

facilita a sua apreciação. Alguns fatores podem estar relacionados a repetição de exames, como o posicionamento do paciente e a escolha dos parâmetros técnicos utilizados. Porém, para que seja relacionado a algum desses fatores é necessário garantir o programa de controle de qualidade contribuindo com exames mais acurados, diagnósticos mais precisos e redução de danos e custos ao serviço e aos pacientes. Imagens rejeitadas correspondem às imagens que não apresentam informação suficiente para o diagnóstico médico e necessitam que sejam realizadas novamente, ou seja, existe uma exposição à radiação ionizante adicional, tanto para o paciente como para os profissionais envolvidos. A avaliação e a análise destas imagens apresentam um importante indicador da qualidade de um serviço de diagnóstico médico. A Associação Americana de Física Médica recomenda um limite de 5% para radiologia digital. O Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) possui 7 detectores digitais Carestream Health modelo DRX-1 que permitem o acesso às informações referentes às imagens realizadas no serviço de radiologia. Sendo assim, este estudo tem como objetivo calcular o percentual de imagens radiográficas rejeitadas no serviço de radiologia do HCPA, identificando os motivos relacionados a cada rejeição e comparando os resultados com recomendações internacionais. Foram extraídos dados referentes às imagens realizadas no ano de 2018 e a análise foi realizada com auxílio de uma tabela desenvolvida no Excel. Com isso, calculou-se o percentual de rejeição anual das imagens radiográficas, assim como os principais motivos de rejeição destas imagens. Em 2018 foram rejeitadas 7057 (5%) imagens de um total de 142031. Os motivos mais frequentes são relacionados ao erro de posicionamento (21%) e anatomia cortada (18%). Os resultados encontrados estão de acordo com as recomendações, entretanto é importante um treinamento contínuo dos profissionais dessas áreas, focando principalmente nos motivos mais frequentes. Uma análise contínua das imagens rejeitadas deve fornecer fatores que auxiliem na redução de exposições desnecessárias.

eP2831

Nível de referência de diagnóstico para exames de mamografia digital

Luís Vinícius de Moura; Mariana Yuamoto; Juliana Monteiro Goulart; Alexandre Bacelar
HCPA - Hospital de Clínicas de Porto Alegre

O termo Nível de Referência para Diagnóstico (DRL) surgiu através de uma iniciativa da Comissão Internacional de Proteção Radiológica (ICRP) em 1996. Trata-se de uma ferramenta para otimização da proteção radiológica de pacientes submetidos a exposições médicas. A Publicação da ICRP de 1996 apresenta dois diferentes termos: quantidade de DRL (medida que avalia a quantidade de radiação ionizante utilizada em uma certa aquisição de imagem) e o valor de DRL (terceiro quartil dos valores de quantidade de DRL). Com a publicação 135 da ICRP é sugerido uma metodologia para determinação do valor de DRL bem como a frequência mínima para diferentes modalidades, 50 pacientes no caso da mamografia. O uso de DRL tem sido apoiado por diversas organizações profissionais e reguladoras, dentre elas: American College of Radiology (ACR), American Association of Physicists in Medicine (AAPM) e International Atomic Energy Agency (IAEA). Colaborando com essas e outras organizações, bem como com o princípio "As Low As Reasonably Achievable" (ALARA), esse estudo determinou valores de DRL para os exames de mamografia digital em uma instituição pública universitária como parte da melhoria continuada nos seus processos de proteção radiológica. A partir do cabeçalho DICOM, acessando-o pelo sistema IMPAX, realizou-se a coleta retrógrada de dados de 200 incidências randomicamente selecionadas dos últimos 5 meses. Foi considerado como exame padrão para coleta aqueles que continham 2 incidências crânio-caudal e 2 incidências lateral-obliqua. Os dados coletados referem-se a idade do paciente, incidência realizada, granulação predominante da mama, espessura, e ao valor de dose de entrada na pele (DEP). Utilizou-se o valor de DEP pois é uma dose fornecida diretamente pelo equipamento, sendo validado a partir dos testes de desempenho do equipamento realizados pelo Serviço de Física Médica e Radioproteção do HCPA. O valor de DRL foi definido utilizando o segundo e o terceiro quartil dos valores coletados, resultando respectivamente em 3,08 mGy e 4,49 mGy por incidência. Pode-se determinar o DRL do exame considerando todas as incidências realizadas, o resultado foi de 12,32 mGy para o segundo quartil e 17,96 mGy para o terceiro quartil. Não foram encontrados na literatura valores de DRL em DEP para mamografia. Estes valores serão utilizados como ferramenta para otimização da proteção radiológica. Revisões devem ser realizadas periodicamente, ou após a realização de medidas de otimização.

eP3132

Avaliação do tempo entre a liberação e a primeira visualização dos laudos de exames de ecografia de diferentes origens de atendimento do paciente em um hospital universitário

Luiz Fernando Bohm; José Rodrigo Mendes Andrade
HCPA - Hospital de Clínicas de Porto Alegre

O tempo na tomada da decisão médica no atendimento é um fator crítico para a avaliação adequada do estado de saúde dos pacientes. A otimização de recursos, tanto humanos quanto de insumos torna possível a diminuição do tempo de atendimento e, conseqüentemente, a redução de custos e aumento da capacidade de atendimento. O objetivo deste trabalho foi avaliar o tempo entre a liberação e a primeira visualização dos laudos de exames de ecografia de diferentes origens de atendimento do paciente em um hospital universitário. O trabalho avaliou 27.567 exames de ecografia realizados no ano de 2018 em um hospital universitário, tendo a seguinte distribuição por origem: Urgência (34,68%), Internado (19,06%) e Ambulatório (46,26%). Os dados foram extraídos em 05/06/2019 da base de dados de produção, para posterior análise utilizando o software Excel. O tempo gasto entre a liberação do laudo e a sua primeira visualização foi tabulado para cada origem de atendimento, sendo os dados agrupados em 15 intervalos de tempos: Até 30 min; até 1 hora; até 2 horas; até 3 horas; até 6 horas; até 12 horas; até 24 horas; até 48 horas; até 72 horas; até 7 dias; até 15 dias; até 30 dias; até 90 dias; mais de 90 dias e não visualizados até 05/06/2019, proporcionando uma visão comparativa. Com base nos resultados obtidos foi possível observar que 52,4% dos exames de urgência foram visualizados na primeira meia hora e 91,3% foram visualizados em até 6 horas. Para os exames de pacientes internados, 57,8% foram visualizados em até 2 horas e 97% foram visualizados em até 24 horas. Já para os exames de pacientes ambulatoriais, a taxa de 63,5% é alcançada em 15 dias. Para atendimentos ambulatoriais, 87,60% levam mais de 90 dias para serem visualizados. A taxa de exames de ecografia realizados com laudo não visualizados para urgência, internação e ambulatório foi respectivamente: 0,6%, 0,4% e 12,4%. Com base nos resultados obtidos foi possível observar que os tempos entre a liberação do resultado e primeira visualização são compatíveis com a criticidade do atendimento do paciente. O número de exames realizados com laudos não visualizados também é um fator que pode ter relação com o tipo de origem do atendimento. Como trabalho futuro é válido uma comparação entre exames de Ecografia com exames laboratoriais para validação da importância da imagem radiológica perante o laudo. Também pode ser avaliada outra área da radiologia para verificar se o mesmo comportamento da Ecografia é mantido.