

REVISTA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA RADIOLÓGICA

RSEER

Órgano Oficial de la Sociedad Española de
Enfermería Radiológica

Alcoi, 21 08022 Barcelona
Teléfono 93 253 09 83
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:

Gumer Pérez Moure
Redactor Jefe de la RSEER
Alcoi, 21 08022 Barcelona
gperez@enfermeriaradiologica.org

Periodicidad:

Trimestral

Suscripciones:

Srta. Laura Rausell
Teléfono 93 253 09 83
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

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

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/ Zamora, 91-95, 4º 3ª - 08018 Barcelona
Tel. 93 309 49 80 - Fax 93 485 34 79
E-mail: servioff@terra.es



ARBU DISEÑO GRÁFICO

Diseño y comunicación visual

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

SUMARIO

REVISTA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA RADIOLÓGICA RSEER, 2005; nº 1

3	Editorial
4	Carta del presidente de la SEER
5	Carta de la presidenta del XI Congreso de la SEER
6	XI Congreso de la SEER. Comunicaciones Orales Jueves 5 de Mayo de 2005
14	XI Congreso de la SEER. Comunicaciones Orales Viernes 6 de Mayo de 2005
26	XI Congreso de la SEER. Pósters Sábado 7 de Mayo de 2005
37	Reglamento de congresos y reuniones científicas de la SEER
42	Noticias RSEER
43	Actos científicos
44	Enlaces Internet
46	Información para los autores
47	Solicitud de ingreso

EDITORIAL

COMITÉ EDITORIAL

REVISTA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA RADIOLÓGICA

Alcoi, 21 08022 Barcelona
Teléfono 93 253 09 83
Fax 93 212 47 74
www.enfermeriaradiologica.org

Redactor Jefe:

Gumer Pérez Moure

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 Asumendi (Navarra)
M^a Angeles Betelu Oronoz (Navarra)



Junta directiva de la SEER

Presidente: **Joan Pons Camprubí**
Vicepresidente: **Jaume Roca Sarsanedas**
Secretaria: **Laura Pla Olivé**
Tesorera: **M^a Antonia Gómez Martín**

Vocales Asociaciones Autonómicas:

Aragón: **Gema López-Menchero Mínguez**
Castilla León: **Clemente Álvarez Carballo**
Valencia: **Luis Garnés Fajardo**
Navarra: **Maite Esporrín Las Heras**
Cataluña: **Antonio Hernández Martínez**

Con esta revista emprendemos la segunda etapa del camino que empezamos hace un año. Tenemos la esperanza e ilusión que este período que empezamos sea, como mínimo, igual que el anterior. Hemos hecho largas travesías por las áridas y, a menudo, infértiles tierras de la enfermería española, si bien hemos encontrado pequeños oasis que nos han permitido cargar nuestras alforjas de agua y resguardar nuestras pieles del sol.

Como todos ustedes sabrán estamos a la expectativa de la aprobación por el Congreso de los Diputados del Real Decreto de Especialidades de Enfermería, que ya debería haberse aprobado el pasado mes de Enero. Actualmente, en el momento de escribir estas palabras no tenemos conocimiento de cuál será el final de esta historia que parece no tener fin, incluso comenzamos a dudar de la veracidad de las promesas, ya tantas veces incumplidas, por los sucesivos responsables del Ministerio de Sanidad.

De todas formas, no cederemos en el afán de continuar con nuestro empeño y compromiso con nuestra especialidad. Las aspiraciones que perseguimos son claras y concisas, por lo que nuestro posicionamiento en este momento es de espera activa. Estamos estudiando nuevas vías de actuación que sean más eficaces, fiables y fructíferas. Por supuesto, les mantendremos informados de todos y cada uno de los pasos y acciones que llevemos a cabo.

Tenemos proyectos científicos de los que recibirán puntual información en marcha. Además, en nuestra creencia que la Formación Continuada es uno de los pilares de nuestra Sociedad, celebraremos en Noviembre una jornada que abordará el tema del cáncer de mama. Como todos ustedes saben, estas jornadas monotemáticas buscan un dinamismo e interacción entre las disciplinas que forman parte de la SEER.

No puedo finalizar esta editorial sin agradecer a Gema López-Menchero, cuya trayectoria profesional y férrea voluntad la avalan, al Comité Organizador y Científico todas las energías y bríos que están utilizando para que este Congreso sea de vuestro agrado. Estamos convencidos que el arduo trabajo que están realizando será recompensado por las congratulaciones que recibirán de todos nosotros.

Reciban un cordial saludo,

Gumer Pérez Moure
Editor Jefe de la RSEER

CARTA DEL PRESIDENTE DE LA SEER

Os escribo estas palabras de bienvenida a nuestro congreso, en nombre de la Sociedad Española de Enfermería Radiológica (SEER), con el deseo que disfrutéis del evento que hemos organizado y con la ilusión de alcanzar vuestra aprobación más sincera.

Como muy bien sabéis, estas reuniones son siempre motivo de encuentro de profesionales con unas metas e inquietudes comunes. Pero no deja de ser una fuente de tertulias entre amigos que conversan sobre sus **experiencias** laborales, incluso personales. Muchos de nosotros ya éramos viejos conocidos. Sin duda, estoy convencido que a partir de este Congreso seremos algunos más.

Nunca perderé la esperanza de convertir a esta Sociedad en el principal punto de referencia de los profesionales que desarrollan su tarea diaria en el mundo de las radiaciones ionizantes. Para ello, necesitamos vuestra colaboración, opiniones, ideas... pero lo que es más importante es vuestra presencia, la de los viejos amigos y, por supuesto, la de aquellos que hoy iniciáis una aventura personal junto a nosotros.

La actualización de nuestros conocimientos requiere una formación que no debemos dejar de lado. La continua revisión de nuestras acciones diarias, de nuestros **cuidados de enfermería** solicitan una **inversión** que aún no estamos acostumbrados a realizar. Debemos ser conscientes del peso específico que poseen las Sociedades Científicas de Enfermería y su íntima relación con la producción investigadora que promueven sus propios asociados. Además, la importancia que la formación continuada acreditada tendrá, en un futuro no muy lejano, debe ser analizada y valorada por todos nosotros.

Desde el año 1984 la Enfermería Radiológica organizada en Federación Española de Asociaciones (FEAER), ha celebrado diez Congresos. Aquí en Teruel, iniciamos una nueva etapa como Sociedad Española de Enfermería Radiológica. Aunque nuestros **objetivos** siguen siendo semejantes en su forma, bien es verdad que era necesaria una evolución para reunir al máximo número de profesionales de todo el Estado.

Podemos afirmar que la consolidación científica y administrativa de la SEER es hoy ya un hecho. Pero no debemos caer en la tentación de pensar que hemos acabado nuestro trabajo. La Enfermería Radiológica tiene una enorme proyección hacia el futuro. Hemos

de seguir evolucionando. El **Real Decreto de Especialidades de Enfermería** supone un nuevo reto para nosotros. Estamos acostumbrados a los crónicos y continuos olvidos y silencios sobre nuestra Especialidad, pero de cualquier forma, que nadie piense que vamos a lanzar nuestras esperanzas por la borda o a renunciar al espacio natural que nos pertenece. Estamos convencidos que tenemos una base científica suficiente como para demandar, al resto de profesionales, el respecto que nos merecemos.

Permitidme la comparación, si afirmo que dentro de la Enfermería hemos sido unos verdaderos "Quijotes". Como muy bien sabréis, este año se celebra el 4º Centenario de su publicación. Podremos volver a rememorar sus batallas, sueños y andanzas forjadas por tierras castellanas. La analogía entre el Quijote y nuestra Especialidad es demasiado fácil, verdad?

Quiero dar mi más sincero agradecimiento a todos los que han hecho posible que nos reunamos en Teruel con el mismo espíritu que lo venimos haciendo desde hace más de 20 años. En primer lugar felicitar a la Presidenta del Congreso, Gema López-Mencheró y su comité organizador por su ímpetu y constancia que son un seguro de éxito. También quiero agradecer al Comité Científico, presidido por Ángel Orduna, su dedicación y perseverancia.

A conferenciantes, ponentes y asistentes les quisiera agradecer de todo corazón su honesta contribución a aumentar la calidad científica y humana del Congreso. Por último, reconocer el apoyo fundamental de la industria, sin el cual tipo de eventos no podrían llevarse a cabo.

¡Bienvenidos a Teruel, que también existe!

¡Bienvenidos a vuestro XI Congreso!

Joan Pons Camprubí
Presidente de la SEER

CARTA DE LA PRESIDENTA DEL XI CONGRESO DE LA SEER

Un saludo a todos los profesionales de Enfermería Radiológica.

Cuando esta revista esté en vuestras manos, hará muy poquito que habremos acabado el XI Congreso Nacional de Enfermería Radiológica.

Ojalá tuviera una bola de cristal, a 15 días vista, y viera cómo todos los asistentes al Congreso regresaban satisfechos y contentos a sus hogares...eso significaría que todo ha salido bien y que se han cubierto las expectativas del Comité Organizador, pero...no, no la tengo y debo confiar y pasar nervios hasta que llegue el día...y todo haya ido bien...!!! ó, mal!!!

Esto que sería normal en una organización de un Congreso es lo que toda la Enfermería Radiológica está pasando en estos momentos con el tema de las Especialidades...¿Qué pasará con la nuestra?...tenemos y debemos confiar y pasar nervios, hasta que llegue el día en que alguien nos diga...bien, ha salido todo bien, ó mal, no hay nada que hacer...

Y tengo un problema y es que igual que confío en mi Comité Organizador y sé que exceptuando las incidencias, que se darán y son imposibles de evitar, todo irá bien...pero, no sé...no tengo confianza en lo que pueda pasar ahora con la especialidad, no sé quien ha consentido esta situación, tan sólo se trataba de encontrar mi espacio y no dejar que se pusieran en tela de "juicios" mis funciones, mis competencias, mis tareas...en definitiva mi especialización, mi profesión.

La enfermería tiene un handicap y es que servimos para todo...lo mismo organizamos un Congreso, que instrumentamos una apendicitis, cuidamos una ulcera o hacemos un scanner, y también tenemos un problema no terminamos de trabajar bien y de forma completa cuando tanto hemos de abarcar, hasta el refranero lo sabe...

Quiero ser eficaz y eficiente en mi trabajo, me gusta el paciente y sus cuidados y me gusta la técnica, sé hacerlo todo y sé que puedo hacerlo muy bien...para esto no necesito una bola de cristal...sólo necesito encontrar mi espacio... que alguien sea consciente del potencial tan enorme y del valor añadido que tenemos los enfermeros que trabajamos por el paciente en todas las áreas de la Radiología...

En espera de que mis deseos se cumplan...un abrazo para todos y mi más sincera gratitud a los que habéis compartido este XI Congreso en Teruel.

Gema López-Menchero Minguez

Presidenta del XI Congreso Nacional de Enfermería Radiológica



XI CONGRESO DE ENFERMERÍA EN RADIOLOGÍA, MEDICINA NUCLEAR Y RADIOTERAPIA

TERUEL 5, 6 Y 7 DE MAYO DE 2005

COMUNICACIONES ORALES

Jueves 5 de Mayo de 2005

La transformación de un servicio diagnóstico convencional a uno digital

P. Aguado, M. L. Teixeira

Complejo Hospitalario de Toledo

Introducción:

En la actualidad, la demanda social en materia de asistencia sanitaria va en aumento, los avances tecnológicos, el conocimiento científico, obliga al desarrollo de nuevas formas de organización, dotación de alta tecnología e incorporación de sistemas de información potentes.

El objetivo es cambiar el sistema tradicional de película y papel en los Servicios de Radiodiagnóstico, por un Servicio de Diagnostico y Tratamiento por imagen.

Material y método:

Rediseño e incremento del conjunto de salas.

Establecimiento de tres fases de ejecución, sin menoscabo de la asistencia.

Identificación de los RR.MM. necesarios para el cambio.

Identificación de los RR.HH. adecuación tanto en número como en competencia técnica.

Formación en nuevas tecnologías.

Resultados:

Digitalización de la imagen (YKONOS), desarrollo de potentes sistemas de información (RIS,PACS,HIS). Desaparición del papel y película fotográfica. Organización en Áreas funcionales en un mismo Grupo Funcional.

Conclusiones:

La incorporación de nuevas tecnologías nos va a permitir introducirnos en un nuevo entorno que establezca procesos más eficientes y productivos. Estos cambios tecnológicos dan un paso más adelante, producen un cambio cultural en los profesionales que se nutren de nuestra actividad, permiten la descentralización del resultado, haciendo que este Servicio forme parte de un modelo integrador y resolutivo para los problemas de salud de nuestros ciudadanos.

Camino hacia la radiología digital

*julià rigau, josep (autor) diplomado en enfermería
buenaventura fonalleras, Platón. iglesias carrasco, rosa (colaboradores)
hospital santa caterina, parc hospitalari martí julià*

Introducción: El 18 de Septiembre de 2004, estrenamos un nuevo hospital y un nuevo servicio de Diagnostico por la imagen, de repente nos encontramos trabajando con nuevas herramientas y un nuevo concepto en el tratamiento de la imagen y de la información, atrás, en el viejo hospital quedaban un montón de recuerdos y experiencias vividas.

El soporte de película, las reveladoras con sus respectivos reactivos dan paso a un sistema digital donde los chasis y los líquidos son sustituidos por nuevos formatos, por imágenes que circulaban por la red y se almacenan en nuevos soportes informáticos, esto supone la desaparición del film tradicional apareciendo la imagen digital, los ordenadores, nuevos programas y un nuevo léxico, en definitiva una nueva manera de trabajar. Palabras como HIS, RIS, PACS, DICOM, WORKLIST, DICOM, HL7...conforman este nuevo vocabulario.

La implementación de este cambio, su gestión (comunicación, implantación, formación) y las diferentes etapas de puesta en marcha no estuvieron exentas de un aumento de estrés en las persona implicadas, las estrategias de afrontamiento dirigidas al problema y a las emociones se han vivido de manera particular según cada persona eran muchas las novedades que asimilar, y se acercaba el tiempo limite de inauguración del centro.

El objetivo de nuestra presentación es doble, por una parte mostrar nuestra experiencia personal en todo este proceso de adaptación y por otra mostrar las ventajas de este nuevo sistema en comparación con el anterior.

Material y método: Para explicar nuestra experiencia personal utilizaremos una presentación de power point estructurada de la siguiente manera:

- 1.-Presentación rápida del hospital y del servicio.
- 2.-Funcionamiento de la radiología convencional.
- 3.-Funcionamiento de la radiología digital.
- 4.-Ventajas de la radiología digital.
- 5.-Gestión en la implantación de la radiología digital.
- 6.-Sistemas de información radiológica.
- 5.-Que es un PACS.6.-Que es un RIS.
- 7.-La estación de trabajo.
- 8.-Las imágenes fuera del servicio.
- 9.-Imágenes digitales

Resultados-Conclusión: La implantación de sistemas de información RIS y PACS supone la instauración de un entorno de trabajo hospitalario "sin papeles" y "sin placas" una disponibilidad del historial radiológico y de las imágenes, un buen registro de todos los estudios, así como, el registro de la actividad efectuada. Fuera del servicio se puede disponer de todo el historial radiológico perfectamente ordenado, con imágenes e informes de cualquier localización del hospital con la posibilidad de vincularlo a la historia clínica electrónica.

Bibliografía:

Trapero MA, Gestión de servicios de diagnostico por la imagen: Radiodiagnóstico en gestión hospitalaria (3 ED.)Temes J.L (ED) Mc Graw-Hill Interamericana. Madrid 2002.

Baker SR. PACS and radiology practice: enjoy the benefits but acknowledge the threats. Picture archiving and communications systems. Am J Roentgenol 1999;173:1173-1174.

Yao-Yang Shie PHD, Roberson GH, Internal IT support crucial to success in filmlessdepartment, Diagnostic imaging. April 2000:55-62.

Cuidando el dolor

Betelu Oronoz, M. A.; Pérez Rojo, P.; Arroyo Navascués, I.; Nuin Bidegain, M. C.; Esporrín Las Heras, M. T.; Azcona Asumendi, M. A.; Arriazu Enrique, M. P.; Aquerreta Beola, J. D.; Centeno Cortes, C.* Servicio de Radiología. *Dpto. de Oncología. Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona.

El dolor es un síntoma que con relativa frecuencia está presente en los pacientes que acuden a realizarse una exploración en Radiología. En ocasiones es el propio procedimiento diagnóstico o terapéutico el causante del mismo, pudiendo constituir un motivo de queja y angustia para pacientes, familiares, y también para los profesionales que los atendemos, cuya prioridad son las necesidades que presenten durante la realización de la técnica.

Radiología colabora en la evaluación diagnóstica de los síntomas dolorosos comunes en el cáncer, que permite determinar la causa del dolor y si está producida por la recurrencia o progresión de la enfermedad o por la lesión tisular ocasionada por el tratamiento del cáncer, mediante estudios radiológicos, TC y RM entre otras pruebas. Es, por todo ello, un punto muy importante a tener en cuenta en nuestra práctica diaria.

Para manejarlo, es relevante poseer un conocimiento acerca del tema, para así comprender las manifestaciones y alteraciones que puedan presentar y ofrecer una solución acorde con el problema.

Además, hemos comprobado en un cuestionario informatizado para los pacientes que se realizan una exploración de Resonancia Magnética, que aquellos que presentan dolor colaboran mal en las exploraciones y muchas veces la calidad deficiente de las mismas hace que no sean resolutivas.

El dolor requiere un enfoque integral y multidisciplinario y aunque en la mayoría de los casos el tratamiento farmacológico representa el principal recurso terapéutico, nos parece muy importante intentar elaborar un plan de manejo del dolor para estos pacientes ya que es un requisito esencial para la calidad de los cuidados, incidiendo muy especialmente en el confort y en el manejo de los síntomas.

Con este fin organizamos un grupo de trabajo incluyendo enfermeras de RM, radiólogo, oncólogo y un especialista de la Unidad del Dolor. Elaboramos un protocolo de actuación que incluyera la pauta a seguir en las diferentes situaciones que pueda presentar un paciente en nuestra unidad y establecer la actuación correcta dependiendo de si tiene o no pauta analgésica y de los cuidados que pueda necesitar.

Finalmente, incluye también un registro de la valoración del paciente y las distintas actuaciones realizadas.

Este protocolo ha puesto en evidencia la necesidad de formación de los profesionales sobre el conocimiento del dolor, su importancia y su manejo, tanto general como farmacológico.

Radiología en el área de salud. Papel de la teleradiología. Nuestra experiencia (1998-2004).

Rey Fraile, Francisco; Ferro Castaño, Rosa; Sanchez Nuñez, Adela Complejo Hospitalario de Pontevedra (montecelo – provincial)

Introducción:

Describir nuestra experiencia en el uso de la teleradiología en el área de salud. Teniendo como objetivo incrementar la calidad en la atención radiológica.

Material y métodos:

Los estudios radiológicos son realizados en un centro de salud y enviados por la red del Sergas a su Hospital de referencia para su evaluación e informe por el radiólogo correspondiente.

Resultados:

- Aumentar la calidad en las exploraciones radiológicas.
- Disminución número de exploraciones.
- Reducción de riesgos y costes.

Conclusiones:

- Permite manejar las salas de radiología de atención primaria como una sala más dentro del Servicio de radiología.
- Paciente de Atención Primaria = Paciente de Atención Especializada.
- Abre una vía de comunicación entre profesionales de Atención Primaria y Especializada

Técnica de renderización de volumen en estudio de tórax-abdomen y vascular

J. J. Zamora Pardo*, M.D Martinez Vicente*, J.A. Bastida Muñoz*, P.Soler Gallego* y A. Parrilla Almansa**.
(*Enfermeros, **Médico Radiólogo)

H.U. Virgen de la Arrixaca, El Palmar, Murcia

Introducción: La Técnica de Renderización de Volumen (VRT) es un programa con el que podemos colorear tejidos a partir de imágenes CT o RM, en una vista tridimensional semitransparente, que aporta valiosos datos diagnósticos y, sobretodo, una visión integral de gran ayuda para el cirujano.

El programa colorea los diferentes tejidos en virtud de su densidad.

Material y método: En nuestro caso, las imágenes CT han sido adquiridas mediante un Scanner helicoidal dual (modelo SOMATOM VOLUME ACCESS de SIEMENS) en el Departamento de TAC del Servicio de Radiodiagnóstico del H.U.Virgen de la Arrixaca de Murcia.

Podemos modificar la densidad de los tejidos administrando medios de contraste iodados durante la exploración, consiguiendo una mayor diferenciación de los mismos.

En las exploraciones objeto de este trabajo hemos utilizado como medio de contraste la molécula Iopromida en concentración de 300 mg %, administrada mediante bomba de perfusión Ulrich, a un flujo de 3,5 ml/seg y 120 ml de volumen total.

Exploramos la región objeto del estudio con un grosor de corte de 3 mm (x2) y un desplazamiento de mesa de 8'8 mm (Pitch 1'46), 100 mA, 120 Kv.

Reconstruimos imágenes con incremento de 1'5 mm y un filtro de reconstrucción muy homogéneo (10f-20f).

Resultados: El grupo de imágenes se carga en la aplicación 3D, obteniendo, en primer lugar, una reconstrucción multiplanar (MPR) en los tres planos básicos (axial, sagital y coronal). Definimos el volumen de interés (VOI), eliminando los objetos que puedan "estorbar" y activamos la VRT.

El programa VRT ofrece una "galería" de preajustes de coloreado en la que podemos guardar, además, aquellos que vayamos creando con la herramienta denominada "definición de VRT".

"Definición de VRT" contiene un gráfico, llamado histograma, con todos los valores de densidad de la exploración. Sobre el histograma podemos aplicar hasta cuatro rangos de color, representados por trapezoides, que movemos libremente hasta conseguir el resultado que buscamos: colorear adecuadamente los tejidos.

Aquellas "creaciones" que nos resultan satisfactorias se guardan en la "Galería de VRT".

Conclusiones: Se obtienen imágenes espectaculares de gran interés diagnóstico y de gran ayuda en la planificación de la cirugía y tratamiento médico. Estas imágenes son consideradas por los correspondientes facultativos especialistas de nuestro Hospital como de especial interés y casi imprescindibles en su planificación quirúrgica actual.

Colaboración radiológica en la reducción quirúrgica de fractura odontoides

José Manuel Sánchez Pérez.

Hospital POVISA.

Introducción:

El motivo de la siguiente presentación es explicar el procedimiento quirúrgico y su relación con las necesidades radiológicas.

La base de la técnica quirúrgica consiste en el abordaje anterior de la lesión, con la finalidad de introducir dos tornillos, mediante control radiológico simultáneo, desde la base de la 2ª cervical hasta el Ápex de la apófisis odontoides, con el fin de inmovilizar la fractura para favorecer su consolidación e impedir el enclavamiento medular de la apófisis odontoides con consecuencias irreversibles (tetraplejía).

