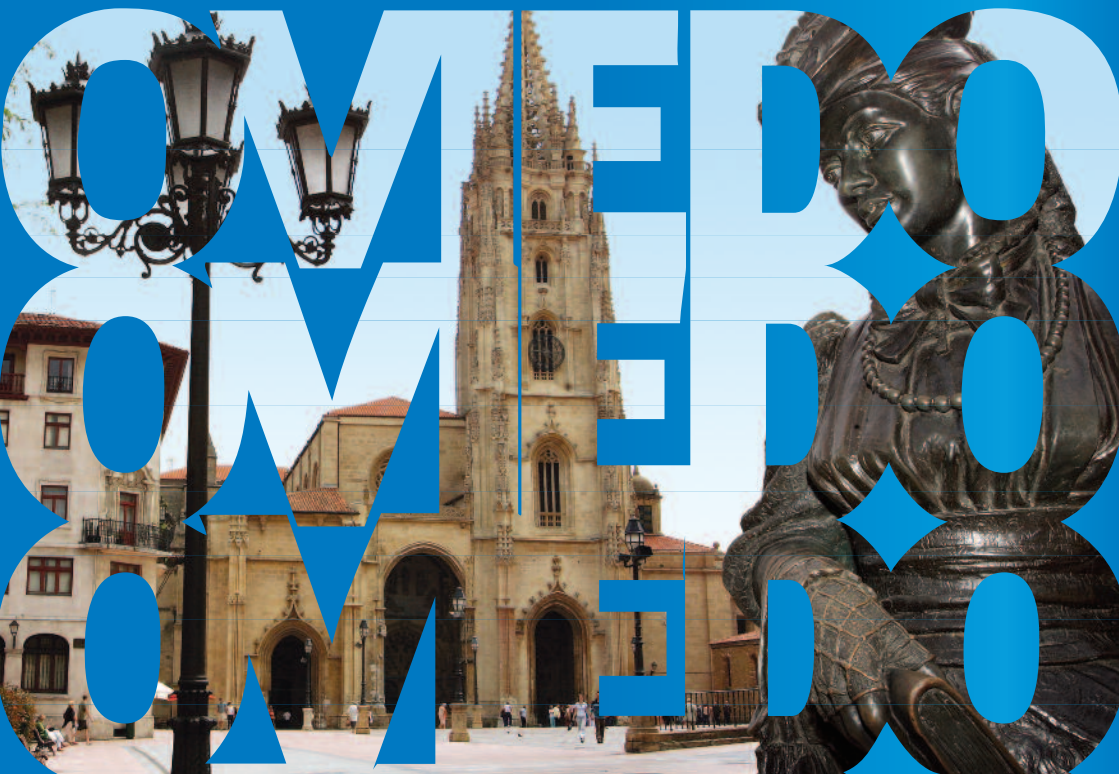


 **2008** **XVI**  
**oviedo** **Reunión de**  
**Enfermería**  
**de Trasplante**  
**Hepático ETH**

8-10 de Octubre de 2008  
Auditorio Palacio de Congresos *Príncipe Felipe*

**Programa Final y Libro de Resúmenes**

**Organiza:**  
Enfermería de Trasplante Hepático  
del Hospital Universitario Central de Asturias





AYUNTAMIENTO DE OVIEDO



AUDITORIO  
PRINCIPADO DE ASTURIAS  
PALACIO DE CONGRESOS  
OVIEDO



**XVI**  
**Reunión de**  
**Enfermería**  
**de Trasplante**  
**Hepático ETH**

8-10 de Octubre de 2008

Auditorio Palacio de Congresos *Príncipe Felipe*

## Programa Final y Libro de Resúmenes

**Organiza:**

Enfermería de Trasplante Hepático  
del Hospital Universitario Central de Asturias

# Índice

---

Comités.....	6
Secretaría técnica y científica .....	7
Bienvenida .....	8
Información general .....	9
Programa social .....	11
Información para autores y ponentes .....	12

## **PROGRAMA CIENTÍFICO**

---

Cuadro de sesiones .....	13
Miércoles, 8 de octubre .....	14
Jueves, 9 de octubre .....	14
Viernes, 10 de octubre .....	17
Resúmenes ponentes invitados .....	19
Resúmenes comunicaciones orales .....	23
Resúmenes posters .....	32
Índice de autores .....	56
Plano de la sede .....	58

# Comités

---

## **COMITÉ DE HONOR**

### **PRESIDENCIA DE HONOR**

SS.AA.RR. los Príncipes de Asturias

### **COMITÉ DE HONOR**

Excmo. Sr. D. Gabino de Lorenzo Ferrera  
*Alcalde de Oviedo*

Ilmo. Sr. Dr. D. Ramón Quirós García  
*Consejero de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias*

Excmo. Sr. D. Vicente Gotor Santamaría  
*Rector Magnífico de la Universidad de Oviedo*

Ilmo. Sr. D. Emilio Losa García  
*Presidente del Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Asturias*

Dr. D. Mario González González  
*Director Gerente del Hospital Universitario Central de Asturias*

Sr. D. Francisco Vázquez Ares.  
*Director de Enfermería del Hospital Universitario Central de Asturias*

Sra. Dña. M<sup>a</sup> del Pilar Mosteiro Díaz  
*Directora de la Escuela Universitaria de Enfermería de Oviedo*

Dr. D. Jesús Otero Hernández  
*Coordinador Autonómico de Trasplantes del Principado de Asturias*

# Comités

---

## COMITÉ ORGANIZADOR

<i>Presidenta</i>	Pilar Alonso Suárez
<i>Vicepresidenta</i>	Pilar González Díaz
<i>Vocales</i>	Ana Piedra Cerezal Mónica Garran Díaz Begoña Linares Gutiérrez Emilia Montserrat Fernández González Beatriz Rocés Cueto Elena Rodríguez Lee

## COMITÉ CIENTÍFICO

<i>Presidente</i>	Francisco Benjamín Otero García
<i>Vicepresidente</i>	Isabel Fernández Rodríguez
<i>Vocales</i>	Natividad Clavero Ballester Montserrat Fernández Menéndez Begoña de Francisco Fernández Virginia López Alonso Teresa Patallo Fernández Pilar Reinoso Crespo

# Secretaría técnica y científica

---

Para cualquier información referente al programa científico, inscripciones, reservas de hotel, actos sociales y exposición comercial, deberán dirigirse a:

**AOPC / ETH 2008**  
Av. Drassanes 6-8, 19<sup>º</sup>  
E-08001 Barcelona  
Tel. 933 027 541  
Fax 933 011 255  
congress@aopc.es  
www.sethepatico.org



# Bienvenida

---

Queridos compañeros:

En nombre del Comité Organizador, del Comité Científico, así como en el mío propio, queremos agradecer vuestra presencia en esta XVI Reunión de Enfermería de Trasplante Hepático, que este año celebramos en Oviedo.

Entre todos, hemos intentado confeccionar un programa que contribuya a la actualización y difusión de la enfermería en los distintos ámbitos del Trasplante Hepático. Siendo conscientes de que vuestra asistencia y participación, nos permitirá compartir conocimientos y experiencias.

Asimismo, queremos agradecer, a la SEHT y a las distintas entidades colaboradoras, que esta Reunión se lleve a cabo, cada año, lo que nos da la oportunidad de contactar con todos vosotros.

Esperamos ser capaces de satisfacer vuestras expectativas científicas, e invitaros, además a disfrutar de la hospitalidad de nuestra tierra.

Os damos la bienvenida a Oviedo.



Pilar Alonso Suárez  
*Presidenta del Comité Organizador*

# Información general

---

## SEDE

### Auditorio Palacio de Congresos Príncipe Felipe

Plaza de la Gesta, s/n

33007 Oviedo

[www.palaciocongresos-oviedo.com](http://www.palaciocongresos-oviedo.com)

### Planta Baja

*Vestíbulo principal:* .....Secretaría, exposición comercial, cafés, sala de ponentes y cóctel de bienvenida

### Primera Planta

*Sala Polivalente:* .....Sesiones

*Pasillo próximo Sala Polivalente:* .....Posters

*Vestíbulo:* .....Almuerzo de trabajo y Cóctel de despedida

### Segunda Planta

*Vestíbulo:* .....Almuerzo de trabajo

## SECRETARÍA

Durante la celebración de la Reunión, la secretaría estará ubicada en el vestíbulo principal del Auditorio Palacio de Congresos Príncipe Felipe, donde se realizará la entrega de documentación a los participantes.

### Horario de secretaría:

*Miércoles, 8 de octubre* .....16:00 a 19:00 h.

*Jueves, 9 de octubre* .....08:00 a 19:00 h.

*Viernes, 10 de octubre* .....08:30 a 14:00 h.

## CUOTAS DE INSCRIPCIÓN

Cuota de inscripción .....250 Euros (IVA Incluido)

### La cuota de inscripción incluye:

- \_ Acceso a las sesiones científicas y a la zona de posters
- \_ Acceso a la exposición comercial
- \_ Cóctel de bienvenida, Miércoles 8 de octubre
- \_ Almuerzo de trabajo, Jueves 9 de octubre y cafés
- \_ Cena oficial, Jueves 9 de octubre
- \_ Cóctel de despedida, Viernes 10 de octubre
- \_ Programa final y libro de resúmenes

## ACREDITACIONES

La XVI Reunión de Enfermería de Trasplante Hepático ha sido acreditada por la Comisión de Formación Continuada con 1,1 créditos. Para obtener el certificado de créditos de dichas acreditaciones es imprescindible haber asistido a las sesiones correspondientes y devolver el formulario de satisfacción nominativo debidamente cumplimentado en el mostrador “Secretaría” al finalizar la Reunión. Un ejemplar de este formulario está incluido en la documentación personalizada de cada participante inscrito.

# Información general

---

## **ALMUERZO DE TRABAJO**

El Jueves, 9 de octubre se servirá un almuerzo de trabajo para todos los participantes inscritos a la Reunión en el vestíbulo de la primera y segunda planta del Auditorio Palacio de Congresos Príncipe Felipe.

## **IDIOMA**

Todas las sesiones serán en español.

## **WEB DE LA REUNIÓN**

[www.sethepatico.org](http://www.sethepatico.org)

## **EXPOSICIÓN COMERCIAL**

Durante la Reunión se celebra una exposición de la industria farmacéutica, con la presencia de las empresas más importantes en el campo del trasplante. El cóctel de bienvenida y los cafés durante las pausas se servirán en este espacio.

## **HOTELES OFICIALES**

### **Hotel Barceló Oviedo Cervantes**

Cervantes, 13  
33004 Oviedo  
Tel.: 985 255 000

### **Hotel Ayre Ramiro I**

Calvo Sotelo, 13  
33007 Oviedo  
Tel.: 985 232 850

### **Hotel NH Principado**

San Francisco, 6  
33003 Oviedo  
Tel.: 985 217 792

### **Hotel Tryp Oviedo**

Pepe Cosmen, 1  
33001 Oviedo  
Tel.: 985 117 111

Hoteles oficiales en la fecha de publicación de este programa.

Las condiciones de reserva y cancelación de alojamiento están reflejadas en la web de la Reunión.

Las carteras de la Reunión han sido patrocinadas por Nycomed



# Programa social

---

Los actos sociales son de libre acceso a los participantes inscritos a la Reunión.

## **CÓCTEL DE BIENVENIDA**

*Miércoles, 8 de octubre de 2008 a las 20:30 h.*

Lugar: vestíbulo principal del Auditorio Palacio de Congresos Príncipe Felipe, junto a la zona de la exposición comercial.

## **CENA OFICIAL**

*Jueves, 9 de octubre de 2008.*

Lugar: Gran Hotel Las Caldas

33174 Las Caldas - Oviedo

Tel. 985 798 765

[www.lascaldasvillatermal.com](http://www.lascaldasvillatermal.com)

El Gran Hotel Las Caldas, inaugurado en la primavera de este año, es heredero de aquel hotel que soñó la Asturias de la Ilustración. Este antiguo balneario del siglo XVIII está situado en un hermoso valle a tan solo 8 Km. del centro de Oviedo.

### **Traslados:**

- \_ 21.00 h. salida de los autocares desde los hoteles oficiales.
- \_ Regreso desde el Gran Hotel Las Caldas hacia los hoteles indicados.  
Al finalizar la cena, salida del primer autocar. El resto de autocares saldrán sucesivamente a medida que se llenen.

## **CÓCTEL DE DESPEDIDA**

*Viernes, 10 de octubre de 2008 a las 14:00 h.*

Lugar: vestíbulo de la primera planta del Auditorio Palacio de Congresos Príncipe Felipe.

# Información para autores y ponentes

---

## **COMUNICACIONES ORALES**

Los autores de las comunicaciones orales dispondrán de 10 minutos para su exposición, seguidos de 3 minutos de discusión.

## **POSTERS**

Primer piso, en el pasillo junto a la Sala Polivalente (Sala de sesiones de la Reunión). Los posters estarán expuestos a lo largo de toda la Reunión y deberán ser colocados antes de las 9:00h. del Jueves, 9 de octubre y retirados antes de las 14:00h. del Viernes, 10 de octubre. El número final del póster identificará el panel en el cual deberá ser expuesto y corresponde también al número indicado en este Programa Final.

## **EQUIPOS AUDIOVISUALES**

Las salas estarán equipadas únicamente para proyección por ordenador (PC - MS PowerPoint). Las salas de sesiones ya dispondrán de ordenador, por lo que, no se podrán utilizar ordenadores personales, para agilizar la presentación.

## **PONENTES Y AUTORES DE PRESENTACIONES ORALES**

Para la entrega de las presentaciones, acudir a la “sala de ponentes” situada en el vestíbulo transversal del Auditorio Palacio de Congresos Príncipe Felipe. Este servicio permanecerá abierto desde 1 hora antes del comienzo de la primera sesión del día hasta 15 minutos después de que finalice la última sesión del día. Los participantes deberán presentar su Pendrive o soporte informático en la sala de ponentes, como mínimo 2 horas antes del inicio de su sesión, para su comprobación por parte de los técnicos. En el caso de las sesiones de primera hora de la mañana, las presentaciones deberán entregarse el día anterior.

Debido a aspectos estrictamente técnicos, lamentablemente sólo se podrán proyectar aquellas presentaciones que se hayan entregado con la debida antelación en la sala de ponentes.


## **PRESENTACIONES EN LA WEB DE LA SETH**

Como ya es habitual, después de la celebración de la Reunión, en la web de la Reunión figurarán en formato PDF todas las presentaciones de aquellos ponentes y autores que hayan dado su autorización para ello durante la Reunión.

## **CERTIFICADOS DE PRESENTACIÓN**

Los certificados se entregarán en la Secretaría durante los días de la Reunión. Se entregará únicamente una copia del certificado de presentación por trabajo.

# Cuadro de sesiones

Miércoles 8	Jueves 9	Viernes 10	
	Secretaría y Exposición	Secretaría y Exposición	
	Mesa Redonda I Del donante al receptor 9:00 - 10:30		
	Visita Posters y Café 10:30 - 11:00	Comunicaciones Orales III 10:00 - 11:30	
	Comunicaciones Orales I 11:00 - 12:30	Visita Posters y Café 11:30-12:00	
	Defensa de Posters 12:30 - 13:30	Ponencias I y II 12:00 - 13:30	
	Almuerzo de trabajo 13:30-15:30	Clausura 13:30 - 14:00	
	Secretaría e Inscripciones 16:00 - 19:00	Mesa Redonda II El proceso de Atención 15:30-17:00	Cóctel de despedida 14:00
		Visita Posters y Café 17:00 - 17:30	
	Mesa Redonda Inaugural Estructura y Organización de las Unidades de Trasplante 18:00 - 20:00	Comunicaciones Orales II 17:30 - 19:00	
	Inauguración oficial 20:00 - 20:30		
Cóctel de bienvenida 20:30	Cena oficial Salida autocares 21:00		

# Programa científico

---

## **MIÉRCOLES, 8 DE OCTUBRE**

18:00-20:00h.

### **MESA REDONDA INAUGURAL: ESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN DE LAS UNIDADES DE TRASPLANTE**

Moderadores: Dr. D. Rafael Matesanz Acedos

*Director de la Organización Nacional de Trasplantes (ONT), Madrid*

Prof. D. Evaristo Varo Pérez

*Servicio de Cirugía, Jefe de la Unidad de Trasplante Abdominal, Hospital Clínico U. de Santiago, Santiago de Compostela*

### **Integración de los miembros de diferentes servicios en las unidades multidisciplinares de trasplante hepático**

Prof. D. Valentín Cuervas-Mons Martínez

*Catedrático de Medicina, Jefe de la Unidad de Trasplante Hepático, Clínica U. Puerta de Hierro, Madrid*

### **Acreditación de los especialistas en trasplante hepático**

Prof. D. Daniel Casanova Rituerto

*Catedrático de Cirugía, Jefe de Servicio de Cirugía, Hospital U. Marqués de Valdecilla, Santander*

### **Configuración de los equipos de enfermería en el trasplante hepático**

Dña. Teresa Cano Maillo

*Hospital U. Ramón y Cajal, Madrid*

### **Estructura organizativa de los grupos de trasplante en Andalucía**

Dr. D. Manuel Alonso Gil

*Servicio Andaluz de Salud, Coordinación Autonómica de Trasplantes, Sevilla*

20:00 – 20:30

### **INAUGURACIÓN OFICIAL**

20:30

### **CÓCTEL DE BIENVENIDA**

## **JUEVES, 9 DE OCTUBRE**

09:00 - 10:30h

### **MESA REDONDA I: DEL DONANTE AL RECEPTOR**

Moderador: D. Francisco Vázquez Ares

*Director de Enfermería del Hospital U. Central de Asturias, Oviedo*

### **Proceso de la donación**

Dña. Carmen Segovia Gómez

*Enfermera de la Organización Nacional de Trasplantes, Madrid*

### **Valoración y afrontamiento del receptor**

Dr. D. José García González

*Jefe de la Unidad de Psiquiatría de Enlace del Hospital U. Central de Asturias, Oviedo*

### **Aspectos éticos y legales del trasplante**

Dr. D. Sergio Gallego Riestra

*Inspector de Prestaciones de la Consejería de Sanidad del Principado de Asturias*

10:30 - 11:00h

### **VISITA POSTERS Y CAFÉS**

# Programa científico

---

## **JUEVES, 9 DE OCTUBRE (sigue)**

11:00 - 12:30h

### **COMUNICACIONES ORALES I**

Moderadora: Dña. Begoña de Francisco Fernández

*Enfermera de la Unidad de Intensivos del Hospital U. Central de Asturias, Oviedo*

**0-01 Importancia de la calidad en los cuidados de enfermería del trasplante hepático**

Carlos Álvarez Coro, [Montserrat Marín Picó](#), Marlen Terente Fernández, Virginia López Alonso, Gema García Fernández, Eva Castro Celeiro, María José Fernández Fernández  
*Quirófano, Hospital U. Central de Asturias, Oviedo.*

**0-02 Trasplante hepático: instrumentación quirúrgica**

[Eva Castro Celeiro](#), Gema García Fernández  
*Quirófano, Hospital U. Central de Asturias, Oviedo.*

**0-03 Evaluación de la calidad percibida por el paciente en el preoperatorio inmediato de trasplante hepático: una oportunidad de mejora**

[Laura García Mera](#), Manuel Calzón Morilla, Amparo Lama Florencio, María José Bohorquez Camacho, Magdalena Domínguez Durán  
*Quirófanos, HHUU Virgen del Rocío, Sevilla.*

**0-04 Perfil de la cuidadora principal de pacientes en lista de espera de trasplante hepático**

[Juan Manuel Fernández Vilches](#), Josefa Cañero Vera, Dolores Rodríguez Salguero, María Ángeles Romero Hidalgo, Beatriz Ramírez Crespo, Begoña Ramos Tascon  
*Digestivo, HH UU Virgen del Rocío, Sevilla.*

**0-05 Acogida y atención a los familiares durante el implante hepático**

Roser Escobar Fornieles, Carmen Vallés Guerra  
*Programa de Trasplante, ICS, Barcelona.*

**0-06 Déficit de conocimientos en pacientes en lista de espera de trasplante hepático**

[María Dolores Rodríguez Salguero](#), María Ángeles Romero Hidalgo, Josefa Cañero Vera, Juan Manuel Fernández Vilches, Begoña Ramos Tascon, Beatriz Ramírez Crespo  
*UGC Digestivo, HH UU Virgen del Rocío, Sevilla.*

12:30 - 13:30h

### **DEFENSA DE POSTERS**

13:30 - 15:30h

### **ALMUERZO DE TRABAJO**

# Programa científico

---

## **JUEVES, 9 DE OCTUBRE (sigue)**

15:30 - 17:00h

### **MESA REDONDA II: EL PROCESO DE ATENCIÓN**

Moderadora: Dña. Pilar Mosteiro Díaz

*Directora de la Escuela U. de Enfermería de Oviedo, Oviedo*

### **Valoración del paciente antes del trasplante hepático**

Dña. Lidia Amigo Cabria

*Enfermera del Hospital U. Marqués de Valdecilla, Santander*

### **Atención quirúrgica**

Dña. M<sup>a</sup> José Gómez Pedraja

*Enfermera del Hospital U. Marqués de Valdecilla, Santander*

### **El trasplantado hepático inmediato en la UVI**

Dña. Carmen Asiain Erro

*Supervisora de la Unidad de Intensivos de la Clínica U. de Navarra, Pamplona*

### **El paciente con trasplante hepático en la planta**

Dña. Isabel Fernández Rodríguez

*Enfermera de la Unidad de Hospitalización del Hospital U. Central de Asturias, Oviedo*

17:00 - 17:30h

## **VISITA POSTERS Y CAFÉS**

17:30 - 19:00h

### **COMUNICACIONES ORALES II**

Moderadora: Dña. Belén Suárez Mier

*Enfermera de Cuidados Intensivos del Hospital U. Central de Asturias, Oviedo*

#### **0-07 Evaluación del método de educación sanitaria a los pacientes trasplantados hepáticos**

Emilia Montserrat Fernández González<sup>1</sup>, M<sup>a</sup> del Pilar Alonso Suárez<sup>2</sup>, Ana M<sup>a</sup> Piedra Cereza<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Digestivo, Hospital U. Central de Asturias, Oviedo. <sup>2</sup>Unidad de Trasplante Hepático, Hospital U. Central de Asturias, Oviedo.

