines diagnósticos que acompañe al niño de 0 a 14 años.
- Dotar a toda la población diana de dicho documento.

Concretos:

- Controlar la dosis de radiaciones Ionizantes a las que se exponen los pacientes.
- Racionalizar el número de pruebas de este tipo a los que son sometidos estos niños.
- Establecer un plan de prevención para paliar los efectos negativos por excesos de radiaciones.
- Concienciar a la población de que el uso de exploraciones con radiaciones ionizantes deben ser suficientemente justificadas, por los efectos adversos que conllevan.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Revisión bibliográfica de Publicaciones Nacionales y Programas infantiles, tanto de Centros de nuestra comunidad como de otras CCAA.

Algunas CCAA habían desarrollado algunos registros aunque no habían sido puestos en práctica o habían fracasado, por lo que se decidió crear el documento que recoja los datos relativos a:

- o Facultativo que solicita la prueba.
- o Exploración solicitada.
- o Fecha de realización de la prueba.
- o Servicio de radiología (Centralizados, externos, concertados, etc.) o Dosis de radiación en cada estudio.

RESULTADOS

Creación del documento en formato Tríptico y de tamaño menor a la cartilla infantil de Andalucía.

Implantación: 1 de junio de 2008, muestra para el estudio del 1 al 31 de diciembre de 2008. De los estudios realizados (1331) acuden con la cartilla 1010 (75,88), 45 (3,88) la han olvidado y a los 276 (20,74) que no la tienen se les da en ese momento, registrando la radiación del estudio realizado, por lo que el porcentaje de registros con cartilla supera el 96% (1286-96,61%).

CONCLUSIONES:

El diseño ha sido bien acogido tanto por familia como por profesionales implicados. Los resultados de la implantación muestra el alto porcentaje de pacientes identificados con las radiaciones administradas.

Habría que implementar el uso de la cartilla por los diferentes servicios clínicos que atienden a la población pediátrica, tanto en atención primaria como en especializada.

19.- RM FUNCIONAL

Nahikari de la Caba, Cristina de la Calle, Rafael Loyola, María José Lorenzo
OSATEK S.A

INTRODUCCIÓN:

La Resonancia Magnética Funcional permite la detección e identificación de áreas del cerebro durante su actividad. Este hecho la diferencia de las imágenes tradicionales de resonancia magnética que solo aportan una visión anatómica del cerebro.

OBJETIVOS:

La resonancia magnética funcional (RMF) utiliza los principios generales que relacionan estrechamente la actividad neuronal con el metabolismo y el flujo sanguíneo. Puede registrar cambios hemodinámicos cerebrales que acompañan la activación neuronal y permite la evaluación funcional de regiones responsables de la sensorialidad, motricidad, cognición y procesos afectivos en cerebros normales y patológicos

MATERIAL Y MÉTODOS:

La metodología de la RMF está basada en la substracción entre las señales emitidas en la RM obtenida en condiciones basales y las obtenidas durante la actividad neuronal. Para estudios funcionales se requiere un equipo de al menos 1.5 Tesla

RESULTADOS

El rol de la RMF en el plan neuroquirúrgico es un aspecto importante de esta técnica. Para decidir la extensión de la resección quirúrgica a nivel cerebral se deben tomar en cuenta dos factores: la extensión del tejido anormal y la función del tejido vecino. La extensión del tejido anormal se puede determinar con RM convencional y la función del tejido adyacente con RMF teniendo ésta un rol determinante.

CONCLUSIONES:

La RMF aporta información importante en el estudio de actividad cerebral cortical y puede obtener al mismo tiempo imágenes anatómicas adecuadas para una ubicación precisa del área de interés incluyendo imágenes angiográficas o estudio espectroscópico. Los programas de análisis de datos son cada vez más rápidos y eficaces permitiendo una mayor facilidad en su uso.

Esta técnica permite realizar más fácilmente mapeos corticales, que ayudan en la planificación neuroquirúrgica, tanto en patologías tumorales, como en cirugía de epilepsia y donde sea necesario ubicar con precisión áreas críticas motoras o de lenguaje para evitar el daño de éstas o bien donde sea necesario determinar dominancia cerebral. Además del estudio de funciones superiores y emocionales que permiten su aplicación diagnóstica en diferentes patologías como: Síndrome de déficit atencional, patología maníaco-depresiva, síndromes fóbicos, alteraciones del lenguaje etc.

20.- CONSULTA DE ENFERMERÍA DE ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA DEL COMPLEJO ASISTENCIAL DE BURGOS

M^a Carmen Yudego Bermejo

Servicio Oncología Radioterápica. Complejo Asistencial de Burgos. Burgos

INTRODUCCIÓN:

En la preparación, aplicación del tratamiento con radioterapia y seguimiento de los pacientes en nuestra Unidad, interviene un equipo multidisciplinar donde enfermería desarrolla unas funciones muy importantes.

Dentro de la planificación de los Cuidados de Enfermería en este tipo de pacientes, intentamos buscar una alternativa eficaz para la prevención y/o disminución al máximo de los efectos adversos de la radiación sobre la piel y mucosas con el propósito de buscar el confort del paciente.

La educación de los pacientes en su auto-cuidado, así como a sus familiares es un reto para el personal de enfermería.

OBJETIVOS:

Proporcionar cuidados a los pacientes. Garantizar la profesionalidad de los cuidados que se prestan.

MATERIAL Y MÉTODOS:

El día de la primera consulta se realiza un registro de los datos identificativos del paciente, detectando el problema, pautando los objetivos y marcando el procedimiento a seguir rellenando en el Plan de Cuidados todos los ítems recogidos de las necesidades que creemos más adecuadas.

La segunda vez que acude el paciente a esta Unidad es para realizar el estudio o simulación.

Una vez realizado éste, enfermería le tatúa con tinta las marcas de posicionamiento en piel, para localizar el área a tratar. Se vuelven a rellenar todos los ítems del Plan de Cuidados y se explican los cuidados o procedimientos, siguiendo los protocolos. Durante el tratamiento pasarán por la consulta médica y de enfermería una vez a la semana, volviendo a registrar todos los ítems, insistiendo en el autocuidado y realizando cuantas actuaciones sean precisas (curas, analíticas, etc.) para prevenir y/o detectar precozmente los efectos secundarios.

A la consulta de enfermería los pacientes y familiares pueden acudir siempre que lo precisen.

Al terminar el tratamiento se les entrega un Informe de cuidados de enfermería al alta con el que acudirán a su Centro de Salud para seguir los cuidados hasta su completo restablecimiento

RESULTADOS

En nuestra Unidad hemos tratado a 729 pacientes; al 100% se le ha realizado el Plan de Cuidados, teniendo un seguimiento uniforme y con rigor científico, lo que nos ha permitido conseguir una óptima calidad en la prevención y en el control de la toxicidad cutánea

CONCLUSIONES:

La aceptación multidisciplinar de un tratamiento de forma protocolizada supone un incremento significativo de la calidad.

21.- ROL DE ENFERMERÍA EN RM PEDIÁTRICA SIN SEDACIÓN

Blasco, L., García A., Bellvis, N., Campo, C., Clusellas, X., Corsellas, G.

IDI. RM Hospital materno-infantil. Hospital Vall d'Hebrón. Barcelona

INTRODUCCIÓN:

La resonancia magnética se ha convertido en una herramienta diagnóstica muy valiosa en la práctica médica.

Para obtener una buena calidad de imagen es imprescindible que el niño esté completamente inmóvil durante toda la exploración.

Los pacientes pediátricos no colaboran debido a diversos motivos: corta edad, miedo a lo desconocido, sensación de inseguridad, desconocimiento, etc. En estos casos es fundamental el papel del enfermero/a para evitar la sedación.

OBJETIVOS:

Disminuir el número de sedaciones a niños en edades comprendidas entre 2 y 5 años, mediante la profesionalidad, la calidez y la experiencia. Ofreciendo un servicio dedicado al cuidado de la salud, tranquilidad, seguridad y comodidad del niño, evitando complicaciones derivadas de la sedación como bronco-espasmo, bronco-aspiración, hipotensión, bradicardia, alergias, etc., y obtener a la vez una buena calidad de imagen para su diagnóstico

MATERIAL Y MÉTODOS:

Desde enero de 2009 se han realizado 300 exploraciones en pacientes pediátricos entre 2 y 5 años.

Las exploraciones se han realizado en un imán superconductor Siemens Avanto de 1,5 T, con antenas receptoras y emisoras dependiendo de la parte del cuerpo a explorar.

Todos los pacientes han sido valorados por enfermería mediante una recogida de datos, tales como el tipo de exploración, la duración de la prueba, y las necesidades particulares de cada paciente.

Se han utilizando las etiquetas diagnósticas de la Nanda con los pacientes y sus padres o tutores para identificar los problemas de enfermería.

RESULTADOS

De 300 pacientes que se han realizado la RM en edades comprendidas entre 2 y 5 años, el 60% se ha realizado óptimamente con una completa colaboración del niño, el 30% ha sido considerado como estudio valorable para el diagnóstico (subóptimos) y el 10% han sido no valorables por lo que se ha recurrido a la sedación.

CONCLUSIONES:

La calidad de las actuaciones de enfermería y la psicoterapia antes y durante la realización de la RM es fundamental para lograr la colaboración del paciente pediátrico y evitar la sedación, así como sus posibles complicaciones.

22.- PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE EL ICTUS ISQUÉMICO AGUDO

Luis Barceló Querol

Hospital Clínic de Barcelona

INTRODUCCIÓN:

El ictus es una enfermedad cerebrovascular que afecta a los vasos sanguíneos que suministran sangre al cerebro. La consecuencia es que las células nerviosas del área del cerebro afectado no reciben oxígeno por lo que no pueden funcionar y mueren transcurridos unos minutos.

OBJETIVOS:

El tratamiento habitual es la fibrinólisis endovenosa con Factor Activado Tisular de Plasminógeno (rtPA). Se ha demostrado que en determinados casos la rtPA intraarterial es potencialmente más eficaz que cuando es administrada por vía endovenosa, por lo que en nuestro centro desde Octubre de 2008 se ha modificado el protocolo de actuación ante esta patología habiéndose instaurado de forma reglada la fibrinólisis intraarterial como tratamiento de rescate en aquellos casos en que el tratamiento endovenoso no logra la recuperación clínica del paciente.

Este tratamiento intraarterial de rescate está indicado en pacientes entre 18 y 85 años con una ventana temporal de menos de 4h30' desde el comienzo de los síntomas.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Activación del "Código Ictus":

Se activa el "código ictus", se avisa al hospital y el paciente es trasladado.

El neurólogo responsable es avisado y valora al enfermo, y tras la colocación de una vía periférica de calibre apropiado (18G) será trasladado con prioridad absoluta a Radiología. Se le realizará una TC basal para descartar hemorragia que contraindique la realización de una trombolisis u otro tipo de patología que pueda simular un cuadro agudo ictal. Una vez descartada la hemorragia el paciente es trasladado al Box de Angiorradiología donde se le administrará la rtPA endovenosa.

A los 40 minutos post-rtPA se le realizará una TC dinámica de perfusión donde se tratará de demostrar si existe territorio de riesgo o área de penumbra susceptible de mejorar con el tratamiento de trombolisis y el volumen de la misma. Se realizará también un estudio de angioTC para demostrar la presencia de obstrucciones arteriales proximales que seleccionen al paciente como candidato para una trombolisis intraarterial.

En la sala de angiorradiología, mientras al paciente se le realiza la TC, el personal de enfermería habrá preparado el material necesario para la fibrinólisis intraarterial, como es la mesa angiográfica, una perfusión con heparina, los catéteres y microcatéteres habituales y la dilución de rtPA que se infundirá posteriormente durante el tratamiento endovascular.

A su llegada a angiorradiología, se acomodará al enfermo lo mejor posible por su bienestar dada la larga duración del procedimiento; se monitorizará y se comprobará de nuevo la permeabilidad de la vía periférica. Terminada la prueba se trasladará al enfermo a la unidad de Ictus del hospital con la hoja de enfermería del procedimiento cumplimentada.

Análisis retrospectivo desde Octubre de 2008, fecha del comienzo del protocolo antes descrito con disponibilidad las 24 horas del día. En dicho período se han realizado 109 actuaciones códigos ictus, de los cuales 50 han derivado en trombolisis intravenosa, a 10 de ellos se les ha realizado trombolisis intravenosa+intraarterial, a otros 3 se les ha practicado solo trombolisis intraarterial y a 4 únicamente trombolisis mecánica.

RESULTADOS

Evaluación a los 6 meses post-implantación de este protocolo según la modified rankin scale (mRS) de los casos de mejoría absoluta de la patología, mejoría con pequeñas limitaciones, los déficits importantes tras el ictus, y las muertes en cada una de las variables de actuación.

CONCLUSIONES:

La rapidez de actuación del equipo y la recuperación rápida del flujo arterial influirá directamente en la mayor o menor pérdida de células cerebrales por hipoxia, y esto influirá directamente en el pronóstico y calidad de vida posterior del paciente.

23.- LA IMPORTANCIA DE LA NEURORADIOLOGÍA EN LAS MAVp

Anabel Rodríguez Martín, M^a Ángeles Olivares González, Fernando Lema Garrido, Leocadio Campos Fernández, Narciso Estava Moreno
Hopital Germans Trias y Pujol de Badalona. Barcelona

INTRODUCCIÓN:

Las malformaciones arteriovenosas parenquimatosas (MAVp) son un trastorno de los vasos sanguíneos del cerebro, en los cuales existe una conexión anormal entre las arterias y las venas sin la presencia de capilares o parénquima cerebral de naturaleza congénita. Reciben sangre exclusivamente del sistema de la carótida interna y se caracterizan por la presencia de un "nido vascular" que las diferencias de las fístulas arteriovenosas (FAV).

Por todo ello es muy importante el diagnóstico exhaustivo que nos ofrece la neurorradiología, ya que nos aporta datos funcionales y fisiológicos importantes para el análisis clínico y la toma de decisiones para un correcto tratamiento

OBJETIVOS:

Dar a conocer la importancia de la neurorradiología 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:

MATERIAL

Equipo de radiología vascular intervencionista que consta de un radiólogo, 2 enfermeras/os. En caso que tras el diagnóstico se realizara la intervención, al equipo se sumaría un anestesiista.

METODO DE TRABAJO

1. Se realizaría una angiografía cerebral diagnóstica para confirmar la presencia de una MAVp y el tamaño, localización, gravedad y pronóstico.
2. Se valoraría el tratamiento adecuado conjuntamente con los radiólogos intervencionistas o neuroradiólogos, neurocirujanos y los neurólogos.
3. Si se decide un tratamiento endovascular, la técnica consiste en la embolización intranidal de la MAVp lo más ampliamente posible, constituyendo en estos casos como tratamiento definitivo, o reduciendo el volumen del nido para completar una segunda fase a través de una segunda sesión de tratamiento endovascular, la resección quirúrgica o de radiocirugía.

RESULTADOS

El resultado que se obtiene con estas intervenciones conlleva un riesgo muy bajo de complicaciones isquémicas o de ocluir vasos malformados a través de microcatéter, además de acortar los tiempos hospitalización y de recuperación del paciente si lo comparamos con la resección quirúrgica.

CONCLUSIONES:

Resaltar la importancia de la neurorradiología en diagnóstico y tratamiento de la MAVp.

24.- MEDICINA NUCLEAR: NO SÓLO IMÁGENES

Herrera Rodríguez, Purificación, Gómez Romero de Ávila, José Vicente
H. R. U. Carlos Haya. Málaga

INTRODUCCIÓN:

La Medicina Nuclear, así como toda la Radiología, se basa en las imágenes como fuente principal de recursos para la formulación de diagnósticos.

Sin embargo existen determinadas pruebas en Medicina Nuclear que no se basan en las imágenes sino que se desarrollan en el laboratorio. Estas pruebas son las protagonistas de nuestro trabajo.

OBJETIVOS:

1.- Dar a conocer las diferentes pruebas realizadas en el laboratorio del Servicio de Medicina Nuclear del H. Regional Carlos Haya de Málaga:

- oMarcaje de Hematíes con Tc 99 "in vitro".
- oFiltrado glomerular.
- oMasa eritrocitaria.
- oMarcaje de Leucocitos con Tc 99 "in vitro".