Material y método:

Equipo intensificador portátil quirúrgico Siemens.

Equipo intensificador portátil quirúrgico General Electric.

Resultados:

En nuestro hospital se han realizado 4 intervenciones:

- En 1 paciente solo se pudo colocar un tornillo debido a su configuración anatómica.
- En 1 paciente no se pudo introducir todo el tornillo debido a alteraciones en la 3ª cervical, osteofito.
- En 2 pacientes se consiguió la colocación de ambos tornillos.
- En todos los casos se consiguió una fijación adecuada de la fractura, permitiendo una consolidación adecuada.

Conclusiones:

La colaboración interprofesional entre cirujano, personal de quirófano y personal de radiología es fundamental.

También es fundamental el conocimiento de la técnica quirúrgica por parte del personal de radiología, y por consiguiente necesario también el conocimiento de la técnica radiológica por parte del personal de quirófano.

Propuesta de utilización de Protocolo en estudios angiográficos de coronarias mediante TC

José Manuel Sánchez Pérez.
Hospital POVISA.

Introducción: La intención de esta comunicación es la de mostrar el empleo y desarrollo de un protocolo de citación, recepción y realización del estudio angiográfico de las arterias coronarias mediante TC helicoidal multicorte, habiéndose desarrollado durante la práctica diaria en el transcurso de dos años y con un total de 916 pacientes.

Material y Método: Trabajo realizado entre Noviembre de 2.002 y enero de 2.005 elaborando en este periodo una base de datos con un total de 916 pacientes, realizándose una valoración de las variables epidemiológicas y de tratamiento de resultados, e intentando plasmarla en un formato útil y ágil que permita el seguimiento y reproducibilidad de la exploración.

La hoja de registro consta de dos partes claramente definidas, filiación, antecedentes y cuidados rellenando esta el personal de enfermería; y otra diagnóstica relacionada con la patología de las arterias coronarias, siendo esta cubierta por el radiólogo.

El TC utilizado es un multicorte de 16 filas de detectores (Sensation 16, Siemens), con reconstrucciones basadas en planos oblicuos y cráneo-caudales, MIP y renderizaciones en 3D.

La citación del paciente se realiza en una base de datos EXCELL donde se recogen los datos de filiación factores de riesgo, pruebas complementarias y medicación actual.

Previamente al examen se comprueba medicación, y se toma frecuencia cardiaca y tensión arterial, para posteriormente administrar en caso necesario un betabloqueante (metoprolol 100 mg) o un antagonista del calcio (diltiazem 60 mg). El vasodilatador utilizado (0,4 mg de nitroglicerina sublingual, Trinispray) se administra, en caso necesario, acostado en la mesa de exploración.

Para la introducción de contraste usamos un equipo automático de doble inyección (Ulrich), este permite la introducción secuencial de contraste (Iopromida 370) a un flujo de 4 ml/seg., y de suero fisiológico, 50 ml a la misma velocidad.

Una vez finalizada la exploración se registra en la hoja de protocolo la frecuencia cardiaca y la tensión arterial

Todas las variables se estudian mediante el paquete estadístico SPSS.

Resultados: La media de edad fue de 61 años, siendo hombres el 73% y mujeres el 27%, el 18% de los estudios fueron normales, siendo el motivo de petición más frecuente , dentro de los factores de riesgo, se observó un valor de Framingham bajo en un 44,4%, medio 32,5%, y alto en un 23,2%.

Las complicaciones fueron:

- Por alteraciones del ritmo cardiaco 2
- Por efectos secundarios al contraste 5.
- Por extravasación de contraste 12.
- Por problemas técnicos 3, uno en relación con la inyectora, y dos con la técnica de TC.
- Un paciente que rehusó hacerse la exploración.

El porcentaje de cumplimiento fue en un principio de 68%, aumentando con el tiempo hasta situarse en la actualidad en un 89,5%

Conclusiones: La protocolización permite el control del proceso diagnóstico desde el momento de la citación hasta la emisión del informe radiológico, posibilitando en todo momento el conocimiento y control del estado del paciente y minimizando la aparición de complicaciones.

La colaboración interdisciplinar del personal técnico de radiología, radiólogos y personal de enfermería es fundamental para la elaboración de una base de datos ágil y útil.

Optimización del volumen de contraste administrado en estudios de tromboembolismo pulmonar con TC multicorte asistida por ordenador.

Casaña Mohedo, Jorge; Vélez Castaño, Olga; Esteban Hernandez, Jose Manuel; Cervera Deval, Vicente

Unidad de TC y RM. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, España.

Objetivos:

Demostrar la posibilidad de reducir los volúmenes de contraste en los exámenes angio-TC de arterias pulmonares adecuando el flujo y volumen del mismo a la velocidad de adquisición con un equipo de 16 detectores, sin detrimento de la calidad diagnóstica.

Material y métodos:

Examinamos dos grupos de 10 pacientes (a y b) con sospecha de tromboembolismo pulmonar (TEP) realizando el examen con protocolo convencional en uno de los grupos y con técnica asistida en el otro. Las exploraciones se realizaron con un equipo TC de 16 detectores. En el primer grupo (a) se administró un volumen de contraste de 110-130 ml a una velocidad de inyección de 4ml/seg. En el grupo b las exploraciones se realizaron con un volumen de contraste de 60-80 ml al mismo flujo. Los exámenes se analizaron de forma independiente por dos observadores en una estación de trabajo, obteniendo medidas de unidades Hounsfield (U.H.) en los troncos arteriales, arterias pulmonares principales y ramas segmentarias en lóbulos superiores e inferiores, realizando posterior análisis estadístico de los valores obtenidos.

Resultados:

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los valores de U.H. en el grupo a y b de pacientes. Todos los exámenes realizados se consideraron por los dos observadores de calidad diagnóstica. Se diagnosticó TEP en 5 pacientes del grupo a y en 7 pacientes del grupo b.

Conclusiones:

Es posible reducir el volumen de contraste en los exámenes de TEP con equipos de 16 detectores con la técnica descrita, con resultados similares a los obtenidos con los equipos convencionales.

T.E.P. bajo la experiencia del T.A.C. multidetector

Bellon Gomez, Candido; Sanchez Becerra, Jose Manuel; Lopez Vega, Jose Manuel
H. General Virgen del Rocío. Sevilla.

Objetivo: Comunicar nuestra experiencia en la evaluación del T.E.P. mediante T.A.C. Multidetector

Material y método: Estudios con Equipo Acquillion de Toshiba de cuatro detectores. Centrándose en zona del cayado aórtico y utilizando contrastes I.V.

Resultados: El resultado es diagnóstico en el 85 % de los casos estudiados.

Conclusión: El T.A.C. helicoidal multidetector se convierte en una técnica de primera línea para la investigación del T.E.P., tanto más cuanto se realice un protocolo adecuado.

Dosis de Contraste en TC Abdominal: Mejorías al Considerar el Peso del Paciente

Eva Tobara Perez, Estanislao Arana Fernandez de Moyá, Luis Martí-Bonmatí, Consuelo Sierra Moreno, Juana Forner Giner, M.Ángel Navarro García.

Servicio de Radiología de Clínica Quirón Valencia

Introducción: Al realizar una tomografía computarizada (TC) abdomino-pélvica se debe adecuar la calidad del estudio ajustando la dosis del contraste yodado intravenoso en función del peso del paciente, dado que esta es la variable conocida que más influye en la captación de vasos y parénquimas.

Objetivo: Analizar si la dosis de contraste ajustada al peso frente a una dosis fija produce diferencias significativas en la opacificación de los tejidos y en la cantidad de volumen total administrado.

Material y métodos: Se estudiaron 150 pacientes (73 hombres y 77 mujeres con una media de edad de 55 ± 16 años). A 101 se les inyectó una dosis de contraste de 1,75 mL/Kg., y a 49 una inyección única de 120 mL del mismo contraste (Visipaque® 320 mg/mL, GE Healthcare). Se rechazaron 3 pacientes (2 por cardiopatía severa y 1 por postoperatorio inmediato de metástasis hepáticas). Todos ellos se estudiaron con un TC helicoidal monodetector con un retraso de 65 segundos desde el comienzo de la inyección. Posteriormente se midió mediante regiones de interés el coeficiente de atenuación en unidades Hounsfield (UH) en 3 localizaciones: lóbulo hepático derecho, aorta abdominal superior y vena cava inferior. El análisis estadístico se realizó con pruebas de ANOVA y Chi-cuadrado, dividiéndose los pacientes en cuatro grupos en función de su peso (<60 Kg., 61-70 Kg., 71-80 Kg. y >81 Kg.).

Resultados: La atenuación de la aorta en el grupo de volumen por peso fue significativamente mayor que en el del volumen fijo ($p < 0,05$). En el grupo de volumen fijo la atenuación de la vena cava fue, sin embargo, superior al de la inyección por peso ($p < 0,0001$). Aunque no hubo diferencias significativas en ningún grupo de pacientes cuyo peso fuera < 80 Kg., en los pacientes de >80 Kg. la atenuación hepática fue estadísticamente superior en el grupo de volumen por peso ($p = 0,021$). Respecto al consumo de contraste, en los pacientes de <80 Kg., la inyección por peso ahorró en los 86 pacientes una media de 4 _ por paciente. En los 15 pacientes de >80 Kg., el protocolo de volumen por peso tuvo un coste medio mayor de 12 _ por paciente. Así, por cada 100 pacientes de peso similar a nuestra serie, el ajuste de volumen a peso ahorraría 160 _.

Conclusiones: En pacientes de <80 Kg., un volumen de inyección de 1,75 mL/Kg. produce una calidad diagnóstica óptima con un ahorro económico de 4 _ por paciente. Los pacientes de >80 Kg. requieren una mayor dosis de contraste para la optimización del estudio.

Endoscopia virtual mediante CT en patología esofágica

Vélez Castaño, Olga; Casaña Mohedo, Jorge; Ballester Leiva, Vicente; Gurra Ramón, Francisco Miguel; Roch Penderia, Sara.
Eresa, Consorcio Hospital General de Valencia: Servicio de TAC y RM.

Introducción: El propósito de este tipo de exploración es la búsqueda de patología esofágica, tanto benigna como maligna, mediante la distensión del esófago con gas.

El personal de enfermería valorará la situación del paciente y la posibilidad de distender el esófago del paciente.

Además, esta prueba también permite conocer la situación de los stents, en los casos de cirugía torácica.

Material y métodos: Ct Light speed 16i, contraste yodado no iónico clarograf (Juste), granulado efervescente (Justegás), estación de trabajo (Advantage windows) con el programa destinado a la navegación virtual.

Conclusiones: Detección de alteraciones esofágicas con la mínima molestia para el paciente (sin necesidad de introducción de sondas).

Valoración de la colocación de stents torácicos para prevenir problemas quirúrgicos.

Mediante esta nueva técnica conseguimos estudiar al paciente sin invasión, es decir, buscando la máxima efectividad con la mínima incomodidad.

RM funcional: para qué, cómo y sus cuidados.

Ana Isabel Morón Gallego, Trinidad López Villarroya
Hospital universitario Miguel Servet de Zaragoza

Objetivo: mostrar la utilidad de la RM funcional para delimitar las áreas motoras y sensitivas del encéfalo con objeto de planificar una intervención quirúrgica cerebral.

Material: una RM de 1.5 Tesla. La antena craneal. Consola de postprocesado de la información

Método: Lo primero y fundamental es la explicación al paciente de la exploración que le vamos a realizar, con el fin de tranquilizarle y obtener la máxima colaboración para conseguir así una correcta adquisición de los datos.

Serie: AX T2 FRFSE TE:85 TR:3400 ETL:15 matriz:512x256 2nax fov: 28 slice:10/2 con una duración de 1:15 segundos.

Serie: AX EPI-BOLD TE:60 TR:3000 FLIP ANGLE:90 matriz 64x64 1nax fov:28 slice:10/2 cuya duración es de 6,25 minutos en periodos de 30sg de activación y reposo de la actividad a estudiar.

Resultado: La activación neuronal del área motora que deseamos representar, mediante movimientos mecánicos. Así poder localizar las áreas que pueden encontrarse afectadas por la lesión tumoral que se necesita extirpar y con esta información el cirujano valorar las posibles secuelas.

Conclusiones: El estudio de RM funcional es útil para mostrar las áreas motoras que se pueden dañar con la cirugía de tumores. El papel del personal de enfermería es esencial para tranquilizar y adiestrar al paciente en los movimientos mecánicos que tiene que realizar y así conseguir una perfecta colaboración para la adquisición de datos. Es muy importante conocer la patología del paciente y el área a estudiar, de igual forma un conocimiento perfecto de la técnica a aplicar.

Protocolo de embolización uterina. Labor de enfermería en la unidad de RM

Montero Monterroso, I.
Hospital Universitario Reina Sofia de Córdoba

Introducción: El mioma uterino o leiomioma se define como la patología pélvica benigna más frecuente, que afecta a casi el 40% de las mujeres en edad reproductiva. En nuestro hospital, desde el año 2000 se dio comienzo al PROTOCOLO DE EMBOLIZACIÓN UTERINA, por el cual más de un centenar de pacientes con esta patología ginecológica, han sido enviadas desde el Servicio de Ginecología del hospital a nuestro servicio de Radiodiagnóstico: 1º a la Unidad de Resonancia Magnética (RM), para confirmación del diagnóstico, además de obtener una excelente visualización y localización exacta de los miomas uterinos.

2º a la Unidad de Radiología Vascular-Intervencionista para la embolización del/ los miomas. Los controles periódicos establecidos para las pacientes embolizadas se hacen por imagen de resonancia magnética.

Objetivo: 1. Mostrar la experiencia en la Unidad de RM respecto de este protocolo. 2. Exponer los cuidados de enfermería a estas pacientes en la Unidad de RM en el proceso de PRE- y POST-embolización. 3. Presentar la técnica de la exploración.

Material y método: •Equipo multidisciplinar. •Aparato de RM Signa Contour de 0.5 Tesla Protocolos de Enfermería de Atención y Cuidados a la paciente:

Fase Pre-estudio: •Acogida de la paciente en la Unidad de RM

•Entrevista y explicación de la prueba a la que va a ser sometida: Hoja informativa y de Consentimiento Informado •Valoración de la colaboración y estado emocional.

Fase de Estudio:

•Colocación de antena específica de la región pélvica.

•Lograr máxima comodidad para evitar cualquier mínimo movimiento que produciría artefactos de imagen.

•Sosegar el miedo "escénico" (estar dentro del túnel, los ruidos)

Fase post-estudio:

•Extracción de la paciente del interior del túnel.

•Ayuda en la prevención de una posible aparición de hipotensión ortostática al incorporarse de la mesa. Protocolo específico de la técnica. Antena de superficie envolvente. Planos: Sagital, Coronal y Axial estricto. Secuencias: FAST SPIN ECO T2 y plano Axial en SPIN ECO T1

Resultados: 1. Al informar sobre la inocuidad frente a otras técnicas, la colaboración de la paciente es muy elevada. 2. Al no precisar de preparación previa (ayunas) o administración de contraste paramagnético, se aprecia mejor predisposición a la realización de la prueba.

3. Al proporcionar apoyo psicológico

•se aprecia claramente una reducción de la ansiedad

•previene la aparición de sensación claustrofóbica

•aporta tranquilidad sobre el "resultado" de la prueba.

4. Conforme a la técnica, las secuencias escogidas para obtener la imagen por resonancia magnética (RM) permite la delimitación exacta del mioma y visión generalizada de las estructuras anexas.

Conclusiones: La aportación del profesional de enfermería que trabaja en el diagnóstico por la imagen y, concretamente de RM, interviene de forma muy importante, dando CUIDADOS a las pacientes integradas en este protocolo, tanto en el proceso previo a la embolización como en los controles post-embolización por RM. Paralelamente se consigue realizar la resonancia con éxito, y que todo el PROCESO ASISTENCIAL discurra favorablemente. Destacar la importancia de la cooperación entre ambas unidades de Radiodiagnóstico (RM y V-I) obteniendo como resultado una combinación Tratamiento-Diagnóstico, que aunque reciente, está dando excelentes resultados. Se abre una puerta en la detección, diagnóstico y actuación terapéutica de esta patología, que busca en definitiva, restablecer el estado de salud y mejorar la calidad de vida.

Bibliografía:

• Masson 1996: Algoritmos en diagnóstico por la imagen. 273-276;

• JIMS 1992: Sobejano, A. Manual de RM. Parámetros generales. Atención al paciente: 3,6;

• Netter: pelvis femenina (mioma): 166. Salvat

• Manual de Protocolos y Procedimientos Generales de Enfermería. Hospital Universitario Reina Sofia. Ed: Dirección de Enfermería U. de Docencia, Calidad e Investigación de Enfermería HURS. 2001. Córdoba

Ecografía en la patología benigna de la mama

Noguerón Herrero, Julián. Jover Estellés, Pablo.

Clínica Jover. Radiólogos. Valencia.

Introducción: La ecografía no es la exploración indicada en el screening del cáncer de mama, pero sirve como complemento de masas detectadas en mamografía o en asimetrías de densidad, para evaluar masas palpables en menores de 30 años, embarazadas o madres lactantes y en el control o seguimiento de nódulos.

Material y métodos: En el estudio se han incluido 204 pacientes de edades comprendidas entre los 14 y 73 años, en el período de mayo a noviembre de 2.004 cuyo motivo de consulta incluye alguno de estos puntos:

a) Control de nódulo por seguimiento de tamaño.

b) Mastodinia o dolor importante de la mama.

c) Palpación clara de nódulo mamario.

d) Mamografía previa con nódulo.

e) Mamografía con aumento de densidad.

Una vez realizada la ecografía se establecieron grupos según el número de nódulos encontrados y el tipo de nódulo ecográfico que se encontró.

Resultados: De las 204 pacientes estudiadas, en 54 de ellas (26%) no se encontró ningún nódulo, en 60 (30%) se encontró un nódulo solitario, 51 (25%) tuvieron dos a cuatro nódulos y en 39 (19%) de ellas se encontraron más de cuatro nódulos.

De los nódulos hallados 242 se clasificaron como fibroadenomas, 224 como quistes, 8 lipomas, 3 fibroadenomas gigantes, 2 abscesos y 1 tumor Phyllodes.

Conclusión: La ecografía es el método principal tanto en el diagnóstico, como en el control y seguimiento de la patología benigna de la mama. Con el aumento de la calidad de las sondas y la mejora de los equipos de alta resolución, ha permitido desarrollar la capacidad de los estudios ecográficos en la mama.

Las investigaciones en Doppler color, medios de contraste y evaluaciones tridimensionales de la mama nos van a dar en el futuro mayor información de la ecografía en la mama, asignando ciertos niveles de sospecha maligna.

Biopsia esterotáxica de mama dirigida por resonancia magnética

Lourdes Terés Montoliu, Rafa Fort Uceda, Anna Oliva Vidal, Toni Pulido Aguila, Cristina Barana Vidal.

Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida, Institut de Diagnostic per la Imatge

Objetivo:

Sistematizar un plan de cuidados en la biopsia esterotáxica de mama guiada por RM.

Resumen:

La biopsia esterotáxica de mama guiada por RM constituye un avance significativo en el manejo del ca. de mama. Es una herramienta actual y práctica en aquellas pacientes que la RM de mama presenta captaciones de contraste que pueden corresponder a lesiones sospechosas de malignidad y no son visibles por mamografía o ecografía.

En nuestro servicio se ha realizado una BE al 4% de las pacientes que se había practicado una RM de mama.

Se describe, la metodología sistematizada de la técnica utilizada, el material necesario, las dificultades y limitaciones de la misma, así como el plan de cuidados de enfermería.

Conclusión:

La BEM guiada por RM es una técnica invasiva muy útil en el manejo del ca. de mama, larga, agresiva y generadora de estrés en las pacientes. El correcto conocimiento de la técnica, de los problemas potenciales que conlleva la misma y una valoración de las necesidades de la paciente, hará que podamos definir un plan de cuidados adecuado en cada una de las fases del estudio.

Papel de la enfermería en una sala de ecografía intervencionista, en el diagnóstico y tratamiento de patología mamaria.

Dolores Abelleira Cando, Maite Azkorra Otazua.

Hospital de Basurto. Bilbao

Introducción:

Nuestro objetivo es describir la técnica de exploración ecográfica de la mama y conocer sus usos como guía de procedimientos intervencionistas y terapéuticos, mostrando el importante papel de la enfermería en la consecución de estos procedimientos.

Material y métodos:

Hemos atendido un total de 3000 procedimientos incluyendo biopsias, marcajes y drenaje de colecciones de mama. El ecógrafo utilizado dispone de una sonda lineal de alta frecuencia (7,5 MHz o más).

Resultados:

El conocimiento y puesta en marcha de estas técnicas ha permitido ofrecer un servicio rápido y poco agresivo teniendo la enfermería un papel relevante en la atención y cuidados de la paciente, asumiendo la preparación previa de la paciente a la prueba y los cuidados posteriores.

Conclusión:

La puesta en marcha de nuevas técnicas intervencionistas en el servicio de radiología, exige una preparación especializada de la enfermería implicándose en la realización de los procedimientos para formar junto con el radiólogo un buen equipo profesional al servicio de la paciente.



XI CONGRESO DE ENFERMERÍA EN RADIOLOGÍA, MEDICINA NUCLEAR Y RADIOTERAPIA

TERUEL 5, 6 Y 7 DE MAYO DE 2005

COMUNICACIONES ORALES

Viernes 6 de Mayo de 2005

Planes de cuidados en radioterapia aplicados desde la consulta de enfermería

cases garzarán, nùria; hemández hemández, josefina; sanz iranzo, rosa m^a
Hospital Vall d'Hebrón - Barcelona

Introducción: En las Consultas Externas de Radioterapia (RT) de nuestro Hospital, se crea la Consulta de Enfermería para proporcionar cuidados a los pacientes oncológicos sometidos a tratamiento de RT externa. Para conseguirlo diseñamos un proceso de elaboración. En el año 2002, iniciamos la etapa de formación para adquirir conocimientos, aplicar los diagnósticos de enfermería (DE), elaborar protocolos y planes de cuidados. Todo ello fue consensuado conjuntamente con los facultativos y el equipo de enfermería. En marzo del 2004 se efectúa una sesión divulgativa a todo el Servicio. La puesta en marcha de la consulta de enfermería fue el 03/05/04 tal y como estaba previsto. Los objetivos que nos marcamos fueron por un lado dar una buena calidad asistencial al paciente y, por otro, conseguir la satisfacción del paciente, de la familia y su entorno así como del equipo asistencial.