#### **0-08 Nuestra experiencia en un paciente trasplantado hepático, aplicando planes de cuidados estandarizados**

Emerita Martínez Gómez, Aranzazu Orobitg Pulido, Sílvia Gimeno Lázaro, Araceli Gelde Serrano

*Unidad Hepática hospitalización, Hospital La Fe, Valencia.*

#### **0-09 Complicaciones precoces en el postoperatorio del trasplantado hepático en una unidad de cuidados intensivos**

M<sup>a</sup> Jesús Romero de San Pio, Emilia Romero de San Pio, Jezabel García Rato, M<sup>a</sup> Soledad de la Varga González

*Medicina Intensiva, Hospital U. Central de Asturias, Oviedo.*

#### **0-10 Recomendaciones de enfermería al alta en el trasplante hepático: en busca del consenso basado en la evidencia científica**

Manuela Pérez Gómez, María Isabel Durango Limarquez, Marta Yepes Temiño, Ana María Hernández Matías, Yolanda Gordo Martín

*Unidad de Trasplante Hepático, H.G.U. Gregorio Marañón, Madrid.*

# Programa científico

---

## **JUEVES, 9 DE OCTUBRE (sigue)**

17:30 - 19:00h

### **0-11 ¿Cómo conseguir un buen injerto hepático?**

María Ángeles del Rosal Cimadevilla, Beatriz García Rubio, Beatriz Rocas Cueto, María Paz López Zas, Almudena Peláez Fernández, Sonia Rodríguez Alonso  
*Servicio Quirúrgico, Hospital U. Central de Asturias, Oviedo.*

### **0-12 Estado de ansiedad del paciente trasplantado ante su revisión y seguimiento en la consulta**

Begoña de Francisco Fernández<sup>1</sup>, F. Benjamín Otero García<sup>2</sup>, M<sup>a</sup> del Pilar Alonso Suárez<sup>3</sup>, Guillermo Muñiz Albaiceta<sup>3</sup>, Miriam Otero Castillo<sup>4</sup>  
<sup>1</sup>Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital U. Central de Asturias, Oviedo. <sup>2</sup>Coordinación de Trasplantes. <sup>3</sup>Unidad de Trasplante Hepático y Coordinación de Trasplantes. <sup>4</sup>Psicólogo Clínico

21:00h

**Salida de los autocares hacia la CENA OFICIAL**

## **VIERNES, 10 DE OCTUBRE**

10:00 - 11:30h

### **COMUNICACIONES ORALES III**

Moderadora: Dña. Virgilinga Alegre Ramón

*Enfermera de Cuidados Intensivos del Hospital U. Central de Asturias, Oviedo*

### **0-13 Alteraciones Neurológicas Relacionadas con la Terapia Inmunesupresora**

Pilar González Díaz, Isabel Fernández Rodríguez, Mónica Garran Díaz, Pilar Reinoso Crespo, Elena Rodríguez Lee  
*Unidad de Cirugía Hepatobiliar y Trasplante Hepático, Hospital U. Central de Asturias, Oviedo.*

### **0-14 Abordaje enfermero de la encefalopatía hepática en los pacientes en lista de espera para trasplante hepático**

Eva López Benages  
*Cirugía Hepática y Trasplante, Hospital Clínic (Barcelona), Barcelona.*

### **0-15 Cargas asistenciales de enfermería en cuidados intensivos, en el paciente de trasplante hepático**

Pilar Alonso Suárez<sup>1</sup>, Teresa Patallo Fernández<sup>2</sup>, Begoña Linares Gutiérrez<sup>2</sup>, Natividad Clavero Ballester<sup>3</sup>  
<sup>1</sup>Consulta de trasplante hepático, Hospital U. Central de Asturias, Oviedo. <sup>2</sup>UCI Hospital U. Central de Asturias, Oviedo.

### **0-16 Un caso clínico: un dilema**

Marta Yepes Temiño, Yolanda Gordo Martín, Ana María Hernández Matías, María Isabel Durango Limarquez, Manuela Pérez Gómez  
*Unidad de Trasplante Hepático, H.G.U. Gregorio Marañón, Madrid.*

### **0-17 Trasplante hepático en paciente V.I.H.**

M<sup>a</sup> José Gorrochategui Beracoechea, Esperanza del Pozo, Maite San Emeterio  
*Cirugía Hepática, Hospital de Cruces, Baracaldo, Vizcaya.*

### **0-18 Experiencia del trasplante hepático en adulto de donante vivo en la Clínica Universitaria de Navarra**

Amaya Redín García, Blanca Larrea Leoz, Beatriz Osés Ferrer, Mayka Linacero Monasterio, Nagore Rodríguez San Martín  
*Cirugía General - Hospitalización, Clínica Universitaria de Navarra, Pamplona.*

# Programa científico

---

## **VIERNES, 10 DE OCTUBRE (sigue)**

11:30 - 12:00h

### **VISITA POSTERS Y CAFÉS**

12:00 - 13:30h

### **PONENCIAS I Y II**

Presentador: D. Francisco Benjamín Otero García

*Coordinador de Enfermería de Trasplantes del Hospital U. Central de Asturias, Oviedo*

#### **PONENCIA I: Monitorización farmacológica de la inmunosupresión**

Dra. Dña. Mercè Brunet Serra

*Jefa de Sección de Farmacología y Toxicología del Centre de Diagnóstico Biomédico del Hospital U. Clínic, Barcelona.*

#### **PONENCIA II: Complicaciones tardías del Trasplante Hepático**

Dña. Pilar Lora López

*Enfermera Coordinadora de Trasplante Hepático del Hospital U. Reina Sofía, Córdoba*

13:30 - 13:45h

### **CLAUSURA**

14:00h

### **CÓCTEL DE DESPEDIDA**

# Resúmenes ponentes invitados

---

## **MESA REDONDA I. DEL DONANTE AL RECEPTOR**

### **Valoración y afrontamiento del receptor de trasplante hepático**

Dr. José García González.

*Psiquiatra jefe de servicio, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.*

La evaluación psicosocial del candidato a trasplante hepático se realiza con el fin de ayudar a determinar su idoneidad; pero también para detectar factores de riesgo y prepararle para afrontar, en las mejores condiciones, un proceso que exige importantes retos de adaptación y genera alto estrés.

A esos efectos resulta de primordial interés conseguir establecer una alianza terapéutica en las entrevistas, de forma que no sea vivida la exploración como una mera prueba de selección, sino como una forma de apoyo y tratamiento. Una vez realizada la exploración psicopatológica y evaluados los factores de riesgo, se sigue una estrategia dirigida a fomentar las estrategias afrontamiento del receptor del trasplante hepático, teniendo en cuenta el estilo de personalidad del sujeto y activando los apoyos sociofamiliares. En concreto se valora y se interviene, a esos efectos, sobre las siguientes áreas:

- El impacto de la noticia de la indicación del trasplante como medida de supervivencia.
- La ansiedad ligada a los estudios y exploraciones previas.
- La incertidumbre respecto a la espera y a los resultados.
- Las exigencias de adaptación a las distintas fases del proceso y los requerimientos en la situación de trasplantado.
- La adherencia a los tratamientos y los efectos adversos de estos.

Además de la entrevista individual y familiar, nos servimos de instrumentos en forma de protocolos (PACT, HAD, STAI, cuestionario de apoyo social, y evaluación de funciones cognitivas).

Aunque no disponemos de datos lo suficientemente amplios para establecer con rigor la capacidad predictora de algunos de los factores que se estudian, se asocia a la buena evolución al logro de una alianza terapéutica, la aceptación de autocuidados, la disponibilidad de buenos apoyos sociofamiliares y la ausencia de deterioro importante de funciones cognitivas.

# Resúmenes ponentes invitados

---

## **MESA REDONDA II**

### **Atención quirúrgica.**

María José Gómez Pedraja, Guiomar Ortiz González, Laura Briones López, M. Antonia Barros Blanco, Raquel Bermejo Sánchez, M. Breñosa Álvarez de Miranda, Sagrario Espinosa Elorza, Cándida Martín Sanz, Claribel Ortiz Sáenz, Matilde Prieto Sáez de Tejada, M. José Velasco del Barrio, Isabel Villaverde Elices, M<sup>a</sup> Eugenia Bustillo Alvarado, Carmen García López.

*Enfermeras del Equipo Quirúrgico de Trasplante, Hospital U. Marqués de Valdecilla, Santander.*

Dentro del proceso de atención al receptor hepático, se encuentra la fase quirúrgica.

Teniendo en cuenta que se trata de una intervención muy compleja, va a precisar de un equipo multidisciplinar, entrenado y puesto al día en todos los medios que van apareciendo en el mercado sanitario y que puedan significar una mejora en la calidad asistencial.

El equipo quirúrgico de enfermería en trasplantes de nuestro hospital (HUMV) data de 1991 y realiza todo tipo de Tx. La dotación que tenemos designada para esta intervención es de cinco enfermeras que cubren los cuidados de:

### **Anestesia, ARI, Instrumentista, Campo y Refuerzo**

Cada una de ellas se responsabiliza de un área determinada de trabajo, pudiéndose intercambiar en un momento determinado.

Se trata de mantener el cuidado integral del paciente de alto riesgo debido a su patología y a todas las que lleva asociadas, unido a los cambios provocados por un cruento acto quirúrgico, con posibilidad de, sangrado masivo, alteraciones metabólicas importantes, anuria, etc.

Por ello va a precisar de una monitorización hemodinámica invasiva; control de la diuresis; aparataje, material y medicación necesarios tanto para la inducción anestésica como para la propia anestesia y el mantenimiento; reservorio con sangre lavada y reconstituida con plasma fresco descongelado a una temperatura de 37<sup>o</sup>; aparatos de coagulación; instrumental, suturas, aspiradores, selladores, etc.

También tendremos en cuenta que se trata de un paciente al que se va a inmunodeprimir por lo que hay que vigilar que todas las técnicas se hagan de forma aséptica, vigilar el tránsito de personal en el quirófano, que se cumplan las normas ambientales (temperatura, humedad y presión).

Todo ello hace que sea imprescindible la figura de una enfermería altamente cualificada, experimentada y puesta al día, trabajando en equipo y siguiendo unos protocolos que sirven como paradigmas, asumiendo en todo momento las distintas funciones: asistencial, investigación, docencia y gestión.

# Resúmenes ponentes invitados

## MESA REDONDA II

### El paciente con trasplante hepático en la planta.

Isabel Fernández Rodríguez.

Enfermera Unidad de Cirugía Hepatobiliopancreática y Trasplante hepático, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.

**INTRODUCCIÓN:** En el año 2008 nos propusimos la revisión de los planes estandarizados fijándonos varios objetivos.

- 1 Revisar los diagnósticos seleccionados y compararlos con los utilizados por otros enfermeros según las distintas publicaciones.
- 2 Adaptarlos según las taxonomías NANDA – NOC – NIC.
- 3 Utilizar los indicadores de la NOC para la evaluación y seguimiento del proceso post operatorio del paciente.
- 4 Adaptarlo al formato implantado este año en el hospital, propuesto por las Gestoras de Cuidados del HUCA y aprobado por la Comisión de Cuidados.

**PLAN DE CUIDADOS POSTOPERATORIO:** Se inicia cuando el paciente regresa de la UCI a la unidad de Hospitalización. Sucede habitualmente entre el 3º y 5º día de postoperatorio. Comprende Diagnósticos que en la mayoría de los casos se resuelven en el período del ingreso y Educación sanitaria al paciente y familia de cara al momento del Alta a su domicilio éstos últimos lógicamente se comienzan a trabajar en el momento en que el estado del paciente lo permite. Se procede a la valoración del paciente según las 14 necesidades del modelo de Virginia Henderson y a la individualización del Plan de Cuidados Estandarizado. Este Plan de cuidados utiliza D.E. NANDA.

Resultados esperados según la clasificación NOC. de cada resultado se eligieron el/los indicadores denominados “estrella” que nos permiten caracterizar el estado del paciente a nivel muy concreto. Se miden con la escala tipo Likert de 5 puntos desde el menos deseable al más deseable y nos proporciona una puntuación con la que verificamos eficazmente el estado del paciente y su evolución ante la aplicación de las intervenciones de enfermería. Esta valoración de resultados se realiza al menos dos veces durante su ingreso y siempre antes del alta.

Las intervenciones de enfermería propuestas para cada D.E. se enuncian según la clasificación NIC. De cada intervención se seleccionan actividades adecuadas.

#### PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO DEL TRASPLANTE HEPATICO

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS N.O.C.	INTERVENCIONES N.I.C.	ACTIVIDADES
Intolerancia a la actividad R.C. debilidad generalizada	Autocuidados: A.V.D. * Se asea * Se viste * Come * Deambulación	Ayuda al autocuidado	Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir los autocuidados.
		Ayuda con el autocuidado: transferencia	Ayuda levantar sillón Ayuda deambular
Dolor agudo R.C: Agentes lesivos	Nivel de comodidad * Control del dolor	Administración de analgésicos	Administrar analgésicos a las horas adecuadas para evitar picos y valles de dolor severo. Registrar la respuesta a analgésicos
Riesgo de infección R.C. Procedimientos invasivos e inmunosupresión	Curación de la herida por primera intención * Aproximación de los bordes de la herida * Secreción seropurulenta de la herida * Secreción seropurulenta del drenaje	Cuidados del sitio de incisión	Cura incisión según protocolo Control débito de drenajes Cura del drenaje J.P. Retirar drenaje J.P. (anotar Nº)
		Control de infección	Control temperatura Cambiar apósito vías venosas según protocolo. Cuidados sonda vesical según protocolo. Fomentar respiración profunda. Uso de inspirómetro de incentivo.
Riesgo de desequilibrio en el volumen de líquidos.	Equilibrio hídrico * Entradas y salidas diarias equilibradas. * Peso corporal estable	Monitorización de líquidos	Peso diario. Control de constantes vitales. Control de líquidos y diuresis. Control ingesta alimentos: DIETA.... Control de deposición
Riesgo de caídas R.C. Alteraciones del estado mental Med. Inmunosupresora	Estado neurológico * capacidad cognitiva	Manejo ambiental seguridad	Utilizar dispositivos de protección
Riesgo de manejo ineficaz del régimen terapéutico R.C. conocimientos deficientes	Conocimiento del régimen terapéutico * capacidad cognitiva	Enseñanza de la medicación prescrita	Instruir al paciente acerca de la administración de la medicación (dosis, horario, efectos adversos..)
(medicación, dieta, signos de alarma)	* Descripción de la medicación prescrita	Enseñanza proceso	Instruir al paciente sobre signos y síntomas de alarma. Realizar informe escrito de enfermería al alta. Entregar recomendaciones de enfermería al alta
Complicación potencial: Hemorragia	Vigilar signos y síntomas	Control de hemorragia Manejo del Sock: volumen	Observar cantidad y naturaleza de la pérdida de sangre. Vigilar constantes vitales Administrar líquidos I.V. si procede.
Complicación potencial: Diabetes	Vigilar signos y síntomas	Manejo de la hiper/hipo glucemia	Vigilar los niveles de glucosa en sangre. Instruir al paciente sobre técnicas de control. Instruir al paciente sobre manejo de antihipertensivos. Instruir al paciente sobre signos y síntomas de alarma.

\* Indicadores NOC a valorar

## **PONENCIA II**

### **Complicaciones tardías en el paciente trasplantado de hígado.**

Pilar Lora López, *Hospital Universitario "Reina Sofía", Córdoba.*

El Trasplante Hepático es el tratamiento de elección actual para un gran número de enfermedades hepatobiliares agudas y crónicas. Es un procedimiento muy dinámico y en palabras de Starzl "un producto inacabado", por lo que los criterios de selección se han ido modificando a lo largo de estos años. Así por ejemplo, la edad tanto de los donantes como de los receptores ha aumentado considerablemente, y algunas indicaciones que antes eran discutibles hoy ya no se cuestionan. Además se están ampliando las estrategias de tratamiento, y están surgiendo nuevos tipos de trasplante, multivisceral, trasplante reducido, trasplante dividido, donante vivo, etc y en un futuro próximo conoceremos cuál es el papel real de la terapia génica o de los xenotrasplantes .

El TH no pretende salvar a un ser humano de la discapacidad y de una muerte precoz, persigue mucho más que eso, incorporar a esta persona a su medio social, con una buena calidad de vida. Para ello, hemos de controlar la aparición de complicaciones tardías en este tipo de pacientes, como son la hipertensión arterial, la obesidad, la diabetes, la insuficiencia renal, y la hipercolesterolemia.

Destacamos la importancia de una buena educación sanitaria ya desde el pretrasplante, la información sobre la importancia de adquirir hábitos de vida saludable; una dieta equilibrada, ejercicio físico, ingesta de líquidos y controles periódicos de tensión arterial, peso, y niveles de glucosa y lípidos en sangre serán factores determinantes en el control de este tipo de complicaciones que el paciente debe asumir.

El objetivo de la enfermera es que el paciente reciba información y manifieste tanto él como su familia el conocimiento de estas complicaciones afrontando el control de las mismas. Para ello planteamos una serie de intervenciones enfermeras que comenzarán en el momento en el que el paciente es incluido en Lista de Espera.

# Resúmenes comunicaciones orales

## O-01 Importancia de la calidad en los cuidados de enfermería del trasplante hepático

Carlos Álvarez Coro, [Montserrat Marín Picó](#), Marlen Terente Fernández, Virginia López Alonso, Gema García Fernández, Eva Castro Celeiro, María José Fernández Fernández  
*Quirófano, Hospital U. Central de Asturias, Oviedo.*

El Trasplante hepático constituye hoy en día, una técnica rutinaria, pero a la vez, es un proceso complejo y cansado (Media en nuestro hospital es de 12horas), que requiere la intervención de un equipo multidisciplinar. Nuestra apuesta es por una MEJOR CALIDAD en nuestro trabajo. El equipo de enfermería del trasplante hepático del HUCA, después de más de 200 trasplantes en 6 años, valora la necesidad de una revisión por parte de todos los profesionales implicados, en las actuales pautas de actuación, tanto generales como específicas, dirigido a unificar criterios de actuación de los diferentes profesionales del equipo y colaborar en la prevención de posibles complicaciones.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Trabajo en equipo ( Edad del equipo, cualificación del personal, causa de abandono ...)
- Unificar criterios de actuación. ( Establecer pautas generales y específicas para el diagnóstico precoz de posibles complicaciones desde que el paciente entra en el área quirúrgica, hasta que sale de ella.)
- Ayudar en la formación e incorporación de los nuevos miembros del equipo, promoviendo y fomentando el buen clima laboral.
- Conocer actividades para adecuarlas, organizarlas y evaluarlas.( Promover y organizar la formación continuada, talleres de trabajo...)
- Ir adaptando los protocolos a las necesidades. La máxima del PAE, evaluación constante y continuada

## O-02 Trasplante hepático: instrumentación quirúrgica

[Eva Castro Celeiro](#), Gema García Fernández  
*Quirófano, Hospital U. Central de Asturias, Oviedo.*

**INTRODUCCIÓN:** Ser enfermera y trabajar en un programa de trasplantes requiere una formación, dedicación y experiencia difícil de plasmar en un papel. Hemos pretendido mostrar nuestra labor en el quirófano desde el punto de vista de la instrumentación quirúrgica, mostrar la técnica quirúrgica con un enfoque hacia la enfermería, obtener un protocolo actualizado y unificado de nuestra actuación, comprobar que funciona y con esto, respetar la integridad del paciente, favorecer el aprendizaje de nuevos compañeros y optimizar nuestra labor. La dedicación es exclusiva y la experiencia, como todo en la vida, se adquiere; llevamos más de seis años de programa y más de 200 trasplantes; estamos en ello, avanzando y progresando cada día.

### OBJETIVOS:

- Obtener un método de trabajo unificado, práctico y eficaz para la instrumentación.
- Dar a conocer la técnica quirúrgica desde el punto de vista de enfermería.
- Optimizar el trabajo en la coordinación e instrumentación quirúrgica.
- Prevenir lesiones en la integridad del paciente y riesgos laborales del equipo.
- Seguir investigando, analizando e integrando nuevas ideas y patrones de actuación para perfeccionar y renovar la instrumentación facilitando nuestro trabajo.