2.- Detallar el papel de la Enfermería en este tipo de estudios.

3.- Identificar los Diagnósticos de Enfermería.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Método:

Descripción visual y escrita de la metodología usada en las distintas pruebas que se efectúan in-vitro.

Material:

Cámara fotográfica, material de laboratorio, isótopos, material para canalización de vía periférica, Diagnósticos de Enfermería (Nanda).

RESULTADOS

Se ha elaborado un trabajo/póster en el que hemos dado a conocer paso a paso la metodología utilizada en las pruebas de laboratorio del Servicio de Medicina Nuclear del H. Regional Carlos Haya de Málaga.

CONCLUSIONES:

La enfermería juega un papel muy importante en el desarrollo de las pruebas de laboratorio en Medicina nuclear.

25.- PACIENTE CON HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

Mari Carmen López, Ana Belén Izquierdo, Tania Rojas, Gema Mazuelas, Lourdes Badía
Instituto de Diagnóstico por la Imagen. Hospital Vall d' Hebron. Barcelona

INTRODUCCIÓN:

o Definición:

La hemorragia subaracnoidea es la salida de sangre del espacio subaracnoideo por rotura de una arteria o vena

- Manifestaciones clínicas:

 comienzo súbito de cefalea (puede asociarse o no a una breve pérdida de conciencia)

 crisis generalizada

 náuseas

 vómitos o meningismo

- Etiología:

- Sangrado a raíz de una malformación arteriovenosa(mav)

- Trastorno hemorrágico

- Ruptura de un aneurisma cerebral

- Traumatismo craneal

- Causa idiopática

- Uso de anticoagulantes

OBJETIVOS:

- tac cerebral: constituye la clave para su diagnóstico. La sangre puede demostrarse hasta el 90% en el tac si se realiza en las primeras 24 horas. Esta sensibilidad disminuye a lo largo de los días.

- punción lumbar: es obligatoria si existe una fuerte sospecha de HSA a pesar de que el tac sea normal, pues los pacientes con este tipo de hemorragia tendrán sangre en su líquido cefalorraquídeo.

MATERIAL Y MÉTODOS:

- el tratamiento consistiría en hacer un diagnóstico precoz de la HSA, realizando un tac (angiotac).

- prevenir el resangrado mediante embolización o cirugía.

- estabilizar al paciente con el objetivo de que éste se recupere de la mejor manera posible actuación de enfermería:

 en la sala de radiodiagnóstico:

- proporcionar seguridad física y psíquica dando información al paciente sobre la actuación de enfermería

- conocimiento del perfecto funcionamiento de la toma de oxígeno, aspirador, carro de paros, respirador, por si fuera necesario

- conocimiento de la máquina del tac

- administrar contraste intravenoso evitando posibles efectos adversos

RESULTADOS

- el conocimiento de los diferentes puntos descritos anteriormente, así como la respuesta a dichas situaciones es fundamental para la obtención de unos buenos resultados.

para prevenir posibles complicaciones:

- disminuir el riesgo de resangrado:

- reposo en cama

- control de la tensión arterial, evitando oscilaciones bruscas, ...

- prevenir aparición de isquemia cerebral:

- evitar hipovolemia, administrando suficiente cantidad de fluidos intravenosos,

- evitar complicaciones post-procedimiento tras una arteriografía.

CONCLUSIONES:

- disminuir el riesgo de mortalidad relacionada con la HSA, con un diagnóstico precoz y efectuando un rápido tratamiento de la enfermedad.

- el papel de la enfermera es primordial para evitar posibles complicaciones.

26.- DERMATITIS RECALL

Juan Carlos Florido Martín, Agustín López-Espinosa Plaza, Encarnación Martín Sánchez, Ismael Herruzo Cabrera
HRU Carlos Haya. Málaga

INTRODUCCIÓN:

La dermatitis Recall se refiere a un proceso inflamatorio y pruriginoso que aparece tras la administración de un tratamiento quimioterápico en áreas previamente irradiadas y afectadas por radiodermatitis. Actualmente este término se extiende a procesos con fármacos no quimioterápicos así como la reactivación del eritema sobre trayectos venosos inducido por quimioterapia, sitios de extravasación de un fármaco tras la administración de ese mismo fármaco por una vena central y la dermatitis alérgica de contacto.

OBJETIVOS:

Transmitir la particularidad de una dermatitis recall que aparece después de una dermatitis por quimioterapia y que reaparece durante la radioterapia en la misma zona.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Presentamos un caso de una paciente tratada en nuestro servicio por Ca. de mama, previamente tratada con quimioterapia y posteriormente con Radioterapia. Inicia tratamiento el día 22/1/09 y en la segunda revisión de Enfermería para el seguimiento del plan de cuidados, presenta foliculitis en zona supraclavicular que evoluciona de forma confluyente a lesiones eritematosas. Se realiza hoja de consulta a Dermatología y es diagnosticada de dermatitis recall.

RESULTADOS

Mostrar la evolución, tratamiento y seguimiento desde nuestra consulta de enfermería de este caso.

CONCLUSIONES:

Esta ampliamente documentada la dermatitis recall en el curso de la

quimioterapia posterior a una lesión de radiodermatitis durante un tratamiento radioterápico. Nuestro caso es a la inversa.

27.- ESTUDIO DE PERFUSIÓN MIOCÁRDICA CON TC- TETROFOSMIN

Milagros Carnicero Echeandía, Marta Castro Novoa, Nerea Larrinaga Llaguno, Isabel García Aguilera, Catalina M^o Valle Ruiz, Maite Larrinaga Llaguno
Hospital de Basurto. Bilbao

INTRODUCCIÓN:

El spect de perfusión miocárdica sincronizado es una técnica diagnóstica que se realiza en el servicio de Medicina Nuclear mediante el empleo de un isótopo radiactivo (Tc99m) asociado a un fármaco denominado Tetrofosmin, constituyendo así el radiotrazador que nos servirá para detectar patologías cardíacas. Esta técnica facilita el diagnóstico de patología coronaria con superioridad demostrada en cuanto a sensibilidad diagnóstica y localización topográfica de las áreas patológicas frente a las imágenes planares.

OBJETIVOS:

Reflejar las alteraciones de la perfusión miocárdica (localización, extensión e intensidad) y el diagnóstico, pronóstico, evolución y respuesta de cardiopatía y/o valoración de respuesta a tratamiento, intervenciones terapéuticas (angioplastia, by-pass...)

MATERIAL Y MÉTODOS:

Explicar al paciente la técnica completa de este procedimiento con la entrega de una hoja informativa en la cual está incluida la autorización para que sea firmada por éste.

-1^oDÍA: REPOSO

- Paciente en ayunas de 3-4h. mínimo
- No precisa retirada de fármacos
- Inyección de 20mci de Tetrofosmin (IV)
- Toma de imágenes a los 30 minutos colocando al paciente en decúbito supino con ambos brazos extendidos por encima de la cabeza mediante un soporte que mejore la comodidad del paciente y disminuya el movimiento.
- Retirada de objetos metálicos en el tórax
- Colocación de 3 electrodos precordiales para sincronizar el estudio en la onda R de electrocardiograma.

- 2^o DÍA : ESTRÉS

Esta prueba puede realizarse de dos maneras, según las condiciones físicas y electrocardiográficas del paciente. Es preciso que ambas se realicen en presencia de un cardiólogo.

ESTRÉS FÍSICO:

- En bicicleta
- Monitorización de la TA
- Control electrocardiográfico continuo
- Llegado al máximo esfuerzo se administra el radiofármaco vía IV.
- A partir de los 30 minutos se realizará la adquisición de imágenes

ESTRÉS FARMACOLÓGICO:

- Monitorización TA
- Administración de dipiridamol (dosis 0.56mg/kg/min.) diluido en 50cc de suero fisiológico durante aproximadamente 4 minutos.
- Una vez finalizado inyectamos el radiotrazador
- A partir de los 30 minutos se realizará la adquisición de imágenes.

RESULTADOS

Tras 50 estudios realizados de los cuales a 40 pacientes se realizó la prueba de esfuerzo y los 10 restantes el estrés farmacológico, hemos detectado un único caso de síncope vaso-vagal con el dipiridamol.

CONCLUSIONES:

Podemos concluir afirmando que no es una técnica invasiva suponiendo un escaso riesgo para el paciente y con respecto a la cantidad y calidad de la información que aporta demuestra su enorme utilidad diagnóstica.

Además, el papel de enfermería es fundamental, en 1^a lugar por los conocimientos específicos en manipulación de radiofármacos y en 2^o lugar por el seguimiento que se debe realizar al paciente tras haber finalizado la prueba de esfuerzo debido a que se pueden desencadenar reacciones vaso-vagales.

28.- PERFUSIÓN CEREBRAL POR RESONANCIA MAGNÉTICA

Rafael Loyola, María José Lorenzo, Nahikari de la Caba, Cristina de la Calle
OSATEK SA

INTRODUCCIÓN:

Aplicación de la técnica de Perfusión Cerebral mediante RM para la diferenciación de grado de malignidad en tumores cerebrales.

OBJETIVOS:

Se revisa la técnica de perfusión cerebral por resonancia magnética (RM), haciendo particular énfasis en sus aplicaciones para el diagnóstico y tratamiento de los tumores cerebrales.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Realización de estudios de perfusión cerebral en RM Philips de 1,5 Teslas. Se discute los principios físicos de la técnica y el significado e interpretación de sus resultados.

RESULTADOS

Los resultados pueden verse afectados si existe una ruptura de la barrera hematoencefálica. Pueden utilizarse modelos farmacocinéticos para estimar la permeabilidad de la barrera. El volumen sanguíneo cerebral se incrementa con el grado tumoral, pudiendo servir de ayuda para identificar recidivas tumorales o el edema perilesional y diferenciar lesiones malignas de benignas.

CONCLUSIONES:

Las lesiones que contienen colina relacionadas con la creatina y con la colina del hemisferio contralateral, así como el N-acetil-aspartato ipsilateral, tienen buena correlación con el grado de infiltración o grado histológico tumoral.

29.- ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE EN TRATAMIENTO DE RADIOTERAPIA DE CABEZA Y CUELLO

J.A. Antón Pérez; R. Rovira Cañellas; R. Martínez Díaz; M. Ramírez Baca
HUGTiP - ICO Badalona. Barcelona

INTRODUCCIÓN:

La implantación progresiva de las consultas de enfermería en los servicios de Radioterapia permite el desarrollo de planes de cuidados personalizados para los pacientes en tratamiento, en este caso del área de la cabeza y el cuello. A partir de una correcta valoración inicial, se identifican problemas y se formulan diagnósticos, se planifican intervenciones estandarizadas y se utilizan herramientas de valoración de resultados, que permiten una evaluación de la validez de las actividades planificadas.

OBJETIVOS:

- Descripción del proceso de plan de cuidados que se realiza a los pacientes en tratamiento radioterápico de cabeza y cuello en nuestro servicio.
- Validez del proceso estandarizado de atención de enfermería para un mejor control de la toxicidad derivada del tratamiento. Búsqueda de un lenguaje común para todos los profesionales de enfermería.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Disponibilidad de dos enfermeras en espacios diferenciados, realizando las diferentes actividades de enfermería (valoración inicial, seguimiento semanal y educación sanitaria a todos los pacientes en tratamiento).

Utilización de estándares de aplicación del proceso de atención de enfermería (PAE):

- Patrones funcionales (1982) M. Gordon. (Valoración inicial).
- Diagnósticos de Enfermería: NANDA
- Intervenciones de Enfermería: NIC (Nursing Interventions Classification).
- Resultados de Enfermería: NOC (Nursing Outcomes Classification).

Diagnósticos de enfermería más representativos de la patología:

- Déficit de conocimientos respecto al tratamiento y efectos secundarios 00126.
- Manejo inefectivo del régimen terapéutico 00078.
- Riesgo de alteración de piel y mucosa oral secundaria a radioterapia 00047.
- Riesgo de alteración de la nutrición relacionado con el tratamiento radioterápico.
- Desequilibrio nutricional por defecto 00002.
- Deterioro de la deglución 00103.
- Deterioro de la dentición 00048

Intervenciones relacionadas:

- Educación sanitaria general y específica de la patología.
- Manejo de la radioterapia 6600
- Apoyo emocional 5270
- Vigilancia de piel y mucosas 3590.
- Fomento de una ingesta nutricional y de líquidos adecuada.
- Monitorización nutricional 1160.
- Mantenimiento de la salud bucal 1710.
- Cuidados dentales previos a la radioterapia. Fluoración una vez al mes durante dos años.

Valoración resultados de enfermería

(escala de 1 a 5, desde no comprometido hasta sustancialmente comprometido).

Integridad tisular: piel y membranas mucosas (1101) Piel intacta / Sensibilidad / Hidratación Eritema / Descamación cutánea / Picor

Higiene bucal (1100)

Limpieza de la boca y dientes / Humedad labial / Humedad mucosa y de la lengua
Color de la membrana mucosa / Integridad de la mucosa oral

Apetito (1014)

Deseo de comer / Gusto agradable de la comida / Ingesta alimentos, nutrientes, líquidos.
VGS GP (Valoración Global Subjetiva generada por el paciente) A= Buen estado nutricional; B= Malnutrición moderada o riesgo de malnutrición; C= Malnutrición grave.

CONCLUSIONES:

La utilización de las diferentes herramientas estandarizadas permite una correcta valoración y seguimiento del paciente.

La necesaria coordinación entre los diferentes profesionales, encuentra en este método una herramienta útil de medición de la efectividad de las actividades propuestas.

El paciente ha de identificar a la enfermera/o como el profesional que asume un rol de cercanía y disponibilidad, a la que expresar sus dudas y preocupaciones, así como consultar sobre las diferentes molestias que puedan surgir durante el tratamiento.

30.- PLAN DE CUIDADO ENFERMERA ESTANDARIZADO: TEMOR

Raquel Asencio Regidor, M^a Ángeles Manzano Felipe, José M. González Ávila, Noelia Nuñez Fuentes
UGC Diagnostico por la Imagen. Hospital SAS de Jerez de la Frontera. Cádiz

INTRODUCCIÓN:

El miedo y el temor es un aspecto que influye enormemente en todas y cada una de nuestras decisiones diarias; este temor está en gran medida ocasionado por un déficit de conocimientos, lo que nos induce a tomar de decisiones que pueden ser erróneas e incluso perjudiciales.

En el ámbito de la salud, este aspecto de nuestras vidas no es muy diferente y por ello no es algo que podamos eludir ni dejar pasar por alto.

Todo esto nos llevó a desarrollar un Plan de Cuidados Estandarizado basado en una buena valoración previa para detectar los miedos y déficits de conocimientos que impidieran la realización de la prueba diagnóstica.

OBJETIVOS:

1. Diagnosticar pacientes que presentan temor a la realización de las pruebas radiológicas empleando el modelo de necesidades de Henderson.
2. Intervenir con plan de cuidado enfermero estandarizado: temor.
3. Realización de la prueba radiológica.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Materiales:

-  Solicitud prueba diagnóstica.
-  Hoja de valoración enfermera basado en el modelo de las necesidades de Henderson y adaptada al servicio de radiología del hospital de Jerez.
-  Hoja de procedimiento estandarizado: temor.
-  Historia clínica del paciente.

Método:

Seleccionamos a los pacientes que se les solicite la Tc, les realizamos la valoración enfermera, y a los diagnosticados de temor les realizamos el plan de cuidados estandarizados: temor. (empleamos el diagnostico enfermero NANDA, las intervenciones y actividades de la NIC y los resultados e indicadores de la NOC).

Elegimos un mes al azar, obteniendo 168 pacientes a los que se les solicita Tc; al 100% se les ha realizado la valoración de enfermería y de ellos detectamos temor en un 14%. A ese 14% se les realiza el plan de cuidados estandarizado: temor, consiguiendo que el 99% de ellos se realicen la prueba diagnóstica, el 1% no se realiza la prueba diagnóstica por motivos de alta, suspensión de la prueba, éxitus o negación del paciente.

RESULTADOS

Al 14% de los pacientes que se les diagnostica temor se les realiza plan de cuidado estandarizado: temor, consiguiendo que al 99% de ellos se les realice la prueba diagnóstica y el 1% restante responde a: alta, éxitus o negación a realizarse la prueba.