Material y método: Nos basamos en el modelo conceptual de Virginia Henderson, modelo humanista en que los cuidados están centrados en la persona y no en la enfermedad.

Como método científico utilizamos el proceso de atención de enfermería (PAE). Es un proceso dinámico y cambiante en la medida que se modifican las necesidades del paciente o se van resolviendo los problemas. Constituye un método sistemático y organizado para administrar cuidados de enfermería. Favorece la participación del paciente en la elaboración de sus cuidados y en la toma de decisiones en cuanto al cuidado de su propia salud.

Para la aplicación de los planes de cuidados estandarizados incluimos como metodología de trabajo los DE de la NANDA, para obtener una identificación más clara del cuerpo de conocimientos del producto enfermero, una mayor responsabilidad y mayor autonomía profesional.

La historia de enfermería la tenemos informatizada en una base de datos (Acces 2000) en la que registramos todos los datos de valoración, diagnósticos e intervenciones que efectuamos al paciente.

Realizamos una selección de las patologías más prevalentes por presentar mayor toxicidad por el tratamiento de RT siendo éstas: cáncer de mama, cáncer de cabeza y cuello y cáncer de esófago.

Los cuidados de enfermería van dirigidos a minimizar los efectos agudos provocados por la RT y son: cuidados de la piel, mucosas y nutrición. Para ello integramos los siguientes DE: Riesgo y/o deterioro de la integridad cutánea (radiodermatitis), de la mucosa oral (mucositis), de la alteración nutricional por defecto, dolor, ansiedad y depresión que cuantificamos con la EVA (Escala visual analógica). En todos ellos están definidas las intervenciones propias y de colaboración.

Se diseñó un diagrama de flujo de la consulta de enfermería, en el que los pacientes de dichas patologías realizan la visita pre-RT el día que se citan para la simulación. Así mismo, tenemos predefinidas la visita al alta y al mes de finalizar el tratamiento con RT.

Si el paciente precisara de alguna intervención de enfermería durante el período de tratamiento de RT será derivado a la consulta de enfermería para realizar los controles necesarios.

Se crea un diagrama de flujo para poder derivar a nuestros pacientes a las siguientes unidades de soporte: nutrición, psicooncología y trabajadora social.

Realizamos sesiones semanales del equipo de la consulta de enfermería; sesiones quincenales con la unidad de soporte nutricional y contactos puntuales con psicooncología y trabajadora social para realizar el seguimiento de nuestros pacientes.

Resultados: Del 3/05/04 a 28/02/05 se han visitado n= 411 pac; 213 C. mama; 121 C. cabeza y cuello; 13 C. esófago y 64 otros. Planes de cuidados: Prevención en piel y valoración nutricional 52,8%; además prevención en mucosas 57,2%. Educación sanitaria y valoración de dolor, ansiedad y depresión 100%. Derivación a Unidades de soporte: nutrición 43,79%; psicooncología 6,8%; trabajadora social 3,89%.

Conclusiones: Los Planes de cuidados son claramente beneficiosos para nuestros pacientes ya que nos permite tener: Directrices escritas, continuidad de los cuidados y una evaluación de los mismos, con lo que garantizamos una mejor calidad asistencial y un aumento de la calidad de vida.

Control nutricional en Radioterapia

Fernández González, Jacinto

Institut Català d'Oncologia
Hospital Germans Trias i Pujol
Badalona. Barcelona.

Introducción: El buen estado nutricional en los pacientes que sometemos a tratamiento de Radioterapia es importantísimo, por varios motivos como: mejorar la tolerancia a los tratamientos, mejora de la caquexia tumoral, mejoría de la Calidad de Vida del paciente, mejoras sociales, etc.,

Los enfermero/as que estamos en los Servicios de Oncología Radioterápica, tenemos la obligación de implicarnos en el control del soporte nutricional, de tal manera que, desde que llegan a nuestros Servicios, hasta que se incorporen a su actividad diaria, nuestro objetivo ha de ser la mejora del soporte nutricional, valorando y previniendo los posibles deterioros que puedan padecer los pacientes, tras la administración de la Radioterapia, en especial a los que implica el tracto digestivo.

Material y método: Consulta De enfermería, Hoja de valoración inicial, hoja de seguimiento nutricional, báscula, hoja de colaboración con dietista, hojas de recomendaciones alimenticias, (programa informático opcional)..

La metodología será :

- 1.- Valoración nutricional inicial, después de la primera visita médica, haremos la Valoración Global Subjetiva- Generada por el Paciente -VGS-GP-, utilizaremos la hoja valorativa.
- 2.- Clasificación nutricional, basándonos en a VGS -GP y el riesgo RT
- 3.- Establecer un plan específico nutricional y consensuado con el resto de los profesionales sanitarios.
- 4.- Seguimiento evaluativo según plan de cuidados.
- 5.- Seguimiento hasta 1 mes post-radioterapia.
- 6.- Hacer constar en el alta de enfermería el estado nutricional del paciente.

Resultados: Se consigue la no disminución del peso, acaban los tratamientos de radioterapia, mejoran significativamente la Calidad de Vida, tanto física como emocionalmente.

Conclusiones: Lo/as enfermero/as que trabajamos en los servicios de Oncología Radioterápica debemos valorar, orientar y evaluar el estado nutricional de los pacientes que se tratan en nuestro Servicio, siendo el referente para los pacientes y los demás profesionales sanitarios. Con ello mejoraremos significativamente la Calidad de Vida de los pacientes y contribuiremos a aumentar la supervivencia de los pacientes, ayudando a que finalicen los tratamientos prescritos por los médicos,

Cuidados enfermeros en Radioterapia ¿estandarizados o personalizados?

Fernández Miranda E, Ferrer García M.D, Fernández Sola C, Arraez Sánchez J.J.

Hospital Torrecárdenas. Universidad de Almería. Almería.

Introducción:

La estandarización de cuidados es una herramienta útil, simple y eficaz para cubrir la mayoría de las necesidades y problemas de un paciente sometido a irradiación, pero debido a la complejidad de dichos pacientes, su entorno y otros tratamientos concurrentes o no a la radioterapia a veces quedan insuficientes cuando queremos tratar otras cuestiones mas concretas.

El objetivo es el de establecer una discusión sobre si el registro de la hoja de cuidados estandarizados responde a todas las necesidades, viendo al paciente oncológico globalmente e identificar los problemas que no se reflejen en nuestros planes actuales.

Material y métodos:

Mediante estadística ponemos en evidencia que en la práctica asistencial de los planes de cuidados utilizados en radioterapia externa se registran de manera eficaz las cuestiones relacionadas con la enseñanza, efectos secundarios generales y específicos de cada localización a tratar pero hemos detectado deficiencias en cuanto a problemas más globales del paciente oncológico.

La enfermería en radioterapia debe iniciar y fomentar un enfoque interdisciplinar en la asistencia de los enfermos de cáncer siendo nuestra filosofía la de centrar nuestros cuidados a responder a necesidades individuales.

Resultados:

Aunque el tiempo de enfermería aumenta considerablemente en el registro de cuidados podemos afirmar que la calidad de la asistencia y la satisfacción de los usuarios mejora.

Se pone de manifiesto la necesidad de una relación más fluida y continuada con la enfermería de otras unidades relacionadas con estos pacientes como las distintas unidades de hospitalización, enlace, hospital de día.

Conclusiones/Disculión:

Debido al carácter generalista de nuestra profesión se refuerzan los conocimientos teórico-prácticos no relacionados directamente con la radioterapia.

Concienciar al enfermero/a que trabaja en oncología radioterápica sobre la importancia de ver la paciente como un todo individual, evitando caer en el registro de los cuidados de forma rutinaria.

La necesidad de adaptar los planes estandarizados actuales a todo lo expuesto.

Consulta de enfermería Radiológica

Isabel Vergel Jiménez, M^a Angeles Fornieles Maldonado, Victoria Capel Carrión, M^a Carmen Garcia Vaquero, Soledad Garcia Vaquero.

Centro Periférico de Especialidades Torrecárdenas. Almería

Resumen:

En el Servicio de Radiodiagnóstico del Centro Periférico de Especialidades surgió la necesidad de unificar y estandarizar la información que se proporcionaba al usuario. Por ello se implantó la Consulta de Enfermería Radiológica con un programa de información-educación con los siguientes objetivos:

Objetivos:

1. Mejorar la calidad asistencial aumentando el nivel de conocimiento acercando la exploración que se va a realizar y la preparación de la misma.
2. Disminuir el nivel de miedo y ansiedad ante la exploración de radiología dinámica.
3. Reducir tiempo de espera.
4. Optimizar recursos.

Actividades:

1. Cumplimentación de registros de enfermería.
2. Protocolización de la información.
3. Consentimiento informado.
4. Educación sanitaria.
5. Gestión de citas.
6. Registro de la actividad.
7. Coordinación con las unidades y centro peticionario.

Conclusiones:

Se ha disminuido el déficit de conocimientos, mejorado la preparación de los pacientes.

Se ha unificado la realización de la técnica aumentando su calidad.

Hemos aumentado la colaboración del paciente y la familia disminuyendo tiempos de espera y anulaciones.

Se han disminuido los riesgos en las reacciones alérgicas derivadas de la administración de contrastes.

Se ha fomentado la investigación.

Influencia de la información en Histerosalpingografía

Consuelo Sierra Moreno, Luis Martí Bonmatí, Juana Forner Giner, Estanislao Arana Fdez. de Moya, Eva Tobarra Perez, M. Angel Navarro Garcia.

Clínica Quirón Servicio de Radiología. Valencia.

Introducción:

La histerosalpingografía es una técnica radiológica que utiliza un medio de contraste para visualizar los órganos genitales internos femeninos. De realización sencilla, requiere especial atención y cuidado al paciente, tanto por las características de la prueba como por el impacto psicológico que en el ánimo de la mujer pueda representar.

Objetivo:

Analizar los principales motivos de preocupación de la mujer que se somete a una histerosalpingografía y valorar la importancia de ofrecer una información adecuada por parte del personal sanitario.

Material y Métodos:

En un período de 16 meses se han estudiado consecutivamente 75 mujeres a las que se les realizó una histerosalpingografía. La media de edad fue de 33 años. Se obtuvo un registro con una serie de preguntas para obtener información objetiva sobre la situación previa de la paciente y la experiencia posterior a la realización de la prueba. Se realiza un análisis descriptivo de las diferentes variables tanto cuantitativas como cualitativas mediante tablas de contingencia con el estadístico Chi-cuadrado de Pearson.

Resultados:

Existe una relación casi significativa, entre el temor a tener secuelas y molestias tras la prueba y baja calidad de la información previa ($p = 0,05$). De forma significativa (χ^2 , $p = 0,018$) únicamente las pacientes con miedo al dolor preprueba consideraron la histerosalpingografía dolorosa (20%).

Conclusiones:

la cantidad y la calidad de la información obtenida por parte del personal a las pacientes que se someten a una histerosalpingografía ayuda a reducir el estrés y el dolor frente a la prueba. Asimismo, nos permite un mayor conocimiento de sus preocupaciones.

Plan de cuidados de enfermería en la CUMS pediátrica

Ramírez Lopera, M^a. C.; Esplá García, L.; Tortajada Clemente, M^a T.; Roldán Díaz, A.

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Enfermería gestiona, realiza una gestión continua a lo largo del desarrollo de su actividad diaria.

Observa, modifica y adapta sus cuidados a las necesidades individuales y cambiantes del paciente para solucionar los problemas que presenta, dejándolas, de esta manera, cubiertas.

Es preciso hacer operativa y eficaz esta gestión, mediante la utilización de un modelo de gestión de cuidados.

Son varias las razones que justifican esta necesidad:

1. Hacer tangibles, los que aun hoy son, los intangibles e invisibles Cuidados Enfermeros, pues parece paradójico que un profesional que no se retira del lado del paciente en las 24 horas del día no pueda describir la labor que desarrolla con un punto de vista metodológico.

2. Contar con un medio de valoración de resultados que permita medir el nivel de calidad de los cuidados y la introducción de las mejoras necesarias orientadas a la optimización de los mismos, en caso necesario.

3. La aplicación de un método de trabajo sistematizado, normatizado y con una base científica que disminuya la variabilidad y mejore la calidad de los cuidados, haciendo mas operativo el esfuerzo del profesional y aumentando la satisfacción del usuario.

Registramos los cuidados de colaboración con otros profesionales, los cuales a su vez si que pueden valorar, gracias a nuestros registros entre otras razones, la evolución de cualquier patología que padezca el paciente; sin embargo el apoyo y los cuidados propios, ni siquiera a veces se realizan con método, sino por simple intuición, sin tener en cuenta la influencia positiva que tendrán en el desarrollo de su proceso de salud y por consiguiente que la adaptación o curación lleguen a buen fin.

Aplicación de diagnósticos de enfermería en Resonancia Magnética

Cañellas Cardona, Elisabet; Cabedo Ibañez, Leonor; Figueres Cantó, Lorena; Hernández Gómez, Jaime
Servicio Resonancia Magnética Hospital Clínico Universitario de Valencia. (ERESA)

Introducción:

Existen problemas que afectan al bienestar del paciente en el momento de realizar una resonancia magnética.

La función de enfermería, propiamente dicha, es la necesidad de aplicar cuidados específicos mediante la utilización de los Diagnósticos de Enfermería.

El objetivo es dar a conocer los principales Diagnósticos de Enfermería que surgen en el proceso de la realización de la Resonancia Magnética, de modo que, los problemas queden definidos y las pautas de actuación protocolizadas.

Material y métodos:

Seguimos las fases del PAE y utilizamos las etiquetas diagnósticas clasificadas por la NANDA, según los patrones funcionales de Gordon:

- 1.- Valoración: Recogida de datos a través de la entrevista y observación directa del paciente..
- 2.- Diagnóstico: Los problemas más frecuentes son: Ansiedad – Miedo – Déficit de conocimientos – Riesgo de lesión
- 3.- Planificación: Enumeración de objetivos según los Diagnósticos de Enfermería obtenidos.
- 4.- Ejecución: Puesta en marcha del cumplimiento de los objetivos mediante actuaciones de enfermería.
- 5.-Evaluación: Medición de los resultados obtenidos.

Resultados:

Resolvemos los problemas del paciente, mediante el uso del PAE y conseguimos una óptima realización de la prueba.

Conclusiones:

Es necesario el uso de los diagnósticos de enfermería para poder establecer unas pautas de actuación de modo que el resultado sea satisfactoria tanto para el paciente como para el objetivo de la prueba.

Bibliografía:

- Diagnósticos de Enfermería. Ed. Díaz de Santos.
- ATS-DUE De la Comunidad Valenciana.
- Instituciones Sanitarias de la Consejería de Sanidad (Temario Específico)
- Diagnósticos de la NANDA

Proceso asistencial de enfermería en la colocación de drenajes en un servicio de radiodiagnóstico.

Illera Fontanet, Nuria, Noval Pagès, Esther., Arbusà Guixeras, Joan, Soy Mas, Montserrat
Hospital comarcal de Figueres (Girona).

Introducción: Partimos de la necesidad que la enfermería debe estar presente en todo proceso relacionado con la radiología intervencionista dado que el paciente requiere unos cuidados asistenciales específicos tales como la valoración de su estado físico y psíquico, administración de fármacos, control hemodinámico, etc.

La radioscopia, la ecografía o el TAC son los métodos que utilizamos para guiarnos en la colocación de drenajes en nuestro servicio.

Los drenajes percutáneos suelen colocarse en abscesos y colecciones abdominales infectadas y sustituye en algunos casos a la cirugía siendo así un tratamiento de elección más conservador, menos agresivo y más económico que el quirófano.

Material y métodos: Antes de empezar comprobaremos que tiene una analítica reciente (24-48 h.), verificaremos que el paciente está en ayunas, valoraremos el estado general del paciente, la existencia de alérgias conocidas, fármacos que toma, etc. Todo ello deberá estar correctamente anotado en el registro de enfermería, que vendrá junto con su historial acompañando al paciente.

Llegado el paciente a nuestro servicio dividiremos los cuidados en tres fases:

1. Recepción del paciente y preparación para la prueba.
2. Aplicación de cuidados durante la prueba.
3. Plan de curas una vez finalizado la colocación del drenaje.

La preparación en la unidad de radiología consistirá en dar seguridad, confort e información (consentimiento informado). Consiste en transmitir confianza para lograr una máxima colaboración del paciente y así el radiólogo podrá puncionar con mayor éxito.

Se pautará un control de constantes vitales y vigilancia del estado neurológico dado el uso de fármacos de sedación (midazolam) y analgesia (lidocaina). La medicación se administrará por vía endovenosa y se le dejará un suero fisiológico de mantenimiento.

Colaboraremos también con el médico en la colocación del drenaje preparando un campo estéril, el instrumental necesario y material para la fijación del mismo.

También nosotros tenemos un registro de enfermería propio del servicio de rayos donde anotaremos todas las incidencias, la medicación, las constantes... Así facilitaremos el trabajo de la unidad de hospitalización con el fin que a la vuelta del paciente a la planta la enfermera sepa en todo momento, lo que ha sucedido en nuestro servicio.

Plan de curas:

Es necesaria la existencia de un vínculo entre las dos áreas:

Hospitalización  **Radiología**

Es aquí donde nosotros queremos demostrar que existe la necesidad de tener un plan de curas estandarizado con sus diagnósticos, sus objetivos y sus actividades propias de cada cuidado.

Sigue →

Plan de curas en hospitalización		
Diagnósticos	Objetivos	Actividades
Ansiedad r/c ingreso, proceso asistencial y déficit de conocimientos	Disminuir la ansiedad con información durante ingreso	Aplicar protocolo de acogida
Riesgo de infección	No presentará signos/síntomas de infección	Aplicar protocolo de drenajes
Miedo al dolor r/c colocación del drenaje	Manifestará disminución o ausencia del dolor	Aplicar escala del dolor EVA y valoración de la efectividad de la anestesia
Déficit de autocuras (higiene/alimentación)	Cubrir las necesidades del paciente	Ayudar en la higiene y alimentación
Riesgo de obstrucción del catéter	Presentará catéter permeable y el drenaje será productivo	Control de la permeabilidad del catéter. Control de la calidad del exudado. Prevención de acomodamiento/estiro-nes
Alteración hemodinámica	Detectar signos/síntomas de alteración hemodinámica	Control y valoración de constantes vitales
Déficit de conocimientos r/c ser portador de drenaje	Paciente y familia manifestarán conocimientos y habilidades de sus cuidados	Higiene minuciosa y acudir a urgencias si dolor, temperatura.

Plan de curas en radiodiagnóstico		
Diagnósticos	Objetivos	Actividades
Ansiedad r/c el déficit de conocimientos	Disminuir el grado de ansiedad	Explicación del proceso y uso del consentimiento informado
Dolor r/c drenaje y manifestado por el propio paciente	No presentará signos/síntomas de infección	Preparación de campo estéril y asepsia
Riesgo potencial r/c la infección	Disminución o ausencia de dolor del paciente	Sedación mediante midazolam e/v. Analgesia con Aines e/v. Valoración del dolor según escala y proporcionar confort
R/P alteración hemodinámica	Detectar signos/síntomas de alteración hemodinámica	Control de constantes vitales y vía periférica
R/P alteración respiratoria	Mantener permeable la vía aérea	Control de la FR, coloración de la piel, mucosas i pulsioxímetro
R/P alteración neurológica	Mantener estado neurológico aceptable r/c la sedación	Aplicar medición con escala de Glasgow
Riesgo de obstrucción del catéter	No signos/síntomas de obstrucción	Control de permeabilidad del catéter
Falta de conocimientos r/c ser portador de drenaje	Paciente manifestará autoconocimiento de sus cuidados	Educación al paciente en higiene, cambio de apósito y bolsa. Informar signos/síntomas de infección y evitar tirones/ acomodamientos

Resultados: Aplicación de un plan de curas de enfermería en un servicio de diagnóstico por la imagen. Es necesario dejar constancia del trabajo de enfermería en el servicio de radiología, dando paso a la continuidad de las curas en el servicio de hospitalización con el fin de que éstos proporcionen al paciente una calidad óptima sin interrupción en ningún momento del traslado del paciente a planta evitando así complicaciones pre-post drenaje. También creemos que es importante tener conocimientos básicos de las diferentes pruebas radiodiagnósticas por parte de todas las unidades de hospitalización.

Seguimiento post- asistencial de enfermería en pacientes radiológicos.

Alegre Sancho, F.J.; Arnau García, J.; Gorbé Marqués, A.; Oquendo Pérez, J.

Hospital General "Obispo Polanco", Teruel. Servicio de Radiología.

Introducción: durante el año 2004 se planteó en nuestro servicio la posibilidad de realizar un seguimiento en pacientes ambulatorios a los que se practica intervencionismo diagnóstico y también en pacientes que requieren cuidados enfermeros durante su estancia en rayos. Esta orientado hacia la asistencia integral al paciente radiológico entendiendo que esta no termina cuando el paciente abandona el hospital, lo realiza un enfermero/a y consiste en la valoración del estado de salud/ bienestar de un paciente tras la atención prestada en nuestro servicio.

Material y método: elaboración de un cuestionario de valoración que se realiza telefónicamente. En el caso de pacientes ambulatorios a los que se realiza intervencionismo la valoración se realiza a las 24 horas, cuando se trata de un paciente que ha necesitado cuidados de enfermería realizamos la llamada a las 6 horas. Además de rellenar el cuestionario cumplimentamos una hoja de observaciones de enfermería que adjuntamos a la historia del paciente y en la que dejamos constancia de que le ha sucedido y de los cuidados prestados.

Resultados: desde finales de octubre del 2004 se ha aplicado el cuestionario a 21 pacientes (16 biopsias de mama, 2 galactografías y 3 reacciones adversas a contraste intravenoso), de todos ellos 5 plantean dudas/ aclaraciones que se resuelven a la vez que se realiza la valoración telefónica. Hemos comprobado que la totalidad de los pacientes denotan satisfacción con el seguimiento realizado, además, el saber que nos vamos a poner en contacto con ellos les genera una mayor tranquilidad tras "padecer" cualquiera de las dos situaciones analizadas.

Conclusiones: tenemos una herramienta capaz de permitirnos evaluar el estado de salud de un paciente a la vez que le podemos solucionar cierto tipo de inquietudes que pueden surgirle evitando así su vuelta al centro o a urgencias, y lo que es más importante, establecer un nexo de confianza entre el paciente y los profesionales de enfermería.

Sesiones técnicas y de control de calidad

M. Antonia Camps Corrons

SDI CAP Numància. Barcelona. ICS

Introducción: Desde hacía tiempo los Facultativos de nuestro servicio se venían quejando de que la calidad del trabajo de la enfermería y de los técnicos se estaba deteriorando bien fuese por monotonía o por falta de reciclaje.