### MATERIAL Y MÉTODO:

- Bibliografía sobre instrumentación quirúrgica y programas de trasplantes.
- Protocolos quirúrgicos de nuestro hospital y otros centros.
- Revisión de los Registros de Enfermería en Quirófano del Trasplante Hepático en HUCA(2002-2008)
- Registros personales de miembros del equipo.

**DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:** Hemos comprobado que al mejorar y unificar nuestro método de trabajo se facilita simplifica y optimiza, la labor de la enfermería responsable, la calidad de trabajo, se protege la integridad del paciente y prevenimos riesgos laborales de los miembros del equipo. Observamos también la importancia de revisiones periódicas de los protocolos de actuación, adecuándolos al continuo cambio y evolución de las técnicas quirúrgicas.

# Resúmenes comunicaciones orales

## 0-03 Evaluación de la calidad percibida por el paciente en el preoperatorio inmediato de trasplante hepático: una oportunidad de mejora

Laura García Mera, Manuel Calzón Morilla, Amparo Lama Florencio, María José Bohorquez Camacho, Magdalena Domínguez Durán Quirófanos, HHUU Virgen del Rocío, Sevilla.

**INTRODUCCIÓN:** Es cada vez más frecuente analizar la calidad total de los servicios prestados por la enfermería contando no sólo con la calidad objetiva, sino también con la calidad percibida por el paciente, de mayor dificultad a la hora de su evaluación. Desde la enfermería de quirófano nos planteamos cómo hacerlo. Se plantea pues como imprescindible la evaluación de la calidad total en aras de analizar el impacto de las intervenciones realizadas, es relativamente fácil evaluar la calidad objetiva pero ¿y la calidad percibida?, ¿es significativo el impacto de nuestras intervenciones?. Son escasos 20-30 minutos los que pasamos con ellos antes de la inducción anestésica y a veces con premura por los tiempos, todas nuestras premisas estaban basadas en resultados empíricos por lo que nos decidimos a aplicar un cuestionario que aclarara todas nuestras dudas dotando a los resultados de cierto rigor científico.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Ante la ausencia de cuestionarios específicos para pacientes sometidos a trasplante se confeccionó uno "ad hoc" usando como base los cuestionarios de calidad percibida en el ámbito sanitario (GHAA-9, SERVQHOS, ANOVA, ...). Posteriormente se seleccionó una muestra estadísticamente significativa a la que se les pasó, analizándose con posterioridad los resultados obtenidos.

**RESULTADOS:** Analizados los datos obtenidos nos encontramos con una alta puntuación en la escala analógica propuesta en el cuestionario, pero en el análisis detallado de las preguntas encontramos datos discrepantes respecto a la identificación de los profesionales, así como de la información recibida.

**CONCLUSIONES:** Se determina como imprescindible el estudio de los indicadores de calidad para evaluar el impacto de las intervenciones de enfermería en quirófano. Se hace necesario pues evaluar la calidad percibida con la mirada puesta en una oportunidad de mejora. Compartir nuestro tiempo con el paciente trasplantado nos ha ayudado a abrir nuestros ojos más allá de el quirófano.

## 0-04 Perfil de la cuidadora principal de pacientes en lista de espera de trasplante hepático

Juan Manuel Fernández Vilches, Josefa Cañero Vera, Dolores Rodríguez Salguero, María Ángeles Romero Hidalgo, Beatriz Ramírez Crespo, Begoña Ramos Tascon Digestivo, HH UU Virgen del Rocío, Sevilla.

Se hace necesario disponer de Programas de Educación para la Salud dirigidos a pacientes que va a incluirse en lista de espera de trasplante hepático. Sin embargo son pocos los que contemplan a la figura de la cuidadora principal de estos pacientes que juegan un papel fundamental en el proceso. En el HU Virgen del Rocío se está realizando un estudio donde entre otras cuestiones se plantea describir el perfil de la cuidadora principal en función de:

- Descripción del perfil de la cuidadora. Incluyendo:
  - Cuestionarios sobre el conocimiento del régimen terapéutico del paciente para el cuidador
  - Cuestionarios sobre el nivel de conocimientos del proceso de la enfermedad para el cuidador.
  - Índice de esfuerzo del cuidador
  - Apoyo social percibido por el paciente.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Se elabora el perfil sobre los datos recogidos de 70 cuidadoras que están siendo estudiados para su inclusión en lista de espera de THen el servicio de digestivo desde mayo del 2007 a agosto del 2008.

**VARIABLES:** Se medirán el nivel de conocimientos sobre el proceso de la enfermedad y el manejo del régimen terapéutico mediante la administración de cuestionarios heteroaplicados por profesionales de enfermería. Además se determinará el índice de esfuerzo del cuidador y el apoyo social percibido mediante el cuestionario Duke-Unc

**RESULTADOS:** Se estima que se podrán presentar un perfil completo de las cuidadoras de este grupo específico de pacientes, hasta ahora no descrito en la literatura, donde se identificarán las áreas de déficit de conocimientos del proceso enfermedad y del manejo inefectivo del régimen terapéutico. Además se establecerá el índice de esfuerzo del cuidador y el apoyo social percibido, que se relacionan con el posible cansancio en el desempeño del rol de cuidador en una etapa donde la cuidadora juega un papel fundamental como soporte en el proceso de trasplante.

# Resúmenes comunicaciones orales

## 0-05 Acogida y atención a los familiares durante el implante hepático

Roser Escobar Fornieles, Carmen Vallés Guerra  
Programa de Trasplante, ICS, Barcelona.

**INTRODUCCIÓN:** El trasplante hepático es un proceso que genera stress en cualquier familia que tenga que pasar por esta situación. El grado de preocupación que presente la familia viene condicionado por las características propias de cada miembro, así como por el grado de información que tengan. Desde la coordinación consideramos necesario ayudar a los familiares a afrontar este proceso.

### OBJETIVOS:

- Recibir y acomodar a los familiares del receptor
- Disminuir los sentimientos de ansiedad, angustia y depresión.
- Transmitirles que la coordinación será nexo de unión entre ellos y el quirófano durante el acto quirúrgico.
- Animarles a que nos planteen sus dudas y temores.

### GUIÓN:

- Acogida a los familiares: recibir y acomodar a la familia.
- Atención durante el acto operatorio: información de las distintas etapas que se irán sucediendo desde la entrada del receptor en el área quirúrgica hasta su salida de la misma
- Acompañamiento hasta la UCI y despedida.

**CONCLUSIONES:** La información minimiza el grado de preocupación de los familiares durante el implante hepático, y les ayuda a afrontar esta situación tan compleja.

Los familiares agradecen estar informados a lo largo de todo el proceso quirúrgico.

La aceptación de esta labor, por parte de la familia es alta.

El estado clínico del paciente antes de la intervención incide directamente en el estado anímico de sus familiares durante el implante.

## 0-06 Déficit de conocimientos en pacientes en lista de espera de trasplante hepático

María Dolores Rodríguez Salguero, María Ángeles Romero Hidalgo, Josefa Cañero Vera, Juan Manuel Fernández Vilches, Begoña Ramos Tascon, Beatriz Ramírez Crespo  
UGC Digestivo, HH UU Virgen del Rocío, Sevilla.

**INTRODUCCIÓN:** En el proceso de desarrollo de un estudio encaminado a la implantación de un programa de educación para la salud para pacientes y cuidadoras de enfermos en lista de espera de trasplante hepático, un hecho relevante percibido es el nivel de conocimientos del proceso de la enfermedad y del manejo del régimen terapéutico de los pacientes.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se incluyen 70 pacientes que se atienden en la unidad de Digestivo del HU Virgen del Rocío desde mayo del 2007 a agosto del 2008, en los que se a establecer el nivel de conocimientos de proceso que motiva su inclusión en lista de espera y del manejo del régimen terapéutico correspondiente. Se analizarán los diagnósticos enfermeros activados a cada uno en el plan de cuidado individualizado y su correlación con las variables antes citadas.

Se ha medido el nivel de conocimientos del manejo del régimen terapéutico y del proceso enfermedad mediante cuestionarios diseñados ad hoc, administrados por enfermeras del servicio entrenadas para ello. Se cuantificarán los diagnósticos enfermeros directamente de los planes de cuidados.

**RESULTADOS:** Se estima que se podrá presentar un perfil completo de este grupo específico de pacientes, hasta ahora no descrito en la literatura, donde se identificarán las áreas de déficit de conocimientos del proceso enfermedad y del manejo inefectivo del régimen terapéutico. Estos déficit de conocimientos se correlacionarán con los diagnósticos enfermeros del plan de cuidados.

Por los datos recogidos hasta ahora parece que se hace necesario el desarrollo y la implantación de un programa de educación sanitaria dirigido a estos pacientes y sus cuidadores principales, ya que un buen conocimiento del proceso y del manejo de régimen terapéutico es fundamental como soporte para conseguir buenos resultados generales y en términos de calidad de vida en el proceso de trasplante hepático.

# Resúmenes comunicaciones orales

## 0-07 Evaluación del método de educación sanitaria a los pacientes trasplantados hepáticos

Emilia Montserrat Fernández González<sup>1</sup>, M<sup>o</sup> del Pilar Alonso Suárez<sup>2</sup>, Ana M<sup>a</sup> Piedra Cereza<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Digestivo, Hospital U. Central de Asturias, Oviedo. <sup>2</sup>Unidad de Trasplante Hepático, Hospital U. Central de Asturias, Oviedo.

**INTRODUCCIÓN:** La Unidad de Trasplante Hepático del HUCA, ha llevado a cabo más de 200 trasplantes en sus seis primeros años de actividad.

El personal de enfermería de dicha unidad vimos la necesidad de evaluar el nivel de conocimientos de los pacientes trasplantados, para tener la seguridad de que se comprenden nuestras instrucciones y actualizar el método cuando sea necesario.

**OBJETIVOS:** Determinar la efectividad del plan educacional impartido por el equipo multidisciplinar para:

- Contribuir al cumplimiento del tratamiento.
- Contribuir a la detección precoz de complicaciones.
- Potenciar el autocuidado del paciente.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Elaboramos un cuestionario para ser realizado a nuestros pacientes cuando acudían a una de sus revisiones habituales a la consulta; la entrevista era realizada por personal de la Unidad de Hospitalización. Constaba de 12 ítems sobre:

- Identificación de fármacos.
- Información a familia y paciente sobre medidas higiénico-dietéticas.
- Enseñanzas sobre situaciones de alarma y modo de contactar con el equipo.

**RESULTADOS:** Estos cuestionarios, ayudan a reforzar los conocimientos de nuestros pacientes, a detectar los fallos del método educativo y sirven de herramienta para revisarlo y actualizarlo en pro de su máxima efectividad.

**CONCLUSIONES:**

- Existen factores de riesgo, que interfieren en el sistema de educación sanitaria relacionados con el apoyo social y familiar.
- La forma ideal de enseñar autocuidados es paciente-familia. Teniendo en cuenta los factores individuales a la hora de instruirle.
- No sabíamos la utilidad del método si no hacemos cuestionarios de evaluación de conocimientos a los trasplantados.
- El refuerzo de conocimientos debe de ser constante y mantenido en el tiempo.

## 0-08 Nuestra experiencia en un paciente trasplantado hepático, aplicando planes de cuidados estandarizados

Emerita Martínez Gómez, Aranzazu Orobitg Pulido, Silvia Gimeno Lázaro, Araceli Gelde Serrano

Unidad Hepática Hospitalización, Hospital La Fe, Valencia.

**INTRODUCCIÓN:** Paciente sometido a un THO, que llega a la Unidad Hepática 24h después del acto quirúrgico y trasladado de Reanimación

Aplicamos planes de cuidados estandarizados, identificamos diagnósticos de enfermería NANDA, clasificación de resultados NOC, y clasificación de intervenciones de enfermería NIC

**OBJETIVOS:** Unificar criterios de cuidados de todas las enfermeras de la Unidad

Utilizar un lenguaje común internacional a través de los diagnósticos de enfermería NANDA

**METODOLOGÍA:** Desarrollo de nuestra experiencia teórica-práctica de 1500 trasplantes realizados y validando planes de cuidados

Revisión de nuestra cartera de servicios del hospital La Fe

Aplicar planes de cuidados estandarizados según modelo de Virginia Henderson

Seguimiento de la Historia clínica de un paciente THO por cirrosis virus C

**BIBLIOGRAFÍA:** El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. Ed Masson. 2005

Manual de procedimiento de Agencia Valenciana de Salud de la Generalitat Valenciana 2003

Diagnósticos enfermeros. Resultados e Intervenciones. Interrelación NANDA, NIC, NOC

# Resúmenes comunicaciones orales

## 0-09 **Complicaciones precoces en el postoperatorio del trasplantado hepático en una unidad de cuidados intensivos**

M<sup>a</sup> Jesús Romero de San Pio, Emilia Romero de San Pio, Jezabel García Rato, M<sup>a</sup> Soledad de la Varga González  
*Medicina Intensiva, Hospital U. Central de Asturias, Oviedo.*

**INTRODUCCIÓN:** Estudios actuales demuestran que el trasplante de hígado es la mejor y más segura opción terapéutica para personas que sufren una enfermedad hepática en fase terminal. Complicaciones graves derivadas de la complejidad de la técnica de recambio de la víscera hepática y del tratamiento médico e inmunosupresor son el principal problema al cuál nos enfrentamos, sin embargo, se observa una curva decreciente del gráfico de complicaciones post-trasplante en la actualidad, esto redundará en actitud optimista futura.

**OBJETIVOS:** Conocimiento y comparación con la bibliografía general respecto al número y descripción de las complicaciones postoperatorias aparecidas en los trasplantados de hígado durante su estancia en nuestra UCI (HUCA, hospital universitario central de Asturias).

Aportar medidas asistenciales de mejora a la luz de los resultados obtenidos.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Estudio retrospectivo, descriptivo y semicuantitativo de las complicaciones intra-UCI de los enfermos trasplantados en Asturias durante los años 2005 al 2007, ambos inclusive. No se introdujeron criterios de exclusión muestral y el único sesgo introducido fue el factor tiempo (estudio de trasplantes realizados durante un período de tres años).

**RESULTADOS:** Se estudiaron las gráficas de frecuencias absolutas y relativas, además de los porcentajes de las diferentes complicaciones aparecidas en nuestros enfermos trasplantados con respecto a la totalidad muestral y con respecto a la universalidad de complicaciones encontradas en el estudio. Se realizó una investigación comparativa entre los hallazgos obtenidos y lo esperado en estudios a nivel general

**CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN:** Las complicaciones observadas no difieren en demasía con respecto a la bibliografía actual sobre el tema, pero del estudio se desprenden una serie de cuestiones que están en la base de una necesaria modificación con vistas a llegar a aumentar la calidad de los cuidados suministrados a nuestros pacientes trasplantados.

## 0-10 **Recomendaciones de enfermería al alta en el trasplante hepático: en busca del consenso basado en la evidencia científica**

Manuela Pérez Gómez, María Isabel Durango Limarquez, Marta Yepes Temiño, Ana María Hernández Matías, Yolanda Gordo Martín

*Unidad de Trasplante Hepático, H.G.U. Gregorio Marañón, Madrid.*

**OBJETIVO:** La creciente necesidad de basar los cuidados de enfermería en el conocimiento científico ligado a los años de experiencia de esta profesión en el cuidado del paciente con trasplante hepático nos lleva a proponer la revisión y actualización del protocolo de recomendaciones de enfermería al alta en estos pacientes.

**MÉTODO:** Análisis comparativo de las recomendaciones de enfermería al alta en el trasplante hepático dentro del ámbito geográfico de España.

Revisión bibliográfica de estudios científicos que avalen la eficacia de las recomendaciones más prevalentes.

**RESULTADOS:** Siendo muy similares los ámbitos de aplicación de las recomendaciones de enfermería al alta, existen diferencias significativas a la hora de concretar dichas recomendaciones en las distintas unidades de THO. Existe un déficit de estudios científicos específicos en este colectivo de pacientes que avalen la eficacia de algunas de las recomendaciones vigentes.

**CONCLUSIONES:** El consenso entre los profesionales de enfermería es una manifestación clara del índice de calidad científica de los cuidados.

Promover estudios conjuntos entre los diferentes equipos de enfermería de trasplante hepático es un reto a nuestro alcance cuyo beneficio redundará en todos los pacientes trasplantados.

# Resúmenes comunicaciones orales

## 0-11 ¿Cómo conseguir un buen injerto hepático?

María Ángeles del Rosal Cimadevilla, Beatriz García Rubio, Beatriz Rocas Cueto, María Paz López Zas, Almudena Peláez Fernández, Sonia Rodríguez Alonso  
*Servicio Quirúrgico, Hospital U. Central de Asturias, Oviedo.*

**INTRODUCCIÓN:** La extracción hepática es una técnica quirúrgica compleja y laboriosa encaminada a la obtención de un injerto hepático viable.

**OBJETIVO:** Conseguir un injerto hepático en las condiciones más óptimas y preservarlo hasta el momento de su implante en el receptor, evitando una disfunción precoz del mismo.

**METODOLOGÍA:** Utilizamos los datos recavados de las extracciones hepáticas realizadas en el H.U.C.A. desde Abril del 2002 hasta Diciembre del 2007. Un total de 268 extracciones nos permiten extraer datos representados en gráficos y diagramas de los factores relacionados con la extracción hepática.

**RESULTADOS:** Factores predisponentes a la aparición de una disfunción del injerto:

- factores relacionados con el donante: sexo, peso, edad
- causas de la muerte: inestabilidad hemodinámica
- factores relacionados con la técnica quirúrgica:
  - tiempo de isquemia
  - temperatura del hígado
  - líquido de preservación

**CONCLUSIONES:** El perfil del donante ha experimentado cambios importantes: edad avanzada, las causas de la muerte son las propias de la edad (A.C.V. hemorragia cerebral, etc.). Los tiempos de isquemia están en los tiempos normales. Las técnicas de extracción y las medidas de preservación son las adecuadas para la obtención de un óptimo injerto hepático.

## 0-12 Estado de ansiedad del paciente trasplantado ante su revisión y seguimiento en la consulta

Begoña de Francisco Fernández<sup>1</sup>, F. Benjamín Otero García<sup>2</sup>, M<sup>a</sup> del Pilar Alonso Suárez<sup>2</sup>, Guillermo Muñiz Albaiceta<sup>3</sup>, Miriam Otero Castillo<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital U. Central de Asturias, Oviedo. <sup>2</sup>Coordinación de Trasplantes. <sup>3</sup>Unidad de Trasplante Hepático y Coordinación de Trasplantes. <sup>4</sup>Psicólogo Clínico

**INTRODUCCIÓN:** Ansiedad es un estado de intenso malestar, que suele ir asociado a la anticipación de situaciones que generan incertidumbre para los que el sujeto no se siente capaz de responder de forma eficaz. Desde un enfoque menos clínico, es una respuesta de adaptación del organismo, manifestada por una elevación del nivel de tensión o de activación general. Lo cual puede resultar perjudicial cuando se prolonga en el tiempo.

**OBJETIVOS:** Medir y comparar la ansiedad basal de los enfermos trasplantados hepáticos, con la ansiedad que muestran antes de entrar a su revisión.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Analizamos 71 pacientes trasplantados en nuestro hospital (59 varones, 12 mujeres), con una edad media 55±9 años, y un tiempo postrasplante 951±614 días.

Antes de entrar a la consulta se les hace el test S.T.A.I. Cuestionario de ansiedad Estado/Rasgo de C.D. Spielberger, R.L. Gorsuch y R.E. Lushene. La prueba consta de dos partes, con 20 preguntas cada una. La primera (Ansiedad/Estado: AE) evalúa un estado emocional transitorio, caracterizado por sentimientos subjetivos conscientemente percibidos, de atención y aprensión y por hiperactividad del sistema nervioso autónomo. La segunda (Ansiedad/Rasgo: AR) señala una propensión ansiosa, relativamente estable, que caracteriza a los individuos con tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras. Se calculó el ratio AE/AR, y en función de ello los pacientes fueron clasificados en 3 grupos:

- Grupo 0: su ansiedad disminuye al llegar a la consulta.
- Grupo 1: no modifican su ansiedad.
- Grupo 2: aumenta su ansiedad al llegar a la consulta.

Estos grupos se comparan mediante test no paramétricos y se considera significativa una  $p < 0.05$ .

**RESULTADOS:** Aunque los promedios de ansiedad no varían al considerar la muestra en su conjunto, sí se observan diferencias significativas en cada uno de los grupos.

**CONCLUSIONES:** Acudir a la consulta no tiene necesariamente una influencia directa sobre la ansiedad en ese momento, sino que está más en función del estado basal de ansiedad.

# Resúmenes comunicaciones orales

## 0-13 Alteraciones Neurológicas Relacionadas con la Terapia Inmunesupresora

Pilar González Díaz, [Isabel Fernández Rodríguez](#), Mónica Garran Díaz, Pilar Reinoso Crespo, Elena Rodríguez Lee  
*Unidad de Cirugía Hepatobiliar y Trasplante Hepático, Hospital U. Central de Asturias, Oviedo.*

**INTRODUCCIÓN:** El trasplante hepático requiere la utilización de fármacos inmunosupresores capaces de controlar la respuesta inmunitaria desencadenada por la presencia de antígenos ajenos al propio organismo. Los inmunosupresores son cada vez más específicos, si bien sus efectos adversos siguen siendo el factor limitante de los tratamientos. No son raros los síntomas neurológicos, destacando sobre todo el temblor y las parestesias. Pero pueden aparecer también cefalea, insomnio e incluso convulsiones. Esta sintomatología produce una gran ansiedad al enfermo y a sus familiares ya que existen limitaciones en el autocuidado que precisan ayuda e intervenciones directas del personal de enfermería para reducir las situaciones de estrés generado. Por otro lado, es evidente que no aparece en todos los pacientes ni lo hace con la misma intensidad. Lo que nos movió a preguntarnos, cuantos son los afectados y si existen otros factores influyentes.