CONCLUSIONES:

Concluimos que realizar un plan de cuidados estandarizado: temor, ha permitido en un 99% de los casos que el paciente se realice la prueba diagnóstica

31.- INFORME DE CONTINUIDAD DE CUIDADO ENFERMERO Y GRADO DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO

Noelia Nuñez Fuentes, M^a Angeles Manzano Felipe, Carmen Ramirez Sánchez, Raquel Asencio Regidor
UGC Diagnostico por la Imagen. Hospital SAS de Jerez de la Frontera. Cádiz

INTRODUCCIÓN:

Conocida la necesidad de realizar cambios en la forma de actuación enfermera para cubrir las necesidades del paciente, implantamos una nueva dinámica de trabajo y observamos la necesidad de conocer hasta qué punto nuestro trabajo era efectivo y satisfacía las necesidades del paciente. Por ello establecimos un ICC apoyándonos en la experiencia previa y en el modelo enfermero de Henderson.

Implantamos esta nueva dinámica de trabajo con el objetivo de maximizar la el grado de satisfacción del paciente, empleando el Informe de Continuidad de Cuidado Enfermero.

OBJETIVOS:

Analizar los resultados del Informe de Continuidad de Cuidados (ICC) Enfermero incidiendo en el grado de satisfacción del usuario.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Material

- Solicitud prueba diagnóstica.
- Hoja de valoración enfermera basado en el modelo de las necesidades de Henderson y adaptada al servicio de radiología del hospital de Jerez.
- ICC.
- Registro telefónico continuidad de cuidados.

Método

Seleccionamos pacientes a los que se les va a realizar una prueba diagnóstica mediante mamógrafo, ecógrafo o Tc. Realizamos valoración enfermera, se les entrega y explica el ICC enfermero y se les informa que recibirán una llamada telefónica tras la realización de la prueba.

De los 990 pacientes a los que se les realiza prueba diagnóstica, 368 se les realiza mediante mamógrafo, ecógrafo o tac. Evaluamos el total de la muestra compuesta por 368 pacientes, valorando estadísticamente si existió complicación inmediata o tardía de la intervención, si recibió consejos post-intervención y en particular el grado de satisfacción para el cual emplearemos escalas de Likert.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES:

Mediante un análisis estadístico cuantitativo hemos descubierto que:

368 pacientes acudieron a la prueba diagnóstica, realizándose 345 punciones. Ello supone un 92,81%; de ellos: 42 desarrollaron pequeños hematomas (12,17%).

73 pacientes precisaron analgesia (21,16%) 1 paciente acudió a un centro sanitario (0,29%).

23 pacientes no se sometieron a la prueba, por decisión propia o facultativa (6,25%).

Los resultados obtenidos en cuanto al grado de satisfacción han sido:

321 pacientes están completamente satisfechos con los cuidados recibidos durante la prueba (93,05%).

321 pacientes están completamente satisfechos con la amabilidad y trato recibido de los profesionales que le atendieron (93,05%).

24 pacientes no atendieron a la llamada (6,95%).

32.- SPECT CEREBRAL DE PERFUSIÓN ICTAL E INTERICTAL EN EPILEPSIA

I. Mendo, X. Setoain, R. Plané, M. Ordovas, R.M. Aragonés, A. Mari, J. Fernández
Hospital Clínic de Barcelona

INTRODUCCIÓN:

El Spect Cerebral de Perfusión Ictal e Interictal son dos exploraciones complementarias para la localización del foco epileptógeno para un posible tratamiento quirúrgico.

OBJETIVOS:

Localización del foco epileptógeno para la evaluación prequirúrgica del paciente.

MATERIAL Y MÉTODOS:

La administración de las dosis de radiofármaco la diferenciamos entre:

Spect Ictal: el paciente está ingresado en la unidad de Epilepsia del Servicio de Neurología, monitorizado con video-EEG y con disminución de su tratamiento antiepileptico habitual, administrándole la dosis de radiofármaco cuando presente una crisis comicial; tras administrar Midazolam[®] se traslada al Servicio de Medicina Nuclear para realizar la exploración Spect Interictal: el paciente está en condiciones basales y con su tratamiento habitual, administrándole la dosis de radiofármaco en el Servicio de Medicina Nuclear con la precaución de limitar los estresores ambientales Entre el Spect Ictal y el Interictal han de transcurrir un mínimo de 48h y en ambos se administrara una dosis de 20-25mCi (740-925MBq) de Tc99mHMPAO por vía endovenosa en un catéter colocado previamente La adquisición de las imágenes se realizara a los 10m post inyección (aunque podemos adquirir las imágenes hasta 3h post inyección) La prueba se realizara en una Gammacámara de doble cabezal con el paciente en decúbito supino con la cabeza apoyada en un soporte especial, sujeta con unas cintas de velcro para evitar movimientos y ligeramente flexionada hacia delante para incluir el cerebelo en el campo de la imagen Los parámetros de adquisición de las imágenes en ambas exploraciones son: Ventana del isótopo del 10% a 140 KeV, Modo Byte, Matriz 128x128, Zoom 1'33, Orbita circular de 360° y 64 imágenes de 35s con rotación en sentido horario.

RESULTADOS

Se normalizaron los estudios con el mapa correspondiente reconstruyéndose las imágenes en planos coronal, sagital y axial con un filtro de MZ3-10. Las dos exploraciones se realizaron en la misma Gammacámara, con la misma distancia y radio del gantry para el estudio comparativo de las imágenes.

CONCLUSIONES:

El Spect Cerebral Ictal e Interictal es una doble exploración cerebral que permite la valoración del foco epileptógeno para su posterior tratamiento quirúrgico. Una debida información y preparación del paciente, una buena coordinación con la Unidad de Epilepsia y una correcta aplicación del protocolo proporcionarán unos resultados satisfactorios.

33.- COMPLICACIONES DE LA HSA: VASOESPASMO CEREBRAL

Irene López Fernández
Hospital Clínic de Barcelona

INTRODUCCIÓN:

La hemorragia subaracnoidea (HSA) es la presencia de sangre en el espacio subaracnoideo, normalmente como consecuencia de la ruptura de un aneurisma cerebral, de una MAV, TCE, rotura venosa, etc... La H.S.A. es una emergencia médica donde los pacientes deben ser controlados estrictamente, con el fin de evitar las grandes complicaciones: rerruptura y vasoespasmo. La isquemia cerebral asociada a vasoespasmo es la complicación más temida por ser una importante causa de muerte y discapacidad secundarias a HSA.

OBJETIVOS:

Explicar que consiste la HSA, mostrar las pruebas de imagen que se emplean para su diagnóstico y control evolutivo tras el tratamiento.

Explicar en que consiste un vasoespasmo, su fisiología, y el tratamiento en la sala de angiorradiología.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Muestra de 10 pacientes con vasoespasmo, todos secundario a HSA por rotura aneurismática, tratados en la sala de angiorradiología del Hospital Clínic de Barcelona.

RESULTADOS

Todos los pacientes presentaban vasoespasmo secundario a HSA diagnosticado mediante angiografía digital o Tomografía Computarizada (TC). Todos los aneurismas fueron tratados con embolización. De los 10 pacientes: 6 fueron diagnosticados de vasoespasmo en la misma sala de angiorradiología durante el procedimiento de embolización del aneurisma, 1 paciente tras 24 horas, 1 paciente 7 días después, 2 pacientes 11 días después, 1 paciente 15 días después.

CONCLUSIONES:

El vasoespasmo cerebral es una estenosis anormal, focal o difusa que se presenta en las arterias del cerebro. Puede ocurrir desde el inicio de la HSA, o bien, producirse días posteriores (normalmente en 7 o 10 días tras la HSA). Su consecuencia es el déficit de perfusión del parénquima cerebral. A mayor cuantía de sangre subaracnoidea, mayor probabilidad de vasoespasmo (grados de Fisher). Como prevención se propone utilizar antagonistas del calcio (nimodipina) después del tratamiento. En la fase aguda se utiliza: la terapia "triple H" (hipertensión, hipervolemia, hemodilución), como tratamiento médico, si no es suficiente se realizará tratamiento endovascular con fármacos o angioplastia.

34.- SCREENING PARA EL CÁNCER DE PULMÓN

J. Javier González Cervantes (Supervisor del servicio de Radiodiagnóstico), Laura Mahiques Aguilar (DUE)
Fundación Instituto Valenciano de Oncología

INTRODUCCIÓN:

El cáncer pulmón es la causa más frecuente de muerte relacionada con el cáncer en el mundo occidental. Es la primera causa de muerte en el varón.

OBJETIVOS:

El objetivo del cribaje es reducir la mortalidad por el cáncer de pulmón.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Para realizar el screening del cáncer de pulmón se utiliza un TAC multidetector de baja dosis. No utilizamos contraste intravenoso, se realiza en vacío.

Serán candidatos a esta prueba los fumadores o exfumadores de más de 15 años, que sean mayores de 50 años y sin carcinoma conocido.

RESULTADOS:

Los resultados obtenidos se han hecho cogiendo a las primeras 500 personas sometidas al screening y fueron los siguientes:

Varones hubieron 334 y mujeres 166 con una edad media de 56,85 años. Se indicaron 442 controles anuales, 66 controles en un mes, 4 PET, 3 biopsias y un TAC con contraste iv.

Encontramos 6 neoplasias de pulmón, todas ellas en varones con AP de carcinoma indiferenciado y 5 con AP de adenocarcinoma.

En los casos en los que se indicó biopsia de nódulos pulmonares (3) los resultados fueron positivos para cáncer de pulmón.

De los que se indicó PET hubo 3 casos negativos y un caso positivo al que se realizó biopsia con diagnóstico de adenocarcinoma. A los 3 casos negativos se le indicó un control por TC en 3 meses. 1 permaneció estable en el control por lo que se le indicó seguimiento anual. En otro caso se indicó control con resultado positivo para adenocarcinoma. El otro caso está pendiente de seguimiento.

Sólo a 23 casos de los 66 a los que se indicado un control en 3 meses se les ha realizado dicho control.

CONCLUSIONES:

El cribaje del cáncer de pulmón permite adelantar el diagnóstico y mejorar la supervivencia del paciente.

35.- ECOCISTOGRAFÍA MICCIONAL

José Ignacio Martínez, Dolores España, Consuelo Fernández, Laura Fernández
Servicio Radiología. Hospital de Cantabria

INTRODUCCIÓN:

La eco-cistografía es una exploración de la vía urinaria: riñones, uréteres, vejiga y uretra realizada mediante ecografía y un contraste por vía transuretral.

OBJETIVOS:

Se utiliza para descartar reflujo vesicoureteral en niños y ciertas anomalías en la uretra o vejiga (divertículos) o uréteres (duplicidad).

MATERIAL Y MÉTODOS:

Sondas vesicales de silicona.
Contraste (levograf).
Suero salino.
Sistema de gotero.
Guantes estériles
Lubricante urológico.
Gasas
Paño fenestrado estéril
Clorexidina al 5%.
Povidona yodada al 1/200.
Método protocolizado de sondaje vesical y/o punción suprapúbica con un contraste.

RESULTADOS:

De 287 niños sometidos a ecocistografía el 15% se le detectó alguna anomalía

CONCLUSIONES:

Prevenir anomalías renales.

36.- ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA SPECT CEREBRAL CON Tc- ECD

Milagros Carnicero Echeandía, Nerea Larrínaga Llaguno, Marta Castro Novoa, Isabel García Aguilera, Ignacio Goitia Landaluce y Catalina M^a Valle Ruiz
Hospital de Basurto. Bilbao

INTRODUCCIÓN:

La Spect cerebral es una técnica realizada en el servicio de Medicina Nuclear mediante la administración de un isótopo radiactivo (Tc99m) y etilencisteinatodímero (ECD), constituyendo así el radiotrazador mediante el cual estudiaremos la distribución sanguínea cerebral con el fin de valorar accidentes cerebrovasculares, diagnóstico de demencias, localización de focos epileptógenos y evaluación de traumatismos craneoencefálicos.

OBJETIVOS:

Describir el protocolo de actuación de enfermería y comparar el comportamiento de los pacientes durante su realización dependiendo de las diferentes patologías, debido a que es una prueba relativamente larga (30 min.) y requiere una inmovilización absoluta.

MATERIAL Y MÉTODOS:

- Advertir al paciente que evite la ingesta de sustancias neuroactivas (cafeína, alcohol.) en las 24h. previas al estudio.
- Realización de un cuestionario sobre las causas que han llevado a la petición de esta prueba.
- Mantener un reposo sensorial (sala sin ruidos, luz tenue) desde 10 min. antes hasta 10 min. después de la administración del radiotrazador. De este modo se intenta eliminar la influencia del ambiente en la activación de determinadas áreas cerebrales.
- 15 min. antes de la administración del radiotrazador canalizamos una vía venosa con irrigación de suero salino evitando la activación cerebral en el momento de la inyección.
- A partir de 1h. tras la inyección IV. de 20 mCi de ECD se adquieren las imágenes explicando al paciente en qué consiste la exploración, su duración y la importancia de permanecer inmóvil.
- Colocación del paciente en decúbito supino con los brazos a lo largo del cuerpo y la cabeza inmovilizada mediante un soporte con sujeción.

RESULTADOS:

Obtención de imágenes gammagráficas cerebrales evitando alteraciones en la distribución del radiotrazador debido a factores ambientales y derivados de la técnica. Además, hemos comprobado que en los pacientes que tienen asociados síntomas parkinsonianos ha resultado más dificultosa la inmovilización.

CONCLUSIONES:

Debido a la larga duración de la prueba y a la patología asociada, la enfermera debe informar al paciente y familiares de la importancia de la inmovilización durante la prueba, incluso si fuese necesario permanecer con él para evitar posibles alteraciones en los resultados que lleven a diagnósticos erróneos.

37.- EXTRAVASACIÓN DE CONTRASTE RADIOLÓGICO

B. Carcavilla, N. Remón, M. Sola, V. Vallejos, L. Burgos, V. Gil.
Hospital Reina Sofía. Tudela. Navarra

INTRODUCCIÓN:

La extravasación de contraste es una complicación poco frecuente que puede ser debido a diferentes causas y en el que el papel de enfermería es imprescindible para prevenirlo y/o tratarlo.

OBJETIVOS:

- Enumerar los factores predisponentes para la extravasación de contraste.
- Signos y síntomas de la extravasación.
- Prevención de la extravasación
- Tratamiento de la misma.

MATERIAL Y MÉTODOS:

- Protocolo de actuación ante las extravasaciones en nuestro centro de trabajo.
- Soporte fotográfico.

RESULTADOS:

- Conocimiento de los signos y síntomas de la extravasación
- Importancia del papel de enfermería desde el punto de vista de prevención y tratamiento.

CONCLUSIONES:

- Informar a los profesionales de la correcta forma de actuación ante la extravasación de contraste.

38.- ESTUDIO GENÉTICO-EPIDEMIOLÓGICO PRELIMINAR DEL CÁNCER DE MAMA EN GALICIA

Enguix Castelo, Manuel, Martín Bravo, Isabel, Bento Rodríguez, M^a Carmen, Fariñas Rivas, M^a José, Vieitez Costa, Elisa, Parra Hernández, Yolanda, Blanco Ledo, Ana Belén, Durán Castro, Juan
Hospital Meixoeiro. Vigo.

INTRODUCCIÓN:

El cáncer de mama Triple Negativo (Receptor estrógeno RE (-), receptor progesterona RP (-) y Her-2 neu (-) presenta el peor pronóstico y supervivencia. No existen datos en cuanto a la prevalencia del cáncer de mama Triple Negativo en Galicia. Estudios GWAS actuales han identificado diferentes variantes genéticas asociadas con el cáncer de mama. No existen datos de las variantes genéticas y el cáncer de Mama en la población gallega.

OBJETIVOS:

Realizar análisis epidemiológicos descriptivos del cáncer de mama triple negativo en Galicia (ER, PR, Her-2) en pacientes tratadas con radioterapia y quimioterapia. El objetivo final es estudiar si las variantes genéticas identificadas en los GWAS aumentan el riesgo de cáncer de mama en la población gallega.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio caso- control

- Casos: 500
- Controles: 500

Se extrae analítica de sangre en 500 casos diagnosticados de cáncer de mama en el área del sur de Galicia y 500 controles de mujeres de la misma área que no padecen ninguna enfermedad oncológica.