Se me notificó reiteradamente esta situación y decidimos hacer unas reuniones periódicas Sesiones de Control de Calidad donde se expondrían las quejas de los médicos y entre todos haríamos un bombardeo de ideas para poder solucionar el problema.

En ningún momento se tiene la intención de fiscalizar el trabajo de ningún técnico ni enfermero solo hacer un sondeo para ver que es lo que falla.

Los días previos a las reuniones los facultativos me entregan todas las exploraciones que para ellos no son correctas o que merecen algún comentario. El día de la reunión se van comentando todas las exploraciones y cada uno da su idea del porque se ha rechazado el estudio, una vez puestos de acuerdo los que creen saber la manera de solucionarlo lo exponen al resto de compañeros y así a la vez de unificar criterios sirve de reciclaje. Pasado un tiempo se me pidió que realizara sesiones monotemáticas de ciertas exploraciones que por norma general producen más rechazo por parte de los facultativos, bien sea por fallo en la técnica, por posición incorrecta o vicios adquiridos etc.. A estas nuevas reuniones las llamamos SESIONES Técnicas, en ellas se presenta un tipo de exploración y se tratan todos los campos a conocer: Anatomía, técnica de realización y patología o variantes de la normalidad más comunes. Las Sesiones Técnicas se realizan aproximadamente una al mes intercalando con reuniones de control de calidad.

En un futuro próximo, para que todos los Enfermeros/Técnicos se impliquen más, van a empezar a preparar las Sesiones Técnicas ellos eligiendo cada uno el tema que más les interese o que crean que tienen más a exponer a sus compañeros.

El mes de junio hará un año que empezamos a llevar a cabo esta experiencia y puedo asegurar que esta siendo muy positiva y el nivel de participación un éxito.

Actualmente estamos intentando que estas sesiones sean reconocidas a nivel de formación tanto para el que la imparte como para los que asisten a ellas.

Material y métodos:

Para elaborar los trabajos:

Bibliografía de nuestra biblioteca

Internet

Para entregar al personal:

Dossier fotocopiado del original que se guarda en el propio servicio

Resultados: Interés generalizado por todos los técnicos y Enfermeros

Gran aceptación por parte de los Radiólogos

Mejora en la calidad de nuestro trabajo

Incentivación del trabajo en equipo.

Conclusiones: Somos un colectivo que estamos en continua formación ya que la Radiología es una especialidad en avance continuo, día a día hay avances y no debemos quedarnos estancados

No hemos de despreciar la Radiología Convencional ya que es la base de toda la radiología y si esta se hace correctamente y se intenta sacar de cada proyección la máxima información, se reducirá el número de otras pruebas, radiológicas o no, y en consecuencia el paciente saldrá beneficiado.

No hemos de olvidar la SATISFACCIÓN QUE PROPORCIONA UN TRABAJO BIEN HECHO sea de la envergadura que sea.

Justificación de las exploraciones en el servicio de Radiología

Perez Rojo, Pilar; Solano Aurmendia, Lourdes; Betelu Oronoz, M^a Angeles; Sanz Fernandez, Concepción; Azcona Beguiristain, M^a Teresa; Villanueva Marcos, Alberto.

Servicio de Radiología. Clínica Universitaria de Navarra. Universidad de Navarra. Pamplona.

Introducción:

El contenido del Real Decreto 815/2001 de 13 de julio, versa sobre el uso de las radiaciones ionizantes para la protección radiológica de las personas con ocasión de la realización de exploraciones medicas con exposición a radiaciones ionizantes (EMRI). Éstas deberán proporcionar un beneficio neto suficiente. Para su realización habrá que considerar su eficacia y su eficiencia así como los beneficios diagnósticos o terapeuticos que producen frente al detrimento individual que pueden causar. Los criterios de justificación de las EMRI deberán constar en el correspondiente programa de garantía de calidad del Servicio de Radiología (PGC). Tal es así que la EMRI que no pueda justificarse, deberá prohibirse. El control de los motivos de incorrección en las peticiones puede ser un indicador útil en el citado PGC.

Objetivo: Detectar los motivos de rechazo de las exploraciones y los departamentos responsables.

Material y método:

Realizamos un estudio prospectivo de las peticiones recibidas entre el 15 y el 28 de octubre. Está establecido en nuestro programa que, al menos, la petición debe incluir el nombre del medico peticionario, el nombre del paciente y su diagnóstico, el tipo de prueba solicitada y la causa que motiva la petición. Nuestro sistema informático asegura el cumplimiento completo de 3 de los ítems anteriores. Por ello, el estudio de los fallos, en nuestro caso, se centrará solamente en los ítems que se refieren al diagnóstico del paciente y al motivo de la petición de la exploración solicitada.

Se revisaron de modo manual un total de 5109 peticiones en todas las áreas del Servicio de Radiología.

Resultados:

En la práctica nunca se rechazó a ningún paciente. Se interrogó al mismo o se telefoneó al responsable para corregir el motivo inadecuado de la petición.

Tras la revisión obtuvimos la siguiente información: Radiología General mostró incorrecciones en el 3,1% de las 2528 peticiones cursadas, correspondiendo a los portátiles el 4% de ellas (236 peticiones). El 39% de estas peticiones incorrectas procedían de Medicina Interna. En Tomografía Computarizada el 0,5% en un total de 997 exploraciones fueron incorrectas, en Resonancia Magnética el 1% de 430, en Ecografía un 1,2% de 768 peticiones, en Mamografía el índice más alto, el 22% sobre 262 estudios solicitados y en Angiografía el 4,8% de 262.

Conclusiones:

Tras la revisión de los resultados se tomaran las siguientes acciones correctoras:

- 1- Reunir o comunicar a los responsables, para tratar de evitar esos errores en el futuro.
- 2- Comenzar la instauración de peticiones "dirigidas con despleables" para la opción de "motivos de solicitud", con el fin de facilitar la correcta actuación de los peticionarios.
- 3- Valorar la manera de cuantificar las llamadas telefónicas a los responsables de peticiones incorrectas como un indicador de calidad.

Cuidados de enfermería en la prevención de posibles accidentes en Resonancia Magnética

Rafael Loyola Iriondo, Cristina de la Calle Romero, M^a Jose Lorenzo Dominguez, Nahikari de la Caba Rua.

Osatek. Resonancia Magnética. Hospital Donostia.
San Sebastián

Introducción:

La resonancia magnética es una técnica en la que se somete al paciente a un potente campo magnético. Las imágenes se obtienen mediante la aplicación de pulsos de radiofrecuencia. Ello implica una serie de riesgos antes, durante y después del estudio que se pueden evitar mediante una correcta actuación.

Material y método:

• PREVIO AL ESTUDIO:

Cuestionario de seguridad escrito y firmado por el paciente, para detectar incompatibilidades como: marcapasos, clips vasculares, implante coclear, embarazo,...

• DURANTE EL ESTUDIO:

Minimizar los riesgos específicos de la RM; tales como los derivados del:

1. Campo magnético (efecto misil,...)
2. Pulsos de radiofrecuencia (calor,...)
3. Refrigerantes (helio)
4. Movimiento de la mesa (bloqueo con atrapamiento del paciente)
5. Inyección de contraste intravenoso
6. Paciente (crisis de ansiedad, claustrofobia)

• TRAS EL ESTUDIO:

Vigilancia y control de posibles efectos secundarios:

1. Reacciones al contraste
2. Quemaduras leves

Conclusiones:

La Resonancia Magnética es segura.

Los riesgos potenciales pueden ser evitados mediante la correcta aplicación de las adecuadas medidas de seguridad.

Utilidad de la gammagrafía de médula macrofágica con sulfuro coloidal para el diagnóstico diferencial en patologías de prótesis total de cadera

I. Mendo, M. Soto, P. Sanz, E. Colomer, R. Aragonés, J. Fernández, J. Cases, D. Rodríguez, D. Fuster.

Servicio de Medicina Nuclear del Hospital Clínic de Barcelona

Introducción:

La Gammagrafía de Médula Macrofágica con Sulfuro Coloidal nos permite valorar la distribución de la médula ósea, realizando un estudio sobre el sistema reticuloendotelial.

Esta técnica complementa la Gammagrafía Ósea (G.O.) y la Gammagrafía Ósea con Leucocitos Marcados (G.O.L.M.) para el diagnóstico diferencial sobre infección y movilidad en casos de Prótesis Total de Cadera (P.T.C.)

Material y método:

El paciente acude a realizar la prueba sin ninguna preparación previa.

Se le inyecta por vía endovenosa una dosis de 10-15 mCi (370-555 MBq) de Tc99m nanocoloide.

A partir de 1 hora post-inyección, se inicia la adquisición de las imágenes en proyecciones anterior, posterior, y proyecciones laterales en casos excepcionales.

La adquisición de las imágenes se realiza en Gammacámara de doble cabezal (se debe utilizar la misma Gammacámara que la utilizada para la G.O. y la G.O.L.M.) con los siguientes parámetros:

- Colimador de orificios paralelos, baja energía, y alta resolución
- Ventana del isótopo del 20% centrada a 140KeV
- Matriz 256x256
- Zoom 1
- Modo word
- Tiempo de adquisición de 1500 Kc/imagen, o entre 300 y 600 seg./imagen

Resultados:

Se presentan en placa radiológica en el mismo formato que la G.O. y la G.O.L.M. para facilitar la comparación de las tres pruebas y el posterior diagnóstico.

Conclusiones:

La Gammagrafía de Médula Macrofágica con Sulfuro Coloidal es una prueba cada vez más utilizada por su utilidad en el diagnóstico diferencial de patologías en P.T.C. que no se han podido diagnosticar con exactitud con la G.O. y la G.O.L.M.; siendo a la vez para el paciente poco cruenta y rápida de realizar. Practicar correctamente la técnica, así como la buena información y preparación del paciente nos proporcionará los resultados deseados.

Manejo del paciente diabético en la realización de la PET con FDG en oncología. Actuación de enfermería

Pérez G; López S; Simó M; Soler M; García JR; Setoain X; Lomeña F
CETIR Unitat PET. Esplugues del Llobregat. Barcelona

La distribución de la fluordesoxiglucosa (FDG) es proporcional a las necesidades metabólicas de los diferentes tejidos. La FDG compete con la propia glucosa endógena por los mecanismos de entrada a la célula. Por ello, los estados de hiperglicemia interfieren en la captación de FDG por parte de la célula tumoral. Este hecho obliga a un manejo especial en aquellos pacientes, sobre todo diabéticos (Tipo I y II), cuya glicemia puede ser superior a 140 mg/dL.

Objetivo: Describir el manejo del paciente diabético previo a la realización de la PET con FDG.

Material y Método: De los 1825 estudios PET realizados en nuestro centro hasta la actualidad, 92 eran pacientes diabéticos (34 de tipo I; 58 de tipo II. De los 34 diabéticos tipo I, 14 eran mujeres y 20 eran hombres con edad media 56 años (26, 77), y de los 58 diabéticos tipo II, 23 eran mujeres y 35 eran hombres con edad media de 66 años (55 -79).

La preparación previa a la realización de la PET en los pacientes diabéticos incluía un ritmo dietético normal y pauta de insulina y antidiabéticos orales (ADO) habitual, respetando únicamente 4 horas de ayuno antes del inicio del estudio. Una vez que el paciente llegaba al centro, se realizaba una determinación de glicemia, si ésta era inferior a 140 mg/dL continuábamos con el protocolo PET adecuado según la patología del paciente. Por el contrario, si era superior a 140 mg/dL administrábamos insulina rápida por vía subcutánea (2 UI entre 140-180 mg/dL; 4 UI entre 180-220 mg/dL; 6 UI entre 220-260 mg/dL; 8 UI entre 260-300 mg/dL; 10 UI entre 300-340 mg/dL; 12 UI entre 340-380 mg/dL; 14 UI con más de 380 mg/dL). Una vez administrada la insulina se realizaban determinaciones de glicemia cada 15 minutos, administrando la FDG cuanto ésta fue inferior a 140 mg/dL.

Los estudios PET se realizaron con un tomógrafo Advance NXi de GEMS, 60 minutos después de la inyección endovenosa de entre 296-444 MBq de FDG, realizando a todos los pacientes el scan de emisión y transmisión desde cráneo hasta mitad de muslo.

Resultados: De los 34 pacientes diabéticos insulino dependientes, 23 requirieron de la administración de insulina rápida. La glicemia media a la llegada al centro fue de 246,5 mg/dL (162, 443) y la glicemia media a la administración de la FDG fue de 138,1 mg/dL (65, 175). El tiempo de espera medio transcurrido entre la administración de la insulina y la FDG fue de 80 minutos (35, 160). De los 58 pacientes diabéticos tratados con ADO, 2 requirieron de la administración de insulina rápida. Las imágenes PET obtenidas fueron de buena calidad, visualizándose únicamente depósitos de FDG a nivel muscular en aquellos pacientes cuya glicemia antes de la administración del radioisótopo era superior a 140 mg/dL. Ningún paciente sufrió complicaciones secundarias a la hipó/hiperglicemia.

Conclusiones: Es nuestra serie, esta metodología resultó óptima para obtener los niveles de glicemia requeridos en pacientes diabéticos previa a la administración de FDG.

La gammagrafía ósea con Pin-Hole para el diagnóstico y seguimiento de necrosis de cabeza femoral

I.Mendo, M.Soto, P.Sanz, E.Colomer, J.Fernandez, R.Aragones, J.Cases, D.Rodriguez, D.Fuster.

Servicio de Medicina Nuclear del Hospital Clínic de Barcelona

Introducción:

La Gammagrafía Ósea con PIN-HOLE como complemento de la Gammagrafía Ósea Parcial de Pelvis, nos permite incrementar la resolución espacial de la cabeza femoral para el diagnóstico y/o seguimiento de una posible necrosis.

Material y Método:

El paciente acude ha realizarse la prueba sin ninguna preparación especial previa.

Se instala al paciente bajo cámara en decúbito supino, para poder realizar la imagen estática del estudio vascular, y se le inyecta por vía endovenosa 25 mCi (925 MBq) de Tc99m-metilendifosfonato (MDP) iniciándose la adquisición de la primera imagen a un tiempo de 90 segundos en Gammacámara de doble cabezal con los siguientes parámetros:

- Colimador de orificios paralelos, baja energía, alta resolución
- Ventana del isótopo del 20% centrada a 140 KeV
- Zoom 1
- Modo word
- Matriz 256x256

- Proyecciones: Anterior y Posterior

Se cita al paciente a las 2-4 horas post-inyección para iniciar la adquisición de las imágenes estáticas del estudio tardío óseo en la misma Gammacámara, con los mismos parámetros variando la adquisición de la imagen a 1500 Kc.

A continuación se cambia al paciente a una Gammacámara de cabezal único con colimador PIN-HOLE con un diámetro de captación mediano (3mm) para adquirir la imagen selectiva de la cabeza femoral con los mismos parámetros que las anteriores variando la adquisición de la imagen a 700Kc.

Resultados:

Se presentan en una placa radiológica con todas las imágenes en el mismo formato, para facilitar la visualización y el diagnóstico.

Conclusiones:

La Gammagrafía Ósea con PIN-HOLE es una prueba complementaria a la Gammagrafía Ósea que nos permite incrementar la resolución espacial de la cabeza femoral para poder practicar con exactitud el diagnóstico o seguimiento de la posible necrosis.

Es una prueba nada cruenta para el paciente ya que se utiliza la misma preparación que se le ha practicado en la G.O.; la correcta información y preparación del paciente, así como una correcta utilización de la técnica nos proporcionara unos resultados satisfactorios.

Enfermería Radiológica...;También existe!

Meceira Galarza, G.; Cerdeira, A.; Abruñedo, J.; Enguis, M.; Martín, I.; Bento, C.

Hospital do Meixoeiro (CHUVI). Vigo.

Introducción:

El uso de las radiaciones ionizantes se ha generalizado de tal manera que hoy resulta imprescindible para el desarrollo de una adecuada asistencia sanitaria.

Los Servicios donde se emplean este tipo de radiaciones están viviendo una rapidísima transformación, convirtiéndose en unidades complejas y desconocidas, donde se realizan un sinfín de pruebas, tanto diagnósticas como terapéuticas, estando los profesionales de enfermería obligados a permanecer permanentemente al día en el aprendizaje de estas nuevas técnicas y procedimientos.

Su formación básica les debería capacitar para conocer el tipo de estudio que se ha solicitado a sus pacientes, el por qué de una preparación previa adecuada, los cuidados pre y post-procedimiento y, a la vez, las técnicas y pruebas más comunes

Propósito:

Esta asignatura tiene el propósito de cubrir esta carencia educativa al intentar que forme parte, de manera reglada, del Currículo básico del enfermero generalista, apoyando con esta iniciativa la Directiva 77/455 CEE de la Comunidad Económica Europea en la que se hace referencia a la Enfermería Radiológica como una ciencia fundamental de dicho Currículo.

este proyecto de asignatura lo hemos realizado un grupo de trabajo de enfermero/as de los Servicios de Radiología, Medicina Nuclear y Radioterapia del Hospital del Meixoeiro (ahora Complejo Hospitalario Universitario de Vigo), y con él pretendemos hacer llegar a nuestros futuros compañeros lo que hace la Enfermería Radiológica, su pasado, su presente y su promotor futuro.

El objetivo fundamental es familiarizar a los futuros enfermeros con los cuidados de enfermería, preparaciones previas, la protección radiológica y los protocolos de actuación en los procedimientos más comunes que se realizan en los servicios de Radiología, Medicina Nuclear y Radioterapia.

Método:

- 1.- Clases Teóricas presenciales Impartidas íntegramente por enfermero/as con apoyo de medios audiovisuales e informáticos.
- 2.- Clases prácticas tuteladas en los servicios de referencia
- 3.- Realización de examen teórico – práctico

Resultados y Conclusiones:

Valoración a través de encuesta de evaluación final entre los alumnos.

Hemos conseguido introducir la asignatura de enfermería Radiológica con plena aceptación tanto por parte de la E.U.E como del Rectorado de la Universidad de Vigo, dando a conocer nuestra actividad profesional como parte fundamental del desarrollo enfermero y logrando que los estudiantes de enfermería consideren esta parcela de la enfermería como clave importante en su futuro profesional.

Mapa de competencias para enfermeras/os de Radiología

Fernández Sola C, Vera Martínez J, Granero Molina J, Fernández Miranda E, Travel Cotrina MC.

Hospital Torrecárdenas. Almería. Universidad de Almería.

Introducción:

Desde la implantación de la gestión por competencias profesionales en la empresa privada, ésta herramienta se ha extendido al ámbito público y al Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA). Nos proponemos como objetivo elaborar un mapa de competencias para enfermeros de radiología del Hospital Torrecárdenas de Almería.

Entendemos por competencia la capacidad, susceptible de ser evaluada, que se considera necesaria para realizar un trabajo eficazmente, producir los resultados deseados y lograr los objetivos previstos por la organización. Se distinguen tres categorías de competencias que han de incluirse en el mapa: actitud, habilidad y conocimiento.

Material y Método:

Grupo de trabajo, mediante la Técnica de grupo mínimo analiza el material entregado eligiendo el listado de competencias que comprenderá el mapa, se establece por votación el grado de desarrollo y el nivel de prioridad.

Criterios para la inclusión de competencias: Adecuada al trabajo, a la realidad, Codificable, evaluable, que permita establecer distintos niveles, posibilitando el desarrollo profesional.

Reunión con todos los enfermeros de la unidad: se presentan los resultados incorporándose las modificaciones acordadas.

Resultados:

El método ha permitido la elaboración del mapa de competencias que aquí se presenta y que comprende 20 competencias de conocimientos, 26 de habilidades y 26 de actitudes. Se propone añadir al glosario de competencias del SSPA, una nueva etiquetada con "Conocimientos de Protección Radiológica". El mapa ha sido validado por la Fundación IAVANTE que incorpora las competencias sombreadas en naranja, elimina las sombreadas en rojo y modifica (en color de fuente rojo) otras. No acepta la inclusión de una nueva competencia por poder incluirse en una de las aceptadas.

Conclusiones/Discusión:

Destacamos el marcado carácter cuidador del perfil de enfermero en los tres niveles de desarrollo. Así el profesional de la unidad ha de tener conocimientos y habilidades en metodología enfermera.

Hay consenso en la bibliografía consultada sobre la utilidad de la herramienta, si bien Martín JJ, muestra su escepticismo sobre las propiedades milagrosas de estas técnicas para la mejora de los resultados de las organizaciones sanitarias y de los procesos de decisión clínica.

Actuación de Enfermería Radiológica antes, durante y después de la fibrinolisis

José Manuel Polit, Ferrán Santos, *M^a Dolores Cervera, *Tomas García, *Julio Heredia, *Fco. Sauri, *Carmen Valles.

Consorcio Hospital General Universitario Valencia. Enfermeros Sección Radiología Vascular e Intervencionista y *Radiología General

Introducción: La fibrinolisis es un tratamiento altamente eficaz para la repermeabilización de los vasos trombosados. Los agentes trombolíticos más utilizados son los activadores del plasminógeno, principalmente la uroquinasa (UK), que disuelven el coágulo mediante la lisis de su componente de fibrina. El éxito del tratamiento suele estar relacionado con la edad del trombo, pero también con la técnica de administración del fármaco y la vigilancia del mismo. Describimos la importancia de la actuación de la enfermería antes y durante el tratamiento fibrinolítico, así como en el control posterior al procedimiento.

Material y método: Desde Enero de 2000 hasta Diciembre de 2004, hemos realizado fibrinolisis en 37 pacientes. Los territorios de actuación han sido: by-pass aorto-femoral ocluido 6 casos, arterias femorales 19, arterias de MMSS 6, arteria mesentérica superior 1 y sistema venoso 5. Valorada la solicitud, acudimos a sala a explicarle al paciente la técnica, riesgos y beneficios del tratamiento y a solicitar el consentimiento informado; asimismo, se indican las pautas de preparación a los enfermeros de la sala: ayunas, rasurado de ingles o axilas y controles analíticos. Se realiza arteriografía diagnóstica de forma habitual y, una vez localizado el trombo, se introduce a través del introductor, un catéter multipropósito por el que pasa una guía multiperforada por donde perfundir la UK. Fijamos el introductor y los dos catéteres a la pierna del paciente, insistiendo en la inmovilización del miembro. Es importante marcar cada uno de los accesos, que se dejan al descubierto, para la conexión de bombas de perfusión: 100.000 UI/h de UK y 1.000 UI/h de heparina sódica respectivamente, durante 24h-72h. Ya en sala, se indican las pautas de enfermería a seguir: vigilar la administración de la medicación, el lugar de punción y verificar constantes vitales. Se deja pautada analítica de control a las 4h y al finalizar el tratamiento. A las 24h, se realiza arteriografía de control y, con resultados satisfactorios, se retiran los dos catéteres, manteniendo el introductor que se quitará en sala horas después para disminuir el riesgo de sangrado. Se comprime manualmente durante 30-40 minutos y se coloca vendaje compresivo.