### OBJETIVOS:

- Determinar relación en la aparición de alteraciones neurológicas con la utilización de inmunosupresores en el trasplante hepático.
- Describir el tipo de alteración neurológica y su incidencia.
- Determinar si la existencia de cirrosis previa es factor favorecedor en la aparición de alteraciones neurológicas.
- Comprobar si existe relación entre en el número de días de estancia en la UVI en el postoperatorio inmediato.
- Determinar si existe relación entre la aparición de alteraciones y el aumento de la estancia hospitalaria.

**TIPO DE ESTUDIO:** Descriptivo, retrospectivo de serie de casos.

**POBLACIÓN:** 180 pacientes con trasplante hepático. Todos los trasplantados desde el 16 de abril del 2002 hasta 30 de marzo del 2007.

### VARIABLES UTILIZADAS PARA EL ESTUDIO:

- Independientes:
  - Edad
  - Sexo
- Dependientes:
  - Etiología de la cirrosis
  - Tipo de terapia inmunosupresora
  - Tratamiento
  - Días de estancia en UVI
  - Presencia de alt. Neurológicas
  - Resuelto al alta
  - Días de estancia hospitalaria
  - Sintomatología

**RESULTADOS:** Una vez finalizado ya la recogida de información estamos en la fase de tratamiento estadístico de los datos para elaborar las conclusiones.

## 0-14 Abordaje enfermero de la encefalopatía hepática en los pacientes en lista de espera para trasplante hepático

[Eva López Benages](#)

*Cirugía Hepática y Trasplante, Hospital Clínic (Barcelona), Barcelona.*

**INTRODUCCIÓN:** Los pacientes en lista de espera para trasplante hepático (TH) presentan frecuentemente encefalopatía hepática (EH). La enfermera de pre-trasplante, les proporciona información para afrontar eficazmente esta complicación.

**OBJETIVO:** Describir las intervenciones educativas dirigidas a la detección precoz y tratamiento de la EH.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Estudio descriptivo de las intervenciones educativas desarrolladas por la enfermera de pre-trasplante hepático del Hospital Clínic. El periodo de estudio fue del 1/10/05 al 1/12/07. Se incluyeron los pacientes con antecedentes de EH y visitados por la enfermera. Estos pacientes recibieron en la primera visita información escrita sobre la fisiopatología de la EH y administración de enemas (tríptico) y dieta recomendada (servicio de dietética). Las visitas sucesivas se realizaron según protocolo, teniendo en cuenta los aspectos educativos individuales, facilitando y reforzando la educación sobre el proceso de la enfermedad y la educación sobre procedimientos. Se contabilizaron los ingresos por EH de los pacientes que pasaron por la lista de espera durante este periodo y las visitas y las consultas telefónicas relacionadas con este tema. Las consultas telefónicas recibidas, se resolvieron según protocolo. Se excluyeron del estudio los pacientes retirados de la lista de espera, con enfermedades que no cursan con EH y que no fueron visitados por la enfermera consultora.

**RESULTADOS:** En el periodo de estudio pasaron por la lista de espera 244 pacientes. El 47% presentaban antecedentes de EH. Se realizaron 333 visitas (2,8 visitas/paciente) en la consulta de pre-trasplante y se recibieron 33 consultas telefónicas (3,5 llamadas/paciente). Estos pacientes requirieron 55 ingresos por EH en nuestro centro (2 ingresos/paciente).

**CONCLUSIONES:** Los pacientes con EH representan aproximadamente la mitad de la lista de espera para TH. Estos pacientes, tienen unas necesidades educacionales propias. La información proporcionada por la enfermera favorece el autocuidado y mejora su calidad de vida durante el tiempo de espera.

# Resúmenes comunicaciones orales

## 0-15 Cargas asistenciales de enfermería en cuidados intensivos, en el paciente de trasplante hepático

Pilar Alonso Suárez<sup>1</sup>, Teresa Patallo Fernández<sup>2</sup>, Begoña Linares Gutiérrez<sup>2</sup>, Natividad Clavero Ballester<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Consulta de trasplante hepático, Hospital U. Central de Asturias, Oviedo. <sup>2</sup>UCI-I Hospital U. Central de Asturias, Oviedo.

**OBJETIVOS:** Cuantificar y comparar las cargas asistenciales de enfermería en los pacientes de Cuidados Intensivos (UCI) durante el postoperatorio de trasplante hepático mediante la escala de NEMS (Nine Equivalents of Nursing Manpower user Score).

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio retrospectivo de 92 pacientes ingresados desde el 2005 al 2007 en una UCI de referencia, por trasplante hepático y cuya estancia fue mayor de 24 horas.

El cálculo del esfuerzo asistencial se llevó a cabo diariamente, al ingreso y al alta de la Unidad, mediante la escala Nems. La puntuación fue recogida junto a otros datos demográficos, estancia y mortalidad intraUCI. Paralelamente se registraron otras actividades de Enfermería que carecen de puntuación en esta escala, como: aislamiento, monitorización de presiones pulmonares, etc.

Los datos obtenidos fueron analizados mediante SPSS-12, considerando significativa P menor de 0,05. La expresión de los resultados se realiza en porcentajes y medias con Intervalos de Confianza al 95%, así como en Odds Ratio (OR) de las variables significativas en el análisis multivariante. El estudio comparativo se llevó a cabo con los datos obtenidos en los períodos 1996 y 2001, de pacientes de la UCI no trasplantados.

**RESULTADOS:** Del total de pacientes, el 85,9% hombres y el 14,1% mujeres, con edad media: 55,2 +-9,3, estancia media: 7,82 +-7. Las puntuaciones Nems al ingreso y durante la estancia son significativamente más altas que en los no trasplantados. En el análisis multivariante se asocia una menor mortalidad intraUCI en el grupo II (trasplante hepático) frente al grupo I (no trasplantados hepáticos), odds ratio:6,58.

**CONCLUSIONES:** Actualmente son más numerosas aquellas actividades de enfermería que no tienen puntuación en esta escala, aspectos como la atención psicológica o el apoyo a la familia no son valorados. Sin embargo utilizamos el Nems para comparar con los datos previos recogidos en años anteriores.

## 0-16 Un caso clínico: un dilema

Marta Yepes Temiño, Yolanda Gordo Martín, Ana María Hernández Matías, María Isabel Durango Limarquez, Manuela Pérez Gómez  
Unidad de Trasplante Hepático, H.G.U. Gregorio Marañón, Madrid.

**INTRODUCCIÓN:** El Trasplante hepático es aceptado en la actualidad, como un proceder médico-quirúrgico, para el tratamiento de algunas enfermedades del hígado; pero el TH no sólo pretende salvar a un ser humano de una muerte precoz, persigue mucho más que eso, reincorporar al enfermo a su medio social, con una buena calidad de vida. Ante el trasplante debemos preguntarnos si estamos obligados a hacer todo lo posible o si debemos aceptar que en algunas situaciones, hay que admitir limitaciones de tratamiento ya que la calidad de vida se relaciona necesariamente con la autonomía del paciente. No podemos olvidar que en la compleja decisión de someter a un paciente al trasplante están involucrados los principios éticos de beneficencia, autonomía, no-maleficencia y justicia, principios que deben ser siempre respetados.

**OBJETIVO:** Dar a conocer, a través de un caso clínico, dilemas éticos ante los que los profesionales de enfermería podemos encontrarnos y de este modo suscitar la reflexión.

**CASO CLÍNICO:** paciente de 31 años con fallo hepático agudo que se traslada a nuestra unidad para valorar indicación de THO. A las pocas horas del ingreso y tras mostrar claros signos neurológicos de enclavamiento junto a un fallo multisistémico se decide la inclusión en alerta cero y la extracción inmediata del hígado manteniendo al paciente en fase anhepática con tratamiento de depuración con albúmina (MARS) durante 30 horas hasta que pudo obtenerse un órgano compatible. La evolución posttrasplante fue tórpida desde el inicio y sufrió múltiples complicaciones que llevaron a un retrasplante en situación límite tras 5 meses de ingreso continuado, siendo el resultado final el éxito a la semana del retrasplante.

**CONCLUSIONES:** No todo lo que técnicamente se puede hacer necesariamente debe hacerse. Este no hacer no conlleva el abandono del paciente, sino la continuidad de sus cuidados para conseguir la mejor calidad de vida posible.

# Resúmenes comunicaciones orales

## 0-17 **Transplante hepático en paciente V.I.H.**

M<sup>a</sup> José Gorrochategui Beracoechea, Esperanza del Pozo, Maite San Emeterio  
*Cirugía Hepática, Hospital De Cruces, Baracaldo Vizcaya.*

**INTRODUCCIÓN:** La muestra mas antigua de vih data de 1959, pero los primeros casos, los que activaron las alarmas de la comunidad internacional, llegaron más tarde. El 5 de Junio de 1981, la revista “Mortality and Morbidity” del Centro para el Control y Prevención de Enfermedades de Atlanta(CDC), publico un artículo que describía la historia de cinco homosexuales de Los Angeles afectados por dos enfermedades raras, un tipo de cáncer llamado sarcoma de Kaposi y una neumonía provocada por “Pneumocystis carinii”. Sin que nadie lo supiera la epidemia había despertado.

En España , la primera noticia sobre la patología se tuvo en1982. En sólo 25 años ,el sida se ha convertido, con casi 40 millones de afectados y mas de 20 millones de muertes, en una de las principales amenazas para la salud de la humanidad.

El 24 de Septiembre de 2003 se efectúa en nuestro hospital el primer transplante de un paciente VIH

### **OBJETIVO:**

- 1 Cuidados a estos pacientes
- 2 Detección de enfermedades infecciosas oportunistas
- 3 Introducción de TARGA
- 4 Valoración de interacciones y efectos secundarios

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Desde Febrero de 1996 se han efectuado en nuestro hospital 703 trasplantes hepáticos.

Desde el año 2003 a Enero de 2008 se han transplantado 19 pacientes VIH.

Las indicaciones más frecuentes han sido Cirrosis por virus C, cirrosis multifécción, hepatocarcinoma.

**CONCLUSIONES:** Protocolización de cuidados paciente T.X. en VIH  
Coordinación de equipo multidisciplinar.

## 0-18 **Experiencia del trasplante hepático en adulto de donante vivo en la Clínica Universitaria de Navarra**

Amaya Redín García, Blanca Larrea Leoz, Beatriz Osés Ferrer, Mayka Linacero Monasterio, Nagore Rodríguez San Martin  
*Cirugía General - Hospitalización, Clínica Universitaria de Navarra, Pamplona.*

El trasplante de hígado de donante vivo se ha convertido en una opción terapéutica eficaz para reducir la lista de espera. Ofrece la ventaja de que es una cirugía programada, es decir, se puede elegir el momento en el que el receptor se encuentra en óptimas condiciones para la intervención. Además la calidad del hígado puede ser mejor, ya que los donantes vivos normalmente son personas jóvenes y sanas que han pasado por una evaluación médica completa. También el injerto no sufre el daño fisiopatológico que conlleva la muerte cerebral en el caso del donante cadáver. Otra ventaja es que el tiempo de preservación del órgano es normalmente de minutos, en lugar de horas. Aunque la tasa de donación en España se encuentra entre las mas altas del mundo, la creciente demanda de órganos para pacientes adultos que esperan un trasplante de hígado ha impulsado el uso de la técnica de trasplante con donante vivo.

Nuestro centro inició el programa de trasplante hepático en adulto de donante vivo en el año 2003, dentro del programa de trasplante hepático que viene desarrollandose desde 1990.

Desde su implantación han sido transplantados nueve pacientes, dos de los cuales fallecieron en el postoperatorio inmediato. Con este trabajo queremos describirles las principales variables sociodemograficas tanto de los donantes como de los receptores, patología subyacente de los receptores, el tiempo de espera hasta el trasplante (desde la finalización de la evaluación del receptor hasta la cirugía), la estancia media hospitalaria y las principales complicaciones postoperatorias en ambos grupos de pacientes.

El cuidado de estos pacientes supone un nuevo reto para la enfermería ya que no solo concurren aspectos quirúrgicos, educativos y psicológicos sino que también se dan implicaciones éticas muy importantes.

# Resúmenes posters

---

## **P-01 El papel de la Enfermera de Quirófano en el Trasplante Hepático Dominó**

Brenda Treci Wangsa Tumundo

*Área Quirúrgica, Hospital Carlos Haya, Málaga.*

**INTRODUCCIÓN:** Los enfermos con PAF (Polineuropatía Amiloidótica Familiar) son poco comunes en nuestro país, en cambio, muy frecuentes en Portugal. Por eso destacamos que en Julio de 2007 realizamos el 1er Trasplante Dominó de nuestra comunidad autónoma y uno de los primeros de España. Los receptores de los hígados con PAF deben tener unas características concretas.

### **OBJETIVOS:**

- Dar a conocer la existencia e importancia del Trasplante Dominó.
- Destacar la importancia y eficacia de la coordinación de Enfermería.
- Distribuir los materiales necesarios para la consecución del Trasplante Dominó.

### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

- Recursos Humanos:
  - 2 equipos completos de Enfermería de Quirófano, compuesto por:
    - . 4 Enfermeras Instrumentistas
    - . 4 Enfermeras de Anestesia
    - . 2 Auxiliares de Enfermería
- Recursos Materiales:
  - Instrumental para las dos intervenciones
  - 2 quirófanos completos preparados para ello
  - Material fungible para ambos.

**RESULTADOS:** Conseguir la buena coordinación de los 2 grupos de Enfermería de Quirófano para la consecución de los 2 Trasplantes de forma solapada, evitando así posibles complicaciones derivadas de nuestro trabajo.

**CONCLUSIÓN:** La unificación de criterios a la hora de coordinar el Trasplante Dominó optimiza los recursos humanos y materiales. Se garantiza una mejor comunicación entre profesionales y aumenta la calidad asistencial.

## **P-02 Cuidados de Enfermería intraoperatorios en los pacientes sometidos a transplante hepático**

Rocío Alejandra Rueda Pascual, Vanessa Viar Mata

*Quirófano. Equipo de Transplante Hepático, Hospital General Carlos Haya, Málaga.*

**INTRODUCCIÓN:** Los trasplantes hepáticos son cada vez más frecuentes, por ello cabe destacar la importancia de los cuidados de enfermería tanto en quirófano como en la unidad de cuidados intensivos o en la unidad de hospitalización. Por tanto, los equipos de enfermería deben estar preparados para valorar las necesidades y elaborar los cuidados de los pacientes, de ahí la importancia de la formación de los profesionales que atienden a este tipo de pacientes.

**CUIDADOS DE ENFERMERÍA:** Los cuidados de enfermería van encaminados a evitar posibles complicaciones que de esta cirugía se derivan. Por ello, se identifican múltiples diagnósticos de enfermería con sus correspondientes objetivos e intervenciones (NOC – NIC) que pueden presentar el paciente.

**CONCLUSIÓN:** A pesar de que el transplante hepático es una cirugía de alto riesgo, gracias a su intervención y sobretodo a los cuidados de enfermería que se realizan a los pacientes, éstos se recuperan y logran llevar una vida normal.

# Resúmenes posters

## P-03 Proceso de Atención de Enfermería Perquirúrgica en el Trasplante Hepático

M<sup>a</sup> Victoria Becerra Sueiro, Berta Mesias Sar, Armando Rodríguez Cheda, Ángeles Villanustre Gey  
*Bloque Quirúrgico, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela.*

**INTRODUCCIÓN:** Cuidar al paciente que va a someterse a un tratamiento quirúrgico de trasplante hepático consiste en crear las condiciones humanas, tecnológicas y contextuales que permitan el desarrollo adecuado del proceso quirúrgico, favoreciendo la adaptación óptima del paciente y su familia a dicho proceso, para mejorar su calidad de vida, valorando y dando respuesta a sus necesidades individuales, para ello, nos basamos en siete necesidades del paciente al que se le va a realizar un trasplante hepático y actividades de enfermería para satisfacerlas y/o paliarlas. Para cada diagnóstico de enfermería se determina un objetivo y las actividades de enfermería que se llevan a cabo al respecto.

**OBJETIVO:** Proporcionar cuidados de enfermería individualizados mediante un método sistemático y organizado.

**METODOLOGÍA:** Es un método de detección de problemas, que ayuda a valorar y establecer necesidades y determina las acciones de enfermería necesarias para resolver dichos problemas, así como para evaluar el impacto de dichas acciones en el resultado final, contemplando las actividades propias y las interdependientes. Para esta misión de enfermería, nuestra Institución se inspira en el modelo de cuidados de Virginia Henderson.

**RESULTADOS:** Disminución del riesgo de ansiedad o temor relacionados con el proceso quirúrgico.

Una mejor adaptación del entorno y de las condiciones necesarias para la intervención quirúrgica a las necesidades específicas de cada paciente.

Una comunicación más respetuosa entre los miembros del equipo interdisciplinar.

Una mayor información sobre el proceso.

**CONCLUSIONES:** Es necesaria la renovación de los protocolos de enfermería quirúrgica de trasplante hepático con el fin de unificar las prácticas profesionales y acoger las innovaciones que, en materia de cuidados de enfermería, son de urgente aplicación. Asimismo, sería conveniente elaborar un registro ágil y sencillo que englobase todo el proceso perioperatorio para, de esta forma, proporcionar una continuidad en los cuidados y contribuir a la mejora de la comunicación al dar a conocer a otros profesionales el plan de cuidados.

## P-04 Aplicación intraquirúrgica de la profilaxis de la enfermedad tromboembólica en el paciente trasplantado hepático mediante medias de compresión neumática intermitente

Xavier Rodríguez Martínez, Joaquim Calixto Rodríguez, Gemma Marín i Vivó, Josep Paunellas i Albert, Sonia Couñago Méndez  
*UCI, Hospital Vall d'Hebrón, Barcelona.*

La enfermedad tromboembólica venosa tiene una elevada incidencia en los pacientes hospitalizados, de los cuales la mayoría suelen ser pacientes sometidos diversas intervenciones quirúrgicas mayores, que si son abdominales, a su vez incrementan la posibilidad de sufrir dicha patología. Uno de los medios de prevención más aceptados y de igual modo más efectivos en los pacientes en los que por el riesgo hemorrágico inherente, no se pueden administrar fármacos específicos, son las medias de compresión neumáticas intermitentes (MCPI).

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Realizamos la descripción fotográfica de los elementos de que constan las MCPI que se utilizan en nuestro centro, así como de la manera en que las utilizamos durante el acto quirúrgico y durante el (a fase aguda) postquirúrgico, en la que el riesgo hemorrágico es mayor en el paciente trasplantado hepático

**CONCLUSIONES:** El uso del dispositivo mejora el retorno venoso y limita las consecuencias que tiene la manipulación de los grandes vasos abdominales durante la técnica quirúrgica, evitando el éstasis venoso.

Con la introducción de este procedimiento, somos conscientes de nuestra aportación, a la reducción de la aparición de la enfermedad tromboembólica en fase aguda de nuestros pacientes trasplantados hepáticos. Adaptándonos a las guías de las principales sociedades quirúrgicas.

# Resúmenes posters

## P-05 Atención integral al paciente trasplantado intestinal. A propósito de un caso

Xavier Rodríguez Martínez, Joaquim Calixto Rodríguez, Gemma Marin i Vivó, Josep Paunellas i Albert, Sonia Couñago Méndez UCI, Hospital Vall d' Hebrón, Barcelona.

**INTRODUCCIÓN:** El trasplante intestinal (TxI) supone una opción terapéutica válida para aquellos pacientes con fallo intestinal irreversible, que en su mayoría son dependientes de nutrición parenteral, y pueden presentar síndrome de intestino corto, isquemia, enteritis radica, vólvulo, traumatismo masivo, trombosis venosas y/o sepsis.

Desde noviembre del 2007 se introduce en la lista de espera al primer receptor para un TxI de nuestro hospital. Este hecho con lleva a la realización por parte de enfermería de la unidad de cuidados intensivos (UCI) la descripción de los cuidados del postoperatorio inmediato en el paciente trasplantado.

Este protocolo se pudo aplicar en su fase aguda el 17.03.08, momento en el que se realiza el primer TxI.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Previa realización del primer trasplante, el equipo que intervino se coordinó y elaboró sus planes de actuación, entre ellos el equipo de enfermería de cuidados intensivos.

Descripción cronológica del proceso de realización del TxI y su posterior ingreso en la unidad de cuidados intensivos de nuestro hospital hasta su alta a unidad de hospitalización (14 días).

Estandarización de los cuidados básicos en fase aguda, de los pacientes sometidos a esta técnica.

**CONCLUSIONES:** Los cuidados más específicos son de la herida quirúrgica, drenajes, ileostomía y gastrostomía.

Enfermería tiene un papel importante en la valoración continua de estos pacientes, con el objetivo de preveer complicaciones y poder actuar prontamente.