Se recogen y monitorizan datos clínicos y ambientales en todos los pacientes.

Las muestras de sangre recogidas se envían al Instituto Norris Center de los Angeles (EEUU) (USC Genotyping Center). Se realizará la extracción del ADN y genotipo a través del Taqman. (tecnologías para el genotipo de SNPs "Single Nucleotide Polymorphisms").

RESULTADOS:

Presentaremos análisis preliminares del cáncer de mama en Galicia de acuerdo a receptores hormonales ER, PR, Her-2. Estratificación por tratamiento radioterápico y quimioterapia y variables ambientales recogidas por entrevista realizada por el personal de enfermería. Análisis preliminares de determinadas variantes genéticas identificadas a través de GWAS

CONCLUSIONES:

Prevalencia del cáncer de mama Triple Negativo en Galicia. Se mostrarán análisis preliminares del cáncer de mama triple negativo en cuanto a factores ambientales (alimentación, tabaco, alcohol, hormonas) y tratamientos. Validaremos determinadas variantes genéticas del cáncer de mama que han sido identificadas a través de GWAS en la población gallega.

39.- RESULTADOS DE ANGIOPLASTIA Y COLOCACIÓN DE STENTS METÁLICOS EN EL TRATAMIENTO DEL S.V.C.S.

Francisco Saurí López, José Manuel Polit Zuazo
Consortio Hospital General Universitario de Valencia

INTRODUCCIÓN:

El síndrome de la vena cava superior se origina debido a la dificultad para retornar la sangre al corazón de la parte torácica superior; se observa clínicamente edema capilar, cuello y extremidades superiores, engorde de venas y la aparición de circulación colateral en general está causado por un tumor maligno de extensión mediana, siendo el carcinoma broncogénico el más común (causando el 75%). Otros tumores como linfomas, leiomiomas, tumores de células de gérmenes o metástasis mediastínicas pueden producirlo igualmente.

En un menor porcentaje (3-22%) podría ser de origen benigno: la utilización de catéteres en venas centrales es responsabilidad de la mayoría de estos casos.

OBJETIVOS:

Nosotros informamos de nuestra experiencia en 64 pacientes con SVCS de origen benigno y maligno, llegando a la conclusión sobre el tratamiento endovascular con angioplastia y/o prótesis metálica.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Sobre un período de 4 años, 64 pacientes con SVCS, 10 mujeres y 54 hombres, con una media de edad de 62,2 años (con una horquilla entre 20 y 85 años), en lo que a un tratamiento endovascular se refiere. La etiología incluyó el carcinoma de pulmón (n=37), metástasis (n=4), reservorios o catéteres venosos centrales (n=12) y casos de hemodíalisis crónica (n=15).

Para la planificación del procedimiento nosotros realizamos flebografía o cavografía para demostrar el emplazamiento exacto de la lesión y el grado de estenosis venosa. En el estudio de flebografía demostramos la obstrucción de VCS en 18 casos, troncos venosos en la subclavia en 39 casos y ambas cosas en 7 casos.

RESULTADOS:

En 7 pacientes se practicó angioplastia como tratamiento endovascular, y 80 prótesis fueron implantadas en 57 pacientes. La sintomatología desapareció en las siguientes 24-48 horas en 57 pacientes, con una respuesta parcial en 7. El seguimiento fue clínico (n=64), por flebografía (n=13), TAC (n=11), y eco-doppler (n=2).

24 de 57 pacientes murieron sin síntomas, con un promedio de supervivencia de 6,5 meses (9 días -24 meses) SVCS se repitió en 20/57, se resolvió con éxito en 13, por fibrinólisis (n=3) o se repitió la colocación del stent (n=10) Atención primaria fue de 60%,38%,22% y11% a los 3, 6,12 y 24 meses respectivamente.

Atención secundaria fue del 40%,20%,20% y de 10% en los 3, 6,12 y 24 meses respectivamente.

2 pacientes tratados con angioplastia se mantuvieron sin síntomas, con atención primaria del 100% a los 36 meses, y 5 han muerto, con atención primaria del 60% a los 3 meses y de un 20% a los 6 meses.

No hubo complicaciones dignas de mención.

CONCLUSIONES:

La angioplastia y colocación de prótesis son un tratamiento seguro y efectivo del SVCS. El éxito de la relativamente simple técnica de colocación y la rapidez, responde a ayudas clínicas de los síntomas, determina que pueden ser utilizados como un tratamiento de primera línea en procesos malignos (2,3). En heridas benignas, son necesarias series más largas, más largos tratamientos clínicos continuos, prótesis metálicas pueden constituir un tratamiento definitivo (4).

40.- ADQUISICIÓN Y POST-PROCESADO DE LA PET/TC CON 18F-FDG CEREBRAL

J. Juan, J Tomas, A Sanchís, A Domènech, JR García, M Soler, F Lomeña
CETIR. Unidad PET/TC. Esplugues de Llobregat. Barcelona

INTRODUCCIÓN:

Hemos analizado el papel de enfermería en la adquisición y post-procesado de la PET cerebral con FDG.

OBJETIVOS:

Describir la metodología PET-TC cerebral durante su adquisición, reconstrucción de imágenes y post-procesado.

MATERIAL Y MÉTODOS:

En el último año hemos realizado 152 estudios cerebrales con 18F-FDG mediante un tomógrafo GEMINI 16/GXL, sistema integrado de TC y de PET apto para una gran variedad de aplicaciones de diagnóstico e investigación.

Realizamos adquisición de un PET-TC cerebral: Valorar necesidad de sedación: Pacientes pediátricos, en adultos con claustrofobia y en pacientes con afectación psicomotriz. No adquirir antes de los 30min post-inyección. Paciente en decúbito supino e inmovilización de la cabeza.

TC: Imagen de transmisión rápida. Baja dosis 120kv, 50mAs (20sg). Cortes de 3mm, overlap 1,5mm, dirección caudo-cranial.

PET: FOV: 256 mm. 10min adquisición (1STEP).Protocolo reconstrucción Brain-ctac.Iorcin. Modo Dynamic-List: Genera una serie de sinogramas dinámicos en una posición de la mesa. El tiempo por secuencia predeterminado es 2 minutos. Dinámica 4 secuencias de 5 minutos.

Para la reconstrucción del estudio existen dos protocolos: LOR RAMBLA: Procesa los sinogramas sin interpolación, lo que da como resultado una calidad de la imagen superior. 3D RAMBLA: Realiza una corrección de atenuación de elipse o cualquier función 2D. Tendremos tres series de reconstrucción: Brain-ctac: Produce imagen PET con corrección de atenuación en TC. Brain-nac: Produce imagen PET sin corrección de atenuación. TC: Archivo IdCT.Syn (Baja dosis).Corrección de atenuación.

El post-procesado de los estudios nos permite: BRAIN OBLIQUE RESLICING: Se utiliza para generar un conjunto de imágenes en cualquier orientación. SYNTEGRA: Programa de fusión de imágenes PET/TAC. Fusión PET/RMN: A través del sistema Syntegra.

RESULTADOS:

De los 152 pacientes explorados, en 15 casos han habido artefactos por movimientos, por tanto han requerido el análisis de las imágenes con el programa Brain Oblique reslicing. 31 pacientes han requerido sedación. En 28 pacientes los familiares han estado en la sala PET/TC durante la adquisición PET. La claustrofobia no ha resultado motivo para impedir la exploración en ningún paciente.

CONCLUSIONES:

El manejo del paciente por parte de enfermería en el PET/TC cerebral disminuye los movimientos durante su adquisición y el conocimiento de las posibilidades del post-procesado mejora la calidad de las imágenes.

41.- ROL DE ENFERMERIA ANTE PACIENTES INGRESADOS CON PATOLOGÍA NEUROLÓGICA PARA LA REALIZACIÓN DE RESONANCIA

Rubio O., Del Castillo Y., Gutiérrez P., Merino R., Vivancos C., Martínez A.

Unidad TC-RM IDI. Hospital Universitario de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona

INTRODUCCIÓN:

En Resonancia Magnética (RM), debido a las características propias de dicho servicio, y teniendo en cuenta el estado general del paciente con patología neurológica, el personal de Enfermería tiene la obligación de valorar los problemas potenciales que se presentan, identificar los diagnósticos e intervenciones adecuados para maximizar positivamente los resultados.

OBJETIVOS:

Protección del paciente incapacitado para poder realizarse la RM.

Identificar los diagnósticos de enfermería.

Aplicar las intervenciones de enfermería para paliar sus déficits.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Recogida de datos desde 1 de Enero de 2007 hasta 31 de Diciembre de 2008, teniendo como resultado 3560 pacientes ingresados en el Hospital Universitario de Bellvitge (HUB), de los cuales 2950 eran pacientes de Neurología.

Valoración del grado de conciencia del paciente.

Revisión de sus historias clínicas.

Utilización de la taxonomía de diagnósticos e intervenciones de la NANDA.

RESULTADOS:

Realización de diagramas con valoraciones diferenciales entre dichos pacientes.

CONCLUSIONES:

El papel de Enfermería es indispensable para la valoración de los pacientes con patología neurológica. El estudio de los diagnósticos enfermeros y de las consecuentes intervenciones nos va a ayudar a poder elaborar un plan de cuidados enfermeros orientados a este tipo de pacientes ante una prueba como es la Resonancia Magnética

42.- PROTOCOLO DE DIAGNÓSTICO DE TUMORES NEURONALES EN RESONANCIA MAGNÉTICA

Elisabet Cañellas Cardona (DUE Servicio de Resonancia Magnética, Hospital Clínico de Valencia), Inmaculada Pinazo Alegre (DUE Servicio de Resonancia Magnética, Hospital Clínico de Valencia); José Luis León Guijarro (Radiólogo Servicio de Resonancia Magnética, Hospital Clínico de Valencia).

Hospital Clínico Universitario de Valencia. Servicio de resonancia magnética. Valencia

INTRODUCCIÓN:

Un tumor cerebral es una masa dentro del cerebro cuyo origen es el crecimiento descontrolado de células cerebrales. La resonancia magnética (RM) de 3T consiste en una técnica diagnóstica no invasiva que permite obtener una mayor calidad en la adquisición de imágenes para la detección de lesiones tumorales en el SNC. El establecimiento de un protocolo en el diagnóstico de tumores facilita la labor del manipulador de modo que todos conocen la forma de actuación frente a la patología tumoral.

OBJETIVOS:

Presentar la ventaja de un protocolo de RM de 1er diagnóstico y control evolutivo en los tumores neuronales, permite estandarizar el tipo de actuación de todo el equipo que lo componen, se trata de una labor multidisciplinar.

MATERIAL Y MÉTODOS:

1. La RM de 3T es usada por su mayor sensibilidad para la adquisición de imágenes del tejido neuronal
2. El uso de la bobina de 8 canales que aumenta la relación señal-ruido y por tanto la calidad
3. La bomba de inyección de contraste que permite sincronizar la llegada del mismo al tejido neuronal en tiempo real
4. La entrevista al paciente recoge datos, desde peso, alergias conocidas, patologías actuales, intervenciones, y la posibilidad de llevar algún implante metálico no compatible (seguridad del paciente)
5. Los cuidados del paciente durante la prueba (información dada para disminuir su ansiedad, colocación en la mesa de exploración para que se sienta cómodo, uso del timbre...).

RESULTADOS:

El protocolo consiste:

1. Estudio morfológico que delimita las áreas anatomopatológicas
2. Estudio de difusión B3000/B1000 que diferencia absceso de tumor y a la vez las zonas de alto grado de malignidad
3. Estudio de perfusión: Mide el flujo, volumen y tiempo real que la sangre irriga el parénquima cerebral; resulta útil para identificar el grado de malignidad
4. Secuencia axial T1 3D navegador para el procesamiento por ordenador en la intervención
5. Espectroscopía single y multivoxel. Es una biopsia virtual, consiste en el estudio de la concentración de metabolitos.

CONCLUSIONES:

Protocolizar el estudio resulta ventajoso para el manipulador ya que conoce el procedimiento a seguir y ofrece fiabilidad en el diagnóstico.

43.- CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA ANGIORESONANCIA CEREBRAL

Carrero Amaro, Rosa M^a, Ros Benlloch, Vicente
Hospital Clínico Universitario de Valencia

INTRODUCCIÓN:

Existe un elevado número de pacientes que acuden a una unidad de Resonancia Magnética debido a Accidentes Cerebro Vasculares (ACV). Para su diagnóstico empleamos la Angiorresonancia como técnica de elección, ya que es una alternativa a otros procedimientos que resultan más invasivos y que tienen muchas contraindicaciones como la exposición a radiaciones ionizantes o reacción alérgica al contraste yodado.

OBJETIVOS:

Conseguir la mayor colaboración por parte del paciente para el diagnóstico de distintas patologías tales como:

- Hemorragias y aneurismas intracraneales.
- Malformaciones Arteriovenosas (MAV)
- ACV (Infartos Lacunares)
- Trombosis senos venosos

MATERIAL Y MÉTODOS:

MATERIAL:

- Imán 1,5 Teslas
- Dosis de Gadolinio (0,2ml / Kg. peso)
- Software y estación de trabajos adecuados que permitan tanto la obtención como el tratamiento de imágenes obtenidas por el imán.

MÉTODO:

Es una importante labor de enfermería la preparación del paciente para el estudio, que se familiaricen con la exploración a la que se van a someter y los posibles efectos adversos que podrían derivarse de la misma. Debido a su patología estos pacientes suelen estar desorientados y confusos. No hay que olvidar que la estancia hospitalaria supone una situación de estrés y nerviosismo añadido para los pacientes, de ahí la importancia de la labor de enfermería en conseguir el mayor grado de confort y tranquilidad para someterse a la angiorresonancia.

En cuanto a la técnica, realizamos un estudio morfológico cerebral acompañado casi siempre de una secuencia de DIFUSIÓN CEREBRAL y secuencias específicas vasculares.

RESULTADOS:

Al conseguir la mayor colaboración del paciente hace que se obtengan estudios que puedan resultar de mayor utilidad para el diagnóstico y tratamiento de estas patologías.

CONCLUSIONES:

La angiorresonancia es una técnica cada vez más empleada dados sus buenos resultados y pocas contraindicaciones (alergias, trombosis) en comparación a otras técnicas hasta ahora empleadas. Pero la buena obtención de estos resultados también depende de una buena labor de enfermería durante todo el proceso de realización de la prueba.

44.- LA CLAUSTROFOBIA EN RESONANCIA MAGNÉTICA

Javier Gutiérrez de Rozas Astigarraga, Arturo Luis Moreno Barrón, Amaya Rodríguez Quintanilla
Hospital U. Marqués de Valdecilla. (URM H.Liencres). Santander

INTRODUCCIÓN:

El equipo de enfermería del Hospital "Santa Cruz" de Liencres (Cantabria) nos planteamos conocer qué persona es aquella que tiene más probabilidad de no entrar en el imán para realizar una resonancia magnética como consecuencia de ser claustrofóbico.

OBJETIVOS:

Evaluar a partir de los datos retrospectivos obtenidos sobre 60.922 estudios RM realizados entre 1995 y 2008 en qué porcentaje de ellos se produjo reacción claustrofóbica en función de la región anatómica a estudiar, la edad y sexo del paciente.

MATERIAL Y MÉTODOS:

El estudio se basa en una muestra de 60.922 exploraciones RM llevadas a cabo en la Unidad de RM "Santa Cruz" del Hospital Marqués de Valdecilla de Santander en el período 1995 a 2008 (14 años de actividad asistencial) con un equipo Signa Advantage 1.5 teslas de General Electric.

RESULTADOS:

Con los datos estudiados hemos conocido que:

- 1.- De los 60.922 pacientes estudiados, 993 (1,63 %) desarrollaron reacción claustrofóbica al comienzo o durante la prueba, no pudiéndose concluir la misma.
- 2.- Sobre una submuestra de 300 pacientes tomada de los estudios realizados entre los años 2006-2008, el rango de edad donde mayor número de claustrofobias se produjo fue 51-60 años con 90 que representa un 30% de la muestra.
- 3.- Sobre el total de claustrofobias (993) en el período 1995-2008, el 58% corresponde a mujeres (576) y el 42% a hombres (417).
- 4.- El estudio RM de hombro es el que porcentualmente produce mayor número de claustrofobias: 151 sobre 4.350 pacientes los pacientes que entran (3,47 %) siendo, por el contrario, el estudio de tobillo con 7 claustrofobias sobre 3.282 exploraciones (0,21%) el de menor incidencia.
- 5.- No hay apenas variación porcentual para los pacientes que entran totalmente en el imán con "cabeza primero" para estudios de cabeza y cuello (2,22%) y aquellos que entran con "pies primero" en estudios de columna dorso-lumbar y caderas (2,27%).