Resultados: El procedimiento se realizó con carácter urgente en 35 casos. En todos, se suministró un bolo de 200.000 UI de UK local. El control de la dosis pautada fue realizado en planta por el personal de enfermería, siendo la administración correcta en todos los pacientes. En 3, el tratamiento se prolongó hasta 72h. En ningún caso hubo de suspenderse el tratamiento ante la presencia de complicaciones. Se consiguió la repermeabilización del vaso trombosado en 36 pacientes. Únicamente en un paciente apareció hematoma a nivel de la punción arterial.

Conclusiones: La fibrinolisis consigue la repermeabilización de los vasos trombosados en la mayoría de los pacientes tratados. Para la administración del tratamiento, el control por el personal de enfermería es de vital importancia. La supervisión, la valoración clínica y la administración de los cuidados oportunos de enfermería durante todo el procedimiento, son fundamentales para evitar la aparición de complicaciones.

Cierre percutáneo del ductus

Rugat Fernandez, Miquel; Castilla Lago, M^a.Amelia; Torrent Serra, M^a. Teresa.

Centro de trabajo: Centre Cardiovascular Sant Jordi (BARCELONA)

Introducción: El ductus es la persistencia de la permeabilidad del vaso fetal que normalmente conecta la Aorta con la Arteria Pulmonar y que a las pocas horas del nacimiento se oblitera.

Material y método: Se presenta el caso de un adulto, tratado con sistema percutáneo. Mediante punción de la vena y arteria femoral se introducen catéteres hasta el corazón (cateterismo cardíaco), para confirmar diagnóstico y posterior implantación de prótesis tipo "Amplatzer" para su tratamiento.

Resultado: Una vez tratado se realiza al mes ecografía que confirma el cierre correcto del ductus y la no existencia de shunt izquierda-derecha, estando el paciente asintomático en la actualidad

Conclusión: Se demuestra que es un sistema seguro y eficaz, alternativo a la cirugía por ser menos cruento y con un menor gasto sanitario y una estancia hospitalaria más corta.

Valoración del proceso que engloba la realización de un TC. Creación de un plan de trabajo.

A.Carriosa, B.Sara, P.Pérez, C.Sanz, E.Morrás, A.Santamaría. Clínica Universitaria de Navarra.

Introducción: En nuestro centro, el 20% de los pacientes que se someten a una TC se encuentran ingresados. Aunque este dato haría suponer, en principio, que el paciente esta en todo momento bajo un control más estricto, es un hecho que tanto la citación como la preparación e información sobre la exploración que se va a realizar es, con frecuencia, deficiente.

A la vista de estas carencias, nos hemos propuesto crear un plan de trabajo que: 1- Aumente la relación y comunicación entre las diferentes áreas de enfermería, en este caso el área de enfermería de planta y el de radiología. 2- Facilite la citación, preparación y educación al paciente que se va a someter a una TC 3- Permita un registro de datos de todas las actuaciones sobre el paciente, desde la indicación, preparación, realización, etc hasta las posibles incidencias y/o complicaciones que puedan derivarse de este proceso. 4- Proporcione un acceso informatizado de toda la información.

Material y método: Realizamos una encuesta para detectar el grado de conocimiento sobre todos los aspectos de la exploración a las enfermeras de distintas unidades de hospitalización, para orientarnos sobre las necesidades o carencias que ellas tienen. Por otro lado, las enfermeras del escáner, nos propusimos crear un vínculo de información con la planta de todo el proceso, a través del sistema informático que da soporte a la historia clínica del paciente y a todas nuestras actividades.

Resultados: Tras revisar las encuestas observamos:

- Que el grado de conocimientos de la mayoría de las enfermeras entrevistadas es escaso con respecto tanto a la exploración, como a su preparación y cuidados.
- Que no existe una vía ágil de comunicación entre hospitalización y el área de TC
- Nuestro desconocimiento sobre las incidencias que surgen en el periodo posterior a la exploración.

Conclusiones: Para intentar dar respuesta a esta situación, hemos preparado un proceso de actuación que mantiene en conexión todas las etapas que engloban la realización de una TC en nuestro centro, desde la citación hasta la educación al paciente.

Cuidados de enfermería en la administración de contrastes hepáticos en Resonancia Magnética

M^a Jose Lorenzo Dominguez, Nahikari de la Caba Rua, Rafael Loyola Iriondo, Cristina de la Calle Romero
Osatek. Resonancia Magnética. Hospital Donostia.
San Sebastián

Introducción:

La correcta administración de los contrastes utilizados en el estudio de hígado permite la obtención de una óptima imagen de Resonancia Magnética (RM) que lleva a un buen diagnóstico. Se ha demostrado que la sensibilidad y especificidad de la RM ha aumentado con el empleo de medios de contraste. Lo que identifica a un agente de contraste en RM es la presencia de un ión metálico (principio activo), el cual al ser tóxico necesita unirse a una sustancia quelante que le sirve de transportador para su distribución por el organismo.

Material y método:

- 8 pacientes a los que se les ha administrado cuatro tipos de contrastes.
- Material empleado para la administración de los diferentes contrastes: Cateter 20 o 22G, Llave de tres vías, jeringas de 10 o 20 ml, suero fisiológico o suero glucosado al 5%, inyector Spectris MR.
- Contrastes utilizados en Resonancia Magnética: Gadolinio DTPA (Gd), Manganese, Gd BOPTA, SPIO (hierro) y Administración y dosis de contraste. Cada uno de ellos tiene sus particularidades a la hora de introducirlo en el paciente (dosis, dilución, velocidad de inyección,...)
- Vigilancia de los posibles efectos adversos durante y después de la administración de los distintos contrastes.

El estudio de RM requiere una explicación previa y detallada de la prueba. El paciente ha de estar tranquilo y colaborador ya que los estudios se realizan con respiración mantenida (apnea) y esto ha de ajustarse a los tiempos de adquisición de la secuencia tras la administración de contraste.

Conclusión:

Es importante, previo a la realización de la RM, dedicar un tiempo al paciente explicándole con detalle en que consiste la prueba y de esta forma conseguir que este tranquilo y colabore. Mediante la óptima administración de los diferentes contrastes hepáticos hemos llegado a la obtención de imágenes que han posibilitado un correcto diagnóstico.

Biopsia prostática trans-rectal. Una técnica de enfermería

Introducción:

La Biopsia Prostática Trans-rectal (BPT) es una técnica en la que la enfermería puede tomar parte activa, tanto en las funciones técnicas como en las asistenciales, colaborando con el radiólogo.

Objetivos:

Describir la BPT como técnica de enfermería y la importancia de la práctica constante y el entrenamiento en los buenos resultados técnicos.

Material y método:

Entre el 1 de noviembre del 2003 y el 28 de febrero del 2005, se han realizado 222 BPT en 212 pacientes, con una edad media de años. De ellas, 221 se realizaron por vía trans-rectal y una por vía transperineal. Los pacientes presentaban valores de PSA entre 0,77 y 3000 ng/ml, con una media de 46,01 ng/ml. En todos los casos se utilizó un ecógrafo Toshiba Sonolayer SSA-250 A, una sonda trans-rectal PUL-625 RT con guía ecográfica y una aguja de corte de 18 G de 21 cmm, de disparo automático, tomando muestras por sectores. La exploración se realizó en dos pasos sucesivos:

- Ecografía suprapúbica vesico-prostática: La enfermera realizó la ecografía suprapúbica para determinar la densidad de PSA (cociente PSA/Volumen prostático), indicando la biopsia en los casos en que es mayor de 0,15.

- BPT: La enfermera realizó tacto rectal para valorar la dureza prostática y dilatar el esfínter anal. A continuación el radiólogo guió ecográficamente a la enfermera para la toma de muestras por sectores de ambos lóbulos prostáticos. Finalizada la biopsia la enfermera informó al paciente de los cuidados posteriores y pautas a seguir.

Resultados: De las 22 biopsias realizadas, 117 fueron positivas (52,7%), 102 negativas (45,94%), y 3 no concluyentes (1,35%). En todos los casos se trató de adenocarcinomas. En 51 pacientes se pautó dosis única en la profilaxis antibiótica, confirmando mediante encuesta telefónica post-biopsia que los resultados fueron satisfactorios. Se registraron 26 complicaciones (47,27%). Igualmente hemos comprobado que la prueba ha sido bien tolerada por el paciente tanto con utilización de anestésico como sin él.

Conclusiones: La enfermería es capaz de realizar la BPT con un buen entrenamiento y práctica constante, siendo su trabajo comparable al de otros profesionales. En nuestra serie el paciente ha mostrado confianza y seguridad hacia la enfermera que realizaba el procedimiento, que en todo el proceso ha estado a su lado.



XI CONGRESO DE ENFERMERÍA EN RADIOLOGÍA, MEDICINA NUCLEAR Y RADIOTERAPIA

TERUEL 5, 6 Y 7 DE MAYO DE 2005

PÓSTERS

Sábado 7 de Mayo de 2005

Espectroscopia de próstata con antena de superficie

Amparo Alcázar Sánchez, Emilio Castillo Folch, Elies Ribera López, Noelia Sanz García

Servicio de Resonancia Magnética ERESA - H. Arnau de Vilanova, Valencia

Introducción:

El cáncer de próstata se origina en la zona periférica en un 85% de los casos; el 15% lo hace en la zona de transición y el 5 % en la zona central. Aproximadamente el 95% de los tumores malignos de próstata son adenocarcinomas. Existen múltiples métodos diagnósticos para el cáncer de próstata, como el tacto rectal, la medición del PSA, o la biopsia. La espectroscopia de próstata proporciona información metabólica que es utilizada, basándose en los niveles de colina y de citrato, para diagnosticar el cáncer de próstata, ofreciéndonos una relación directa entre las alteraciones morfológicas y bioquímicas. Para ello se pueden emplear tanto antenas endorrectales como antenas de superficie, siendo éstas últimas mejor toleradas por el paciente.

Material y método:

El estudio se realiza a 24 hombres con edades comprendidas entre los 52 y 80 años, y en un período de tiempo comprendido entre abril de 2004 a marzo de 2005. A todos ellos se les realizó estudio morfológico y estudio espectroscópico por RM de próstata, para lo que necesitamos:

- RMN SIEMENS MAGNETOM SYMPHONY 1.5 Tesla
- Antenas de superficie CP array de columna y CP array de cuerpo flexible de 6 canales
- Secuencia espectroscópica: PRESS multivóxel con TE=120 (csi_se_p62_va21b)

Resultados:

		Resultados del estudio con RM			
		Adenocarcinoma	Hiperplasia	Adenocarcinoma +Hiperplasia	Estudio normal
Pacientes en estudio	19 pacientes con neoplasia conocida	17	1	1	0
	2 controles postcirugía	1	0	1	0
	3 casos con biopsia no concluyente	0	2	0	1

Conclusiones:

A la vista de los resultados obtenidos en el estudio se confirma que la RM de próstata con estudio espectroscópico con antenas de superficie es un método complementario con alto porcentaje de fiabilidad para el diagnóstico de la patología prostática. Además presenta ventajas respecto al estudio realizado con antena endorrectal como son el acortamiento del tiempo de realización de la prueba, se evitan los artefactos de movimiento de la antena endorrectal con el movimiento peristáltico y tiene un coste mas económico. Por otra parte el paciente se encuentra con una prueba menos invasiva y psicológicamente mas aceptable que si se realizara el estudio con antena endorrectal.

Metilcelulosa como agente de contraste en Resonancia Magnética de recto

Rafa Fort Uceda, Anna Oliva Vidal, Lourdes Terés Montoliu, Toni Pulido Aguila, Cristina Barana Vidal

Hospital/Centro: Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida, Institut de Diagnostic per la Imatge

Objetivo:

Valorar el uso de Metilcelulosa al 5% como agente de contraste endorrectal en RM para estadificación de ca. de recto.

Material y método:

El estudio incluye 110 exploraciones a pacientes diagnosticados de ca. de recto, de las cuales 59 se han realizado con la administración de un enema de metilcelulosa al 5% cuyo fin ha sido definir mejor los márgenes de la lesión.

Los estudios se han realizado con un equipo de RM de 1.5 T con antena body-phase array y secuencias TSE potenciadas en T2 y T1 de alta resolución en los tres planos del espacio.

Para el enema se ha utilizado un preparado de carboximetilcelulosa al 5% envasado en jeringas de 60cc. cada una, administrando 120cc a cada paciente mediante sonda tipo Foley nº24. Así mismo se ha administrado 20 mg de Butilbromuro de hioscina (Buscapina) vía endovenosa para disminuir el peristaltismo y reducir el artefacto de movimiento a todos aquellos pacientes que por su historia clínica lo permitía.

La preparación previa consiste en un enema de limpieza 4-6 h. antes de la exploración y ayuno de 3h.

Resultados:

En nuestra experiencia el uso de metilcelulosa como agente de contraste endorrectal en RM de ca. de recto se ha mostrado como una técnica sencilla y muy bien tolerada por los pacientes. En ningún caso se ha descrito efectos indeseables a su administración.

El 90% de los estudios obtenidos por esta técnica han sido de buena calidad, permitiendo una mejor visualización del recto y delimitación de los márgenes de la lesión.

El 10% restante corresponde a estudios en los que la lesión se encontraba a más de 10cm del esfínter anal o que comprometía gravemente la luz del intestino dificultando el paso de la solución y su distensión.

El uso de esta técnica alarga ligeramente el tiempo de preparación de los pacientes, permite identificar y delimitar mejor la lesión y aumenta la calidad del estudio. En algunos estudios se han dado pequeños artefactos de susceptibilidad por la presencia de aire en la solución de metilcelulosa.

Conclusiones:

La metilcelulosa al 5% como agente de contraste endorrectal es una técnica sencilla, mínimamente invasiva, no agresiva y muy bien tolerada por los pacientes, que nos permite obtener imágenes de alta resolución diagnóstica en la estadificación de neoplasia de recto por RM en las que interesa definir sus márgenes.

¿Es segura la Resonancia Magnética?

Cristina de la Calle Romero, Rafael Loyola Iriondo, Nahikari de la Caba Rúa, M^a Jose Lorenzo Dominguez.

Osatek. Resonancia Magnética. Hospital Donostia. San Sebastián

Introducción:

Antes de realizar un estudio de resonancia magnética a un paciente adoptamos una serie de medidas para garantizar su seguridad. Para ello la persona rellena, previamente a la realización de la prueba, un cuestionario que es valorado por el personal sanitario mediante un triple filtro.

A través de este procedimiento se detectan tanto las causas de exclusión absoluta como las de alto riesgo que nos llevan a la valoración más exhaustiva del caso.

Material y método:

Sobre casos reales, se estudiaron 2.404 cuestionarios de seguridad realizados entre el 1 de Noviembre de 2004 y el 11 de Marzo de 2005.

- Se determina que 195 pruebas (8,11%) son anuladas previamente; de las cuales 147 son por causas ajenas a la prueba, como fallecimiento previo del paciente, anulación de la prueba por su médico, la no realización de la prueba por negativa del paciente y otras causas indefinidas.

48 casos no se realizan por incompatibilidad absoluta; fundamentalmente presencia de marcapasos en 17 casos, embarazo en 7, claustrofobia en 21, clips vasculares en 3.

- Del total de los casos llevados a estudios un 24,6% de los pacientes estarían incluidos en grupo de riesgo, por presentar posibilidad de accidente o incidente en el transcurso de la prueba. Hallazgos:

- 132 Tatuajes que pueden originar quemaduras
- 214 Portadores de implantes y prótesis
- 30 válvulas cardíacas
- 10 virutas metálicas en ojo

Tras valorar exhaustivamente su compatibilidad, a todos ellos se les realizó el estudio de RM.

Conclusiones:

La RM es segura siempre que se siga la normativa anteriormente mencionada, ya que de los casos estudiados, incluidos los grupos de riesgo no se detectó ningún accidente con daño al paciente.

Aplicación de los diagnósticos de enfermería en la Resonancia Magnética

- Cañellas Cardona, Elisabet

- Cabedo Ibañez, Leonor

- Figueres Cantó, Lorena

- Hernández Gómez, Jaime

Servicio Resonancia Magnética Hospital Clínico Universitario de Valencia. (ERESA)

Introducción:

Existen problemas que afectan al bienestar del paciente en el momento de realizar una resonancia magnética.

La función de enfermería, propiamente dicha, es la necesidad de aplicar cuidados específicos mediante la utilización de los Diagnósticos de Enfermería.

El objetivo es dar a conocer los principales Diagnósticos de Enfermería que surgen en el proceso de la realización de la Resonancia Magnética, de modo que, los problemas queden definidos y las pautas de actuación protocolizadas.

Material y método:

Seguimos las fases del PAE y utilizamos las etiquetas diagnósticas clasificadas por la NANDA, según los patrones funcionales de Gordon:

- 1.- Valoración: Recogida de datos a través de la entrevista y observación directa del paciente..
- 2.- Diagnóstico: Los problemas más frecuentes son: Ansiedad – Miedo – Déficit de conocimientos – Riesgo de lesión
- 3.- Planificación: Enumeración de objetivos según los Diagnósticos de Enfermería obtenidos.
- 4.- Ejecución: Puesta en marcha del cumplimiento de los objetivos mediante actuaciones de enfermería.
- 5.-Evaluación: Medición de los resultados obtenidos.

Resultados:

Resolvemos los problemas del paciente, mediante el uso del PAE y conseguimos una óptima realización de la prueba.

Conclusiones:

Es necesario el uso de los diagnósticos de enfermería para poder establecer unas pautas de actuación de modo que el resultado sea satisfactoria tanto para el paciente como para el objetivo de la prueba.

Bibliografía:

- Diagnósticos de Enfermería. Ed. Díaz de Santos.

- ATS-DUE De la Comunidad Valenciana.

Instituciones Sanitarias de la Consejería de Sanidad (Temario Específico)

- Diagnósticos de la NANDA

Agentes de contraste para la detección y caracterización de lesiones focales hepáticas mediante Resonancia Magnética

Nahikari de la Caba Rúa, M^a Jose Lorenzo Dominguez, Cristina de la Calle Romero, Rafael Loyola Iriondo
Osatek. Resonancia Magnética. Hospital Donostia.
San Sebastián

Objetivo:

Evaluar que la utilización de diferentes contrastes aumenta la sensibilidad y especificidad en la detección y caracterización de lesiones hepáticas mediante el estudio por Resonancia Magnética.

Introducción:

El contraste intravenoso utilizado clasicamente hasta ahora para el estudio de hígado era el gadolinio DPTA que permitía visualizar lesiones hepáticas. Sin embargo hay diferentes lesiones benignas y malignas que tienen un comportamiento similar con el gadolinio DPTA. En estos casos suele ser necesaria la introducción de otros contrastes de reciente aparición que discriminan estas lesiones, siendo algunos de ellos organoespecíficos para el hígado (SPIO, Gadolinio BOPTA).

Material y método:

- Se realizaron 213 exploraciones hepáticas con la administración en todas ellas de Gadolinio DPTA(1), en las cuales además se utilizó:
SPIO(2) (óxido de hierro) en 12
Manganeso en 152
Gadolinio BOPTA(3) en 8
Del total de las exploraciones, en ocho de ellas, se administraron los cuatro contrastes.

- Las secuencias aplicadas en todas las exploraciones:
- Eco de Gradiente (EG) T1 ----- gadolinio DPTA manganeso y gadolinio BOPTA.
- Eco de Gradiente (EG) T2 ----- SPIO

- Las indicaciones fueron:
- Detección de metástasis de colon en pacientes candidatos a la cirugía.
- Caracterización de lesión focal descubierta casualmente en hígado no cirrótico.

Resultados-Conclusión:

El uso de los nuevos contrastes organoespecíficos (SPIO, manganeso y gadolinio BOPTA) en resonancia magnética ha supuesto una herramienta de ayuda para la detección y caracterización de las distintas lesiones focales hepáticas.

Estudio del estado de las prótesis mamarias mediante Resonancia Magnética

Pinazo Alegre Inmaculada, Catalá Muñoz Virginia, Sánchez López María Inmaculada, Ros Benlloch Vicente.

unidad de resonancia magnética del Hospital Clínico Universitario de Valencia. erez

Introducción:

Una de las indicaciones de la RM de mamas es la valoración del estado de la prótesis mamaria. Esto se logra gracias a la posibilidad de saturar diferentes tipos de densidades, en este caso silicona, grasa y agua.

Material y método:

Se estudian 23 pacientes, todas ellas mujeres portadoras de prótesis mamarias comprendidas entre los 21 y 71 años, en un periodo de tiempo que abarca un año a partir de marzo de 2004. Para ello contamos con un modelo SIEMENS MAGNETOM SONATA 1.5 Tesla; la bobina específica de mama (BRL, BRR); un software, y las siguientes secuencias:
-t1 axial (valoración morfológica)
-t2 sagital TIRM (valoración saturación de la grasa)
-t2 TIRM_SILICONE_LEFT (con ella podremos saturar agua o silicona mediante la asignación del valor IR adecuado obtenido en la medición de la curva...

Resultados:

Rotura			No Rotura		
Intracapsular	Extracapsular	Intracapsular Extracapsular	Norfoforme	Pliegues y contracturas	Herniaciones
2	1	1	7	10	2
4			19		
23					

Conclusiones:

La RM de mamas es una prueba no invasiva indicada para poder determinar el estado de la prótesis mamaria y en función del mismo, seguir el tratamiento adecuado en caso necesario.

Diseño del registro de cuidados de enfermería en Radiología

Suso Barbería C, Etxebeste Martín Y, Gracia Águeda R, Lekuona Echevarría I, Urbizu Zabaleta N, Almandoz Sánchez-Guardamino I
Enfermeras Servicio de Radiología. Hospital Donostia Osakidetza/Servicio vasco de salud.

Introducción: La Hoja de registro de Cuidados de Enfermería en el Servicio de Radiología no ha existido hasta hace poco en nuestro Hospital. Ante lo cual y debido a la necesidad detectada de aplicar y registrar unos cuidados a los aocientes que acuden a nuestro Servicio, nos planteamos registrar un documento específico, donde constara de forma clara y completa el trabajo realizado. Como todo el mundo sabe lo que no queda regsitardio no está realizado,o al menos no se puede demostrar, y, además no es evaluable.

Objetivo: Diseñar un registro que recoja todas las actuaciones realizadas sobre el paciente así como las incidencias si estas ocurren, desde su recepción en la sala de Radiodiagnóstico hasta su alta del Servicio.

Material y método: Utilización de dos parámetros de la escala de Norton para valorar el estado mental y el grado de actividad del paciente para evaluar su nivel de colaboración.