Resulta necesario estandarizar los cuidados generales y específicos en los pacientes sometidos a TxI en UCI, después de esta primera aproximación al paciente trasplantado intestinal, podemos protocolarizar más específicamente los cuidados que requiere.

## P-06 Aplicación de cuidados individualizados, según el proceso de trasplante hepático, en un paciente transplantado. Presentación de un caso clínico

Isabel Maria Moreno Angulo, José Ángel Pazos Casado, Rocío Pérez González, Lucia Muñoz Gamito, Francisca Almagro Villar Cirugía Hepato-Bilio-Pancreática, Hospital Virgen del Rocío, Sevilla.

**INTRODUCCIÓN:** Presentamos el caso clínico de un paciente de 67 años, de nivel sociocultural y económico alto, transplantado en Febrero de 2008 por un tumor de Klatskin. Transcurridos dos meses, ingresa por síndrome febril, acompañado de astenia y vómitos. Tras numerosas pruebas diagnósticas, y con una sospecha inicial de un síndrome paraneoplásico, se diagnostica una infección por Strongyloides Estercolaris, ignorando el modo de contagio, al tratarse como hemos dicho de un paciente de alto nivel socioeconómico q no ha realizado viaje alguno a zonas endémicas.

Se trata de un parásito común en áreas cálidas y húmedas, sobre todo en Sudamérica y África. Se vincula con la extrema pobreza, falta de calzado y falta de cloacas en tierra. Las larvas penetran por la piel y migran hacia el intestino, produciendo cuadros de mala absorción, y hacia los pulmones produciendo neumonitis. El tratamiento de elección es la Ivermectina asociada con otros fármacos. La tasa de mortalidad por esta infección es superior al 80%, con el agravante en este caso de un estado de inmunodepresión.

**OBJETIVO:** El objetivo fue, en colaboración con un equipo multidisciplinar, la aplicación de un plan terapéutico que incluyera un plan de cuidados individualizado, y garantizar así unos óptimos resultados clínicos.

**METODOLOGÍA:** Se realiza un plan de cuidados individualizado, tomando como base el plan de cuidados estandarizado del Trasplante Hepático desarrollado en nuestro hospital, y validado por la Comisión de Calidad del mismo. Aplicamos en su realización la taxonomía NANDA, NIC y NOC.

**CONCLUSIONES:** Con la identificación de los Diagnósticos Enfermeros y la aplicación del plan de cuidados, el equipo de enfermería contribuye junto con el equipo multidisciplinario a una evolución clínica favorable, mejorando no sólo la salud, sino la calidad de vida, y facilitando además una adecuada gestión de los recursos.

## P-07 **Monitorización del Gasto cardíaco intraquirúrgico: Catéter de arteria pulmonar vs Picco vs Vigileo**

Joaquim Calixto Rodríguez, Xavier Rodríguez Martínez, Gemma Marin i Vivó, Josep Paunellas i Albert, Sonia Couñago Méndez UCI, Hospital Vall D'Hebrón, Barcelona.

**INTRODUCCIÓN:** En los años 70 J.C. Swan y W. Ganz diseñaron el primer catéter de arteria pulmonar (CAP) para el estudio hemodinámico y medición del gasto cardíaco (GC) por el método de termodilución. Desde entonces se han desarrollado diferentes métodos con el objetivo de ser menos invasivos, más seguros y eficaces para el paciente. Enfermería es quien suele controlar estos dispositivos, y es por ello que debe actualizar sus conocimientos de manera continua.

**OBJETIVO:** comparativa en relación al método de colocación, material necesario y parámetros que valoran, entre los sistemas de monitoreo hemodinámico:

- Flo-Trac/Vigileo,
- Catéter arteria pulmonar (Swan-Ganz)
- Picco

**MATERIAL:** Revisión de diferentes métodos actuales de medición GC:

- Catéter de arteria pulmonar (CAP): El catéter se canaliza a través de un vena de gran calibre, que tras atravesar el corazón derecho, se introduce en la arteria pulmonar y deja alojado su extremo en una ramificación de esta arteria. La medición del GC se realiza mediante el principio de termodilución.
- Sistema Picco: catéter venosa central conectado a un sensor de temperatura, por donde se inyecta 10 a 20 ml de solución salina isotónica fría (7 a 9<sup>o</sup> C) y un catéter arterial de 4 F de 16 cm (femoral o axilar), que además de medir la presión arterial, posee un sensor de temperatura en su extremo distal. Determina el GC por algoritmo basado en el análisis de la onda de pulso.
- Sistema Vigileo: monitor y sensor Flo-Trac conectado a un catéter arteria radial o femoral para el estudio de la onda de presión, capaz de entregar GC de forma continua sin necesidad de calibración de algún tipo, y ajustando parámetros demográficos del paciente. Su ventaja es minimamente invasivo.

**CONCLUSIONES:** El comprender las bases sobre las cuales se sustenta cada método permite reconocer sus limitaciones, así como también los posibles usos dentro de la práctica.

## P-08 **Implantación por enfermería de anestesia de un nuevo documento de registro de los diferentes tiempos en el trasplante hepático ortotópico**

Gemma Marín i Vivó, Josep Paunellas i Albert, Joaquim Calixto Rodríguez, Xavier Rodríguez Martínez, Sonia Couñago Méndez UCI, Hospital Vall d' Hebrón, Barcelona.

**INTRODUCCIÓN:** Uno de los retos de la coordinación de enfermería, es la disminución del tiempo de isquemia fría en la realización del THO, esto implica tener una formación y experiencia sólida, y específica en el proceso de anestesia en el trasplante hepático.

**OBJETIVO:** Es mostrar la estadística de los tiempos generados desde la aplicación del nuevo registro que abarca desde la llegada de dos enfermeras/os de anestesia a quirófano hasta el inicio IQ.

**MATERIAL:** Estudio descriptivo y retrospectivo de los pacientes sometidos a trasplante hepático durante el periodo Julio-Diciembre del 2007.

Se ha utilizado el paquete estadístico spss v.11 y la hoja de cálculo de Excel, para la recogida y análisis de los datos generados.

**RESULTADOS:** En dicho periodo se registran los tiempos de 21 THO. La preparación del quirófano tras el aviso por parte de la coordinadora que se realiza en una horquilla de 42 a 115 minutos (m= 59'), la colaboración en la inducción de la anestesia, monitorización y preparación del paciente, colocación de accesos venosos y arteriales, hasta el inicio de la intervención quirúrgica se realiza en una horquilla de 60 a 140 minutos (m= 95').

Desde la finalización de la intervención quirúrgica hasta el traslado del paciente a UCI se realiza con una m= 69', la horquilla es de 10 a 400 minutos. restando tres tiempos con incidencias, la media es 26'.

**CONCLUSIONES:** La instauración del documento de registros de tiempos de los diferentes procesos en el trasplante hepático que realiza enfermería de anestesia nos permite realizar una valoración crítica y objetiva de nuestra actividad. Con el fin de optimizar los tiempos de preparación del paciente para el comienzo de la intervención, se tendría que disminuir los tiempos de enlace de una actividad a otra.

# Resúmenes posters

## P-09 **Trasplante domino o secuencial: peculiaridades para la enfermería en el quirófano**

Manuel Calzón Morilla, Laura García Mera, María José Bohórquez Camacho, Amparo Lama Florencio, Magdalena Domínguez Duran

*Quirófano, HH.UU. Virgen Del Rocío, Sevilla.*

**INTRODUCCIÓN:** La utilización del trasplante secuencial o “domino” para aumentar el pool de injertos hepáticos disponible ha supuesto un cambio organizativo en las enfermeras de quirófano, dadas las peculiaridades de este tipo de procedimientos, un paciente con polineuropatía amiloidótica familiar recibe un trasplante convencional, pero su hígado de aprovecha para trasplantar a un paciente de edad relativamente avanzada, con la presunción de que el desarrollo de la enfermedad en este segundo receptor no ocurrirá antes de varias décadas.

**OBJETIVOS:** Dar a conocer los cambios más relevantes que inciden en las actividades enfermeras de quirófano en este tipo de procedimientos, siendo este relativamente frecuente en nuestro medio al ser referencia de una zona endémica de esta enfermedad.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Descripción de las peculiaridades en el quirófano en este tipo de trasplante. Explicación de las actividades realizadas por la enfermería en nuestro quirófano.

**CONCLUSIONES:** Conocer los elementos diferenciadores en la actividad de enfermería en este tipo de procedimientos dada las dificultades técnicas que conlleva, y una adecuada planificación, puede resultar útil en la resolución de las dificultades acontecidas.

## P-10 **Programa de Educación Sanitaria al alta en pacientes sometidos a Trasplante Hepático**

Jessica Cuervo Blanco, Pilar González Díaz, Noelia Salgado Palacios, Adela Méndez Justel, Pablo Arias García  
*Unidad de Cirugía Hepatobiolapancreatica Trasplante Hepático, Hospital U. Central de Asturias, Oviedo.*

**INTRODUCCIÓN:** La educación sanitaria en un paciente sometido a trasplante hepático, es fundamental y decisiva para un buen control y correcta evolución del mismo. Sin embargo, se observa tanto en pacientes como en familiares, un déficit de conocimientos sobre su adaptación a la vida extrahospitalaria que les genera situaciones de ansiedad. Por todo ello, a estos pacientes se les debe entrenar y formar, para promover el autocuidado, fomentando las actividades necesarias, siempre individualizadas, en función de su estado físico y psicológico. Valorando siempre el entorno familiar y características de cada uno.

**OBJETIVOS:**

- General:
  - Optimizar la información sobre los cuidados al alta encaminados a mejorar la calidad de vida.
- Específicos:
  - Establecer una relación de empatía y un vínculo de confianza con el paciente, que permita a éste expresar todas sus dudas, sentimiento y temores.
  - Disminuir La ansiedad y angustia provocada por el desconocimiento y la falta de información sobre el proceso.
  - Facilitar la incorporación a su medio habitual.
  - Instruir al paciente en los signos y síntomas de alarma que puedan presentarse.

**METODOLOGÍA:** La población diana a la que va dirigida, son todos los pacientes adultos sometidos a trasplante hepático y su cuidador principal.

Reuniones de todo el personal de enfermería de la unidad para establecer los contenidos de un programa formativo. Consta de :

- Educación sanitaria, siempre individualizada.
- Recomendaciones escritas al alta.
- Resolución de todas las dudas que surjan.
- Teléfonos de contacto.
- Informe de enfermería al alta.

Implementación en la unidad en el año 2002.

Revisiones anuales de todo el programa.

**CONCLUSIONES:**

- A partir de la fecha de implementación, todos los pacientes y/o cuidadores iniciaron su formación una semana antes del alta.
- Se fomentó la resolución de las dudas que fueron surgiendo para adaptar su vida al trasplante.
- Todos llevaron informe de Enfermería al Alta individualizado.
- Todos llevaron recomendaciones escritas al alta.
- Todos dispones de los teléfonos de contacto con el personal de la unidad y de la consulta.

# Resúmenes posters

---

## **P-11** **Uso de fichas para la distribución de tareas en la preparación del quirófano (Trasplante Hepático)**

José Fernández Casero

*Quirófanos, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.*

Se propone la utilización de cuatro fichas para la distribución de tareas en la preparación del quirófano previo a la cirugía de Trasplante Hepático. Cada una de las cuatro fichas, que se corresponden con el nº de enfermeras que componen nuestros equipos, contienen las tareas y acciones a realizar.

El objetivo del uso de estas fichas es optimizar los tiempos en enfermería, facilitar la organización del grupo y evitar duplicidad de acciones; así como de servir de listado de comprobación de todo el material necesario para la intervención.

Cada una de las enfermeras tomará una ficha y preparará el aparataje y material necesario, según las instrucciones en ella contenidas.

## **P-12** **Prevención de decúbitos, hipotermia y trombosis venosa en el enfermo, durante la intervención de trasplante hepático**

Belén García Férrez, Begoña Feito Cano, Etelvina Gómez Cueto, María José González Orviz, Isabel Fernández González  
*Quirófano, Hospital U. Central de Asturias, Oviedo.*

Una intervención quirúrgica es un acto en el que el paciente se encuentra indefenso ante cualquier estímulo o actuación externa sobre él; por ello nosotras como profesionales de Enfermería debemos tomar las medidas adecuadas para prevenir, en la medida de lo posible, aquellas secuelas que puedan ser producidas por estos estímulos.

Nuestras medidas de actuación se han basado, durante estos seis años de trasplante hepático en Asturias, en la prevención de decúbitos por presión, de hipotermia por pérdida de calor y de trombosis venosa por la inmovilidad del propio enfermo.

Durante todo este tiempo hemos llegado a la conclusión de que aplicando estas medidas de manera protocolizada conseguimos que ninguno de los pacientes transplantados saliera de quirófano con alguna lesión relacionada con estos problemas.

## P-13 El cuidador, después del trasplante hepático

José Ángel Pazos Casado, Isabel Moreno Angulo, Rocío Pérez González, Lucía Muñoz Gamito, Inés Fernández Luque, Francisca Almagro  
*Cirugía, Hospital G. Virgen del Rocío, Sevilla.*

**INTRODUCCIÓN:** Son numerosos los pacientes/ usuarios que en nuestro Hospital Universitario Virgen del Rocío han superado el proceso quirúrgico desarrollado para un Trasplante Hepático.

Disponemos de un hospital de alto nivel, con programas de trasplante hepáticos protocolizados, pero a pesar de los excelentes resultados médico-quirúrgicos en los mismos, muchos cuidadores/familiares de pacientes trasplantados siguen todavía angustiados porque necesitan aprender de la nueva y desconocida etapa de cuidar a un familiar trasplantado.

**OBJETIVO:** Elaborar un Programa de Atención Integral dirigido a los cuidadores de los pacientes trasplantados hepáticos: “Cuidando a los cuidadores”, que sea capaz de dar respuesta a todas las necesidades planteadas tras el trasplante.

**METODOLOGÍA:** La Metodología que pretendemos aplicar es la investigación-acción, participativa (IAP), pues permite la implicación y participación directa de los cuidadores, lo que conlleva un acercamiento más global y comprensivo de la realidad.

Las Unidades temáticas a desarrollar contempladas en el Programa “Cuidando a los cuidadores” serían:

- 1 Educación sanitaria: Manual de cuidados del trasplante hepático.
- 2 Talleres Formativos teórico-prácticos.
- 3 Talleres de apoyo psicológico y emocional.
- 4 Talleres de estrés y prevención.
- 5 Talleres de relajación.
- 6 Talleres de testimonios.
- 7 Charlas-coloquios.

**RESULTADOS:** Con la puesta en marcha y desarrollo del Programa pretendemos conseguir que los Cuidadores adquieran los conocimientos y la educación sanitaria necesaria que le permitan ayudar a estos pacientes en sus cuidados integrales; de igual forma, pretendemos dar respuesta a sus inquietudes, dudas y preocupaciones como Cuidadores manteniendo así su bienestar físico y psicosocial, para que optimicen sus recursos y mejoren su calidad de vida.

**CONCLUSIONES:** El equipo de enfermería de la Unidad de trasplante hepático piensa, que cuando se les hace sentir protagonistas, tanto pacientes como cuidadores, mejoran el cumplimiento de la terapia y con ello avanzan en la cuestión clave para recuperar su reinserción social, laboral y familiar y mejorar así su calidad de vida.

## P-14 Plan de cuidados en el trasplante hepático en cuidados intensivos pediátricos del Hospital Universitario La Paz: Complicación potencial de la infección respiratoria y de la herida quirúrgica

Andrea Ruiz Cagigas, Alejandro Carnes coletto, Lucía Uero Moreno, Carmen Gómez Aragón  
*Cuidados Intensivos Pediátricos, Hospital Universitario La paz, Madrid.*

**INTRODUCCIÓN:** El personal de enfermería de C.I.P. del hospital la paz intervienen de forma activa en los cuidados de la infección respiratoria y de la herida quirúrgica mejorando la calidad de vida del niño trasplantado, disminuyendo el tiempo de ingreso en cuidados intensivos y aumentando el éxito del injerto.

**OBJETIVO:** Identificar las principales intervenciones de enfermería en los niños trasplantados de hígado con infección respiratoria y de la herida quirúrgica.

**METODOLOGÍA:** Elaboración de un plan de cuidados estándar según taxonomía NIC/NOC en los problemas anteriormente mencionados.

**CONCLUSIONES:** La actuación y cuidados del personal de enfermería en el momento del ingreso de los niños y en los días siguientes a la intervención quirúrgica, es fundamental para la recuperación y rehabilitación de los mismos. La utilización de planes de cuidados es una técnica cada vez más utilizada en la enfermería asistencial. Estos otorgan a los profesionales de enfermería la independencia necesaria para la realización de estos cuidados, interviniendo en la disminución de la morbi-mortalidad postoperatoria; de la misma manera son una herramienta importante en la formulación de Diagnósticos de Enfermería tras la valoración, individualizada en todos los casos, del niño con trasplante hepático.

# Resúmenes posters

## P-15 **THO: Cambias, pero sigues siendo tú**

Belén Álvarez Méndez<sup>1</sup>, Miguel Núñez Moral<sup>1</sup>, Aníbal Rubio Borbolla<sup>1</sup>, Carlos Cabo González<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Digestivo, Hospital U. Centras de Asturias, Oviedo. <sup>2</sup>Informática, DIGI, Oviedo.

**INTRODUCCIÓN:** El trasplantado hepático (THO), sufre una serie de cambios físicos, emocionales, y sociales; "empieza una nueva vida". Con la elaboración de este póster, tratamos de reflejar la educación sanitaria que ayude al paciente a adaptarse a esa nueva realidad, tras el alta hospitalaria.

### **OBJETIVOS:**

- 1 Plasmar de manera gráfica y sencilla conocimientos básicos para la vida diaria del THO.
- 2 Acercar a la familia, y a la población en general, la realidad del trasplantado.
- 3 Despertar en el THO el interés por su autocuidado y facilitar los mecanismos para conseguirlo.

### **MATERIAL Y MÉTODO:**

- Formación de un grupo multidisciplinar.
- Revisión bibliográfica.
- Elaboración de un plan de trabajo (brainstorming).
- Realización del diseño gráfico a través de un póster de 90x130 cm.

**RESULTADOS:** Esperamos conseguir mayor difusión de unas recomendaciones fundamentales, haciéndolo de modo sencillo y accesible a cualquier nivel cultural y social, pretendiendo que un mejor conocimiento de su situación, les permita una mejora en la calidad de vida del trasplantado y de su entorno.

### **CONCLUSIONES:**

- 1 El personal de enfermería es parte implicada en el autocuidado del paciente THO.
- 2 El aumento de conocimientos, sobre su nueva realidad, aumenta la calidad de vida y disminuye las complicaciones.
- 3 El póster, por su componente visual, unido a su sencillez, es altamente eficaz en la información, no sólo del paciente, si no también de su familia.

## P-16 **Aspectos organizativos y cuidados enfermeros durante el proceso del primer trasplante intestinal en Cataluña**

Gemma Marín i Vivó<sup>1</sup>, Xavier Rodríguez Martínez<sup>1</sup>, Joaquim Calixto Rodríguez<sup>2</sup>, Josep Paunellas i Albert<sup>1</sup>, Sonia Couñago Méndez<sup>1</sup>, Isabel Ortega Ibáñez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>UCI, Hospital Vall D'Hebrón, Barcelona. <sup>2</sup>Supervisora Quirófano y Coordinadora de Trasplantes. Hospital Vall D'Hebrón, Barcelona.

**INTRODUCCIÓN:** El trasplante de intestino es una opción terapéutica válida para aquellos pacientes en situación de insuficiencia intestinal crónica e irreversible secundaria a: síndrome de intestino corto, isquemia, enteritis radica, vólvulo, traumatismo masivo, trombosis venosas y/o sepsis.

El programa de trasplante intestinal en España data de 1999 y sólo dos centros realizaban la técnica: Hospital Pediátrico La Paz y Hospital 12 Octubre (adultos y pediátrico). Desde hace aproximadamente un año, el Hospital Vall d'Hebrón de Barcelona cuenta con la autorización del Ministerio de Sanidad para poder realizar dicha técnica. Nuestro hospital cuenta con una larga y dilatada experiencia en la realización de trasplantes de órganos sólidos, tanto en pacientes adultos como pediátricos.

**OBJETIVO:** Describir la organización y realización del primer trasplante de intestino en nuestro hospital, así como la coordinación de todo el proceso.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Todo el proceso está regido por una serie de actividades debidamente protocolizadas. Al ser el primero de los casos, la organización y la dotación de personal fue similar a la de un trasplante hepático, ya que lo realizan el mismo equipo de cirugía.

**RESULTADOS:** El tiempo invertido en el proceso de inducción anestésica, intubación y colocación de vías según protocolo fue de 01h10', debemos considerar que se trata de pacientes con accesos venosos complicados. El proceso quirúrgico, teniendo en cuenta una espera de 03h40' por problemas organizativos en la extracción del intestino del donante, se trataba de un donante multiorgánico, fue de 08h35'. El proceso total desde la entrada del paciente a quirófano a su traslado a la UCI fue de 12h30'.

**CONCLUSIONES:** La organización y desarrollo del primer trasplante intestinal se realizó sin incidencias destacables. El tiempo de isquemia fue de 3h15', encontrándose dentro de la franja de tiempo recomendado por la ONT. El traslado a la UCI se desarrolló sin problemas y el paciente llegó estable a dicha unidad.