CONCLUSIONES:

La incidencia media de claustrofobia en nuestra Unidad puede considerarse baja (1,63 %). La SERAM cifra en el 5% la media de claustrofobias.

No existen variaciones porcentuales significativas a lo largo de los años (rango mínimo 0.89% en 1996 y rango máximo 1,99% en 2006).

Ser introducido totalmente en el imán en estudios con "cabeza primero" o con "pies primero" no es relevante respecto a la posibilidad de sufrir claustrofobia.

Una mujer entre 51 y 60 años que se fuera a realizar un estudio RM de hombro sería la que, a tenor de los datos obtenidos en nuestra muestra, la que presentará, a priori, mayor probabilidad de padecer claustrofobia.

45.- DEMENCIAS GERIÁTRICAS EN LAS URGENCIAS RADIOLÓGICAS

Marín Sánchez, Juana; Ledesma Figueroba, Adoración; Nargáñez Jimenez, María Jesús; Rodríguez Pérez, Concepción; Copado Obrero, Ana, Calle Castro, María Luisa
Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

INTRODUCCIÓN:

La pirámide poblacional española se caracteriza por ser regresiva, es decir, una población en fase de envejecimiento. Esto, unido a un mayor conocimiento de los recursos médicos y sociales, hace que la población anciana española demande una mayor asistencia sanitaria en todos sus niveles, incluso en el servicio de radiología convencional de urgencias. El envejecimiento poblacional aumenta la esperanza de vida, pero también se hace más frecuente enfermedades como las demencias (síndrome clínico que se caracteriza por una pérdida adquirida de habilidades cognitivas y emocionales de suficientes severidad para interferir con el funcionamiento social, ocupacional, o ambos) que representan aproximadamente el 50% de las incapacidades observadas después de los 65 años.

En nuestro estudio se ha definido:

Deterioro cognitivo leve (DCL) como "pérdida reciente y ligera de memoria, más allá de la pérdida que cabría esperar considerando la edad y el nivel educativo del paciente".

Enfermedad de Alzheimer como "una entidad clínico-patológica degenerativa del cerebro que afecta especialmente a las áreas asociativas corticales y parte del sistema límbico".

OBJETIVOS:

Conocer algunas características del enfermo geriátrico con demencia a su paso por las urgencias de radiología.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio descriptivo transversal. La población de estudio son los mayores de 65 años que acuden a urgencias radiológicas entre el 16 y el 31 de marzo del 2009.

Se realiza un muestreo aleatorio seleccionando a 87 personas (N=3569, precisión deseada del 0,1%, prevalencia esperada del 0,00% y nivel de confianza del 95%).

RESULTADOS:

Un 23,3% de la muestra padece algún tipo de demencia mientras que un 76,6% no; lo que significa que aproximadamente 1 de cada 3 la padece. Si desglosamos los datos, vemos que un 17,4% sufre Alzheimer y un 5,8% DCL.

Se percibe una correlación entre la variable dependiente "deterioro cognitivo" y la variable independiente "edad" ($p=0,0003$). También se ha detectado otras asociaciones con el estado anímico del paciente ($p=0,0000$), con el motivo de consulta ($p=0,0047$), con la respuesta al estímulo verbal ($p=0,0000$), con el medio de desplazamiento hasta las urgencias radiológicas ($p=0,0260$).

CONCLUSIONES:

La patología cognitiva es más frecuente en ancianos mayores de 81 años tanto en Alzheimer como en DCL; siendo el motivo de consulta más frecuente las caídas, seguido del dolor abdominal; por ello, son enfermos que acuden mayoritariamente a la sala de radiología en camilla para hacerse radiografías "AP tórax directo" y "AP y axial de caderas". Llegan con cierta frecuencia dando gritos, quejándose o llorando y no suelen responder a preguntas o estímulos verbales.

46.- RESONANCIA MAGNÉTICA CEREBRAL FETAL

Josefa Gómez Cantos, Isabel Romero, Joaquín Bosque, Iciar Puchades
Eresa. RM Hospital La Fe. Valencia

INTRODUCCIÓN:

La RM cerebral fetal es la técnica diagnóstica de elección cuando queremos confirmar o complementar el diagnóstico de la exploración ecográfica en el segundo y tercer trimestre de la gestación.

OBJETIVOS:

Detectar patología de malformación cerebral.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Entrevista:

- Información de la técnica y reducción del nivel de ansiedad de la paciente en cuanto a efectos adversos y posibles riesgos.
- Edad gestacional, edad de la madre, nombre del padre, incompatibilidades para la realización de la prueba, antecedentes patológicos, etc.
- Consentimiento informado.
- Resonancia Magnética de alto campo: 1.5 T.
- Bobina multicanal.

Procedimiento:

- Colocación de la paciente en decúbito supino o decúbito lateral izquierdo (último trimestre para comodidad de la paciente y disminuir la presión sobre la cava inferior), entrando pies primero para reducir nivel de ansiedad.
- Timbre avisador
- Secuencias ultrarrápidas potenciadas en T2: minimizan los artefactos producidos por el movimiento del feto.
- Secuencias rápidas t1 (realizar en apnea por ser muy sensibles al movimiento).
- Programación de la secuencia en la inmediatamente anterior dado el movimiento fetal.
- Seleccionar, rotar y grabar las imágenes diagnósticas.

RESULTADOS:

En la mayoría de los casos se confirma el diagnóstico inicial. Solo en algunos casos se siguen teniendo dudas debido a los movimientos del feto, la mínima edad gestacional o la falta de resolución que hace que no se obtenga un claro diagnóstico. Casos de malformaciones cerebrales, asociados muchas veces a otras malformaciones:

- Agenesia del cuerpo calloso
- Ventriculomegalia.
- Hematoma intraventricular.
- Dandy-Walker
- Aneurisma vena Galeno
- Hidrocefalia
- Quiste cerebral.
- Holoprosencefalia.
- Hemorragia cerebral.

CONCLUSIONES:

La Resonancia Magnética fetal es una técnica diagnóstica no invasiva, utilizada como herramienta de soporte complementaria a la ecografía, que nos permite un diagnóstico anatómico intraútero sin peligro para la madre y el feto, sin necesidad de administrar medios de contraste y con alta resolución anatómica y tisular.

47.- ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA RESONANCIA MAGNÉTICA PARA EL ESTUDIO DE LA HIDROCEFALIA CRÓNICA DEL ADULTO.

Ana Isabel Morón Gallego, M^a José Grima Grima, Carmen Fleta Gimeno, José Antonio López Calahorra, Isabel Vidal García
Hospital Miguel Servet. Zaragoza

INTRODUCCIÓN:

Para identificar a pacientes con hidrocefalia es necesario la cuantificación fiable de diversos parámetros que caracterizan la dinámica del líquido cefalorraquídeo (LCR) en las imágenes por resonancia magnética (RM) obtenidas en contraste de fase.

El flujo pulsátil del LCR se produce por la expansión y contracción arterial y cerebral, generadas durante la sístole y diástole cardíaco, en una caja craneana rígida. Por ello es necesario controlar el pulso durante la exploración. Las imágenes sobre el área de interés pueden ser obtenidas en cualquier plano, siendo más usado el sagital.

OBJETIVOS:

- Valoración dinámica del líquido cefalorraquídeo en el acueducto de Silvio para el estudio de la hidrocefalia crónica del adulto.
- Actuación de enfermería en la valoración del paciente y su preparación para la correcta realización de la prueba.

MATERIAL Y MÉTODOS:

- Resonancia Magnética de GE de 1,5 Ts.
- Antena de cráneo.
- Detector de pulso periférico.
- Estación de trabajo GE. y postprocesado de las imágenes.

Es un estudio longitudinal descriptivo.

Valoración de enfermería del paciente que se le va a realizar la exploración. Se controla las medidas de seguridad específicas de la resonancia magnética durante todo el tiempo de la exploración. Valoración de las necesidades del paciente según Virginia Henderson y según ellas planificar posibles intervenciones (NIC-NOC) para conseguir el bienestar del paciente y con ello obtener su colaboración para la correcta realización de la resonancia.

Una vez preparado el paciente se realizan la adquisición de imágenes sagitales T1, y sobre ellas un corte perpendicular al acueducto de Silvio. Se programa una serie de contraste de fase sincronizada con el ciclo cardíaco de 32 fases, así poder medir la velocidad del líquido en cada una de las fases.

Después el post-procesado de las imágenes y su análisis del flujo con la realización de la curva de velocidad y cálculo de los volúmenes.

CONCLUSIONES:

La realización de RM a los pacientes con hidrocefalia y el estudio de la velocidad del LCR nos permite determinar el volumen patológico de LCR en el acueducto de Silvio. Es fundamental la valoración del paciente por parte de enfermería para conseguir la colaboración del paciente y así la correcta realización de la prueba.

48.- COMPARACIÓN DE LA SATISFACCIÓN LABORAL DE ENFERMERÍA DE RADIODIAGNÓSTICO Y DE PLANTA EN EL HOSPITAL MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA

Ana Isabel Morón Gallego, M^a José Grima Grima, Ana Caudevilla Salafranca, Javier Molina Bermejo, Carmen Fleta Gimeno

Hospital Miguel Servet. Zaragoza

INTRODUCCIÓN:

La satisfacción laboral es de gran importancia ya que influye o está muy relacionada con la satisfacción de los usuarios. Es considerada un indicador de calidad asistencial y un instrumento útil para la gestión eficaz de los centros sanitarios. La satisfacción laboral ha sido objeto de estudio y análisis. Este interés es debido al hecho de que afecta a la mayor parte de los individuos, ya que la mayoría de las personas pasan una parte sustancial de sus vidas en el trabajo. Para poder mejorar la calidad de los servicios es fundamental mejorar la satisfacción de las personas trabajadoras que les prestan los servicios de salud

MATERIAL Y MÉTODOS:

Es un estudio descriptivo transversal del personal de enfermería.

La población de estudio es el personal de enfermería perteneciente a los servicios centrales de radiodiagnóstico y hospitalización del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza. Se incluirá personal de enfermería, tanto contratados, como fijos, en jornada completa. Se repartirá el cuestionario de forma aleatoria al personal de atención hospitalaria y a todo el personal de enfermería de servicios centrales de radiodiagnóstico. La recogida de información es a través de un cuestionario validado de Font Roja, el cual tiene dos partes: una recoge las características sociodemográficas y laborales y otra sobre la satisfacción laboral. Consta de 26 preguntas y se agrupan a su vez en nueve dimensiones. Variable dependiente es la satisfacción laboral y sus diferentes dimensiones y como variable independiente son el sexo, edad, estado civil, personas que trabajan en el domicilio, lugar de trabajo, tipo de contrato, antigüedad y turno de trabajo.

Análisis de los datos a través del *ssps* 15.

RESULTADOS:

- Evaluar la fiabilidad del cuestionario Font Rojas.
- Valorar la satisfacción global de forma global y según las características sociodemográficas y laborales.
- Comparación de los resultados obtenidos según se trabaje en un servicio de radiodiagnóstico o en el área de hospitalización.

49.- ANGIO-RESONANCIA CEREBRAL

Lluesma Vidal, Marta, Bosque Hernández, Joaquín, Paes Alcantarilla, Ester
Hospital Arnau de Vilanova. Valencia. Servicio de Resonancia Magnética. Eresa. Valencia

INTRODUCCIÓN:

Mediante la técnica de angio-resonancia cerebral se puede visualizar la circulación sanguínea arterial y venosa de cabeza y cuello con gran definición, tanto a través de la inyección de contraste o sin su administración. Se trata de una técnica inocua que requiere la colaboración del paciente. Es una técnica cada vez más empleada y gracias a las últimas tecnologías podemos apreciar y delimitar pequeños infartos isquémicos, obstrucciones y estenosis en vasos de mediano calibre desde las primeras fases del accidente cerebro-vascular. Las secuencias vasculares y las secuencias potenciadas en difusión, unido al estudio morfológico cerebral nos lleva a un diagnóstico certero de cualquier tipo de patología vascular cerebral.

OBJETIVOS:

Dar a conocer como se realiza la técnica de RM vascular cerebral, medios de contraste utilizados, labor del personal de enfermería durante la prueba.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Presentamos nuestra experiencia de 6 años en el Hospital Arnau de Vilanova y otros servicios de RM con equipos de 1,5 y 3 tesla. Comparamos imágenes de ambos equipos. Los estudios se realizan mayoritariamente en población de la tercera edad debido a los factores de riesgo cardiovascular. La labor del personal de enfermería en el servicio de RM consiste no sólo en adquirir las imágenes morfológicas, y administrar los medios de contraste si no en tranquilizar a los pacientes y explicarles la prueba para que puedan colaborar al máximo y así obtener mejores resultados.

RESULTADOS:

Se obtienen imágenes diagnósticas de alta calidad mediante una técnica poco cruenta e invasiva que no suele tener complicaciones.

CONCLUSIONES:

La resonancia es una de las técnicas de diagnóstico por imagen más empleadas en la actualidad y es fundamental para el personal de enfermería estar al tanto de los últimos avances en relación con dicho procedimiento. Debido al envejecimiento progresivo de la población, cada vez es más alta la incidencia de patología vascular cerebral, por lo que esta técnica tiene cada vez más importancia en el diagnóstico y tratamiento precoz de los ACV.

50.- LA IMPORTANCIA DE LA "HOJA DE VERIFICACIÓN" EN LOS TRATAMIENTOS DE ORT

Fernández González, Jacinto (Supervisor del Servicio de ORT - ICO Badalona), Sal Martí, Rosa (Coordinadora Técnica Servicio ORT - ICO Badalona)
Hospital Universitario Germans Trias i Pujol - ICO Badalona. Barcelona

INTRODUCCIÓN:

En nuestro Servicio de Oncología Radioterápica llevamos un año con la acreditación ISO 9001. Una de las herramientas que nos está ayudando a llevar a cabo las exigencias de la ISO es la hoja de verificación de la documentación, necesaria en el inicio de un nuevo tratamiento o algún cambio de técnica. Esta hoja es el resultado de un análisis exhaustivo de todos los circuitos y procedimientos, con los métodos AMFE (Análisis Modal de Fallos y Efectos) y de la integración del método Ishikawa con el AMFE, (diagrama causa-efecto) para averiguar la causa inicial de una incidencia, valorando el material, equipos, metodología y personal.

OBJETIVOS:

Garantizar que todos los datos, hojas, firmas, aprobaciones, verificaciones necesarias para el inicio o cambios de un tratamiento de RT consten y que estén verificados por la Coordinadora Técnica y, posteriormente, la confirmación por parte de los operadores y médico de la validez de los inicios.

MATERIAL Y MÉTODOS:

-Hoja de verificación de la carpeta de tratamiento.
Antes del inicio de un nuevo tratamiento o CT, la Coordinadora comprueba que todos los ítems que constan en la hoja estén todos y sean los pactados siendo algunos obligatorios; después del primer día de tratamiento y comprobar los ítems a tener en cuenta por los operadores o médico de inicios, se lleva la carpeta a Sesión Clínica, y el médico responsable del paciente da fe de que todo es correcto y se sella. Con todo ello nos aseguramos que el 2º día de tratamiento se realiza como el médico responsable del paciente ha planificado. Si falla cualquier ítem, no se trata el paciente.

RESULTADOS:

Nos ha facilitado el control de los circuitos procesos y firmas y nos da la seguridad de que cualquier fallo se detecta antes o en el primer día de tratamiento.

CONCLUSIONES:

La gran importancia de que exista una hoja de verificación y de una persona que controle el cumplimiento de la misma es, para nosotros, fundamental para evitar errores y darnos la seguridad a nosotros y la satisfacción que estamos tratando lo mejor que sabemos a nuestros pacientes.