- Referencia de otros registros ya existentes en la red de Osakidetza, aplicados a otras especialidades y Servicios.
- Diseño de un registro propio adecuado a las necesidades del paciente de Radiodiagnóstico (Anexo 1)

Resultados: 1. A la recepción del paciente, se recogen los siguientes datos

- personales: Nombre y dos apellidos, fecha de nacimiento
 - datos de filiación: N° de Historia Clínica, Servicio Clínico y/o Unidad de Hospitalización, N° de habitación y cama
- Posteriormente se registra la prueba a realizar, la fecha sala y radiólogo que la va a llevar a cabo.
2. A continuación se recaba información sobre la preparación realizada, si tiene o no documento de Consentimiento Informado y si tiene algún tratamiento habitual, por enfermedad crónica u otros motivos.
3. Seguidamente, se realiza la valoración inicial,
- pasando la escala de Norton para valorar el estado mental y la actividad
 - se pregunta sobre posibles alergias a medicamento u otras sustancias y/o intolerancias
 - necesidad de oxigenoterapia
 - si es portador de sondas, sueros, etc
 - portador de prótesis
4. Planificación y ejecución de los cuidados.
- Tipo de contraste que se administra, n° de lote, cantidad y vía de administración
 - Reacciones adversas si las hubiera y tratamiento de las complicaciones ocasionadas por el mismo
5. Cuidados, observaciones y evolución de enfermería. En este apartado s e registra:
- La protección radiológica aplicada al paciente para garantizar su seguridad
 - Constantes vitales
 - Aspiración de secreciones, si fuera necesario
 - Todos aquéllos cuidados e incidencias que se observen durante la ralización de la prueba
6. Recomendaciones al alta del Servicio de Rafdiodiagnóstico. SE registran
- Información emitida sobre cuidados específicos posteriores de cada una de las pruebas
 - Entrega de folleto informativo, que incluye teléfono de contacto por si surgen problemas no previstos.

Conclusiones: El registro de tales cuidados contribuirá al conocimiento y posibilidad de evaluación del trabajo realizado por enfermería en el Servicio de Radiología. Asimismo servirá para dar a conocer nuestro trabajo a los demás Servicios y Unidades del Hospital y, en definitiva a la mejora de la asistencia integral del paciente y su seguridad.

Implantación de un nuevo registro informático de cuidados de enfermería en el Servicio de Diagnóstico por la Imagen

A.La Banda, M.Dominguez, M.Gonzalez, I.Lopez,
Servicio de Diagnostico por Imagen. Hospital de Fuenlabrada. Madrid

Objetivo:

- 1-Unificar los cuidados de enfermería dentro del Servicio de Diagnóstico por Imagen quedando reflejadas todas las necesidades cubiertas del paciente.
- 2-Integrar el registro de nuestra unidad en la historia informática del paciente.

Material y método:

Se ha diseñado un documento en el que se recogen diferentes parámetros atendiendo aspectos tanto físicos como psíquicos del paciente.

Se ha estructurado de la siguiente manera:

- Proceso (procedencia, antecedentes, preparación...)
- Estado emocional
- Cuidados realizados (control hemodinámico, vía venosa, sondajes....)
- Observaciones (reacciones adversas, incidencias....)

Al ser un hospital de nueva creación el formato inicial es en soporte papel hasta que de forma progresiva se incluya en el programa informático de uso general del centro.

Conclusiones:

El registro va a ayudar al control y seguimiento de la actividad enfermera, aumentando la calidad asistencial y proporcionando una fuente de datos recogida en la historia para diversos usos (estadística, investigación, acceso a la información desde otros servicios...).

Cuidados de Enfermería en la Cistouretrografía miccional seriada (CUMS)

Silvia Toribio Ramos y María Jesús de Castro Barco. Enfermeras. Hospital Universitario de Salamanca.

Introducción:

Cistouretrografía consiste en el relleno de la vejiga con medio de contraste radiopaco por vía retrógrada mediante sondaje vesical.

Objetivo: Disminuir ansiedad, garantizar intimidad. Proteger al paciente de riesgos externos. Obtener imágenes adecuadas (criterio ALARA).

Material: Mesa telemandada con radioscopia, material de sondaje, contraste radiopaco hidrosoluble atemperado.

Método: Fotografía de imágenes en fase de mínima replección, máxima replección, fase permiccional y postmiccional.

Actividades de Enfermería:

- Previos a la exploración:
- Preparación del paciente.- ayunos, enemas...
- Acogida.-Revisar historia, protocolo de cuidados básico...
- Durante la exploración:
- Visión radioscópica de abdomen simple. Sondaje vesical. Relleno vesical. Visiones radioscópicas en fase de llenado, permiccional y postevacuación.
- Después de exploración:
- Verificar estado del paciente. Informarle que podrá presentar molestias al orinar, debe beber líquidos y adecuada higiene perineal. Registro de actividades en hoja de cuidados.

Conclusión: La aplicación de protocolos de enfermería hacen que se minimicen los riesgos, reducen el tiempo de exposición radiológica y mejoran la calidad asistencial.

Cuidados de enfermería en pacientes sometidos a tratamiento de Radioterapia en cabeza y cuello

Marin Tierno, Francisco Felipe; Hernández Vergara, Pilar. D.U.E Oncología Radioterapia ICO-Badalona

Introducción:

Los pacientes diagnosticados de cáncer de cabeza y cuello precisan de tratamiento de radioterapia. La función de la enfermería radioterápica es prestar cuidados y curas de enfermería de forma integral, evaluando los efectos de la radioterapia para mejorar la calidad de vida durante y después del tratamiento radioterápico.

La enfermería radioterápica conocerá las técnicas de RDT (dosis, energía, fraccionamiento, distribución..) así como sus efectos secundarios y en general , las consecuencias de las toxicidades.

En pacientes sometidos a irradiación de cabeza y cuello hay factores que influyen directamente con las posibilidades de éxito del tto radioterápico como son: edad, estado nutricional, patología asociada , hábitos tóxicos, localización y volumen tumoral.

Las toxicidades y efectos secundarios conocidos, que presentan estos pacientes irradiados, nos llevan a instaurar un plan de cuidados de enfermería e incidir directamente en las toxicidades que pueden presentar estas zonas irradiadas como son: mucositis, dermatitis sialodenitis, xerostomía, entre otros.

Material y método:

El paciente desde el inicio hasta la finalización del tto acude a la consulta de enfermería donde se lleva a cabo un seguimiento de forma semanal. En la consulta se inicia el plan de curas y cuidados de los pacientes sometidos a irradiación de cabeza y cuello, donde se evalúa: el estado nutricional del paciente, una valoración del estado psico-emocional con posibilidad de derivación al servicio de psico- oncología y todos aquellos efectos secundarios agudos del tratamiento como son :mucositis, dermatitis , xerostomía como principales efectos tóxicos del tto..

Se realizan curas de enfermería sobre estos efectos según el estado y el grado de toxicidad. Se administran bajo prescripción médica fármacos que ayuden a reducir las toxicidades y en general, a todas aquellas actividades encaminadas a disminuir los efectos secundarios

Resultado:

Mejora de la calidad de vida del paciente durante y después del tto radioterápico así como la disminución de los efectos tóxicos del tto.

Conclusiones:

Los planes de cuidados de enfermería en un servicio de radioterapia son imprescindibles y contribuyen a la recuperación de los efectos secundarios al tratamiento. La consulta de enfermería es un elemento básico en los servicios de radioterapia.

Micosis fungoide

Buedo García, Jorge; Iñigo Valdenebro, Rafael; Mas Garrote, Ignacio.

S. de Oncología Radioterápica, Hospital General de Valencia (ERESA)

Introducción:

El tratamiento de la micosis fungoide en radioterapia se realiza por medio de la técnica denominada "TSEI" (Total Skin Electron Irradiation).

Este tratamiento puede ser exclusivo o concomitante con quimioterapia, en función del alcance y características de la enfermedad en el individuo; generalmente se aplica después de tratamientos quimioterápicos.

Al irradiar todo el cuerpo se pueden producir problemas, a diversos niveles, en los que entra activamente la enfermería, actuando de modo: preventivo, asistencial y/o, emocional.

Material y método:

- Acelerador lineal de electrones Primus, Siemens.
- Pantalla difusora de metacrilato para repartir uniformemente la radiación.
- Protecciones plomadas para cristalino y uñas del paciente.
- Método de Irradiación: "Técnica de Stanford", con la que se consigue una irradiación homogénea de toda la superficie corporal, con electrones de baja energía (6 MeV), obteniendo una dosis máxima en piel, e inmediata disminución de la misma en profundidad.

Resultados:

- Disminución de los problemas derivados de la irradiación.
- Detección precoz de efectos secundarios.
- Disminución del estrés emocional del paciente por el tratamiento.

Conclusiones:

Haciendo un seguimiento diario desde la unidad de tratamiento, por parte de enfermería, se han conseguido detectar situaciones de riesgo de ulceración de la piel y, se han prevenido complicaciones debidas a la irradiación, mediante la educación e información del paciente sobre las medidas que debe tomar en su vida diaria. Además, en el caso de haber aparecido tales efectos no deseados, se ha actuado inmediatamente y se han resuelto de forma satisfactoria.

Técnica de renderización de volumen en estudio osteo-articular y miembros

J.J.Zamora Pardo*, M.D.Martinez Vicente*, J.A.Bastida Muñoz*, P.Soler Gallego* y A.Parrilla Almansa**.(*Enfermeros, **Médico Radiólogo)

H.U. Virgen de la Arrixaca, El Palmar, Murcia

Introducción:

La Técnica de Renderización de Volumen (VRT) es un programa con el que podemos colorear tejidos a partir de imágenes CT o RM, en una vista tridimensional semitransparente, que aporta valiosos datos diagnósticos y, sobretudo, una visión integral de gran ayuda para el cirujano.

El programa colorea los diferentes tejidos en virtud de su densidad.

Material y método:

En nuestro caso, las imágenes CT han sido adquiridas mediante un Scanner helicoidal dual (modelo SOMATON VOLUME ACCESS de SIEMENS) en el Departamento de TAC del Servicio de Radiodiagnóstico del H.U.Virgen de la Arrixaca de Murcia. Podemos modificar la densidad de los tejidos administrando medios de contraste iodados durante la exploración. Esto no es necesario cuando se trata de utilizar la VRT en exploraciones osteoarticulares. Sí que lo utilizamos en estudios vasculares o de tejidos blandos de miembros, consiguiendo una mayor diferenciación de los mismos. En éstos últimos hemos utilizado como medio de contraste la molécula Iopromida en concentración de 300 mg %, administrada mediante bomba de perfusión Ulrich, a un flujo de 2,5-3,5 ml/seg y 100-120 ml de volumen total.

Huesos: Exploramos la región objeto del estudio con un grosor de corte de 2 mm (x2) y un desplazamiento de mesa de 3 mm (Pitch 0'75), 90 mA, 120 Kv.

Reconstruimos imágenes con incremento de 1 mm y un filtro de reconstrucción muy homogéneo (10f-20f)

Vascular y tejidos blandos de miembros: Grosor de corte de 3 mm (x2) y desplazamiento de mesa de 8,8 mm (Pitch 1,46), 100 mA, 120 Kv. Incremento de 1,5 mm y filtro de reconstrucción homogéneo.

Resultados:

El grupo de imágenes se carga en la aplicación 3D, obteniendo, en primer lugar, una reconstrucción multiplanar (MPR) en los tres planos básicos (axial, sagital y coronal).

Definimos el volumen de interés (VOI), eliminando los objetos que puedan "estorbar" y activamos la VRT.

El programa VRT ofrece una "galería" de preajustes de coloreado en la que podemos guardar, además, aquellos que vayamos creando con la herramienta denominada "Definición de VRT".

"Definición de VRT" contiene un gráfico, llamado histograma, con todos los valores de densidad de la exploración. Sobre el histograma podemos aplicar hasta cuatro rangos de color, representados por trapezoides, que movemos libremente hasta conseguir el resultado que buscamos:

"colorear adecuadamente los tejidos."

Aquellas "creaciones" que nos resultan satisfactorias se guardan en la "Galería de VRT".

Conclusiones: Se obtienen imágenes espectaculares de gran interés diagnóstico y de gran ayuda en la planificación de la cirugía y tratamiento médico. Estas imágenes son consideradas por los correspondientes facultativos especialistas de nuestro Hospital como de especial interés y casi imprescindibles en su planificación quirúrgica actual.

Propuestas prácticas sobre protección en Rx convencional y TC

Hernández Mocha, Hipólita;(Enfermera) Alcácer Martínez, José;(Enfermero); Maestro Huguet, Silvia (T.E.R).

Servicio de Radiodiagnóstico Pediátrico. Hospital infantil "La Fe"

Introducción:

A raíz de la digitalización de nuestro Servicio, se plantea la necesidad de adecuar las técnicas radiográficas al nuevo sistema aprovechando las ventajas que nos ofrece para poder disminuir las dosis de radiación conservando la calidad de imagen.

Material y método:

Durante seis meses se revisaron y adecuaron las técnicas de todas las salas de exploración con la colaboración del Servicio de Protección Radiológica. También se revisaron los distintos medios de protección, empezando a utilizar los nuevos materiales para T.C (Blindaje de Bismuto).

Resultados:

Los protectores de plomo en radiología del tórax reducen la dosis de radiación dispersa sobre genitales, aproximadamente, un 40%. En el caso de que las gónadas estén dentro del campo exploratorio (RX de raquis en el caso de las escoliosis) la reducción es de hasta un 94%

Y de 30% y 40% en las RX en incubadora protegiendo genitales y tiroides.

En cuanto a T.C, sólo bajando los parámetros del topograma óptico reducimos la dosis aprox.1/3. Utilizando blindaje de bismuto, 40% sobre cristalino y 60% en tiroides.

Sobre las mamas, 50% aproximadamente.

Aunque las indicaciones de este tipo de protecciones son para órganos en superficie, también aquellos que se encuentran a nivel más profundo (ovarios) reciben menos radiación, sin afectar a la calidad diagnóstica, siempre que se utilicen adecuadamente.

Conclusiones:

La disminución de dosis quedó patentemente demostrada, rebajando los parámetros de exploración tanto en radiología convencional como en T.C, y utilizando las medidas de protección indicadas en cada caso. Pensamos que la protección al paciente debe estar en los planes de cuidados de la enfermería radiológica, máxime cuando se trata de pacientes pediátricos y jóvenes con una larga expectativa de vida.

Los cuidados de enfermería en el artro-TAC

Suso Barbería C, Echeveste Martín Y, Gracia Águeda R, Lekuona Echevarría I, Urbizu Zabaleta N, Almandoz Sánchez-Guardamino I Hospital Donostia Osakidetza/Servicio vasco de salud

Introducción: El Artro-TAC tiene como objetivo visualizar con exactitud la localización de patologías intraarticulares cuando otras técnicas han resultado insuficientes. Es una técnica que combina la radiología con contraste intraarticular y el TAC. La utilización de un contraste líquido en la articulación hace necesario una planificación de los cuidados del paciente, que en general es una persona joven y sin patología asociada.

Objetivo. Estandarizar los cuidados del paciente sometido a Artro-TAC, garantizando su seguridad.

Material y métodos: El Artro-TAC, se realiza en 3 fases: 1. Preparación, 2. Ejecución y 3. Cuidados y Recomendaciones al alta. La preparación comienza con la comunicación del programa a la enfermera por parte del médico radiólogo y finaliza con la recepción del paciente en Radiodiagnóstico. La ejecución se inicia con la ubicación del paciente en la sala de scopia y finaliza con la realización del TAC. La fase de cuidados y recomendaciones al alta se inicia con la realización del TAC y finaliza con la despedida del paciente de la sala.

Resultados: 1. Preparación. La enfermera responsable, se pone en contacto telefónico con el paciente, realiza una valoración de necesidades (medicación habitual, enfermedades tipo diabetes, HTA, cardiopatías, etc., alergias, intolerancias o hipersensibilidades, realización previa de pruebas con contraste,...) y emite las siguientes recomendaciones: no conducción de vehículos el día de la prueba, acompañamiento de algún familiar en caso de que la prueba sea en una extremidad inferior, no son necesarias las ayunas, si la prueba le produce ansiedad, nerviosismo, etc, se le remite a su médico de AP por si puede tomar algún medicamento, explicación clara y sencilla de cómo se va a realizar la prueba, comprobar si le han facilitado el documento de Consentimiento Informado. 2. Ejecución. Artroscopia. Recepción del paciente por parte de la enfermera responsable, breve recordatorio de la información telefónica previa, verificación del miembro a estudiar (D ó I), se le pasa al cabina para el cambio de ropa, colocación segura del paciente en decúbito supino, preparación del material, colocación del campo estéril en la articulación y preparación de la piel con antiséptico, ayudar al radiólogo en la realización de la prueba, colocación de apósito sobre la zona de punción, acompañamiento del paciente en silla a la sala de TAC, se coloca al paciente de forma segura en la mesa del TAC y finalización de la prueba. 3. Cuidados y Recomendaciones al alta. Al finalizar el TAC la enfermera responsable despide al paciente, informándole sobre: no conducción de vehículos en las siguientes 24 horas, la sensación de acorchamiento y crepitación a la palpación de la articulación es normal en las siguientes 24h-36h posteriores, la articulación no debe doler, en caso de persistir esta sintomatología debe acudir al médico de AP, ayuda, si precisa par vestirse y despedida del paciente.

Conclusiones: La estandarización de los cuidados de enfermería en las Salas de Radiología contribuye a disminuir la variabilidad de los mismos. Los cuidados deben ir dirigidos a garantizar la seguridad del paciente. La necesidad de registrar los cuidados. La importancia de una información clara, sencilla y asequible a cada tipo de paciente contribuye a mejorar su colaboración. Áreas de Mejora. 1. Diseñar un registro de Cuidados de Enfermería en Radiología y 2. Estandarizar los cuidados de los procesos más frecuentes.

Aportación del TAC en la calidad de la inmovilización para tumores de cabeza y cuello

Iñigo Valdenebro Rafael, Buedo García Jorge, Más Garrote Ignacio, Muñoz Santapau María, Usero Gómez Ana.

Servicio de oncología radioterápica Eresa-Hospital general universitario de Valencia.

Introducción:

La implantación de técnicas de alta conformación para aumentar la dosis en el tumor, disminuyendo la dosis en los tejidos sanos, obliga a un posicionamiento preciso, resultando de importancia capital la verificación del mismo. El control de la calidad del posicionamiento es el objetivo de este estudio.

Material y método:

El material con que se contó para este estudio fue un tac helicoidal highspeed, y el simulador virtual Advantage Sim, de GENERAL ELECTRIC, así como un programa de análisis de datos (desarrollo propio).

El método que se siguió fue medir el vector desplazamiento que sufren 7 puntos arbitrarios a lo largo de 4 exploraciones de tac (el de planificación, y 3 controles posteriores) efectuados en la 3ª, 5ª y 7ª semanas durante la administración del tratamiento.

Resultados:

El procesamiento de los datos obtenidos, puso de manifiesto las desviaciones que sufrían cada uno de los puntos, así como el módulo del vector desplazamiento, observando que en el 52% (n=579) no se presentó desviación alguna, mientras que el 80% de casos sufre un desplazamiento < 4 mm.

Conclusiones:

El tac de planificación permite comprobar de una forma mensurable, la calidad que ofrece cada sistema de inmovilización, además de controlar los márgenes de seguridad que se fijan en la planificación del tratamiento.

La osteosíntesis percutánea guiada por TC en fracturas inestables de sacro.

Alex Budoy i Flores, Consuelo Gutiérrez i Barranco
Hospital Clínic (Barcelona)

Introducción:

La radiología intervencionista poco a poco se va consolidando como el método de elección de diferentes exploraciones y actos quirúrgicos, los cuales están teniendo más auge debido a que los medios son mayores y ofrecen a los facultativos de diferentes especialidades unas posibilidades desconocidas hasta ahora. La osteosíntesis percutánea guiada por TC es una intervención mínimamente invasiva que se aplica en pacientes traumáticos graves.

Objetivos:

Este procedimiento requiere las mismas medidas de asepsia utilizadas en un quirófano convencional. Por tanto el personal de enfermería se encargará de transformar la sala del TC en un improvisado quirófano, adaptando la esterilidad necesaria a las particularidades de los aparatos TC (gantry-mesa-pantallas), la sedación, la colocación y la fijación del paciente en la mesa del TC. Toda esta preparación requiere el control muy especial por parte del enfermero/a responsable del TC.

Tras la colocación, se procede al entallado del campo quirúrgico y de la mesa y gantry posibilitando la visualización del área que se precisa.

Esta cirugía está indicada en pacientes que presentan fracturas de pelvis inestables vertical y horizontalmente (grado C de Tile). En el momento de la atención urgente la pelvis es estabilizada anteriormente (habitualmente con un fijador externo) y horas o días después se procede a la fijación posterior. Para la fijación posterior del iliaco con el sacro se utilizará uno o dos tornillos canulados de rosca completa de 7 mm.

Con la visualización por escopía en tiempo real se posibilita una mejor identificación de las estructuras anatómicas (disco L5-S1, agujero sacro) que con los aparatos de escopía quirúrgica convencionales. Esto permite introducir los tornillos de fijación con una mayor precisión, previniendo posibles lesiones neurológicas.

Conclusiones:

Aunque la utilización del TC para esta técnica presenta determinadas limitaciones (imposibilidad de reducir el desplazamiento vertical de la hemipelvis, dificultad para manipular determinados instrumentos bajo el arco del gantry). La mínima incisión y la prácticamente nula lesión de fibras musculares, posibilitan una recuperación postoperatoria rápida, extremo muy importante en el paciente politraumatizado. La visualización en los tres planos de la intervención en tiempo real, hacen de la osteosíntesis percutánea guiada por TC en fracturas inestable de sacro un método intervencionista con futuro

3D osteoarticular mediante CT

Casaña Mohedo, Jorge; Vélez Castaño, Olga; Ballester Leiva, Vicente; Gurrea Ramón, Francisco Miguel.

Eresa, Consorcio Hospital General de Valencia, Servicio de TAC y RM.

Introducción:

A través de esta técnica, pretendemos establecer una metodología de visualización de las imágenes en 3D de patología osteoarticular debido al creciente aumento de peticiones de urgencias de traumatología.

Material y método:

Ct Light speed 16i, estación de trabajo (Advantage windows), estación de reconstrucciones (Voxar).

Conclusiones:

A través de la técnica del 3D, podemos dar una imagen anatómica más precisa de la estructura osteoarticular dañada, pudiendo concretar el grado de lesión que dependerá en gran manera del enfoque de presentación del estudio.