# Resúmenes posters

## P-17 Enfermería en el trasplante hepático por Polineuropatía Amiloidótica Familiar. Trasplante Dominó

Manuela Moreno Monrobé, Carmen Nogales Castillo, Inés María Fernández Luque, Maria Ángeles Troncoso Martín  
*Unidad de trasplante hepático, HH Virgen del Rocío de Sevilla, Sevilla.*

**INTRODUCCIÓN:** Este trabajo se centra en el paciente afectado por Enfermedad de Andrade, que va a recibir un trasplante hepático y a su vez él va a ser donante de su propio hígado a otro enfermo, en el llamado trasplante dominó. Es una situación excepcional en la que la profesionalidad de las enfermeras se pone a prueba.

### OBJETIVOS:

- 1 Facilitar a los profesionales de Enfermería la formación necesaria sobre la PAF .
- 2 Ayudar al paciente y su familia para adquirir conocimientos y habilidades básicos sobre el TOH.
- 3 Disminuir la ansiedad que la falta de información genera en el candidato .

### METODOLOGÍA:

- Realización de sesiones clínicas de Enfermería:  
Sobre nociones generales de la Enfermedad de Andrade.  
Sobre casos de pacientes.
- Inclusión en el proceso asistencial integrado del TOH.

**CONCLUSIONES:** La Enfermedad de Andrade tiene un gran impacto social en el área de Valverde del Camino(Huelva). La unidad de trasplante hepático asume el compromiso de la sanidad pública andaluza con estos pacientes. Enfermería, como parte del equipo multidisciplinar de este proceso y siendo un eslabón esencial para el éxito de la actuación ,debe formarse con la mejor evidencia científica posible para ofrecer a estos pacientes y su familia unos cuidados de alta calidad que den respuesta a sus expectativas de vida.

## P-18 Hemoterapia parte básica del Equipo Multidisciplinar en el Trasplante Hepático

Maria Luisa García Moclán, Rosario Villarreal Collantes  
*Servicio de Hemoterapia y Trasplante Hepático, Hospital U. Río Hortega, Valladolid.*

**INTRODUCCIÓN:** El requerimiento del soporte transfusional durante el proceso quirúrgico del trasplante hepático, es un tratamiento válido y necesario, que previamente ha requerido una planificación, un estudio del receptor del órgano como de los hemoderivados a transfundir.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** En todo trasplante es muy importante disponer de una información amplia del receptor, para poder planificar correctamente la cantidad y tipo de hemoderivados necesarios.

Los datos de estudio pre-trasplante son:

- Información clínica: diagnóstico, estado del paciente, intervenciones quirúrgicas previas, edad, peso y talla.
- Información inmunohematológica: Grupo ABO, RH(D), anticuerpos irregulares eritrocitarios(ya que muchos son pacientes politransfundidos)

Los datos en la fase pre-quirúrgica y quirúrgica son:

- Política definida de pruebas de compatibilidad, grupo ABO, RH(D) anticuerpos irregulares.
- Selección de hemoderivados (concentrados de hematías, plasma, plaquetas) y realización de la prueba cruzada sanguínea,la compatibilidad donante-receptor.
- Controles de hematimetría y hemostasia, valorando alteraciones de la hemoglobina, plaquetas y coagulación, para suministrar productos sanguíneos y/o medicamentos correctores de los trastornos de coagulación o complicaciones hemorrágicas que surjan.

**RESULTADOS:** Es de gran importancia la previa evaluación y valoración de toda la información del receptor del órgano. Estudio inmunohematológico, grupo ABO, RH(D) posibles anticuerpos irregulares, problemas de coagulación, para la correcta y adecuada selección de componentes sanguíneos, ante las necesidades que pueda presentar el paciente durante la fase prequirúrgica, quirúrgica, postquirúrgica y evitar posibles complicaciones.

**CONCLUSIÓN:** Preservar y lograr al máximo los niveles de seguridad del receptor en la terapia transfusional, que aunque sigue presentando riesgos potenciales (tanto en la preparación como en la administración), sólo pueden ser minimizados, si todas las actividades se realizan siguiendo protocolos de trabajo definidos,previos métodos y criterios selectivos de estudios ante un posible tratamiento de componentes sanguíneos en cualquier fase del trasplante.

# Resúmenes posters

## P-19 Pruebas diagnósticas en la valoración pretrasplante hepático

Ana Maria Piedra Cerezal, Emilia Montserrat Fernández González  
*Servicio de Digestivo, Hospital U. Central de Asturias, Oviedo.*

**INTRODUCCIÓN:** En el año 2002 comienza el trasplante hepático en nuestra comunidad (Asturias); debido a las múltiples pruebas a las que son sometidas las personas susceptibles de trasplante, y para que todo el personal tuviera constancia de ellas, se creo un protocolo donde se incluyen todos los estudios que se deben de realizar previos al trasplante. Posteriormente, se creo por parte de enfermería del servicio de Digestivo del Hospital Universitario Central de Asturias, un poster informativo con todos los estudios pretrasplante hepático.

**OBJETIVOS:** Diseñar un poster con las exploraciones diagnósticas y/o terapéuticas más habituales de los estudios previos al trasplante hepático.

### **MATERIAL Y MÉTODO:**

- Revisión con el personal (médico-enfermera) de la consulta del trasplante hepático, de los estudios que se solicitan.
- Información sobre los cuidados de enfermería pre y post procedimiento, con los servicios donde se realizan las pruebas diagnósticas.
- Diseño gráfico del poster.

### **RESULTADOS:**

- Elaboración de un poster de 90 cm. de ancho por 130 cm. de alto.
- En las filas nos encontramos con los servicios donde se realizan las pruebas, así como el teléfono de los mismos.
- En las columnas: las pruebas, las preparaciones, premedicaciones, documentación, alimentación, y cuidados enfermeros para realizar antes y después de cada prueba.
- Distintos colores diferenciaran e identificaran los servicios que realizan los distintos estudios.

**CONCLUSIONES:** El trabajo se concreta en un poster que permite una visualización clara y rápida de las diferentes pruebas diagnósticas, del estudio pretrasplante, donde se realizan y los cuidados enfermeros pre y post procedimiento diagnósticos.

## P-20 Plan de cuidados intraoperatorio de trasplante hepático

Carmen Ruiz Ferrer<sup>1</sup>, Eugenio Coll del Rey<sup>1</sup>, M<sup>a</sup> Carmen Martin Cebrian<sup>1</sup>, Matilde Celma Vicente<sup>2</sup>, Montserrat Blanco Iglesias<sup>1</sup>, Encarnación González Vigil<sup>1</sup>, Ángela Vizcaíno Gimenez<sup>1</sup>, Ángela Vizcaíno Gimenez<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Quirófano cirugía general, Hospital Virgen de las Nieves, Granada. <sup>2</sup>Profesora Escuela Universitaria de Enfermería

**INTRODUCCIÓN:** Dadas las particulares características del tx la enfermería ve la necesidad de realizar un plan de cuidados estandarizado durante el periodo intraoperatorio, utilizando las taxonomías enfermeras. Los objetivos de este trabajo son la realización e implementación de dicho plan de cuidados y conocer con exactitud las actividades enfermeras para adecuarlas, organizarlas y hacerlas visibles.

Otros objetivos operativos son:

- Unificar criterios de actuación para reducir la variabilidad en la práctica.
- La revisión y actualización de protocolos de quirófano.
- Demostrar la utilidad de las herramientas taxonómicas en el quirófano.
- Ayudar al personal de enfermería de nueva incorporación en su formación.

**METODOLOGÍA:** Se trata de un trabajo de implementación tecnológica. Para realizarlo se hizo.

- una revisión bibliográfica.
- reuniones de expertos
- Determinar los diagnósticos enfermeros según la taxonomía NANDA
- Determinar los posibles criterios de resultados NOC
- Seleccionar las intervenciones y actividades de la NIC
- Elaboración y/o revisión de protocolos

**CONCLUSIONES:** El resultado del trabajo fue un plan de cuidados estandarizado para el periodo intraoperatorio del Trasplante Hepático, para el cual es requisito indispensable una validación. En relación a los diagnósticos enfermeros es útil utilizar las taxonomías de la NANDA internacional. En los problemas de colaboración, sin embargo, no han demostrado ser útiles las taxonomías NANDA ni los criterios de resultados NOC. En cambio, si los son en las actividades de la NIC. Al ser gran parte de ellos problemas de colaboración existe la necesidad de consensuar con el resto de profesionales que componen el equipo quirúrgico.

# Resúmenes posters

## P-21 Validación del Plan de cuidados intraoperatorio de trasplante hepático

Matilde Celma Vicente<sup>1</sup>, Eugenio Coll del Rey<sup>2</sup>, Carmen Ruiz Ferrer<sup>2</sup>, M<sup>á</sup> Carmen Martín Cebrian<sup>2</sup>, Ángela Vizcaíno Gimenez<sup>2</sup>, Encarnación González Vigil<sup>1</sup>, Montserrat Blanco Iglesias<sup>2</sup>

<sup>1</sup>-Profesora Escuela Universitaria, Escuela Universitaria de Enfermería Virgen de las Nieves, Granada. <sup>2</sup>-Quirófano Cirugía General, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada

**INTRODUCCIÓN:** Tras la elaboración de un plan de cuidados intraoperatorio estandarizado del trasplante hepático, por un grupo de expertos, es necesario validarlo antes de su puesta en marcha. Para ello se ha realizado un protocolo de validación.

El objetivo de este protocolo será comprobar la utilidad y determinar los posibles problemas de este plan de cuidados antes de su puesta en marcha.

Otros objetivos operativos son:

**METODOLOGÍA:** Se realiza una revisión bibliográfica.

Se realiza el protocolo de validación con los siguientes apartados:

- Conocer distribución de tareas y cargas de trabajo.
- Delimitar tareas y actividades designando un responsable.
- Adecuar el número de acciones a las necesidades reales.
- Distribuir las actividades a lo largo de la cirugía, para evitar momentos de estrés.
- Averiguar la relación coste/beneficio de actividades.
- Conocer aquellas que precisen un protocolo específico.

Se pilota el plan de cuidados con cinco pacientes.

**CONCLUSIONES:**

- El plan de cuidados pilotado ha mostrado ser útil en otras cirugías.
- El pilotaje ha mostrado la necesidad de incluir en el preoperatorio la toma de constantes.
- El que las propias enfermeras del quirófano participen en su elaboración y puesta en marcha, ha reforzado sus posibilidades de éxito.
- No hemos encontrado trabajos similares al nuestro, que analicen los problemas metodológicos de su elaboración.

## P-22 Protocolo de enfermería sobre hipotermia en el enfermo sometido a trasplante hepático en el hospital Virgen de las Nieves

Encarnación González Vigil<sup>1</sup>, Montserrat Blanco Iglesias<sup>1</sup>, Ángela Vizcaíno Gimenez<sup>1</sup>, Eugenio Coll del Rey<sup>1</sup>, Carmen Ruiz Ferrer<sup>1</sup>, Matilde Celma Vicente<sup>2</sup>, M<sup>á</sup> Carmen Martín Cebrian<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Quirófano cirugía general., Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada. <sup>2</sup>Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Escuela Universitaria de Enfermería, Granada.

**INTRODUCCIÓN:** La hipotermia es una complicación frecuente en el trasplante hepático debido a numerosos factores.

**OBJETIVOS:**

- Tomar registro de temperatura para averiguar los momentos críticos
- Protocolizar las intervenciones enfermeras

**METODOLOGÍA:** Descripción de las actividades enfermeras destinadas a evitar la hipotermia

**CONCLUSIONES:**

- Se determinan los momentos de mayor hipotermia.
- Es útil para las enfermeras de nueva incorporación
- Es una herramienta fundamental para determinar si los cuidados son efectivos, eficaces y eficientes.

# Resúmenes posters

## P-23 Diferencias de género de carácter social en los trasplantados hepáticos

María del Carmen Casas Estévez, María José Garrido Serrano, Miguel Ángel Gómez Bravo, María del Carmen Nogales Castillo  
*Unidad de Cirugía, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.*

La salud alcanzada tras un trasplante no depende solamente de influencias biológicas sino también de aspectos sociales. Hemos realizado este estudio con un enfoque de género por creerlo necesario para atender las necesidades concretas de ambos sexos y aumentar la calidad asistencial.

**METODOLOGÍA:** Estudio descriptivo observacional con una población de estudio de 345 personas trasplantadas de hígado vivas que están en seguimiento en las consultas del servicio de hepatobiliar y trasplante hepático del Hospital Virgen del Rocío(1990-2007), consiguiendo una muestra de 135 pacientes.

Análisis estadístico con programa SPSS 15.0

### **OBJETIVO PRINCIPAL:**

- Comprobar si existen diferencias de género en el trasplantado hepático.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Verificar que existen diferencias de género a nivel sociológico en el TOH.
- Revisión del plan de cuidados estandarizados de enfermería para el TOH.

**CONCLUSIONES:** Se han encontrado diferencias de género existentes sobre todo en las variables referentes a la incorporación laboral y tareas domésticas. Por lo que creemos necesario elaborar un plan de cuidados de enfermería integral adaptado al género con la finalidad de mejorar los resultados y la satisfacción en los trasplantes hepáticos.

## P-24 Estudio descriptivo psicológico en los trasplantados hepáticos

María del Carmen Casas Estévez, María José Garrido Serrano, Miguel Ángel Gómez Bravo  
*Servicio de Cirugía , Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.*

El trasplante hepático es uno de los grandes éxitos de la medicina moderna y de la generosidad de la sociedad. El hecho de ser la única solución viable para muchos tratamientos hace del trasplante una técnica que provoca una carga emocional en el paciente y en toda su familia muy fuerte. Dada la importancia del tema, realizamos un estudio descriptivo sobre la situación psicológica de adaptación de los trasplantados hepáticos de la unidad de trasplante hepático del Hospital Virgen del Rocío de Sevilla. Analizando las siguientes variables: trastornos sexuales, fantasías del donante, autopercepción, estado anímico, miedo al rechazo del órgano trasplantado, estrategias de afrontamiento, percepción aumento de calidad de vida, antecedentes psiquiátricos, adherencia terapéutica y obtención expectativas previas al trasplante.

**OBJETIVOS:** Abordaje psicológico en el trasplantado hepático, analizando las variables seleccionadas.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Estudio observacional descriptivo transversal. Se ha tomado como población todos los trasplantados hepáticos vivos (345) incluidos en las consultas del servicio de la Unidad de Cirugía Hepatobiliopancreática y Trasplante Hepático del Hospital Virgen del Rocío de Sevilla hasta Julio 2007.

A los pacientes que cumplen los criterios de inclusión se les envió por correo un cuestionario anónimo, tras realización de pilotaje, donde se recogen las preguntas necesarias para obtener la información deseada y poder medir las variables del proyecto.

**RESULTADOS:** Hemos hallado trastornos en numerosas variables estudiadas, como importantes trastornos sexuales, grandes miedos al rechazo del órgano, numerosas fantasías, buena autopercepción y del órgano, adecuado estado anímico, buenas estrategias de afrontamiento, gran percepción de aumento de calidad de vida, buena adherencia terapéutica y obtención de las expectativas previas.

**CONCLUSIONES:** Hemos realizado un profundo análisis de la situación real de nuestros trasplantados, hallando gran significación estadística en las variables destacando el estado anímico, planteando soluciones a los problemas encontrados.

## P-25 **Trasplante hepático: guía de autocuidados**

M<sup>a</sup> Carmen Piñón Villar, M<sup>a</sup> Teresa García Rodríguez  
*Digestivo, C.H.U Juan Canalejo, La Coruña.*

Numerosos reingresos hospitalarios y complicaciones, son en ocasiones evitables, teniendo en cuenta una serie de precauciones y cuidados, lo que nos ha animado a realizar esta recopilación de recomendaciones y consejos. Pretendiéndose obtener un mejor nivel de autocuidado domiciliario. La guía de autocuidados va dirigida tanto al trasplantado como a sus allegados que en un principio participaran en los cuidados.

Se divide en diferentes secciones que son:

### 1 Estancia hospitalaria.

Breve descripción de la ubicación de la unidad de digestivo, dentro del CHU Juan Canalejo, así como su estructura, tipo de habitación y medidas a seguir tanto por el paciente como por los acompañantes.

### 2 Educación para la salud.

- Inmunosupresores y otras medicaciones de uso frecuente. Efectos secundarios.
- Cuidados dietéticos: Diferentes nutrientes, tablas de alimentos ricos en vitaminas, minerales, proteínas,...
- Cuidados odontológicos: Estructura dental, higiene bucodental, uso de flúor e higiene de los diferentes tipos de prótesis dentales.
- Cuidados dermatológicos: Estructura de la piel, protección solar, higiene adecuada, vigilancia de lunares y acné.
- Recomendaciones para la vivienda y animales domésticos. Importancia de una buena limpieza.
- Vacunas. Aconsejadas y prohibidas.
- Ejercicio físico. Beneficios.
- Viajes y vida activa. Reanudar una vez restablecido, con ciertas precauciones.
- Actividad sexual y embarazo. Recuperación de la actividad sexual, anticonceptivos, revisiones,...
- Cuidados oftalmológicos. Posibles alteraciones oculares secundarias a corticoides.
- Aparato locomotor. Efectos sobre los huesos.
- Signos y síntomas por los que debe acudir o consultar al médico.

### 4 kehr: Descripción, cuidados domiciliarios y retirada.

### 5 Revisiones y controles después del alta hospitalaria. Pruebas diagnósticas más habituales.

### 6 Complicaciones del tx- hepático. Signos y síntomas de las complicaciones más frecuentes en la unidad.

### 7 Anexos: Algunos de los efectos secundarios de tratamiento inmunosupresor, tabaco, alcohol, y suplementos dietéticos.

## P-26 **Características epidemiológicas de los donantes en el programa de Trasplante Hepático de Asturias**

Sonia Rodríguez Alonso, Almudena Peláez Fernández, Ángeles Rosal Cimadevilla, Pas López Zas, Beatriz García Rubio, Beatriz Rocas Cueto  
*Enfermería de Trasplante hepático, Hospital U. Central de Asturias, Oviedo.*

**INTRODUCCIÓN:** El programa de trasplante hepático de Asturias, se inicio en Abril del 2002. Desde entonces y gracias a la generosidad de las familias y al excelente trabajo de los coordinadores, la donación se ha ido incrementado en número anualmente, lo que ha permitido que el programa se consolidase y el número de trasplantes/año se mantuviese todos estos años, por encima de los inicialmente previstos para este programa.

**OBJETIVO:** Describir las características epidemiológicas de nuestros donantes.

**MATERIAL:** En el año 2002, tuvimos 29 donantes. La edad media fue de 47'5 años R (19-79). La causa de muerte encefálica más frecuente, fueron los accidentes cerebro- vasculares (ACV), 12 Casos. En el año 2003, hubo 40 donaciones en nuestro centro, más 3 donantes que nos fueron enviados de otras comunidades. Se realizaron 34 trasplantes. La edad media fue de 48'6 años. Los ACV en 26 ocasiones, fueron la causa de muerte encefálica. En nueve de los donantes, el hígado no fue considerado apto para el trasplante. El año 2004, la donación tuvo un incremento importante, lo que redundó en un aumento importante del número de trasplantes (42). Los ACV continuaban siendo, la causa más frecuente de muerte encefálica. Durante el 2005, los niveles de donación se mantuvieron altos (53 donantes), originándose la gran mayoría de ellos en nuestro centro. En el 2006, se registro la cifra más alta de donación (54). La edad media, sufrió también un ligero aumento (53'7 años). Y por último en el 2007, la cifra de donación se mantuvo, aunque la edad media de los donantes sigue aumentando progresivamente, como en el resto del país.

# Resúmenes posters

## P-27 La lesión Isquemia-Reperusión en el Trasplante Hepático

Almudena Peláez Fernández, Sonia Rodríguez Alonso, Ángeles del Rosal Cimadevilla, M<sup>ª</sup> Paz López Zas, Beatriz García Rubio, Beatriz Rocas Cueto  
*Quirófano, Hospital U. Central de Asturias, Oviedo.*

**INTRODUCCIÓN:** Durante el trasplante hepático y en el periodo postoperatorio inmediato, se somete al hígado a una amplia variedad de noxas potenciales: hipotensión, hipoxia, isquemia, drogas hepatotóxicas... junto a ello, factores relacionados con el donante, con la técnica quirúrgica o de índole inmunológica pueden condicionar alteraciones en la evolución normal del injerto. Una de estas alteraciones es lo que conocemos como FALLO PRIMARIO. Su incidencia se estima en el 5-10%. La causa que condiciona esta insuficiencia hepática severa es desconocida, si bien hay una serie de condiciones que favorecen su aparición. Entre ellos podemos citar:

- Relacionados con el donante: edad avanzada, grado de esteatosis...
- Relacionados con la extracción y preservación: tiempo de isquemia fría, tiempo isquemia caliente...
- Relacionados con el receptor: respuesta inflamatoria...