51.- INFILTRACIÓN PERCUTÁNEA GUIADA POR TC PARA EL TRATAMIENTO DEL DOLOR

Xavier Vila Giménez, Estefanía Lara Arana, Judith Herrera
IDI-TC Traumatología. Hospital Vall d'Hebrón. Barcelona

INTRODUCCIÓN:

La unidad de Clínica del Dolor de nuestro hospital lleva desarrollando su tarea asistencial desde hace más de tres décadas. Las infiltraciones son parte destacada dentro del arsenal terapéutico de las unidades del dolor. La Infiltración percutánea guiada por TC es una técnica mínimamente invasiva que consiste en la inyección de medicación, por lo general, corticoesteroide depot más anestésico local en radiculopatías; toxina botulínica en síndrome miofascial y alcohol en bloqueos neurolíticos en pacientes neoplásicos.

OBJETIVOS:

Analizar la efectividad y precisión de esta técnica.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Durante el período 2004-2008 se realizaron 840 infiltraciones guiadas por un TC multicorte de 10 coronas con escopia. Un equipo Multidisciplinario. Un procedimiento protocolizado Seguimiento registrado.

RESULTADOS:

Todas las técnicas se realizaron en régimen ambulatorio. El 85% de las infiltraciones fueron a nivel vertebral (65% por radiculopatía, 30% Síndrome facetario y un 5 % por canal estrecho neurógeno). Un 14% a nivel músculo esquelético (90% Sd miofascial, piramidal, psoas, cuadrado lumbar). Un 1% de bloqueos neurolíticos de plexo celíaco. Se obtuvo una mejoría clínica en un 70 % de las infiltraciones vertebrales, un 65 % de las musculares y un 90 % en bloqueos neurolíticos. El porcentaje global de complicaciones asociadas fue inferior al 1% y de características leves.

CONCLUSIONES:

La resolución que aporta el TC para identificar estructuras tributarias de ser infiltradas en patología dolorosa, hace que esta técnica sea precisa, eficaz, segura y con un bajo coste económico en relación a otras técnicas de imagen. La presencia de personal de enfermería en unidades de TC que practican esta técnica está más que justificada.

52.- FIJACIÓN PERCUTÁNEA GUIADA POR TC EN FRACTURAS PÉLVICAS INESTABLES

Xavier Vila, Fanny Lara, Judith Herrera
IDI-TC Traumatología. Hospital Vall d'Hebrón. Barcelona

INTRODUCCIÓN:

Las fracturas de anillo pélvico están asociadas a complicaciones agudas (hemorragia, fr. viscerales y lesiones neurológicas) y crónicas, destacando la inestabilidad del anillo pélvico. La inestabilidad puede ser parcial (rotatoria) o total (vertical). En ésta última está indicada la fijación quirúrgica a la que se asocia a gran morbilidad.

La osteosíntesis percutánea utilizando radiología es una alternativa a cirugía abierta por su menor morbilidad. Como guía, se puede utilizar la Radiología convencional y la TC, siendo ésta última más precisa y segura.

OBJETIVOS:

El objetivo del presente póster es la descripción de esta técnica poniendo especial énfasis en el rol enfermero, evidenciando sus ventajas respecto a otras técnicas.

MATERIAL Y MÉTODOS:

De las intervenciones realizadas durante el período 2000-2005 analizamos grupo etario, evolución y complicaciones. Se requiere un equipo multidisciplinar. Unidad de TC multicorte con escopia. Protocolo de Actuación de enfermería.

RESULTADOS:

Se realizaron 27 fijaciones percutáneas por TC (24 unilaterales y 3 bilaterales). Como complicaciones agudas, hubo 1 pseudo-aneurisma y 2 afectaciones radiculares. A medio plazo hubieron 2 roturas de tornillos, 1 desprendimiento del tornillo y 7 retrasos de consolidación.

Se realizó seguimiento radiológico y clínico a 19 pacientes en el período transcurrido entre 6 meses y 5 años. Radiológicamente, el 63 % de los pacientes tuvieron fusión ósea o sacroilíaca. Clínicamente, el 40% se reincorporó a su actividad laboral sin dolor. El 35% padecen dolor crónico tolerable que les permite una actividad limitada.

CONCLUSIONES:

Al ser una técnica guiada por TC, permite la implantación exacta de los tornillos evitando así dañar estructuras vitales y muchas complicaciones propias de la cirugía abierta. La presencia de personal de enfermería en unidad de TC que realizan esta técnica está más que justificada.

53.- VALORACIÓN DE ENFERMERÍA EN RM: POST- OPERATORIO INMEDIATO DE TUMORES CEREBRALES

Del Castillo Y., Rubio O., Gutiérrez P., Merino R., Vivanco C., Martínez A.
Unidad RM Hospital Universitario de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona

INTRODUCCIÓN:

En nuestra unidad de Resonancia Magnética cada vez es más habitual hacer controles post quirúrgicos inmediatos a los pacientes sometidos a cirugía esterotáxica. Con este control tan precoz se pretende valorar el éxito de la resección tumoral y el estado del parénquima cerebral previo al tratamiento de quimioterapia/radioterapia. El estado general de estos pacientes obliga al personal de enfermería a hacer una profunda valoración de los problemas potenciales que presentan, identificar los diagnósticos enfermeros y así poder aplicar las intervenciones adecuadas.

OBJETIVOS:

Identificar los problemas relacionados con las 14 necesidades básicas que presentan este tipo de pacientes.
Relacionarlos con los diagnósticos de enfermería adecuados.
Aplicar las intervenciones que recomienda la NANDA (NIC)
Valorar los resultados (NOC)

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se ha realizado un estudio retrospectivo desde marzo 2008 hasta abril de 2009. Hemos usado para nuestro estudio la taxonomía de diagnósticos e intervenciones de la NANDA publicada en noviembre del 2007. La valoración neurológica (mediante anamnesis y observación) se ha realizado a un total de 39 pacientes intervenidos por cirugía esterotáxica a los cuales se les pidió control post operatorio inmediato (48-72 horas) por RM.

RESULTADOS:

Gracias a la valoración neurológica hemos podido identificar los problemas potenciales y los hemos relacionado con diagnósticos NANDA para así poder aplicar las correspondientes intervenciones. Los diagnósticos de enfermería encontrados son prácticamente comunes en todos los pacientes, lo que nos ha permitido elaborar una lista de intervenciones orientadas a este grupo en concreto. Los resultados obtenidos han sido claramente positivos.

CONCLUSIONES:

El uso de la taxonomía NANDA ha facilitado la atención de enfermería a este grupo de pacientes. Tenemos ya identificados un conjunto de diagnósticos e intervenciones comunes para este colectivo, aunque no olvidamos la posibilidad de que aparezcan nuevos. Esta valoración nos ha ayudado en nuestro servicio a una mejora en la calidad asistencial por parte del personal de enfermería.

54.- ROL DE ENFERMERÍA DURANTE LA BIOPSIA DE MAMA POR RM

Belvis, Nuria, Campo, Cristina
IDI. Unidad de Resonancia Magnética

INTRODUCCIÓN:

La biopsia de mama mediante resonancia magnética es una técnica diagnóstica que junto con otras exploraciones complementarias ayuda en el screening de cáncer de mama. Es un técnica invasiva que provoca un estado de ansiedad en la paciente que mejora si el procedimiento se realiza con las máximas actuaciones psicoterapéuticas. 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 más frecuentes en este tipo de pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Desde mayo de 2007 se han realizado en nuestro centro 31 exploraciones en pacientes con alto riesgo de padecer neoplasia de mama.

Las exploraciones se realizan en un imán superconductor 1,5 T (Avanto, Siemens) y una bobina CP Array de mamas.

Las exploraciones se han realizado siguiendo un protocolo que incluye:

- Recogida de datos.
- Carga de la bomba de inyección (System Spectris Medrad).
- Colocación del paciente para la punción y preparación del campo estéril y del material quirúrgico.
- Ayuda a la instrumentación que precisa el médico radiólogo.
- Realización de cuidados post-biopsia.

Se ha utilizado una metodología de atención al paciente siguiendo diagnósticos e intervenciones de enfermería.

RESULTADOS:

La biopsia de mama por RM es una técnica invasiva para el diagnóstico de cáncer de mama.

Este proceso resulta menos traumático utilizando un método tanto psicoterapéutico como quirúrgico adecuado para los pacientes y para la obtención de muestras e imágenes.

CONCLUSIONES:

El papel de enfermería es fundamental para mejorar el estado psicológico de la paciente ofreciendo una atención personalizada e individualizada en cada caso para optimizar la calidad del procedimiento quirúrgico.

55.- CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE SEDADO EN RM

Inmaculada Pinazo Alegre, Elisabet Cañellas Cardona, Beatriz García Cebrián
Eresa. Scanner Salud. UTE Hospital Clínico de Valencia

INTRODUCCIÓN:

La idea fundamental de este trabajo es mostrar el cuidado y la atención dada a aquellos pacientes que no pueden controlar su ansiedad. Es en ese momento, donde la enfermería tiene su actuación, tranquilizando, informando y si no es posible, ofreciendo la posibilidad de una sedación tanto al paciente claustrofóbico como al que no colabora.

OBJETIVOS:

Dar a conocer la existencia de una posible sedación que tranquilice a los pacientes con ansiedad sin necesidad de deprimirles cualquier reflejo de respiración y manteniendo una adecuada respuesta de sus estímulos físicos y verbales.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Los materiales que utilizaremos serán:
- Consentimiento informado tanto de la Resonancia como de la Sedación Ambulatoria (A.S.A.).
- Entrevista previa del paciente: edad, peso, ayunas, posible embarazo, enfermedades conocidas, alergias, etc.
- Equipo de Resonancia (de 1,5 teslas y de 3 teslas).
- Anestésista.
- Medicación de anestesia: Pentotal, Midazolam, Propofol, Flumacénilo.
- Medicación de urgencia, pulsioxímetro, monitorización, mascarillas de oxígeno, toma de oxígeno, etc..
Deberemos mantener al paciente vigilado en todo momento, tanto durante la realización de la prueba como posteriormente hasta su salida del servicio.

RESULTADOS:

Con todo ello pretendemos proporcionar al paciente con ansiedad esa tranquilidad necesaria para la posible realización de la prueba, así como conseguir una óptima calidad de señal sin la existencia de imágenes que dificulte el posterior diagnóstico.

CONCLUSIONES:

La utilización de la sedación como solución a los problemas ocasionados por la ansiedad o por la no colaboración del paciente en el estudio de la RM ha facilitado la realización de dicha técnica en muchas ocasiones; ésto añadido a una buena información así como por una buena preparación.
Para poder llevarla a cabo es necesario un conocimiento y un asesoramiento por parte del personal de enfermería al paciente.

56.- UTILIDAD DE TC CRANEAL PARA EL DIAGNÓSTICO DE PATOLOGÍA CEREBRAL (ACV-ICTUS CEREBRAL)

Juan Carlos Moles Pérez, Dolores María Santiago García.
Hospital Comarcal "La Inmaculada". Huerca-Overa. Almería

INTRODUCCIÓN:

Los avances en Radiodiagnóstico, en general, y en la Tomografía Computarizada (TC), en particular, han permitido diagnosticar enfermedades que hasta la fecha únicamente se diagnosticaban en estadios avanzados y realizar diagnósticos no sospechados por mostrar una presentación clínica atípica. Por el contrario, la solicitud de TC craneal urgente no está realmente justificado en ciertos casos debido a que el mayor porcentaje de estos TC nos proporciona diagnósticos normales o variantes de la normalidad

OBJETIVOS:

- 1- Justificación de la realización de TC craneal urgente como indicación de determinadas patologías cerebrales (ACV-Ictus cerebral).
- 2- Detallar el papel de enfermería en este estudio.
- 3- Control de la realización de los objetivos pactados en la Unidad de Gestión Clínica (UGC) de Radiodiagnóstico del Hospital Comarcal "La Inmaculada" de Huerca-Overa.
- 4- Identificar las variables registradas por enfermería para la realización de TC craneal (Hoja de Registro de Enfermería).

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio retrospectivo desde el 1 de Enero de 2006 hasta 31 de Marzo de 2009 de pacientes a los que se les ha realizado TC craneal con clínica de Ictus cerebral.
Registro de casos mediante base de datos obtenidos documentación de los PACS-RIS (Sistema de Información Radiológica) y MEDICX.
Las variables que se incluirán para describir el estudio son: Historias clínicas de enfermos con ACV previos, enfermos con clínica justificada procedentes de Urgencias, hoja de registro de enfermería.
Datos de los PACS-RIS de los diagnósticos radiológicos más frecuentes que nos proporcionan los criterios de selección de la justificación del estudio.

RESULTADOS:

Se han realizado 7133 TC craneales totales, de los cuales 7031 son sin contraste yodado, 48 con contraste intravenoso yodado y 54 sin y con contraste intravenoso yodado.
Los resultados obtenidos nos hacen llegar a la conclusión que el 15% nos aportan diagnósticos diversos de patologías cerebrales y el 85% restante está dentro de la normalidad, lo cual nos indica que la necesidad de realizar TC craneal no siempre está justificada, aunque determinadas clínicas de pacientes en urgencias exigen realizarlos, pues es indicación por protocolo.

CONCLUSIONES:

La implantación del registro de enfermería de forma sistemática y estandarizada nos ayuda a un mayor control de estos pacientes unificando criterios y así aumentando la eficacia y eficiencia y por tanto la calidad asistencial al paciente.
Consecución de los objetivos propuestos en la UGC de Radiodiagnóstico incluido dentro del proceso asistencial integrado (PAI) de ACV-Ictus cerebral.

57.- ENFERMERÍA INVESTIGA EN EL TC-ARTROSCOPIA VIRTUAL DE RODILLA

Hernández Serna, Encarnación, Soler Gallego, Pedro, Bastida Muñoz, José A., Pina Salinas, Francisco, Hellín Monasterio, Joaquín
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca

INTRODUCCIÓN:

El CT-Artroscopia virtual es una técnica diagnóstica exclusivamente, cuya finalidad es la visualización del interior de la articulación de la rodilla distendida con aire, introducido de forma manual a través de una catéter (abbocath 16G). Una vez comprobado que la distensión es óptima se realiza un TAC de rodilla en posiciones de decúbito supino y prono, de donde se obtiene, mediante un software, una imagen virtual de la articulación.

Tenemos que decir que estamos en una fase experimental: llevamos hechos 4 casos y todos han sido rodillas de cadáveres. Hasta ahora la labor de enfermería es ayudar al traumatólogo en la realización de la técnica. En el futuro, si la técnica es concluyente, enfermería debe de incrementar sus funciones en el cuidado integral y asesoramiento del paciente.

OBJETIVOS:

El objetivo principal es que la prueba sea diagnóstica, que el radiólogo en colaboración con el traumatólogo pueda valorar ligamentos, meniscos, rotula, condillos, etc... Y dar un informe satisfactorio.

MATERIAL Y MÉTODOS:

MATERIAL

Catéter del 16 G
Llave de tres vías
Jeringa
Gasas
Betadine
Enfermera
Traumatólogo
Paños
Tc Toshiba16

MÉTODO

Se recibe al paciente y se acuesta sobre la mesa del TAC, se le aplica betadine y se prepara la zona donde el traumatólogo hará la punción, (es como una artrocentesis).

Una vez colocado el catéter se le pone una llave de tres vías para utilizarla de válvula y evitar que el aire que vamos metiendo salga al exterior.

Se insuflan unos 100 CC de aire, y comprobamos la distensión; si todo es correcto se realizan dos adquisiciones de TAC de esa rodilla, una en supino y otra en prono.

Se retira el abbocat con la llave y se cura.

Una vez reprocesado el estudio se envían la imágenes a una estación de trabajo donde se obtienen las imágenes finales.

RESULTADOS:

Todas han sido en cadáveres, no en vivos.

No podemos aún decir que tipo de anestesia aplicaríamos en pacientes vivos.

Tras la Tc artroscopia virtual, se les realizó artroscopia óptica.

La cantidad de aire insuflado no debe ser inferior a 100cc para una buena navegación.

En el 100% de los casos el diagnóstico de la Tc artroscopia virtual y la artroscopia óptica fue el mismo.

CONCLUSIONES:

Se intenta demostrar que es una técnica menos invasiva y que el paciente presenta menos diagnósticos de enfermería que en la artroscopia óptica.

Los resultados son muy buenos pero no se pueden aplicar a pacientes vivos, los próximos serán con patología conocida.