Técnica urográfica mediante CT multicorte

Vélez Castaño, Olga; Casaña Mohedo, Jorge; Gurrea Ramón, Francisco Miguel; Ballester Leiva, Vicente; Roch Penderia, Sara

Eresa, Consorcio Hospital General de Valencia: Servicio de TAC y RM.

Introducción:

Mediante este tipo de estudios, pretendemos realizar una prueba diagnóstica tanto de uréteres, riñones y el resto de estructuras abdominales adyacentes, además de patología de vejiga. El objetivo es realizar la prueba con la mínima irradiación posible y con la mínima cantidad de contraste y con la máxima fiabilidad diagnóstica.

Material y método:

Ct Light speed 16i, contraste iodado no iónico clarograf (Juste), Seguril I.V., tensiómetro.), estación de trabajo (Advantage windows) con el programa correspondiente a Volumen Rendering, 3D y navegación virtual.

Conclusiones:

La finalidad del estudio es detectar patología, benigna o maligna, en lo que se refiere a las vías urinarias, vejiga, como del resto de las estructuras abdominales. Además, con la técnica de endoscopia virtual, podemos navegar por el interior de las estructuras sin necesidad de incomodar al paciente.

La gammagrafía con leucocitos marcados para el diagnóstico de enfermedades inflamatorias intestinales

I.Mendo, M.Soto, P.Sanz, E.colomer, J.Fernandez, R.Aragones, J.Cases, D.Rodriguez, D.Fuster.

Servicio de Medicina Nuclear del Hospital Clínic de Barcelona.

Introducción:

La Gammagrafía con Leucocitos Marcados (G.L.M.) es una técnica que nos permite valorar la localización, extensión y grado de actividad de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal (Enfermedad de Crohn o Colitis Ulcerosa).

Material y método:

El paciente debe acudir al servicio de Medicina Nuclear con un ayuno de mínimo 4 horas que se mantiene durante toda la exploración.

Se le practica extracción de 30cc y 15cc de sangre y tras previa mezcla con 4cc y 2cc respectivamente de anticoagulante (ACP) se procede al marcaje de los leucocitos (según protocolo de laboratorio) con una dosis inicial de 20mCi (740MBq) de Tc99m-HMPAO, y una dosis resultante de 4-5mCi (185MBq) que se le reinyectara al paciente por vía endovenosa (E.V.).

A los 45m post-reinyección se inicia la adquisición de la imagen precoz en proyección anterior de abdomen y pelvis desde cúpula hepática hasta sínfisis púbica; en Gammacámara de un solo cabezal con los parámetros:

- Colimador de orificios paralelos, baja energía, y alta resolución
- Ventana del isótopo a 20% centrada a 140KeV
- Modo word
- Matriz 256x256
- Zoom 1
- Tiempo de adquisición de 1500 Kc

La adquisición de la imagen tardía se realiza a las 3 horas post-reinyección con la misma proyección que la precoz, y en determinados casos se adquiere una imagen craneo-caudal (para evitar posible superposición de actividad vesical).

Resultados:

Se presentan en placa radiológica en formato de 2 o 4 imágenes para poder comparar la precoz y la tardía.

Conclusiones:

La Gammagrafía de Leucocitos Marcados es una prueba que nos permite el diagnóstico de posibles Enfermedades Inflamatorias Intestinales tanto en localización, extensión y grado de actividad.

La correcta aplicación de la técnica tanto en la extracción y reinyección, como en el marcaje del laboratorio, así como en la adquisición de las imágenes, y la adecuada información al paciente nos permitirá obtener los resultados deseados.

La integración de imágenes multimodales en Medicina Nuclear. Un paso más para mejorar el diagnóstico.

Díaz Meyer Roberto D.E., Pons Camprubi Joan D.E., Roca Sarsaneda Jaume D.E.
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona

Introducción: Uno de los objetivos del equipo multidisciplinario de M.N. es proporcionar al paciente un diagnóstico certero para la recuperación de la salud.

Para alcanzar dicho objetivo, hace falta, aparte de aplicar correctamente la metodología de los diversos procedimientos, obtener una imagen que visualice de forma real el objeto problema.

Debido a que las diferentes modalidades de imagen aportan únicamente visiones parciales del objeto problema, la tendencia es desarrollar mecanismos de complementariedad mutua.

Las aplicaciones de las técnicas de elaboración informática de la imagen, facilitan el camino. Actualmente en M.N. mediante la integración de imágenes, proceso de combinación de las distintas imágenes que se obtienen y reconstrucción en una de sola (técnica que se conoce como fusión) se ofrece información diagnóstica de gran calidad.

Material y método: Utilizamos una gammacámara GE Millenium Hawkeye equipada con tubo de RX y doble cabezal que nos facilita además de la información gammagráfica, cortes de TC.

El procedimiento consta de dos fases:

a) registro o almacenamiento de información procedente del objeto a estudiar.

Administramos un radiofármaco que se comporta como trazador y nos permite visualizar y estudiar el órgano en cuestión. Mediante la técnica del SPECT (Tomografía de Emisión de Fotones) se adquieren imágenes planares gammagráficas gracias a unos detectores que van rotando alrededor del cuerpo. Se almacenan las imágenes de emisión, que se obtienen unas con el fotopico 140 KeV, si se trata de ⁹⁹Tc, y ventana abierta al 10% y otras con fotopico a 120 KeV y ventana al 5% (fotopico de dispersión).

Al finalizar dicha adquisición se obtienen otras imágenes/cortes de TC de la misma zona mediante el tubo de RX que lleva incorporado, (mapa de transmisión).

b) procesado y visualización de dicha información.

Para la reconstrucción de las imágenes gammagráficas se aplica un sistema de corrección por atenuación que permite realizar una reconstrucción tomográfica de todos los puntos, eliminando, gracias a las imágenes del "scatter" la captación procedente de fotones fuera de pico (dispersión).

El sistema de corrección no uniforme de la atenuación se basa en la obtención de imágenes de transmisión a partir de los cortes de TC. En general la fuente hace un barrido en cada una de las posiciones de detección, simultáneo a la adquisición de la imagen de emisión. Con las imágenes de transmisión se puede realizar una reconstrucción transaxial del mapa de atenuación de la zona del paciente. Este mapa individualizado se emplea para corregir cada uno de los puntos de la matriz de los cortes transaxiales de emisión.

Con toda esta información, se puede visualizar una imagen unificada. Es la fusión.

Cuidados de enfermería: Estas exploraciones son largas y requieren de la máxima colaboración del paciente para que la adquisición de los distintos parámetros se obtengan en las mismas características. La labor de Enfermería consistirá en explicar bien los procedimientos así como la observancia directa para atender las necesidades, y controlar los signos vitales del paciente durante la exploración.

Conclusión: Para estudios de perfusión miocárdica en los que la hipocaptación es indicativo de falta de perfusión y sinónimo de isquemia, es del todo necesario aplicar dicha técnica para evitar falsos positivos.

Para estudios donde la captación gammagráfica adolece de exactitud anatómica la técnica facilita el área de la lesión o patología.

En todos los casos, la fusión de imágenes practicada a Medicina Nuclear, se hace del todo indispensable en la práctica clínica. Los diagnósticos emitidos son así garantía de fiabilidad.

Importancia del drenaje percutáneo

rey fraile, francisco; ferro castaño, rosa; sanchez nuñez, adela
Complejo hospitalario de Pontevedra (montecelo – provincial)

Introducción:

Evaluar la importancia del drenaje percutáneo.

Material y Método:

Revisión de historia clínica en los últimos 6 meses.

Conclusiones:

Buena alternativa, sencilla y poco agresiva.

Tratamiento eventual del puente intramiocárdico (Milking) mediante implantación de Stent coronario

Rugat Fernandez, Miquel; Castilla Lago, M^a.Amelia; Torrent Serra, M^a. Teresa.

Centro de trabajo: Centre Cardiovascular Sant Jordi (BARCELONA)

Introducción:

En algunas ocasiones pequeños segmentos de las arterias coronarias se sumergen en el miocardio. Esto motiva una estrechez súbita de dicho segmento en cada sístole, efecto "estrujamiento" ó "milking", pudiendo ocasionar en algunos casos angina de pecho.

Material y método:

Se presenta el caso de un adulto que refiere angina de pecho. Mediante punción de la arteria femoral se introduce un catéter hasta el corazón (coronariografía) para el diagnóstico de enfermedad coronaria.

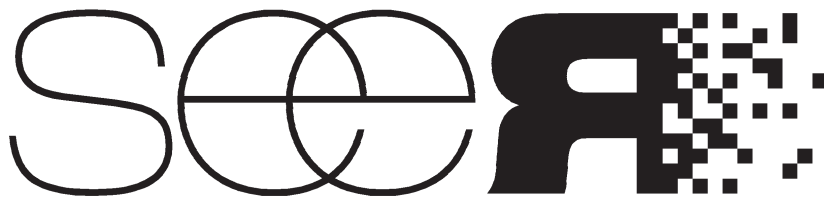
Ante el hallazgo de un "milking" que produce angina de pecho y en el que fracasa el tratamiento médico, se decide en un segundo tiempo la implantación de una prótesis intracoronaria (stent) para su tratamiento.

Resultados:

Estando el paciente asintomático se realiza a los 3 meses prueba de esfuerzo con resultado negativo.

Conclusiones:

Se pretende demostrar que éste sistema de tratamiento eventual, es seguro y eficaz y que estaría indicado en pacientes en los que ha fracasado el tratamiento médico y se quiere evitar la opción quirúrgica.



SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA
RADIOLÓGICA

REGLAMENTO DE CONGRESOS Y REUNIONES CIENTÍFICAS DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA RADIOLÓGICA



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA RADIOLÓGICA

Reglamento de congresos y reuniones científicas de la Sociedad Española de Enfermería Radiológica (SEER)

CAPÍTULO I: DE LOS CONGRESOS, REUNIONES CIENTÍFICAS Y SESIONES DE FORMACIÓN CONTINUADA DE LA SEER.

ARTÍCULO 1: Los congresos, reuniones científicas y sesiones de formación continuada a que se refieren los estatutos de la SEER se organizarán según las disposiciones de los mismos y por las del presente Reglamento. Su objetivo principal es el desarrollo y fomento de la Especialidad de Enfermería en Radiología, Medicina Nuclear y Radioterapia. En ellos podrán participar, además de todos los socios de la SEER, quienes estén interesados en los temas a tratar y en los objetivos de la SEER.

Para participar en estos eventos científicos será necesario abonar la cuota de inscripción que en cada caso se fije.

ARTÍCULO 2: De los objetivos

1. Divulgar la labor científica de los asociados a la SEER.
2. Contribuir a la formación académica de sus miembros y otros profesionales ligados a los fines de la SEER mediante la actualización de los conocimientos de Enfermería en Radiología, Medicina Nuclear y Radioterapia.
3. Desarrollar, coordinar y promover las actividades asistenciales, docentes e investigadoras relacionadas con los fines de la Sociedad.
4. Acoger las actividades administrativas de la SEER: reunión del Pleno de la Junta Directiva y Asamblea General Ordinaria de la SEER y reunión de las Juntas Directivas de las Secciones Científicas y de los Grupos de trabajo.

CAPÍTULO II: DE LOS CONGRESOS NACIONALES

ARTÍCULO 3: De la sede del congreso

- 3.1. Se decidirá la sede de los Congresos, entre las propuestas por la Junta Directiva de la SEER, en la Asamblea General Ordinaria del congreso precedente.
- 3.2. La sede elegida deberá contar con las infraestructuras suficientes para dar cabida tanto a las actividades

científicas como administrativas y para la exposición científico-técnica del Congreso.

- 3.3. El Comité Ejecutivo de la SEER, por causa de fuerza mayor, podrá decidir el cambio de sede del Congreso.

ARTÍCULO 4: De su duración

- 4.1. La duración de los Congresos será fijada por el Comité Ejecutivo de la SEER, a propuesta del Comité Organizador, celebrándose en 3 días consecutivos como mínimo. La Asamblea General Ordinaria tendrá lugar el segundo día por la tarde.

ARTÍCULO 5: De los órganos rectores

- Pleno Junta Directiva.
- Comité Ejecutivo.
- Comité Organizador.
- Comité Científico.

- 5.1. Funciones del Pleno de la Junta Directiva.

- Aprobar y si fuera necesario modificar el proyecto y el presupuesto económico del Congreso propuesto.

- 5.2. Funciones del Comité Ejecutivo de la SEER.

- Proponer a la Asamblea General Ordinaria las posibles sedes del Congreso.
- Establecer la duración del Congreso.
- Fijar las cuotas de inscripción a propuesta del Comité Organizador.
- El Comité Ejecutivo de la SEER podrá nombrar una Comisión Asesora.
- Nombrar al Presidente y vocales del Comité Científico a propuesta del Comité Organizador.
- Aprobar el Informe General y el Balance económico finales del Congreso presentado por el Presidente del Comité Organizador.
- Aprobar la Memoria final del contenido científico del Congreso presentada por el Presidente del Comité Científico.

- 5.3. Comité Organizador

- 5.3.1. Composición

- El Comité Organizador estará presidido por el

Presidente de la SEER y compuesto por:

- Vicepresidente, Secretario y Tesorero de la SEER y Redactor Jefe de la RSEER.
- Presidente del Comité Científico.
- Presidente de la Comisión Asesora si la hubiere.
- Vocal representante de los miembros protectores en el Pleno de la Junta Directiva de la SEER.
- Entre 3 y 4 socios numerarios de la SEER con experiencia demostrable en las organizaciones de congresos.

- El Comité Organizador dependerá directamente del Comité Ejecutivo de la SEER.

- Los miembros del Comité Organizador serán socios numerarios de la SEER, debiendo estar al corriente de sus obligaciones como socio.

5.3.2. Funciones

El Comité Organizador tendrá la responsabilidad de la organización del Congreso, incluyendo:

- Elaborar el proyecto y presupuesto económico del Congreso con la antelación suficiente. La presentación se realizará en la Asamblea General Ordinaria del Congreso precedente, previa aprobación del Pleno de la Junta Directiva.
- Contratar todos aquellos servicios técnicos y profesionales para la realización del Congreso.
- Seleccionar el espacio físico de celebración del Congreso.
- Conjuntamente con el Comité Científico, elegir los temas científicos de interés y decidir sobre el horario de exposición de los trabajos presentados.
- Decidir sobre la exposición científico y técnica de temas interesantes para las empresas colaboradoras de la SEER.
- La promoción y difusión del Congreso, haciendo llegar a todos los miembros de la SEER la información necesaria sobre los aspectos científicos y sociales del mismo, especialmente las normas de presentación de comunicaciones, los boletines de inscripción y los plazos de admisión de los mismos.
- Presentar al Comité Ejecutivo, para su aprobación, todas las variaciones del proyecto o presupuesto del congreso que puedan producirse durante el período de preparación del mismo y que considere oportunas para la realización del congreso.
- Será responsable, junto con el Comité Científico y el Redactor Jefe de la RSEER, de la gestión y publicación de los resúmenes de las comunicaciones, que formarán parte de un número de la RSEER.
- Cursar las invitaciones que se consideren necesarias a las personas y/o entidades para formar parte del Comité

de Honor. Las invitaciones irán firmadas por el Presidente de la SEER y por el Presidente del Comité Organizador.

- Presentar al Comité Ejecutivo de la SEER un informe del Congreso en el plazo máximo de 2 meses posteriores a su finalización. El informe contendrá:

- Información detallada de todas las actividades científicas y sociales realizadas durante el congreso.
- Resumen de los informes de los Moderadores de las Mesas del Congreso.
- Detalle de las cuentas del Congreso.
- Informe de las quejas recibidas de los miembros de la SEER.

- Informar al Comité Ejecutivo, siempre que éste lo requiera, de cualquier tema relacionado con el desarrollo de la organización del Congreso.

5.4. Comité Científico

5.4.1 Composición

El Comité Científico estará compuesto por el Presidente que será nombrado por el Comité Ejecutivo a propuesta del Comité Organizador, el presidente y vicepresidente electo de la SEER, el Redactor Jefe de la RSEER y el Presidente del Comité Científico del Congreso Nacional anterior como vocales natos. Habrá además vocales expertos en los temas que se vayan a tratar en el Congreso. Estos vocales serán nombrados por las correspondientes Secciones científicas o Grupos de trabajo si existiesen o por el Comité Ejecutivo en caso contrario. Todos ellos serán miembros de la SEER, debiendo estar al corriente de sus obligaciones como socios.

La vacante de Presidente, por la causa que fuere, será cubierta por designación del Comité Ejecutivo. Las vacantes de los vocales serán cubiertas de acuerdo a lo establecido en éste Reglamento.

5.4.2. Funciones

- Velar por la calidad científica del congreso.
- Seleccionar, conjuntamente con el Comité Organizador, los temas preferentes de interés general que tendrán carácter prioritario a tratar en el Congreso, definiendo el (los) curso (s) de actualización, mesas redondas y cualquier otra actividad científica a desarrollar.
- Fijar el número de ponencias, comunicaciones orales y carteles, teniendo en cuenta los temas a tratar, duración del Congreso, número de salas disponibles y programa aprobado por el Pleno de la Junta Directiva de la SEER.
- Seleccionar los ponentes que hayan de intervenir en el desarrollo de los temas científicos, conferenciantes invitados y los moderadores de las sesiones científicas.
- Seleccionar los trabajos científicos presentados al Congreso para su admisión en el programa científico.

- Comunicar a los autores de los trabajos científicos dentro de los plazos establecidos si su comunicación ha sido aceptada o no, formato de presentación (oral, cartel u otros), fecha y horario de la misma.
- Se encargará de decidir sobre los diferentes premios a los trabajos científicos presentados al Congreso, caso de que los hubiere y de su adecuada divulgación.
- Elaborar una memoria final en que se evalúe el contenido científico del Congreso en la que pueden sugerir propuestas para futuros Congresos y que presentará al Comité Ejecutivo de la SEER dentro de los 2 meses siguientes a la finalización del Congreso, coincidiendo con la presentación de la memoria final organizativa por parte del Comité Organizador.

ARTÍCULO 6: De las comunicaciones originales

6.1. Requisitos para su presentación

- Los resúmenes deberán reflejar con exactitud: Introducción, Objetivo, Material y Métodos, Resultados y Conclusiones de la comunicación y serán redactados según las normas que en cada caso se especifiquen.
- Al menos uno de los autores firmantes deberá ser miembro de la SEER. En casos excepcionales, por la originalidad e importancia del tema, el Comité Científico podrá admitir una comunicación cuyo autor o autores no sean miembros de la SEER.
- El autor que presenta la comunicación deberá estar inscrito en el Congreso.
- No se aceptarán trabajos previamente publicados.
- La fecha límite para la admisión de los resúmenes de comunicaciones será fijada en no menos de 3 meses antes de la celebración del Congreso. Ésta fecha límite será marcada claramente en cada una de las convocatorias del Congreso y difundida adecuadamente.
- No se aceptarán aquellas comunicaciones que no cumplan las normas y plazos de presentación.

6.2. Selección de comunicaciones

- Las copias de los resúmenes, sin los nombres de los autores, se enviarán a 3 componentes del Comité científico dentro de los 10 días siguientes a la finalización del plazo de admisión de comunicaciones.
- Cada miembro del Comité científico valorará y puntuará los resúmenes recibidos, devolviéndolos a la Secretaría del Congreso en un plazo máximo de 15 días. La puntuación se efectuará sobre los siguientes aspectos: 1) Originalidad e interés del trabajo; 2) Metodología; 3) Valor científico de los resultados; 4) Conclusiones; 5) Exposición precisa.
- Ningún miembro del Comité Científico podrá juzgar comunicaciones de su propio hospital, o aquellas en las que esté implicado. El Comité Científico tendrá previstos

sustitutos para estos casos, de forma que cada resumen sea juzgado por tres miembros diferentes.

- El Comité Científico, inmediatamente después de haberse recibido las valoraciones y procederá a verificar los resultados, revisar los casos dudosos y efectuar la selección definitiva.
- Las puntuaciones extremadamente discordantes en una comunicación serán cuidadosamente analizadas. La decisión a adoptar queda a juicio del Comité Científico.
- Una vez efectuada la selección definitiva. El Comité Científico comunicará inmediatamente a los autores si su comunicación ha sido aceptada o no.
- El Redactor Jefe de la RSEER, quedará en posesión de un original de cada resumen seleccionado para su posterior publicación en un número especial de la RSEER.

6.3. Presentación de comunicaciones.

- Las comunicaciones aceptadas serán agrupadas por materias. La discusión podrá realizarse por grupos o aisladamente. En caso de actividades simultáneas el Comité Científico, cuidará de que no coincidan en el tiempo temas similares.
- Los moderadores deben controlar el exacto cumplimiento del tiempo programado para presentación y discusión.
- La secretaria del Congreso deberá enviar una copia de los resúmenes de comunicaciones de su sesión a los moderadores de Mesas, inmediatamente después de su nombramiento.
- En caso de que una comunicación, cuyo resumen figure en el programa definitivo del Congreso, no sea presentada sin causa justificada, el primer firmante no podrá presentar ninguna otra comunicación en un período de tres años en Congresos, Simposios, etc., organizados por la SEER.
- Cuando le sea comunicada la aceptación para presentar su comunicación en el Congreso, el autor primer firmante queda obligado al cumplimiento de los requisitos anteriores. Si conociera de la imposibilidad de su presentación, deberá comunicarlo inmediatamente a la Secretaría del Congreso, para que su comunicación pueda ser sustituida.
- Los moderadores de Mesas quedan obligados a comunicar al Presidente del Comité Científico, por escrito, cualquier anomalía observada durante la sesión.

ARTÍCULO 7: De los derechos de inscripción

7.1. Tipos de cuotas

- Las cuotas de inscripción serán fijadas por el Comité Ejecutivo de la SEER a propuesta del Comité Organizador y su cuantía será lo más baja posible en función del equilibrio presupuestario del Congreso.

- Deberá haber cuotas claramente diferenciadas para los miembros de la SEER. Para beneficiarse de las mismas los miembros de la SEER deberán estar al corriente de sus obligaciones como socios.
- Existirán unas cuotas especiales para estudiantes universitarios que sean miembros de la SEER (deberán acreditar su condición mediante la certificación de la Universidad donde cursen la carrera).
- La inscripción será gratuita para los Miembros Eméritos y de Honor.
- Se fijarán cuotas específicas para el programa de acompañantes.
- Las inscripciones efectuadas fuera de plazo sufrirán recargo.

7.2. Exposición científico-técnica

- La cuota para participar como expositor en la misma será fijada por el Comité Ejecutivo de la SEER a propuesta del Comité Organizador.