### **OBJETIVOS:**

- El estudio y registro de las variables dependientes del donante, receptor, injerto y periodos que los relacionan determinando los factores pronósticos en el desarrollo de una disfunción primaria del hígado transplantado.
- Avances en la preservación de los órganos, con la solución Wisconsin

**MÉTODO:** En la LESIÓN ISQUEMIA-REPERFUSIÓN debemos de tener en cuenta cuatro fases bien diferenciadas:

- |                              |                            |
|------------------------------|----------------------------|
| 1 Lesión de pre-preservation | 3 Lesión isquemia caliente |
| 2 Lesión isquemia fría       | 4 Lesión reperusión        |

Detallaremos la importancia de los factores fisiopatológicos que se producen en cada una de estas fases, complementando dicha información con la aportación de gráficos en los que reflejamos los tiempos de isquemia fría y caliente de los más de 200 trasplantes realizados en nuestra comunidad autónoma desde el año 2002.

**CONCLUSIONES:** Como ya hemos dicho con anterioridad la lesión I/R es un proceso complejo, de manera, que para intentar mitigar su extensión podríamos intervenir en varios niveles:

- Optimizar el estado del donante
- Tiempos óptimos isquemia fría/caliente
- Regular la exposición inflamatoria: Reperusión

## P-28 Papel de enfermería en la biopsia hepática percutánea en trasplantados hepáticos

Carolina Rubio Chaves, María Jesús Díaz Mellado, Fernanda Conejero Caballero, Gracia Valencia, José María Álamo Martínez, Juan Manuel Suárez Grau, Miguel Ángel Gómez Bravo  
*Cirugía General, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.*

**INTRODUCCIÓN:** La biopsia hepática percutánea a ciegas es una técnica habitual que se realiza en nuestra unidad de cirugía en pacientes trasplantados. Hemos realizado un análisis del uso de esta técnica y un protocolo de recomendaciones al alta.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** En la Unidad de Cirugía Hepatobiliopancreática y Trasplantes Hepáticos de nuestro hospital se han realizado alrededor 95 biopsias hepáticas percutáneas en trasplantados hepáticos desde el 2006 hasta este año. El personal de enfermería actúa como asistente del proceso, es el encargado de controlar al paciente para ser dado de alta en el mismo día y de aportar recomendaciones tras el alta.

Recomendaciones al alta tras biopsia hepática: No conducir durante 24 a 48 horas, reposo relativo, no levantar peso, etc...  
Requerimientos tras el alta: Es posible que tenga cierto dolor o enrojecimiento en el área de punción durante un día o dos. Puede aliviarlo colocando un paño tibio y húmedo sobre el área y con la medicación oral para el dolor. Los pacientes deben disponer de un amigo o pariente para que les acompañe a casa después de la intervención. El reposo en cama durante un día se recomienda, seguido por una semana de descanso o evitando el ejercicio extenuante.

¿Cuándo debe acudir al hospital y/o llamar su médico? Dolor, sangrado, supuración o hinchazón del sitio de la biopsia. Mareo, dificultad repentina para respirar, fiebre >38°C.

**CONCLUSIONES:** Consideramos la intervención de enfermería de gran importancia en la asistencia técnica del proceso, en asegurar que no hay contraindicaciones para el alta hospitalaria, así como en detectar posibles complicaciones a lo largo de la estancia hospitalaria y al alta. En nuestra serie no hubo complicaciones tras el alta. La necesidad de estandarizar los criterios de cuidados en domicilio y detección de complicaciones tardías nos han llevado a la creación de este protocolo de recomendaciones al alta tras la biopsia hepática percutánea. Gráfica: número biopsias.

# Resúmenes posters

## P-29 Prevención de la infección nosocomial en el Trasplante Hepático

Ana Rosa García Placín, M<sup>ª</sup> Victoria Becerra Sueiro, Rosario Ferreiro Veloso, Antonia Dolores Gómez Vidal, Eva Rey Álvarez Quirófono, Hospital Clínico Universitario, Santiago de Compostela.

**INTRODUCCIÓN:** Los últimos datos estadísticos referentes a la infección quirúrgica nos muestran un aumento, especialmente en lo referente a situaciones en las que enfermería participa activamente. La Alianza Mundial para la Seguridad del paciente se hace eco de la importancia que tiene la prevención de las infecciones nosocomiales dado que dependen tanto del proceso de atención como del comportamiento de los profesionales.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Protocolos y procedimientos para la prevención de la infección en el área quirúrgica. Procedimientos para la seguridad del paciente.

**DESARROLLO:**

- A) Prevención pre-quirúrgica: Higiene del paciente, Correcta manipulación de catéteres, sondas, drenajes, maniobras durante la anestesia, limpieza del quirófono.
- B) Prevención quirúrgica: Vestimenta. Lavado de manos. Preparación de la mesa. Preparación del campo quirúrgico. Mantenimiento de la asepsia durante la intervención. Cuidados de la herida operatoria, drenajes.
- C) Formación

**CONCLUSIONES:** Una mayor adhesión a los protocolos supone una disminución de la infección nosocomial. Además de conocimientos se precisa saber aplicarlos.

## P-30 Intervenciones de enfermería en la biopsia hepática percutánea en trasplantados hepáticos

Francisca Almagro Villar, Lucía Muñoz Gamito, Rocío Pérez González, Isabel Moreno Angulo, José Ángel Pazos Casado, Inés Fernández Luque Cirugía, HG. Virgen del Rocío, Sevilla.

**INTRODUCCIÓN:** La biopsia hepática percutánea en TOH es el procedimiento de obtención directo de material hepático, para la realización de estudio anatomopatológico, con el fin de evidenciar si existe riesgo de rechazo agudo o crónico del injerto.

La técnica se realiza en pacientes trasplantados que ingresan en la unidad desde consultas externas, o bien, en pacientes que han recibido una donación reciente de injerto, que continúan postoperatorio inmediato en nuestra unidad, y para descartar en ambos rechazo del injerto.

**OBJETIVOS:**

- Garantizar la máxima seguridad del paciente con la realización de las intervenciones enfermeras.
- Disminuir la ansiedad de los pacientes relacionada con la realización de la prueba diagnóstica.
- Unificar criterios enfermeros de actuación en relación con las intervenciones realizadas en la biopsia hepática percutánea.

**METODOLOGÍA:**

- Personalización de cuidados: enfermera referente
- Información: entrevista directa con el paciente, previa a la prueba diagnóstica a realizar.
- Uso y aplicación de la metodología enfermera: NIC.
- Continuidad de cuidados: Recomendaciones al alta tras realización de biopsia hepática.

**RESULTADOS:** Tras la aplicación de las intervenciones protocolizadas de enfermería y la asignación enfermera-paciente (enfermera referente) hemos conseguido: un conocimiento amplio de la técnica, estandarizar los cuidados de la misma, disminuir la ansiedad del paciente y su colaboración máxima a la hora de la realización.

**CONCLUSIONES:** Los profesionales de la Unidad hemos detectado que con el uso y la aplicación de la metodología enfermera y la unificación de estándares de cuidados, englobado todo ello en un modelo de personalización de cuidados, el paciente se implica más en la técnica, disminuyen miedos y ansiedades y las complicaciones secundarias son menores. En este marco de actuación y con la continuidad de cuidados ofertada mediante las recomendaciones de enfermería al alta tras Biopsia Hepática, pensamos el paciente reúne toda la información necesaria, facilitando considerablemente su Seguridad.

# Resúmenes posters

## P-31 Modelo de charlas, previas a la cirugía, en pacientes que van a ser trasplantados

José Fernández Casero

*Quirófanos, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.*

Con objeto de que los pacientes que van a ser trasplantados conozcan y se familiaricen con aquella parte de proceso de trasplante, relacionada con el acto quirúrgico, se diseña el siguiente modelo de charla, que ha de servir para dar a conocer el lugar físico donde se realiza el implante, la actividad quirúrgica propiamente dicha, el personal que interviene en ella y los medios utilizados. Con ello se persigue aminorar la ansiedad y temor en el paciente de cara a la intervención, e involucrarle en todo el proceso.

Para fundamentar la necesidad de dichas charlas, se ofrece a la totalidad de pacientes en lista de espera, una encuesta sobre los aspectos de este proceso quirúrgico que más les interesa conocer o les causa preocupación e incertidumbre. También puede hacerse extensiva a los pacientes ya trasplantados. Los contenidos de las charlas se adecuarán a las necesidades informativas demandadas por los pacientes en dichas encuestas y versarán sobre aspectos básicos anteriormente expuestos.

Las charlas se realizarán dos veces al año, dependiendo de la rotación de la lista de espera de trasplante; en grupos de aproximadamente 20 pacientes y al menos un acompañante por enfermo. Se utilizará un Aula que disponga de ordenador y proyector de dispositivas, ya que el formato utilizado para dar a conocer la información propuesta será una presentación de power point.

## P-32 Laparotomía abdominal en los trasplantes hepáticos

Amaya Pérez Abad, Marta Caballero Rico, Raquel Manuel Garijo, María Dolores Guerrero Coca, María Dolores Torres Moreno Cid, Nuria Vela Blas

*Cirugía general y aparato digestivo: Unidad de cuidados intermedios, Hospital 12 de Octubre, Madrid.*

Cuando en un trasplante hepático no es posible cerrar la cavidad abdominal por intenso edema visceral y riesgo de provocar un síndrome compartimental, se deja la cavidad abierta y se coloca una malla que, dependiendo de la evolución del paciente y de la presión intraabdominal, se retirará progresivamente hasta el cierre definitivo.

Presentamos dos casos clínicos de pacientes con trasplante hepático y laparotomía abierta.

En ambos se estableció un plan de cuidados identificando los problemas interdependientes así como los diagnósticos enfermeros, planificando las actividades de enfermería en función de los resultados esperados. A los diagnósticos enfermeros habituales en los trasplantes hepáticos aquí hay que añadir los derivados de la laparotomía abierta y las curas.

**CASO I:** Paciente de 59 años trasplantado hepático al que se reinterviene a los tres días por sangrado y síndrome compartimental colocándole una malla de Goretex. Se realizaron curas diarias de la laparotomía cubriendo con apósitos y colocando sonda de aspiración intentando realizar vacío. El paciente presentó laceraciones importantes en la piel debido a las pérdidas exudativas de la cura al perder el vacío y al continuo cambio de apósitos.

**CASO II:** Paciente de 45 años al que se practica trasplante hepático, siendo trasplantado 48 horas después por fallo del injerto primario, colocándole malla de Goretex para evitar síndrome compartimental. Pasado un mes se retira la malla por colonización por *Acinetobacter Baumannii* en exudado abdominal, procediendo desde entonces a realización de curas mediante sistema VAC cada 48-72 horas, lo que permite mantener la integridad cutánea, así como la retirada íntegra del exudado generado por la herida.

**CONCLUSIÓN:** Tanto para el paciente como para el equipo de enfermería el sistema VAC es más beneficioso ya que permite espaciar las curas cada 48 o 72 horas minimizando el deterioro tisular de la piel; así mismo disminuye su ansiedad y aumenta su confort.

# Resúmenes posters

## P-33 Alteraciones neurológicas relacionadas con los inmunosupresores en el postoperatorio inmediato del trasplante hepático

Ana Belén García Castañeda, Teresa Bugallo, Luz Avellanal  
*Cirugía General A y Hepática, Hospital de Cruces, Barakaldo.*

**INTRODUCCIÓN:** La toxicidad neurológica por fármacos se produce aproximadamente en el 20% de los pacientes trasplantados de hígado. Los fármacos implicados con mayor frecuencia son: la ciclosporina y tacrólimus.

Dado que el personal de enfermería es el encargado de dar una atención integral al paciente trasplantado desde su ingreso en la unidad, una valoración adecuada por su parte facilita la identificación precoz de los síntomas neurológicos.

**OBJETIVOS:** El objetivo que planteamos con la elaboración y presentación de este póster, es que los profesionales de enfermería adquieran los conocimientos básicos para reconocer estas alteraciones y así puedan realizar una práctica correcta.

### **METODOLOGÍA:**

- Estudio descriptivo retrospectivo de casos clínicos.
- Periodo de estudio: 2004-2007.
- Observación participante.
- Revisión bibliográfica.

**RESULTADOS:** Durante el periodo a estudio hemos encontrado 22 casos de pacientes trasplantados que han presentado neurotoxicidad.

Complicaciones más habituales: Temblor (14), Convulsión (3), Cefalea (2), Obnubilación (2), Alucinaciones (2), Disartria (1), Agitación psicomotriz (1).

**CONCLUSIÓN:** El personal de enfermería que interviene en el cuidado postoperatorio de estos pacientes debe estar familiarizado con el uso y los posibles efectos secundarios de estos fármacos.

## P-34 Impacto de la aplicación de un procedimiento de enfermería para la perfusión y la preservación del trasplante de órganos abdominales

Catalina Miravé Leroudier, M<sup>3</sup> José Morales, Teresa Velasco, Concepción Forte, Etelvina Montesa  
*Bloque Quirúrgico Pediátrico, Hospital La Fe, Valencia.*

El gran éxito que ha tenido en los últimos años el trasplante de órganos se ha debido a la coincidencia de cuatro factores igualmente importantes: el desarrollo de las técnicas quirúrgicas, los avances en inmunosupresión, a la generosidad de los donantes y al desarrollo de los métodos para preservar los órganos de la forma más eficaz posible. El objetivo final de la preservación orgánica es mantener la viabilidad de un órgano ex vivo, por un periodo de tiempo suficiente, que permita el transporte del órgano en óptimas condiciones desde hospital donador al centro de trasplante.

Dicho procedimiento, requiere de una preparación material y de personal de enfermería cualificado y debidamente entrenado que realice una correcta perfusión del órgano y una adecuada preservación en hipotermia para su almacenamiento y posterior transporte.

**OBJETIVO:** Normalizar el procedimiento de enfermería para la preservación hipotérmica, almacenaje y transporte del órgano para facilitar el aprendizaje y mejorar los resultados

**METODOLOGIA:** Formación de un grupo de trabajo dirigido a normalizar el procedimiento

Establecer las normas básicas para:

- 1 La correcta preparación del material necesario en base a las características antropométricas del donante y del órgano u órganos a preservar.
- 2 El montaje y preparación de las cánulas y del sistema de preservación correspondiente.
- 3 Preparación del pilé para inducir la hipotermia inicial del órgano u órganos a trasplantar.
- 4 Adecuación del sistema de almacenaje del órgano par su transporte.

**CONCLUSIONES:** La aplicación del procedimiento ha conseguido:

- 1 Disminuir el tiempo de preparación del material necesario, evitando los problemas derivados de una deficiente infraestructura.
- 2 Disminuir las lesiones de preservación del órgano u órganos a trasplantar.
- 3 Mejorar la viabilidad del órgano con un almacenaje y transporte mas adecuados.

# Resúmenes posters

---

## **P-35 Perfil del paciente en lista de espera de trasplante hepático y su cuidadora**

Josefa Cañero Vera, Juan Manuel Fernández Vilches, María Ángeles Romero Hidalgo, Dolores Rodríguez Salguero, Beatriz Ramírez Crespo, Begoña Ramos Tascon  
*UGC Digestivo, HH UU Virgen del Rocío, Sevilla.*

Se presenta un póster en el que se ve reflejado parte de los resultados de un estudio, financiado por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, perteneciente a la Unidad de Digestivo de los Hospitales Universitarios Virgen del Rocío sobre el diseño, implantación y valoración de un programa de educación para los pacientes que son ingresados en dicha unidad con la finalidad de la inclusión en el programa de trasplante hepático (TH).

**MATERIAL Y MÉTODO:** Se incluyen 70 pacientes captados para su inclusión en el programa, habiéndose obtenido los datos de los cuadernos de recogida del proyecto. Se ha obtenido el perfil del paciente que va a ser incluido en lista de espera de TH y su cuidadora. En estos perfiles se valoran; el rango de edad, el sexo, el nivel de estudios, la relación paciente-cuidador y la media de estancia en la unidad. Además se incluyen datos sobre calidad de vida medida con el cuestionario validado SF 36, nivel de ansiedad, depresión e índice de esfuerzo de la cuidadora. Se presentarán los resultados al ingreso en la unidad y al mes de inclusión en lista de espera para TH.

## **P-36 Proceso enfermero en pacientes y cuidadoras en lista de espera de trasplante hepático**

María Ángeles Romero Hidalgo, Dolores Rodríguez Salguero, Juan Manuel Fernández Vilches, Josefina Cañero Vera, Begoña Ramos Tascon, Beatriz Ramírez Crespo  
*Ugc Digestivo, Hospital U. Virgen del Rocío, Sevilla.*

Partiendo de la base del plan de cuidados estandarizado del paciente en estudio para su inclusión en lista de espera de trasplante hepático, se analiza el proceso enfermero desarrollado con estos pacientes y sus cuidadoras familiares. Se incluyen los diagnósticos enfermeros no resueltos al alta del paciente, así como las intervenciones no concluidas para garantizar la continuidad de cuidados en atención primaria de salud.

Se presentan los resultados de 70 pacientes y sus cuidadoras atendidos para su inclusión en lista de espera de TH. Se incluyen los diagnósticos de enfermería más prevalentes, las intervenciones NIC activadas y los criterios de resultados NOC empleados. Estos datos se obtendrán de los planes de cuidados individualizados de cada paciente. Igualmente se detallan los diagnósticos y las intervenciones no resueltas incluidas en los Informes de Continuidad de Cuidados para la Enfermera de Familia como garantía de continuidad de cuidados.

Asimismo se expondrán los diagnósticos más prevalentes y las intervenciones enfermeras activadas en las cuidadoras familiares de este grupo de pacientes, una vez identificadas y valoradas por su enfermera referente.

## P-37 **Trasplante Hepático con by-pass cardiopulmonar: Síndrome Budd-Chiari. Coordinación de equipos quirúrgicos**

Antonio Olascoaga Sierra<sup>1</sup>, María José Campo del Urigüen<sup>2</sup>, Carmen Martín Alvarez<sup>3</sup>, Begoña Velasco Petralanda<sup>1</sup>, Rosario Gastón Etayo<sup>1</sup>, María de los Ángeles Álvarez Rodríguez<sup>3</sup>, Mariangeles Beldarrain Iturriaga<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Trasplante Hepático, Hospital de Cruces, Barakaldo. <sup>2</sup>Equipo de Enfermería Cirugía Cardíaca, Hospital de Cruces, Barakaldo. <sup>3</sup>Perfusionista, Hospital de Cruces, Barakaldo.

**INTRODUCCIÓN:** Presentamos la experiencia en el tratamiento quirúrgico de un paciente diagnosticado de Síndrome de Budd-Chiari asociado a trombosis de la vena cava con extensión a aurícula derecha. Se realizó trasplante hepático con circulación extracorpórea.

**CASO CLÍNICO:** Varón de 36 años, diagnosticado de síndrome de Budd-Chiari con trombosis de venas suprahepáticas y vena cava inferior llegando el trombo hasta la aurícula derecha. Ingresa en el Servicio de Anestesiología- Reanimación por deterioro agudo de la función hepática. El paciente fue incluido en lista de espera para Trasplante Hepático con carácter preferencial. La cirugía se inició mediante esternotomía media e incisión subcostal bilateral. Canulación de aorta ascendente, vena cava superior y vena femoral izquierda. Circulación extracorpórea en normotermia que facilitó la descompresión del sistema porta y ayudó en la aproximación a la aurícula derecha. Auriculotomía derecha, trombectomía, hepatectomía total con extirpación de la vena cava según técnica clásica e implante ortotópico hepático con anastomosis cavoatrial a través del cuerpo fibroso central del diafragma. Anastomosis portal termino-terminal y anastomosis arterial termino-terminal de AHC donante a AHC receptor. Colédoco-coledocostomía T-T, tubo de Kehr 2.5. El tiempo total de cirugía fue de 7 horas, con un tiempo en circulación extracorpórea de 130 minutos. El consumo de hemoderivados fue de 15 u. de concentrado de hemafés, 15 u. de plasma fresco congelado y 2 pool de plaquetas. El curso postoperatorio fue satisfactorio siendo dado de alta a los 30 días desde su ingreso. En la actualidad el paciente se encuentra asintomático e incorporado a su trabajo habitual.

**CONCLUSIÓN:** La clave del éxito de este proceso, debe implicar la coordinación de los equipos quirúrgicos de ambas especialidades, previa discusión de los tiempos a ejecutar y tratar de simplificar el procedimiento.

## P-38 **Everolimus en el trasplante hepático**

M<sup>a</sup> Teresa García Rodríguez, Villar Piñón  
Digestivo, C.H.U Juan Canalejo, La Coruña.

**INTRODUCCIÓN:** Los inmunosupresores inhibidores de calcineurina(CNI) utilizados en el trasplante hepático son ciclosporina y tacrólimus. Entre sus efectos secundarios están la insuficiencia renal (IR)por nefrotoxicidad y carcinogénesis. El everolimus es un potente inmunosupresor, indicado en trasplante renal y cardíaco, sin efecto nefrotóxico y poca carcinogénesis. El servicio de digestivo del Hospital Juan Canalejo, realizó un estudio con 28 pacientes tratados con 1'5mg/día de Everolimus simultáneamente con los CNI que tomaban para intentar revertir el deterioro en la eliminación urinaria.

**OBJETIVOS:** Restablecer la eliminación urinaria en pacientes con diálisis por IR crónica a nefrotoxicidad de CNI, mediante su disminución o suspensión; siendo sustituidos o combinados con el everolimus.