58.- MOVILIDAD DEL PACIENTE CON PATOLOGÍA CEREBRAL EN EL ESCANER DE URGENCIAS POR EL EQUIPO ASISTENCIAL

María José González Mesa, Isabel Almandoz Sánchez-Guardamino
Servicio de Radiología. Hospital Donostia

INTRODUCCIÓN:

La movilización del paciente con patología cerebral en el scanner de urgencias en el Servicio de Radiología a menudo se presta complicada por:

- Falta de coordinación del personal: todos deberían de tener claro su función a realizar, dónde colocarse, cómo movilizarlo y quién dirige la actuación (consideramos que esta función debe ser ejercida por la enfermera de la SALA)
- Stress/prisas por la propia patología y clínica manifiesta: por la rápida actuación en la evacuación del enfermo (la regla de oro sigue siendo el tiempo).

OBJETIVOS:

Unificar y estandarizar un protocolo de actuación propio para todo el personal del servicio que interviene en esta función.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Mediante la observación de la actuación previa al estudio, comprobamos que la mala praxis entre los componentes del equipo afecta al paciente en primer lugar y en segundo lugar a las relaciones interprofesionales del grupo de trabajo.

Respecto al paciente creemos necesaria la utilización del método PAE en nuestra investigación:

- Valoración: Recogida de datos por medio de la observación directa del paciente
- Diagnóstico: Situaciones más frecuentes, riesgo de lesión, temor a lo desconocido, consciencia/inconsciencia del paciente, ansiedad.
- Planificación: determinación de los objetivos según los diagnósticos de enfermería obtenidos.
- Ejecución: puesta en práctica de los objetivos mediante la actuación de enfermería
- Evaluación: Obtención de resultados.

Respecto al equipo de trabajo, para una óptima ejecución del plan, cada uno de los componentes debe de tener claro su función y tareas a realizar dado que trabajamos en situación de urgencia.

RESULTADOS:

Disminución de las complicaciones derivadas de la movilización. Disminución de la tensión y ansiedad del paciente. Mejora en las relaciones laborales del equipo y satisfacción del trabajo bien realizado.

CONCLUSIONES:

Vemos necesaria la realización de un protocolo de actuación en la movilización del paciente con patología cerebral.

59.- ENFERMERÍA EN LA COLONOSCOPIA VIRTUAL

Bugarín Areal, Luz; Mantilla Álvarez, Yolanda; Ocampo Cima, Irene

Complejo Hospitalario Universitario de Vigo

INTRODUCCIÓN:

El cáncer colorrectal supone un importante problema de salud pública debido a su alta frecuencia de aparición y su mortalidad.

Hasta hace muy poco, para la detección de cáncer colon únicamente se empleaban la colonoscopia real, la sigmoidoscopia y el análisis de sangre oculta en heces.

OBJETIVOS:

Demostrar la eficacia de la colonografía virtual para la búsqueda de pólipos adenomatosos precursores del cáncer colorrectal.

Dar a conocer esta técnica alternativa a los profesionales de enfermería que todavía no la conocen.

MATERIAL Y MÉTODOS:

En nuestro servicio de radiología CHUVI se realizaron más de 3000 colonografías virtuales desde el año 2000.

RESULTADOS:

La colonografía virtual es un examen mínimamente invasivo y rápido.

En la dieta de preparación del abdomen para la prueba no es necesario el uso de catárticos.

La colonografía virtual es menos costosa que la colonoscopia, aporta información adicional de otras patologías abdominales y además es mucho mejor tolerada por los pacientes.

La mayor desventaja que tiene frente a la colonografía endoscópica es que no es terapéutica.

CONCLUSIONES:

El profesional de enfermería es muy importante en la información y explicación al paciente de la dieta que debe realizar los días previos a la colonografía virtual así como en la realización de la misma.

60.- EL TRABAJO ENFERMERO EN LA EMBOLIZACIÓN UTERINA: NUESTRA EXPERIENCIA

Mantilla Álvarez, Yolanda; Ocampo Cima, Irene; Bugarín Areal, Luz

Complejo Hospitalario Universitario de Vigo

INTRODUCCIÓN:

La miomatosis uterina es una de las patologías benignas más frecuentes en mujeres y hasta hace unos años la alternativa de tratamiento era básicamente quirúrgica. Actualmente disponemos de un tratamiento percutáneo que disminuye los riesgos.

OBJETIVOS:

- Dar a conocer esta técnica a más mujeres ya que todavía es poco ofertado como alternativa de tratamiento en los hospitales de los diferentes servicios nacionales de salud.

- Dar a conocer el trabajo enfermero en la embolización uterina.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realizaron 139 embolizaciones uterinas en nuestra unidad con un éxito superior al 90%.

CONCLUSIONES:

Ventajas:

- Es un procedimiento mínimamente invasivo.
- Estancia hospitalaria corta.
- No necesita anestesia general o epidural.
- No hay pérdida de sangre.
- Trata de una sola vez todos los miomas uterinos.

Desventajas:

- Dolor post-procedimiento.
- Utilización de radiación.
- Posible impacto sobre la fertilidad.
- Parto del mioma.

61.- CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL TAC A PACIENTES CON ACCIDENTE CEREBROVASCULAR

María Nieves Llorente Renuncio, María Concepción Alegre López
Hospital General Yagüe. Burgos

INTRODUCCIÓN:

La enfermedad cerebrovascular es la segunda causa de muerte y la primera causa de invalidez en España. Se trata de una enfermedad que no respeta edad, sexo, raza ni condición social y que, en muchas ocasiones, afecta a individuos en las etapas más productivas de sus vidas.

OBJETIVOS:

Una correcta práctica en el manejo de estos pacientes, puede evitar o contribuir a disminuir múltiples complicaciones.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Nuestro trabajo no se basa en un estudio de investigación, sino es, un estudio descriptivo y consiste en una síntesis de los cuidados de enfermería a pacientes con alteraciones cerebrovasculares, destinados a evitar ó disminuir las posibles complicaciones, durante su estancia en el Servicio de Radiodiagnóstico.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES:

La experiencia de largos años, tratando, cuidando y realizando TAC a pacientes con enfermedad cerebrovascular nos conduce a pensar que, una buena formación y puesta en práctica de estos cuidados, disminuye el riesgo de complicaciones, así como la estancia hospitalaria.

62.- MALFORMACIÓN DE CHIARI EN ADULTOS

Fermoselle Martín M.J., López Herrero J.C., González Sanpedro J.E., Pérez Rodríguez M.S. Corral Pedraz O.
Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Provincial de Zamora

INTRODUCCIÓN:

La Malformación de Arnold Chiari (MAC) se define como el descenso patológico de las amígdalas cerebelosas a través del foramen magno del cráneo.

Existen cuatro tipos de malformación I / II / III y IV dependiendo de la elongación amigdalal hacia el canal espinal y a la asociación de patología supratentorial y de otras alteraciones raquímedulares.

Es una malformación muy poco conocida, con un amplio abanico de manifestaciones clínicas y no todas comunes a todos los pacientes.

OBJETIVOS:

Determinar la frecuencia y el número de casos descubiertos en el Complejo Asistencial de Zamora (CAZA) durante un año.

Definir diagnósticos de enfermería (NANDA).

Dar a conocer una serie de Intervenciones que mejoren la calidad de vida de los pacientes y satisfacer así las 14 necesidades básicas (Virginia Henderson).

MATERIAL Y MÉTODOS:

La implantación en el Complejo Asistencial de la Resonancia Magnética, con su capacidad de adquisición de imágenes multiplanares, ha revolucionado el diagnóstico y el interés por la MAC dando respuesta a una serie de signos y síntomas que no tenían explicación.

La sintomatología de la MAC es muy compleja y con el fin de estandarizar el lenguaje enfermero, hemos utilizado la taxonomía NANDA para definir unos diagnósticos enfermeros basados en la evidencia aplicadas a la práctica clínica y así satisfacer las necesidades de los pacientes de la manera mas eficiente.

DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS

La MAC en Adultos afecta de manera diferente a quien lo sufre. Existen diferentes mecanismos que provocan sintomatología de MAC y que están relacionados con la compresión directa de tejido nervioso en el foramen magno por unas amígdalas descendidas, provocando los siguientes diagnósticos enfermeros:

- Deterioro de la respiración espontánea: Aprensión, Disnea, Disminución de la cooperación.
- Trastornos de los procesos del pensamiento: Déficit ó problemas de memoria, facilidad de distraerse...
- Náuseas: Sensación nauseosa, aversión a algunos alimentos.
- Deterioro de la memoria: Información u observación de experiencias de olvidos.
- Fatiga-letargo: Aumento del requerimiento de descanso; Verbalización de una falta de energía que no desaparece
- Riesgo de Confusión aguda: Fluctuación en la actividad psicomotora, intranquilidad creciente, debilidad.
- Perturbación del campo de energía: Percepción en el flujo de energía como:
 - Movimiento ondulante (Mareos).
 - Sonidos.- Hipoacusia y sensación de vértigos en los cambios de posición.

- Cambios visuales, visión borrosa.
- Acorchamiento facial.
- Riesgo de impotencia: Baja autoestima situacional, Falta de conocimientos sobre la enfermedad, problemas menstruales...
- Dolor: Sensación de presión intracraneal, cefalea occipital y retroocular, cervicalgia, dolor que tira en el cuello o dolor de espalda.

INTERVENCIONES

El tratamiento de la MAC es mayoritariamente quirúrgico, considerando cada paciente de forma individualizada, dada la amplia variabilidad de afectación y expresión de esta enfermedad; de esta forma se reserva la cirugía para pacientes con síntomas invalidantes. Otros pacientes con síntomas poco severos solo necesitan saber que se trata de una patología real y que su vida no corre peligro.

Ante este último grupo de pacientes recomendamos una serie de pautas que van a mejorar la calidad de vida:

- Uso de zapatillas de deporte o zapatos que tengan en la suela aire para amortiguar la pisada.
- Evitar coger peso.
- Evitar deportes duros que puedan dañar el cuello (equitación, ski, karate, tirarse ala piscina de cabeza...)
- Evitar dormir en malas posiciones.
- Prudencia a la hora de subirse a algunas atracciones de parques de atracciones.
- Utilizar almohada cervical, y dormir mínimo 8 horas.
- Controlar la alimentación para evitar el estreñimiento.
- Si está embarazada, comunicarlo al ginecólogo, para que opte por cesárea.
- Comunicarlo al anestesta si va a ser sometido a una intervención quirúrgica.
- Cuidado al extender la cabeza para atrás, en la peluquería o en el dentista, procure que sean períodos cortos y/o pida un rodillo de tela para que le sujete el cuello

RESULTADOS:

El Tratamiento de MCA es mayoritariamente quirúrgico, aunque no todas los casos necesariamente son intervenidos. Se enumera una serie de intervenciones (NIC) que palián los efectos de MCA y dan como resultado (NOC) una mejor calidad de vida.

CONCLUSIONES:

Los casos de MAC en adultos son casi siempre descubiertos por casualidad, se van buscando otro tipo de patologías; en el Complejo Asistencial de Zamora, durante el año 2008, son solo cuatro los casos que se han descubierto y ha sido gracias a la implantación de la Resonancia Magnética., por lo que podríamos considerar a esta enfermedad como RARA. No obstante es importante su diagnóstico, de cara a establecer en los casos leves, ciertos hábitos, y medidas preventivas que eviten la progresión de la sintomatología, porque si no se trata, aunque progresa muy lentamente, puede producir una severa discapacidad.

63.- ACTUACION DE ENFERMERÍA DURANTE EL PROCESO DIAGNÓSTICO DEL HEMATOMA TALÁMICO.

Socorro Vilchez Bueno, M^a Angustias Aguilar Fernández, Manuel Ruiz García, F. Javier Ruiz Zurita, Damiana Mateos del Nido.

Hospital de Alta resolución de Guadix. Granada

INTRODUCCIÓN:

El hematoma talámico es una patología de aparición relativamente frecuente y causante de considerable discapacidad y mortalidad.

La aparición de nuevas técnicas de neuroimagen ha permitido estudiar extensas series de hematomas talámicos entre las cuales parece haber diferencias según el tamaño y el territorio arterial afectado.

OBJETIVOS:

Mediante el estudio en neuroradiología, identificar el tamaño, extensión y localización del hematoma para poder determinar con más exactitud su pronóstico y tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODOS:

TAC, RM, ANGIOGRAFÍA. El enfermero/a recibe al paciente, comprueba los datos y la orden médica, lo informa, al propio paciente y/o a su familia, entregando el consentimiento informado y se hace cargo de todo el proceso enfermero; mientras dura su estancia en nuestro servicio, estará pendiente de su nivel de consciencia, constantes vitales, oxigenoterapia, sondajes, aspiración de secreciones, catéteres venosos y perfusiones, administración de contraste, y cuidados generales asistenciales que requiera, teniendo cerca en todo momento todo tipo de medicación y medios que puedan ser solicitados. Asimismo realizará un registro de todas las actuaciones de enfermería.

El enfermero/a en ningún momento perderá contacto con el paciente durante el proceso de la obtención de imágenes, observando el estado general.

RESULTADOS:

Una vez obtenidas las imágenes, el radiólogo/a realizará una valoración sobre el pronóstico, que remitirá al neurólogo o neurocirujano determinando así el tratamiento adecuado. En esta fase de resultados el enfermero/a tiene gran importancia, aportando al radiólogo/a la valoración del estado general del paciente durante el proceso de obtención de imágenes y su comportamiento.

CONCLUSIONES:

Durante la estancia en nuestra unidad del paciente para la evaluación del hematoma talámico, el enfermero/a tiene un cierto protagonismo porque está constantemente con el paciente en cada exploración que se haga ya sea TAC, RM, o ANGIOGRAFIA.

En nuestro servicio se adjunta al radiólogo/a una hoja de enfermería con los cuidados realizados, así como la información sobre datos de gran importancia como el de hipertensión o alguna crisis, sin olvidar los antecedentes y alergias.

64.- CUIDADO DEL PACIENTE CISTECTOMIZADO PORTADOR DE CATÉTERES URETERALES PERMANENTES

Jesús González Sánchez, Rosario Rodríguez Pérez
Hospital Universitario de Salamanca

INTRODUCCIÓN:

Los pacientes cistectomizados con catéteres uretrales permanentes necesitan cuidados enfermeros desde la cistectomía con implantación de catéteres (con la consiguiente aceptación de la nueva situación) hasta el final de su vida.

OBJETIVOS:

Ayudar al paciente a asumir su nueva situación. Educar al paciente y/o familia en autocuidados de los catéteres uretrales. Resolver las posibles complicaciones en el cuidado de los catéteres. Cambiar los catéteres periódicamente evaluando a cada paciente.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realiza con telemando y escopia a pie de tubo. Se evalúa al paciente previamente al cambio de los catéteres con una entrevista. Se le orienta en autocuidados y en las posibles soluciones a las complicaciones que puedan surgir. Se cambian los catéteres con el uso de guías radiológicas para extraer los catéteres antiguos y colocar los nuevos. El material consta de:
-Set estéril con campo de mesa, campo de paciente y batas.
-Guantes estériles, gasas y povidona yodada.
-Equipo de catéteres a implantar con sus guías correspondientes.
-Contraste radiológico diluido al 50% en fisiológico y jeringa de 20cc.

Se realiza radiografía simple para ver la colocación actual de los catéteres. Desinfección con povidona yodada de la zona de la urostomía. Colocar el campo estéril en el paciente. Introducir contraste para ver las pelvis renales, lugar donde tiene que quedar el pig-tail del catéter de urostomía. Introducir la guía hasta la pelvis renal verificando con escopia que sale por el extremo distal del catéter. Retirar el catéter antiguo manteniendo la guía en pelvis renal. Introducir el nuevo catéter deslizando por la guía hasta situarlo en la pelvis renal. En el otro riñón realizar el mismo procedimiento. Secar la piel próxima a la urostomía y colocar la bolsa colectora de dos piezas con aro independiente, introduciendo los extremos de los catéteres dentro y pegarlo a piel.