7.3. Extensión de cuotas de inscripción

- A los miembros del Comité Organizador, del Comité Científico y a los ponentes que dicten conferencias por invitación del Comité Científico se les facilitará al menos la inscripción al Congreso con carácter gratuito con cargo a los presupuestos del Congreso.
- En el caso de Ponentes de especial relevancia, a juicio del Comité Científico, se les financiará, con cargo a los presupuestos del Congreso, el viaje a la sede del Congreso y la estancia en dicha ciudad acorde a los días en que participe como conferenciante.

7.4. Devolución de cuotas de inscripción

- Las anulaciones de inscripciones deberán comunicarse por escrito a la Secretaría del Congreso con dos meses de antelación a la celebración del mismo. En tal caso se reembolsará el 100% del importe de la inscripción. Si la anulación tuviera lugar entre los 30 y los 60 días previos a la celebración del Congreso se reembolsará el 50% del importe de la inscripción. Para anulaciones posteriores a ésta fecha no habrá ningún reembolso. Los reembolsos serán efectuados una vez finalice el Congreso.

ARTÍCULO 8: De los actos sociales

Son competencia y responsabilidad del Comité Organizador, previa propuesta del Comité Local. Para su programación han de tenerse en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Su no interferencia con las actividades científicas del Congreso.
- Su coste no deberá incrementar en exceso, la cuota de inscripción.

DISPOSICIONES FINALES

- Los Comités Organizador y Científico del Congreso se comprometen a seguir el presente Reglamento de Congresos.
- En caso de que el Comité Ejecutivo de la SEER acuerde que se están produciendo graves alteraciones en el desarrollo de la organización del Congreso, podrá sustituir a cualquier miembro del Comité Organizador y/o Comité Científico según corresponda y proceder al nombramiento de uno nuevo.
- En caso de producirse algún déficit económico en la organización de los Congresos, éste será cubierto por los fondos de la SEER. Si se produjese superávit, éste pasará a formar parte de los fondos de la SEER.
- El presente Reglamento entrará en vigor en el momento de su aprobación por la Asamblea General de la SEER.

NOTICIAS RSEER

La escasez de enfermeras en algunos países europeos supone un obstáculo importante para una adecuada atención sanitaria. El objetivo actual de políticas y normativas europeas es promover el reconocimiento de las cualificaciones y la formación de los profesionales de enfermería para facilitar su movilidad dentro de Europa. Esto supone un gran reto, ya que entre los países miembros existen diferencias tanto en el ámbito cultural como en el de los conocimientos, práctica profesional y actitudes de estos profesionales. Hasta ahora, estas diferencias no han sido adecuadamente documentadas, entre otras razones, debido a la falta de un instrumento que permita su comparación. El objetivo principal de este proyecto es contribuir a mejorar la movilidad y la práctica profesional de las enfermeras en Europa. Para su consecución, se está desarrollando un instrumento que permita la evaluación y comparación de las competencias de los profesionales de enfermería europeos. Se espera que dicho instrumento facilite una adecuada integración del profesional en los sistemas de salud de los países miembros. La colaboración internacional es fundamental para conocer y comparar los aspectos mencionados. Por ello, este proyecto incluye la participación de enfermeras y personal investigador de Bélgica, Grecia, Alemania, Reino Unido y España. El proyecto está subvencionado por el Programa europeo Leonardo da Vinci, programa que pretende fomentar la calidad de la educación europea.

Directora del Proyecto: Dame Jenifer Wilson-Barnett.
King's College London

Para más información contactar con:
Silvia Corchón, EUE. Universidad de Navarra Edificio de Ciencias,
31080, Pamplona.
Teléfono: 948425645
Correo-e: scorchon@unav.es.
Página web: <http://www.kcl.ac.uk/nursing/ehtan>.

Centros Colaboradores:

- Escuela Universitaria de Enfermería, Universidad de Navarra
- CHC Consultoria i Gestio Barcelona
- Universidad de Atenas
- Centro de Servicios de Salud e Investigación de Enfermería
- Universidad Católica de Leuven (Bélgica)
- Bethal (Alemania)
- J & AB Associates (UK)
- Guys & St Thomas's NHS Trust

Sanidad vacunará contra la varicela a todos los niños de 10 años

La Consejería de Sanidad de Murcia va a iniciar, el próximo curso escolar 2005-06, la vacunación sistemática contra la varicela de niños de 10 años que no hayan padecido previamente la enfermedad, de acuerdo con las recomendaciones aprobadas en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

La Consejería de Sanidad, con motivo de la aparición de informaciones referentes a la inclusión rutinaria de la vacuna de la varicela en el segundo año de la vida, ha puntualizado que de los datos analizados por el Servicio de Epidemiología de la dirección general de Salud Pública se desprende que la varicela tiene un patrón de afectación cíclico, por lo que el número de casos está sometido a grandes variaciones interanuales.

Así mismo, los casos de varicela presentan un bajo porcentaje de complicaciones y éstas, cuando aparecen, son más graves en adultos que en niños.

Por el contrario, sobre la vacunación universal en la infancia existen, actualmente, algunos interrogantes que pudieran tener implicaciones en la salud pública regional, lo que obliga a la consejería a ser prudente antes de recomendar su inclusión en el calendario de vacunación de la primera infancia.

Un año después

El Consejero de Sanidad y Consumo de Madrid, Manuel Lamela, ha presentado el libro homenaje a los sanitarios que trabajaron el 11 de marzo de 2004, Todos a una, libro homenaje a la actuación de los profesionales sanitarios en el 11-M, junto al editor del libro y presidente del Grupo Drug Farma, Manuel García Abad, el doctor Guillermo Sierra, presidente de la Organización Médica Colegial y Máximo González Jurado, presidente del Consejo General de Enfermería (CGE).

Lamela ha afirmado que "el libro es una recopilación de testimonios" que "resume lo que todos hemos reconocido en alguna ocasión, nada más y nada menos que la heroica actuación de las fuerzas y cuerpos de seguridad del estado, el sistema sanitario, nuestros cuerpos de bomberos y los voluntarios madrileños".

El promotor del libro, García Abad, ha dedicado la publicación "a todos los profesionales sanitarios por su labor diaria, callada y anónima". Por su parte, el presidente del CGE ha recordado que el ejemplo de eficacia y solidaridad que dieron los profesionales de la Sanidad ese día "forma parte de su comportamiento habitual".

Rebaja de precios de unos 4.500 medicamentos

El 1 de marzo ha entrado en vigor la rebaja generalizada de un 4-2% en los precios de todos los medicamentos con más de un año en el mercado excepto los que ya se han visto afectados por el sistema actual de precios de referencia y los que tienen un Precio de Venta de Laboratorio (PVL) igual o inferior a dos euros. Esta medida, que se complementará con un nuevo descuento de un 2% en 2006, afectará a unos 4.500 fármacos y supondrá un ahorro de 500 millones de euros en los próximos dos años.

La puesta en marcha efectiva de los nuevos precios tiene lugar tras un mes de convivencia de precios antiguos y nuevos en la distribución y en las farmacias, un periodo que se estableció para garantizar la total disponibilidad de los medicamentos en las oficinas de farmacia.

De este modo, los laboratorios farmacéuticos comenzaron a suministrar medicamentos con el nuevo precio el 1 de febrero, bien con nuevos cartonajes o reetiquetando los actuales, mientras que las existencias de los almacenes o las farmacias en las que figuraba el precio antiguo han podido seguir vendiéndose con el cartonaje antiguo hasta finales de dichomes para evitar devoluciones. No obstante, a partir de esta jornada todos los medicamentos se expendrán al público al nuevo precio.

ACTOS CIENTÍFICOS

Congresos

IV REUNIÓN DEL GRUPO DE ENFERMERÍA DE HIPERTENSIÓN Y RIESGO CARDIOVASCULAR (EHRICA)

Información: Unidad de Hipertensión. Pabellón de Medicina Comunitaria. Avda. de Córdoba, s/n. 28041 Madrid.
Tel.: 91 390 81 98/91 473 34 08
E-mail: mcruzcasal@ibertelecom.com
Reunión 17 de marzo de 2005 Barcelona

III CONGRESO NACIONAL DE LA DIVISIÓN DE ENFERMERÍA

Descuento 10% para los suscriptores de Metas de Enfermería
Organiza: Hospital Universitario Nra. Sra. de Candelaria
Información: Magna Congresos, SL. Ctra. General Santa Cruz-La Laguna, 273. Edificio Cristina, 2ª. 38320 Tenerife.
Tel.: 922 65 62 62
Fax: 922 67 01 88
E-mail: info@magnacongresos.com
Web: www.magnacongresos.com/holistica
Congreso del 30 de marzo al 1 de abril de 2005 Tenerife

I ENCUENTRO DE CUIDADOS CRÍTICOS

Organiza: Recoletos Conferencias & Formación
Inscripción: 685 euros + 16% IVA. Descuento de 50 euros (sobre la b.i.) si se inscribe antes del 18 de marzo
31 de marzo y 1 de abril de 2005 Madrid
Tel.: 91 337 04 35
Fax: 91 337 32 01

XXII CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL. ELEMENTOS TERAPÉUTICOS DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL

Descuento 10% para los suscriptores de Metas de Enfermería
Organiza: Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental (ANESM)
de 7 al 9 de abril de 2005 Cáceres
Tel.: 91 730 65 38
Fax: 91 731 05 35
E-mail: aesm@eresmas.com
(Asunto: XXII Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental. Comité Científico)

XII CONGRESO NACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA GERIÁTRICA Y GERONTOLÓGICA: LA VEJEZ, FUTURO DE JÓVENES

Organiza: Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica (SEEGG)
Información: Secretaría Técnica. NOVA DE CONGRESOS.
C/ General Pardiñas 32, 1º - 15701 Santiago de Compostela
Tel.: 981 57 43 48
Fax: 981 56 11 99
E-mail: seegg@novadecongresos.com
del 21 al 23 de abril de 2005 Santiago de Compostela

VIII CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA DERMATOLÓGICA

Descuento 10% para los suscriptores de Metas de Enfermería
Organiza: Hospital Clínico San Carlos y el Instituto de Enfermedades y Cirugía de la piel
Dirección: Pabellón San Carlos - Hospital Clínico San Carlos de Madrid
Horario: Congresistas-Expositores de 9h a 18h
Asistentes previstos: 400 Congreso del 21 al 23 de abril de 2005 Madrid

I JORNADA DE ENFERMERÍA EN ANESTESIA, REANIMACIÓN Y TERAPIA DEL DOLOR

Descuento 10% para los suscriptores de Metas de Enfermería
Información: Secretaría técnica: Orange Incentivos SA.
C/ Tuset, 19, entlo. 08006 Barcelona.
Tel.: 93 201 06 69
Fax: 93 200 03 53
E-mail: acarballo@viajesorange.com
Web: www.ecoa2005.com
Jornada 30 de abril de 2005 Barcelona

XXXI CONGRESO NACIONAL DE LA SEEIUC

Organiza: Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias
Información: Secretaría Técnica. Fabula Congress.
C/ Las Naves 13, 3º 2. 28005 Madrid
Tel.: 91 473 50 42 (de lunes a viernes de 9 a 14h)
Fax: 91 473 50 42
E-mail: eugeniaavidal@fabulacongress.com Congreso del 3 al 5 de mayo de 2005 Gijón

9TH WORLD FEDERATION OF NEUROSCIENCE NURSES CONGRESS

Información: Secretaría técnica: Events & Congresses Bureau SL.
C/ Casp, 120. 08013 Barcelona.
Tel.: 93 875 30 62
Fax: 93 875 30 63
E-mail: wfnn@aecbsl.com
Web: www.eacbsl.com/worldfederation/principal.htm Congreso del 8 al 12 de mayo de 2005 Barcelona

XXVI CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA EN CARDIOLOGÍA

Tel.: 981 21 64 16
Fax: 981 21 75 42
E-mail: congrega@congrega.es
Web: www.congrega.es
Congreso del 11 al 13 de mayo de 2005 Toledo

24 CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA ESPECIALIDADES EN ANÁLISIS CLÍNICOS

Tel.: 952 39 53 20/12
Fax: 952 28 78 98
E-mail: info@enferaclinic.com
Web: www.enferaclinic.com
Congreso del 11 al 14 de mayo de 2005 Ceuta

ENLACES INTERNET

Asociaciones de Enfermería

Asociación Andaluza de Enfermería Radiológica
www.digprint.com/falcarri/aaer.index.html

Asociación Americana de Enfermería (ANA)
www.nursingworld.org/about/

Asociación de Enfermeras de Canadá
www.cna-nurses.ca/default.htm

Asociación andaluza de matronas
www.aamatronas.org/

Asociación de comadronas de la comunidad valenciana
www.matronas-cv.org/

Sociedad Española de Radiología Intervencionista de Enfermería
www.serie.es.fm

Asociación Española de Enfermería Vascular
www.aeev.net

Asociación Española de perfusionistas
www.aep.es

Asociación de Enfermería de Urgencias
www.enfermeriadeurgencias.com

Sociedad Española de Enfermería Nefrológica
www.seden.org

Grupo Nacional para estudio y asesoramiento en úlceras por presión
www.gneaupp.readysoft.es

Asociación Española de Enfermería Docente
E-mail: aced@anit.es

Asociación de Enfermería Comunitaria
www.enfermeriacomunitaria.org

Sociedad Española de Enfermería experta en estomatoterapia
www.estomatoterapia.com

Varios sobre enfermería y sus asociaciones
www.enfermeria.com

Portales

Enfersalud
www.enfersalud.com

Enfermeria21
www.enfermeria21.com

Fisterra
www.fisterra.com/recursos_web/enfemeria/entrada.htm

Guía de Enfermería
guiadeenfermeria.com

Red de Enfermería
www.redenfermeria.com

Medhunt
www.hon.ch/MedHunt

Hardin Med
www.lib.uiowa.edu/hardin/md

Busqueda

Cuiden
www.doc6.es/index

Investen
www.isciii.es/investen

Enfispo
www.index-f.vom/ATT00004.htm

Bdie
bdie.isciii.es/buscador_BDIE.htm

Bireme
www.bireme.br/bvs/E/ebd.htm

Medline:
www.ncbi.nlm.nih.gov/Pubmed

Revistas electrónicas de acceso libre y texto completo

The Australian Electronic Journal of Nursing Education
www.scu.edu.au/schools/nhcp/aejne/

Boletín de Enfermería Comunitaria
www.enfermeriacomunitaria.org/boletin/BEC.html

El Espejo Sanitario
www.cfnavarra.es/salud/publicaciones/ESPEJO/SUMARIO.HTM

Enfermería en Cardiología
www.enfermeriaencardiologia.com/revista/

Enfermería Global
www.um.es/eglobal/

Enfermería Integral
www.enfervalencia.org/ei/

Hygia
www.ocenf.org/sevilla/hygia/

L'Infirmière du Quebec
www.oiiq.org/publications/periodiques.asp

MedSpain
www.medspain.com/publico.thm

Nurse-Beat
www.nurse-beat.com/

Online Journal of Nursing Informatics
cac.psu.edu/~dxm12/OJNI.html

Revistas Biomédicas de texto completo
freemedicaljournals.com

Organismos

Consejo Internacional de Enfermería
www.icn.ch

Orden de enfermeras y enfermeros del Québec
www.oiiq.org

Organización Mundial de la Salud
www.who.int

Confederación internacional de matronas
www.internationalmidwives.org

Consejo General de Colegios de Enfermería de España
www.ocenf.org

Ministerio de Sanidad y Consumo
www.msc.es

Consejo de Investigaciones Científicas (CIE)
www.icn.ch/spanisch.htm

Imágenes Médicas

Bristol Biomed Image Archive:
www.bris.bio.ac.uk

Enfermería TV
www.enfermeria.tv

HONmedia-Medical Images:
www.hon.ch/HONmedia

Karolinska Institute
www.mic.ki.se/Mediaimages.html

Investigación en Enfermería de Redacción Científica
www.caribjsci.org/epub1/temario.htm

Diccionarios y glosarios.

Multilingual Glossary of technical and popular medical terms in nine European Languages
allserv.rug.ac.be/~rvdstich/eugloss/welcome.html

List and Glossary of medical terms: Spanish
allserv.rug.ac.be/~rvdstich/eugloss/ES/lijt.html

Investen: Lista de discusión sobre investigación en enfermería
www.redirs.es/list/info/investen.es.html

Enfermería basada en la evidencia

Bandolera
www.infodoctor.org/bandolera

Enfermería Basada en la evidencia. Fundación Index
www.index-f.com/evidencia.htm

La enfermería basada en la evidencia
www.seei.es/web-socios/ebe/index.html

Otras direcciones de interés

Enfermería Activa
www.infermeriactiva.org

Revista Metas de Enfermería
www.metas.org

Revista Rol
www.readysoft.es/rol

Revista Hiades
www.arrakis.es/~hiades

Enfermería Clínica, Enfermería Intensiva o Gerokomos
www.doyma.es

Sociedad Española de Enfermería en Internet
www.seei.es

Medicina TV.com - Canal Radiodiagnóstico.
www.profesional.medicinatv.com

Imágenes radiológicas.
www.med.ufl.edu/medinfo/rademo/ltfaorta.html

Tomografía Computerizada
www.xtec.es/~xvila

Historia de la Enfermería Española
www.hcabuenes.es/enfermeria/paginae.htm

Idiomas
www.webgenericos.com/paciente/idiomas/default.asp

Radiaciones Ionizantes
www.alar-dxi.org

INFORMACIÓN PARA LOS AUTORES

INFORMACIÓN PARA LOS AUTORES

La RSEER (Revista de la Sociedad Española de Enfermería Radiológica) es el portavoz oficial de la Sociedad Española de Enfermería Radiológica.

Sus objetivos son dar a conocer trabajos científicos originales, servir de instrumento de opinión y debate, facilitar la formación continuada y poder ser agenda de actividades científicas y sociales, para todos los profesionales de enfermería interesados en la Radiología, la Medicina Nuclear y la Radioterapia. Para cumplir dichos objetivos, la RSEER consta de las siguientes secciones: Editoriales, Artículos Originales, Imágenes de Interés, Formación Continuada, Cartas al Director, Radiografía a..., Informes y Noticias. Los artículos originales y las imágenes de interés, antes de su aceptación, serán evaluados de modo anónimo por dos revisores expertos designados por el comité editorial de la RSEER. La RSEER no se hace responsable del contenido científico, ni de las implicaciones legales de los artículos publicados.

PRESENTACIÓN DEL MANUSCRITO

Estructura

1. Artículos Originales.

Deberán seguir el siguiente orden: Resumen / Abstract, Palabras clave / Keywords, Introducción, Material y Métodos, Resultados, Discusión, Conclusiones y Bibliografía.

2. Cartas al Director.

La extensión máxima será de 600 palabras.

3. Imágenes de interés.

Extensión no superior a 150 palabras. Se admitirán hasta 3 figuras y 3 citas bibliográficas.

4. Formación Continuada, Informes y Editoriales.

Son encargadas directamente por Comité Editorial.

Artículos Originales

Los trabajos podrán presentarse en castellano o en inglés. Los textos de los artículos deberán entregarse en un archivo Microsoft Word, con texto simple, sin tabulaciones ni otros efectos. El tipo de letra será Arial o Times indistintamente, y de cuerpo (tamaño) 12. Las hojas irán numeradas correlativamente en el ángulo superior derecho. El artículo original se presentará en el siguiente orden:

1. En la primera hoja se indicarán los siguientes datos: título del artículo, nombre y apellidos de los autores, nombre y dirección completa del centro en el que se ha realizado el trabajo y dirección para la correspondencia, incluyendo teléfono, fax y correo electrónico.

2. En la segunda hoja: se redactará, en castellano e inglés un resumen (abstract) que seguirá el modelo estructurado (Objetivo, Material y Métodos, Resultados, Conclusiones) y que tendrá como límite un máximo de 250 palabras.

En esta misma página se indicarán de 3 a 5 palabras clave (keywords) que identifiquen el trabajo. A continuación seguirán las hojas con el texto del artículo y la bibliografía.

3. Seguidamente se incluirán las tablas ordenadas correlativamente.

4. Por último se incluirán las gráficas y las imágenes con una resolución de 300 puntos por pulgada, de 10 a 12 cm de ancho y preferiblemente en formato TIF, con los correspondientes pies explicativos. Las imágenes

serán de buena calidad y deben contribuir a una mejor comprensión del texto. La edición de imágenes en color tendrán un coste adicional a cargo de los autores.

Bibliografía

Se presentará según el orden de aparición en el texto con la correspondiente numeración correlativa en superíndice. No se emplearán frases imprecisas como «observaciones no publicadas», «comunicación personal» o similares. Los originales aceptados y no publicados en el momento de ser citados pueden incluirse como citas con la expresión «[en prensa]».

Las citas deberán comprobarse sobre los artículos originales, indicando siempre la página inicial y final de la cita y se elaborarán y ordenarán según las normas de Vancouver, disponible en: <http://www.icmje.org/>.

Se relacionarán todos los autores si son 6 o menos; si son más, relacionar los 6 primeros seguidos de la expresión «et al».

Remisión de trabajos

Los trabajos pueden remitirse por vía electrónica a través del correo electrónico:

gperez@enfermeriaradiologica.org

Si el autor prefiere la vía postal los trabajos se remitirán en versión impresa (incluyendo figuras, imágenes y tablas) y en soporte informático a:

Gumer Pérez Moure

Redactor Jefe de la Revista de la SEER

C/ Alcoi 21 08022 Barcelona

Todos los manuscritos irán acompañados de una carta de presentación en la que se solicite el examen de los mismos para su publicación, indicando en qué sección de la RSEER. En caso de ser un Original, debe indicarse expresamente que no se ha publicado en ninguna otra revista y que sólo se ha enviado a la RSEER. El Consejo de Redacción acusará recibo de los trabajos recibidos e informará de su aceptación.

Los trabajos serán enviados a 2 expertos sobre el tema tratado. El comité editorial se reserva el derecho de rechazar los artículos que no juzgue apropiados, así como de introducir las modificaciones que considere oportunas, previo acuerdo con los autores. Todos los trabajos científicos aceptados quedan como propiedad permanente de la Revista de la Sociedad Española de Enfermería Radiológica y no podrán ser reproducidos total o parcialmente, sin permiso de la Editorial de la Revista.

El autor cede, una vez aceptado su trabajo, de forma exclusiva a la RSEER los derechos de reproducción, distribución, traducción y comunicación pública de su trabajo, en todas aquellas modalidades audiovisuales e informáticas, cualquiera que sea su soporte, hoy existentes y que puedan crearse en el futuro.

El autor recibirá, cuando el artículo esté en prensa, unas pruebas impresas para su corrección, que deberá devolver dentro de las 72 horas siguientes a la recepción.

Los autores podrán consultar la página web de la SEER, www.enfermeriaradiologica.org, donde se encuentra toda la información necesaria para realizar el envío.

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:

Firma:

Nombre y Apellidos

Firma:

Nombre y Apellidos