RESULTADOS:

Sin complicaciones: 76,2%
Obstrucción de catéteres: 12,9%
Salida de catéteres: 1,8%
Maceración de piel por intolerancia al pegamento médico: 3,6%
Pérdida de estanqueidad de la bolsa colectora de orina (mala adherencia): 4,6%
Introducción de los catéteres dentro del orificio de urostomía: 0,9%
Incapacidad para autocuidados: 0,3%

CONCLUSIONES:

La enfermería radiológica tiene la responsabilidad del cuidado de estos pacientes en el cambio de los catéteres y en la educación en autocuidados. Tenemos los medios, el conocimiento y la capacitación para ello.

65.- ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN EL TAC ANTE EL PACIENTE CON ACV ISQUÉMICO

Rosa Gracia Agueda, Yolanda Etxebeste Martín, Koro Suso Barbería, Mikel Landa Olaciregui
Hospital Donostia

INTRODUCCIÓN:

En el 2004 se implanta en el Hospital Donostia el protocolo de actuación denominado "CÓDIGO ICTUS". Es un código de emergencia que prioriza la atención del paciente, su diagnóstico y tratamiento precoz, minimizando las secuelas posteriores. Es vital el papel de la enfermera del TAC, por lo que influye en la precocidad del diagnóstico y en la aplicando de los cuidados adecuados.

OBJETIVOS:

Evitar o minimizar las secuelas a los pacientes con ictus isquémico y tratamiento fibrinolítico, colaborando en el equipo asistencial para lograr un diagnóstico precoz y posterior tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODOS:

El neurólogo, avisado por el 112, recibe al paciente en Urgencias y solicita la realización del TAC, teniendo en cuenta que si han transcurrido más de 3 horas no es apto el tratamiento fibrinolítico.

La enfermera pone en marcha el protocolo de actuación: prioriza la realización del TAC frente a otras peticiones, prepara el material necesario para la inyección del contraste y prevención de posibles complicaciones, recibe al paciente, realiza la valoración de necesidades, presta los cuidados pertinentes y le informa del procedimiento, procurando en todo momento un ambiente de tranquilidad, calidez y sosiego para lograr su máxima colaboración. El radiólogo, una vez diagnosticado el ACV isquémico, solicita una nueva serie con perfusión de contraste IV de la zona afectada. La enfermera inicia el procedimiento de perfusión IV del contraste, a través del cual se visualiza la existencia o no de un área de penumbra (área isquémica sin necrosis) potencialmente recuperable por fibrinólisis. El paciente es trasladado a UVI para el tratamiento fibrinolítico. A las 24 horas se realiza TAC de control sin contraste IV. Posteriormente se traslada al paciente a la Unidad de Hospitalización correspondiente.

RESULTADOS:

De los 215 pacientes con diagnóstico ACV en 2008, 105 fueron hemorrágicos, 90 isquémicos y no específicos 20. De los 90 casos isquémicos, 54 fueron tratados con fibrinólisis. La edad media fue de 67 años y el 65% eran varones. Al alta 25 pacientes (46%) tenían secuelas que los hacían dependientes, 5 fallecieron (9,5%) y 24 (44,5%) eran pacientes autónomos. Según datos facilitados por el Servicio de Neurología, la recuperación funcional al alta de este grupo de pacientes es mayor que la del grupo sin trombolisis en ictus moderado-grave.

CONCLUSIONES:

Una rápida actuación por parte de todos los componentes del equipo asistencial, garantiza resultados óptimos para el paciente.

66.- VALORACIÓN DE ENFERMERÍA RADIOLÓGICA EN EL PACIENTE NEUROLÓGICO

Consuelo Monreal Fernández, Carmen María Jiménez Ubieto, Francisco Javier Lozano Martínez, Mauricio Requena Moya, Carmen Travel Cotrina, Francisca Miralles berenguer
CHT. Torrecárdenas. Málaga

INTRODUCCIÓN:

Los procesos neurológicos constituyen una de las principales cargas de trabajo en la enfermería radiológica, por lo que es necesario disponer de un plan de cuidados en un lenguaje estandarizado que los garanticen, haga posible su registro y faciliten la exploración radiológica. La primera fase del plan de cuidados es la valoración.

OBJETIVOS:

El objetivo de esta valoración es la elaboración de un instrumento que permita la sistematización, registro y continuidad de cuidados del paciente neurológico en los servicios de radiodiagnóstico mediante la estandarización del lenguaje enfermero.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se constituye un grupo de trabajo, formado por el equipo investigador y expertos asistenciales que, partiendo de una revisión bibliográfica y de la práctica clínica, mediante técnicas de consenso, define los criterios de la Valoración Inicial de Enfermería de Radiodiagnóstico. En la valoración se recogen y se organizan de una manera sistemática todos los datos necesarios para proporcionar una información breve, concisa y completa tanto del paciente como de su cuidador, que garantice la continuidad y la calidad asistencial del proceso de enfermería. Como criterio para la inclusión de cualquier dato se ha considerado un consenso del 80% de los miembros del grupo de trabajo.

RESULTADOS:

Se presenta el documento que se articula en cinco partes:

- Primera: datos generales tanto del paciente como de su cuidador principal
- Segunda: datos de la exploración radiológica que se le va a realizar según protocolo
- Tercera: datos que conforman una anamnesis clínica en un lenguaje utilizado por todo el equipo multidisciplinar que incluyen parámetros como Escala de Glasgow, Escala Neurológica Canadiense, Inestabilidad Hemodinámica o alergias;
- Cuarta: valoración estructurada por necesidades básicas de Virginia Henderson en la que sólo aparecen tanto las necesidades como los ítems a valorar de cada necesidad más frecuentes y relacionados con la práctica asistencial de enfermería en radiodiagnóstico
- Quinta: un apartado para observaciones de interés relacionados al paciente.

CONCLUSIONES:

Mejorar la calidad y la continuidad asistencial de los cuidados. El paciente se beneficia de un estándar cuidador y la enfermera dispone de un instrumento que le permite una planificación racional de sus intervenciones. La valoración diseñada constituye una herramienta flexible para la posterior planificación individualizada del cuidado del paciente neurológico dentro de las exploraciones propias de los servicios de Radiología. Entre sus limitaciones destaca que precisa de una validación en la práctica clínica, para lo que habrá de diseñarse los estudios adecuados a tal finalidad.

67.- HOJA DE REGISTRO DE ENFERMERÍA DE LA TERAPIA INTRAARTERIAL EN ICTUS

Jesús Grinón Martínez, María Salto
Hospital Clínic. Barcelona

INTRODUCCIÓN:

En el servicio de Angiorradiología del Hospital Clínic i Provincial de Barcelona se emplea, desde el mes de octubre de 2008, una terapia fibrinolítica intraarterial con activador tisular del plasminógeno recombinante (rtPA) que complementa la terapia endovenosa administrada previamente tras la detección de un ICTUS isquémico en una intervención de código ICTUS.

El papel de la Enfermería es indispensable durante la intervención, tanto en la preparación del paciente y del material necesario para la técnica, como en el registro de datos o en la administración del fármaco.

Durante la intervención se manejan diversos datos clínicos que objetivan el estado del paciente. Para facilitar el acceso a toda la información necesaria para un correcto abordaje de la técnica se ha creado una sencilla hoja de recogida de datos de Enfermería en la que quedan reflejados datos como constantes vitales, tiempos de activación del sistema e inicio de la propia técnica, terapia farmacológica, estado neurológico o características de la intervención.

OBJETIVOS:

Con el uso de una hoja de registros se optimiza la recogida de datos mejorando así la calidad asistencial del paciente y beneficiando su posterior calidad de vida.

Por otra parte, se facilita el acceso a la información clínica obtenida durante la intervención. Esto permite a los diferentes profesionales que participan posteriormente en el circuito del código ICTUS conocer cómo se ha desarrollado la técnica, con el fin de valorar posibles complicaciones.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se ha creado una hoja original de recogida de datos de Enfermería específica para la técnica de fibrinólisis intraarterial, en la que se ha incluido los datos clínicos más relevantes de la propia técnica.

CONCLUSIONES:

La intervención durante un código ICTUS requiere de la actuación de un gran equipo multidisciplinar. Una buena recogida de datos facilita el manejo de la información por parte de todo el equipo, lo que incide directamente en la calidad asistencial del paciente.

Además debe verse esta hoja como una base de datos que nos servirá como herramienta en estudios posteriores, con la finalidad de mejorar la intervención de Enfermería en la técnica fibrinolítica intraarterial.

68.- PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN RM: PACIENTES CON PATOLOGÍA CEREBRAL

Bosque Hernández, J., Escrivá Pastor, P., Alcaide Vela, F., Lluésma Vidal, M., Ortega Gimeno, A., Álvaro Sancho, F.
Resonancia Magnética. Hospital La Fe. Valencia

INTRODUCCIÓN:

Debido al aumento de la esperanza de vida y aumento de la patología cardiovascular, la patología cerebral es una de las patologías con mas incidencia asistencial; gracias a RM como complemento a otras técnicas de diagnóstico por imagen, como puede ser el TAC, se ha conseguido mejorar el diagnóstico y tratamiento precoz de todo este tipo de patologías.

OBJETIVOS:

Mediante este póster queremos informar y sintetizar cuál es la labor de enfermería en resonancia magnética, centrándonos en pacientes con patología cerebral.

Para ello enumeraremos las principales patologías cerebrales candidatas a estudio por RM y expondremos cual es el trabajo de enfermería en las 5 fases del PAE (valoración, diagnósticos, planificación, ejecución y evaluación).

MATERIAL Y MÉTODOS:

Presentamos nuestra experiencia de 7 años en servicio de RM del Hospital La Fe con equipos de 1.5 y 3 T.

Expondremos técnicas y procedimientos habituales en resonancia magnética. Mostraremos patología cerebral frecuente en distintos tipos de pacientes.

Explicación de técnicas propias del personal de enfermería.

RESULTADOS:

Gracias al Proceso de Atención de Enfermería conseguimos unas condiciones óptimas para la realización de la prueba (disminución de claustrofobia, mejora del estado anímico, control de constantes, temperatura óptima de la sala de exploración...). Realización de técnicas propias de personal de enfermería como puedan ser canalización de vías periféricas, vigilancia de drenajes y perfusiones, heridas... y sobre todo destacar la mejora de la calidad asistencial gracias a la labor de enfermería en el manejo de paciente en estado crítico, TCE severo, paciente politraumatizado, paciente pediátrico etc.

CONCLUSIONES:

Dificultad de plasmar en un póster todo el trabajo realizado por el personal de enfermería en el servicio de resonancia magnética.

La RM cerebral se ha convertido en uno de los métodos de elección en el diagnóstico de la patología cerebral debido a la gran calidad de la imagen y a su no invasividad. Con ello el personal de enfermería que trabaja en estos servicios debe estar cada vez más preparado para hacer frente a las situaciones que se planteen. Todo esto se debe hacer siempre siguiendo un método ordenado que es el PAE.

69.- ¿POR QUÉ TENGO ANSIEDAD Y MIEDO ANTE UNA RESONANCIA O UN TC?

Germán Cañabate, Alfredo García
Hospital Universitario Mutua de Terrassa. Barcelona

INTRODUCCIÓN:

Intentamos explicar los factores que influyen que causan la ansiedad, desde que se solicita una prueba diagnóstica como es un TC o una RMN, hasta la realización de la misma.

La ansiedad provocada por la falta de información, desde los profesionales sanitarios hasta las leyendas urbanas, comentarios y consejos de personas, incluso los producidos por los medios audiovisuales.

Todo ello expresado gráficamente encarándolo con un toque de humor.

OBJETIVOS:

Disminución de la ansiedad y, con ello, disminución de efectos adversos de una forma gráfica.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Correlacionaremos los diagnósticos de enfermería NANDA NIC NOC.

RESULTADOS:

Relajación del usuario, educación sanitaria.

CONCLUSIONES:

El desconocimiento produce ansiedad y miedo, con lo que con una adecuada información estos síntomas disminuyen, con el beneficio de la máxima colaboración por parte del usuario; incluso hay una disminución de efectos secundarios.

70.- REVISIÓN IMAGENOLÓGICA DE LAS APLICACIONES DE TAC MULTICORTE Y RM EN LA PATOLOGÍA CEREBRAL

Abigail Andrés Pérez

ERESA. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.

INTRODUCCIÓN:

Aunque las distintas aplicaciones de TC y RM en patología cerebral ya cuentan con bastantes años de evolución, la ciencia y la tecnología avanzan rápido y como consecuencia también aparecen nuevos protocolos de estudio radiodiagnóstico cada vez más específicos y especializados. Así, se ha pasado del estudio cerebral morfológico simple a protocolos más específicos de patologías concretas que manifiestan y aportan imágenes capaces de tipificar lesiones y diagnósticos mucho más concretos y ajustados, mejorando la asistencia del paciente.

OBJETIVOS:

- Conocer las principales aplicaciones y protocolos que más se ajusten a cada patología cerebral, manejando las secuencias y parámetros en cada caso como corresponde y relacionándolos con nuestros conocimientos sobre la patología, la anatomía y en cada paciente según el curso de su afección cerebral.
- Dar a conocer estudios y secuencias novedosas que permitan estudiar cada tipo de lesión mucho más específicamente que el estudio convencional cerebral por RM o TC. Es el caso de estudios sobre epilepsia, ictus, aneurismas, MAVs, síndrome de estrecho torácico, robos de subclavia, estereotaxias, esclerosis múltiples, estudios funcionales, espectroscopias, estudios tumorales, volumetrías de hipocampos....
- Mejorar la calidad de vida del paciente, afinando lo más posible el estudio, evitando así repetir estudios al paciente con todas sus desventajas (irradiación, movilidad de enfermos ingresados...). Se disminuirá también por tanto el número de exploraciones repetidas y tiempo y molestias al enfermo.

MATERIAL Y MÉTODOS:

- RM de 1.5T de GE, signa.
- RM de 1.5T de SIEMENS, Sonata.
- TC multicorte de 64 detectores de GE.
- Contraste yodado.
- Contraste paramagnético.
- Bomba de inyección de contraste Ulrich y otra de Medrad.
- Bobinas específicas para el estudio concreto y adecuadas al campo y a la región anatómica.
- Material de venopunción periférica.
- Estaciones de trabajo con software de post-procesado de imágenes.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES:

Presentamos imágenes representativas de casos y estudios que demuestran la importancia de una buena preparación del enfermo al examen, de un buen conocimiento y manejo de las distintas secuencias y parámetros, de un buen conocimiento sobre patología cerebral para relacionarlo con la técnica requerida y las múltiples aplicaciones de RM y TC en la patología cerebral. De esta forma se obtienen estudios diagnósticos más específicos y certeros mejorando la asistencia al paciente.

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:

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

Expone:

Que habiendo sido informado de la existencia de un fichero de datos personales gestionado por la Sociedad Española de Enfermería Radiológica para la relación entre ambos, puede ejercitar su derecho a rectificarlas, cancelarlas o oponerse, 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:

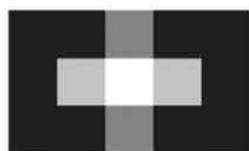


Normativa general del Congreso

1. Para poder participar como comunicador (comunicación oral o póster), será imprescindible que el ponente o primer autor esté inscrito en el congreso.
2. Se expedirá certificado de autoría de los trabajos solamente a los 6 primeros autores.
3. El tiempo máximo de exposición para la comunicación oral será de 8 minutos.
4. Las dimensiones del póster serán de 120cm de largo por 90cm de ancho.
5. En formato póster, se deberá enviar el resultado definitivo en JPG al Comité Científico antes del 10 de septiembre, para elegir los 20 pósters que deberán defenderse.
6. El tiempo máximo de exposición para la defensa del póster será de 3 minutos.
7. Para obtener los créditos de **Formación Continuada** se deberá asistir, como mínimo, a 3 de las 4 mesas acreditadas (80% de asistencia).
8. La inscripción como congresista incluye la asistencia al congreso, documentación, comidas de trabajo y la cena de clausura.
9. La inscripción de los acompañantes incluye las comidas de trabajo y la cena de clausura.

Solicitada la acreditación para las mesas de Formación Continuada, para la obtención de los Créditos Nacionales (CFC) e Internacionales (ICNEC).

Evento autorizado por Farmaindustria (20-05-2009)



COVIDIEN

Secretaría técnica:

Neus Pons
Grupo Ars XXI de Comunicación (OPC)
C/ Muntaner, 262, ático 2ª
08021 - Barcelona
Fax: 934 881 193
Mail: OPC@ARSXXI.com