**METODOLOGÍA:** Estudio realizado a 28 pacientes trasplantados hepáticos. A 22 (n=22)se les realizó el análisis estadístico, excluyendo al resto por recibir el tratamiento menos de 3 meses. El 22'7% de los pacientes estaban tomando tacrólimus, los demás (77'3%) ciclosporina. Al inicio del estudio, se añade al tratamiento 1'5mg/día de everolimus. Se realizan 4 analíticas, observando:

- 1 Tasa de Filtración Glomerular (TFG), creatinina, colesterol y triglicéridos (TG) en pacientes con ciclosporina + everolimus y en pacientes con tacrólimus + everolimus.
- 2 Colesterol y TG en pacientes con supresión de los CNI
- 3 TFG en pacientes con valores de creatinina $\leq$ 1'4 y $\geq$ 1'4.

La primera analítica se realiza antes del inicio con la nueva medicación, al mes, a los 3 meses y a los 6 meses de estar con el tratamiento.

### **RESULTADOS:**

- Poca mejoría en la TFG en pacientes con creatinina $\leq$ 1'4 y aumento en pacientes con creatinina $\geq$ 1'4.
- Aumento de colesterol en todos y de TG en pacientes con tacrólimus+everolimus.
- El 59% tuvieron efectos adversos; sólo a uno se le suspendió el everolimus.
- El 13'6% presentó rechazo.
- Al 9% se le suspendieron los CNI.

### **CONCLUSIONES:**

- No se restablece el patrón de eliminación urinaria en pacientes con IR crónica.
- La hipercolesterolemia es un factor propio del everolimus, que se incrementa con la ciclosporina.
- El everolimus es un medicamento seguro; la mayoría de efectos adversos se solucionaron disminuyendo la dosis.
- La reducción/suspensión de los CNI hace al everolimus eficaz para pacientes con neoplasias.
- La reducción de CNI será lenta para evitar rechazos.

# Resúmenes posters

## P-39 Procedimientos generales y específicos en pacientes en estudio de trasplante hepático

Beatriz Ramírez Crespo, Begoña Ramos Tascon, Juan Manuel Fernández Vilches, Ángeles Romero Hidalgo, Dolores Rodríguez Salguero, Josefina Cañero Vera  
*Digestivo, HHUU Virgen del Rocío, Sevilla.*

En el año 2007 se realizaron en el Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla 63 trasplantes de hígado. Todos estos pacientes, más otro número importante que finalmente no resultaron candidatos a TH, fueron estudiados en la Unidad de Gestión Clínica de Digestivo. El estudio pretrasplante tiene como finalidad valorar el estado del paciente y su función hepática para decidir si es o no candidato a incluirse en lista de espera de TH.

Para este estudio pretrasplante es necesario el ingreso en la unidad de una media de 14 días. Se realizan una batería de pruebas analíticas, radiológicas, pruebas funcionales respiratorias, cardiologías, EKG, Medicina Nuclear, endoscopias, mamografías, eco cardiografías, vacunaciones .etc.

La gran cantidad, complejidad y variedad de pruebas hace necesaria una protocolización del estudio a fin de optimizar los tiempos de espera y evitar demoras innecesarias. Es necesario coordinar múltiples servicios y profesionales.

Se presentan el proceso de estudio pretrasplante con las cronas temporales correspondientes en arquitectura IV de procesos. Los resultados de este estudio resultan determinantes para la inclusión o no en lista de espera de TH. De ahí la importancia de que este proceso sea bien conocido por todos los profesionales implicados, así como por el paciente y su cuidadora.

## P-40 Beneficios de la movilización temprana en el postoperatorio inmediato del trasplantado hepático

M<sup>a</sup> Soledad de la Varga González, M<sup>a</sup> Jesús Romero de San Pio, Emilia Romero de San Pio, Ana Ruano Rojo  
*Medicina Intensiva, Hospital U. Central de Asturias, Oviedo.*

**INTRODUCCIÓN:** Beneficios de movilización precoz tras intervención quirúrgica, han sido documentados en últimas décadas. Se protocolizan en todos los hospitales los cuidados de Enfermería adecuados, pero es necesaria actualización frecuente para mejorar calidad asistencial.

**OBJETIVOS:** Comprobar idoneidad de nuestro protocolo de movilizaciones en el trasplantado hepático investigando su influencia sobre disminución de la incidencia de complicaciones relacionadas con la inmovilidad física.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Estudio retrospectivo, aleatorio, cualitativo de 54 pacientes trasplantados hepáticos en Asturias sometidos al programa estandarizado de nuestra unidad de movilizaciones físicas. Se estudiaron: registro de problemas que interfiriesen la movilización, la modificación de síntomas relacionados con inmovilidad tras iniciación de maniobras de movilización y aparición de complicaciones directamente relacionados con la inmovilidad.

**RESULTADOS:** Se objetivó disminución del 20% en aparición de complicaciones tromboembólicas en pacientes movilizados precozmente, aumento en aparición de úlceras cutáneas en enfermos movilizados a sillón por encima del periodo recomendable. Mejoría sintomática en 61.11 % de movilizados tempranamente produciéndose disminución del dolor en 67.56 % de casos y mejoría de otros síntomas no relacionados con dolor en 76.8 % de casos. Gráficas descriptivas de movilizaciones activas - mixtas determinan una mejoría sintomática por encima de las movilizaciones sólo pasivas.

**CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN:** Incidir en comienzo precoz de movilizaciones. Nuestro protocolo incluye movilización a sillón en primeras 48 horas, nuestra media muestral fue: 4.5 días, lo que aumenta en el 71.42% de casos su estancia en UCI Aumentar movilizaciones activas y mixtas, mejorar la situación nutricional de los enfermos, una de las principales interferencias en el capítulo de las movilizaciones activas. Para la meta final: disminución de la morbimortalidad general.

# Resúmenes posters

## P-41 El trasplante hepático abordado desde la dimensión cualitativa

Belén González Sánchez, Eloisa Peñas Cárdenas, Francisca M. Arenas González

*Cirugía Digestiva. Unidad Hepático-Bilio-Pancreatico y Trasplante Hepático, Hospital Carlos Haya, Málaga.*

**INTRODUCCIÓN:** La investigación cualitativa abre un espacio en el análisis de los problemas de salud desde perspectivas bien distintas a la puramente biomédica. Permite que la subjetividad tanto de los sujetos investigados como del investigador sea objeto de análisis. Las enfermeras buscamos una dimensión más profunda que no se encuentran en los registros clínicos habituales, buscamos el comprender la experiencia del padecimiento de nuestros pacientes desde sus propias voces. Nos da un conocimiento más profundo a la realidad.

**OBJETIVO:** Conocer las vivencias, su realidad, su visión y el padecimiento de su enfermedad, del trasplante, de un trasplantado hepático de nuestra unidad.

**METODOLOGÍA:** De un relato biográfico, se realiza análisis cualitativos de los datos descriptivos extraídos de la entrevista en profundidad. Se realiza técnicas de análisis de contenido y análisis de discurso aportando un procedimiento ordenado a través del cual se estudia e interpreta el discurso de nuestro paciente. Resultados. En elaboración.

**CONCLUSIONES:** La IC nos puede aportar:

- Acercamiento a nuestros pacientes conociendo su experiencia del padecimiento
- Proporcionar mejores cuidados
- Conceptualización de problemas de enfermería (diagnósticos enfermeros)
- Proceso de socialización del cuidado y de la enfermería

## P-42 Cuidados Enfermeros en el quirófano al donante de órganos

Sofía Sobrino López de Vinuesa, Miguel Hernández Galiano

*Quirófano, Hospital General Virgen de las Nieves, Granada.*

**INTRODUCCIÓN:** En el traslado, desde la Unidad de Cuidados Intensivos al quirófano, el donante puede sufrir graves alteraciones hemodinámicas. Los cuidados de la enfermera a su recepción en el quirófano son muy importantes para evitar el deterioro irreversible en el mismo.

**OBJETIVOS:**

- 1 Mantener una óptima perfusión de los órganos y de la oxigenación celular.
- 2 Aplicar cuidados enfermeros al donante para evitar lesiones irreversibles en los órganos a extraer.

**MÉTODO**

- Realizamos el proceso enfermero relacionando sus etapas con el Modelo de Cuidados de Virginia Henderson.
- Utilizamos las taxonomías enfermeras:
  - NANDA Internacional (XVII Conferencia, 2006)
  - NOC
  - NIC

**RESULTADOS:**

**Respiración:**

Diagnósticos: 00029 Gasto cardiaco, disminución del / 00030 Intercambio gaseoso, deterioro del	
NOC: 0600 Equilibrio electrolítico y ácido-básico	NIC: 1910 Manejo de ácido-base
0600 Equilibrio electrolítico y ácido-básico	2000 Manejo de electrolitos
0405 Perfusión tisular: cardiaca	7880 Manejo de la tecnología
0408 Perfusión tisular: pulmonar	3180 Manejo de las vías aéreas artificiales
0802 Estado de los signos vitales	6680 Monitorización de los signos vitales

**Alimentación / Hidratación:**

Diagnóstico: 00025 Riesgo de desequilibrio del volumen de líquidos	
NOC: 0601 Equilibrio hídrico	NIC: 2080 Manejo de líquidos/ electrolitos
	4200 Terapia intravenosa (IV)

**Eliminación:**

Diagnóstico: 00016 Eliminación urinaria, deterioro de la	
NOC: 0503 Eliminación urinaria	NIC: 4120 Manejo de líquidos
	0580 Sondaje vesical

# Resúmenes posters

## Temperatura:

Diagnóstico: 00005 Temperatura corporal, riesgo de desequilibrio de la

NOC: 0800 Termorregulación

NIC: 3900 Regulación de la temperatura

## Higiene/ Piel:

Diagnóstico: 00047 Integridad cutánea, riesgo de deterioro de la

NOC: 1101 Integridad tisular: piel y membranas

NIC: 6540 Control de infecciones

2316 Administración de medicación: tópica

## Seguridad:

Diagnóstico: 00087 Riesgo de lesión perioperatoria

NOC: 1913 Estado de seguridad: lesión física

NIC: 8880 Protección de riesgos ambientales

2380 Manejo de la medicación

6545 Control de infecciones: intraoperatorio

2920 Precauciones quirúrgicas

**CONCLUSIONES:** La atención de la enfermera, como un miembro más del equipo, es de gran importancia para conseguir que los órganos extraídos estén en las mejores condiciones para ser trasplantados. Mediante los cuidados enfermeros, conseguimos controlar y monitorizar las situaciones de inestabilidad que pueda presentar el donante antes de la cirugía.

## P-43 Evolución y cuidados postquirúrgicos del primer trasplante multivisceral de un adulto en España

María Jesús Frade Mera, Amelia Guirao Moya, María Elena Esteban Sánchez, Guadalupe Fontan Vinagre, Juan Carlos Montejo González *Medicina Intensiva, Hospital 12 de Octubre, Madrid.*

**OBJETIVOS:** Describir evolución y cuidados postquirúrgicos del primer trasplante multivisceral (TxM) de adulto en España: hígado, páncreas, bazo, estómago e intestino delgado.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Mujer de 32 años diagnosticada de Síndrome Gardner con tumor desmoides. Tiempo quirúrgico 15 horas. Primer día postrasplante APACHEII 13, SAPSII 27. Análisis de principales cuidados postquirúrgicos y distintas variables durante primeros 10 días postrasplante:

### 1 Cardiovascular:

- Monitorización hemodinámica: Tensión Arterial Media (TAM)  $99 \pm 5$  mmHg, Frecuencia Cardíaca (FC)  $91 \pm 11$  l/min, Gasto Cardíaco (GC)  $5 \pm 2$  l/min, Presión Venosa Central (PVC)  $9 \pm 2$  mmHg.
- Politransfusión: mediana de 3 concentrados de hematíes, 2 pool de plaquetas, 2025 cc de plasma.
- Administración de noradrenalina 1,71 días a  $0,111 \pm 0,107$   $\mu$ g/kg/min.
- Técnicas de depuración extracorporea: volumen extracción/día (VED)  $3322 \pm 1780$  cc/día, hemodialfiltración venovenosa continua 31,58 días.

### 3 Respiratorio:

- Monitorización respiratoria: SatO<sub>2</sub> 100%, FiO<sub>2</sub>  $59 \pm 12\%$ , PO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub>  $241 \pm 59$ .
- Monitorización nivel sedoanalgesia: midazolam y morfina  $4,96$  días a  $0,36 \pm 0,06$  mg/kg/h y  $0,031 \pm 0,007$  mg/kg/h respectivamente.
- Cuidados del paciente con vía aérea artificial y conectado a ventilación mecánica: tiempo total ventilación mecánica  $22,25$  días, soporte ventilatorio total  $10,42$  días y parcial  $11,82$  días.

### 4 Inmunosupresión: niveles tacrólimus $18 \pm 8$ ng/ml, alemtuzumab $30$ mg preoperatorio y el 3er día postrasplante más 3 dosis de metilprednisolona $1$ g/día por rechazo hiperagudo intestinal.

### 5 Nutricional-metabólico:

- Control glucémico: glucemia  $153 \pm 18$  mg/dl, insulina  $106 \pm 57$  UI/día
- Soporte nutricional: nutrición parenteral  $27,7$  días, se inició nutrición enteral tras 22 días y alcanzó autonomía digestiva a los  $38,75$  días postrasplante.

### 6 Herida quirúrgica, drenajes y estomas:

- Curas protocolarizadas: laparotomía abierta más malla de goretex, 4 Jackson Pratt, ileostomía y gastrostomía.
- Control del débito: drenajes  $911 \pm 1026$  cc/día, gastrostomía  $403 \pm 257$  cc/día e ileostomía  $341 \pm 650$  cc/día.

### 7 Infeccioso: aislamiento protector, ratio enfermera:paciente 1:1.

Estancia en UCI  $41$  días y hospitalaria  $169$  días. TISS28  $52 \pm 6$ . El cuestionario de salud SF-36 aumento al año un  $32,95\%$ .

**COMENTARIOS:** La paciente presentó múltiples complicaciones que desencadenaron inestabilidad hemodinámica y destete largo. El postoperatorio fue más largo y complicado que el de los pacientes con trasplante de intestino aislado. El TISS alto y el aislamiento protector determinaron una ratio enfermera: paciente 1:1. La paciente ha mejorado su calidad de vida.

# Resúmenes posters

## P-44 Secuencia asistencial al paciente en el trasplante hepático

Beatriz Valentín-Fernández Fernández<sup>1</sup>, María Asunción Manjón García<sup>1</sup>, Begoña Martínez Santiago<sup>2</sup>  
*<sup>1</sup>Quirófano Infantil, H.G.U. Gregorio Marañón, Madrid. <sup>2</sup>Unidad de Digestivo, H.G.U. Gregorio Marañón, Madrid.*

**INTRODUCCIÓN:** En España el número de trasplantes de órgano sólido ha aumentado notablemente en los últimos años. Según los datos de la Organización Nacional de Trasplantes (ONT) se han realizado en las últimas décadas más de mil trasplantes anuales. Cuando comparamos el número de trasplantes hepáticos llevados a cabo en el mundo, nuestro país ocupa el primer lugar en número de pacientes por millón de habitantes. En el H.G.U. Gregorio Marañón se han realizado desde Abril de 1990 hasta la actualidad 718 trasplantes hepáticos en 626 pacientes, con una media anual de 38 intervenciones. Los avances conseguidos en los trasplantes han proporcionado una mayor supervivencia y una mejoría de la calidad de vida de los pacientes. Para lograr este éxito es necesaria la colaboración y perfecta coordinación de un equipo multidisciplinar (coordinadores de trasplante, unidad de digestivo, quirófano, reanimación, laboratorio, banco de sangre...). Así, es importante realizar un protocolo de manejo perioperatorio con el objetivo de minimizar las complicaciones derivadas del acto quirúrgico.

### OBJETIVOS:

- Conocer la secuencia que sigue el paciente desde el momento de su ingreso para la realización del trasplante hasta que es dado de alta del hospital.
- Mostrar de una forma gráfica, clara y concisa el orden en el que participan las distintas unidades que intervienen en el trasplante.
- Describir los cuidados de enfermería que se proporcionan al paciente en cada etapa.

**CONCLUSIONES:** Para lograr el éxito en el trasplante hepático, es fundamental la coordinación y colaboración entre los distintos profesionales y equipos que participan. Así, tanto durante la fase quirúrgica como la preparación previa y posterior a la cirugía, es necesario conocer y seguir una secuencia reglada, incorporando un protocolo de actuación en el que se verán involucradas las distintas unidades.

## P-45 Manejo y mantenimiento del donante hepático: cuidados de enfermería

Teresa Bolaño Pampín, Josexu Soria Lafuente

*Cuidados Intensivos Adultos, Hospital Clínico Universitario de Santiago, Santiago de Compostela.*

**INTRODUCCIÓN:** En el año 1985 se lleva a cabo el primer trasplante hepático en España, desde entonces y ,hasta nuestros días, han sido muchos los donantes que han permitido que pacientes desahuciados continúen con vida. El manejo y mantenimiento del donante supone un sobreesfuerzo tanto asistencial como emocional y debe asumirse como importante y muy necesario.

### VALORACIÓN DEL DONANTE:

#### Muerte cerebral.

- Ausencia de respuesta cerebral con pérdida absoluta de conciencia.
- Ausencia de respiración espontánea.
- Ausencia de reflejos cefálicos.
- EEG plano.

#### Criterios de contraindicación/exclusión.

- Contraindicaciones absolutas: positividad VIH, neoplasia, sepsis, etc.
- Contraindicaciones relativas: desconocimiento de los antecedentes personales, edades extremas, positividad VHC, etc.
- Exclusión: historia de alcoholismo, edades extremas, enfermedad con afectación hepática, etc.

#### Mantenimiento: objetivos.

- Mantenimiento de la estabilidad hemodinámica.
- Mantenimiento de la perfusión.
- Funcionamiento de los órganos.
- Corrección de otros problemas: hipotensión, alteraciones electrolíticas, etc...

#### Cuidados de Enfermería: protocolo de actuación.

- Necesidad de respiración.
- Necesidad de eliminación.
- Mantenimiento de temperatura.
- Necesidad de alimentación e hidratación.
- Necesidad de seguridad e infecciones.
- Necesidad de creencias.

La protocolización de los cuidados es la base para una mayor calidad asistencial, la unificación de criterios y la mejora en el manejo.

**CONCLUSIÓN:** Destacar el papel de la enfermería durante todo el proceso de manejo y mantenimiento del donante de órganos, en general, y hepático en particular. La anticipación a las secuelas, los cuidados generales y particulares, la actuación ante los problemas y el trato continuado y más cercano a la familia, nos hacen profesionales imprescindibles en dicho proceso.

## P-46 **Prevención de la Infección en el Trasplante Hepático**

Antonia Dolores Gómez Vidal, M<sup>a</sup> Victoria Becerra Sueiro, Rosario Ferreiro Veloso, Ana Rosa García Placín, Eva Rey Álvarez Quirófano, Hospital Clínico Universitario de Santiago, Santiago de Compostela.

**INTRODUCCIÓN:** Su finalidad se centra en desarrollar acciones encaminadas a la prevención de la infección durante el acto quirúrgico del Trasplante Hepático y a la educación en el ámbito de la práctica enfermera.

**OBJETIVO:** Proporcionar cuidados de enfermería sistematizados, teniendo en cuenta la situación individual de cada paciente y haciendo énfasis en la valoración de riesgo de infección.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Procedimientos y protocolos de la prevención de la infección en el ámbito quirúrgico.

**RESULTADOS:** Una mayor disciplina quirúrgica y concienciación sobre los riesgos de la infección. Aumento de la seguridad del paciente previniendo efectos adversos. Una mayor adhesión a los protocolos de prevención minimizará los riesgos de infección general así como del sitio quirúrgico.

**CONCLUSIONES:** Resulta imprescindible el trabajo en equipo y la relación interprofesional. Los sistemas de comunicación deben ser directos, en el lugar adecuado, de forma correcta y en el momento oportuno. El desarrollo de las competencias se lleva a cabo a través de la formación y las experiencias de las que aprendemos. En quirófano somos una cadena; si un eslabón falla y se rompe, invalida el trabajo de otros y como resultado se produce la infección quirúrgica.

## P-47 **Control y manejo enfermero del tromboelastógrafo en el trasplante hepático**

Ángeles Sarría Gallardo, José Antonio Cejas Crespo, Ruth Mediavilla Gómez, Gema María Pérez Prudencio Quirófano, H.G.U. Gregorio Marañón, Madrid.

**INTRODUCCIÓN:** Nuestro objetivo es explicar la utilidad, uso y funcionamiento del tromboelastógrafo en el trasplante hepático desde el punto de vista de enfermería.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Nos basamos en nuestra experiencia prospectiva de cuatro años de realización de la técnica.

**RESULTADO:** Conseguir un control visual inmediato de la coagulación del paciente durante todo el proceso.

**DISCUSIÓN:** Hemos comprobado que la utilización del tromboelastógrafo permite un mejor control de la hemostasia intraoperatoria.

# Índice de autores

## A

Álamo Martínez, J.M. P-28  
Almagro Villar, F. P-6, P-13, P-30  
Alonso Suárez, P. O-7, O-12, O-15  
Álvarez Coro, C. O-1  
Álvarez Méndez, B. P-15  
Álvarez Rodríguez, M.D.L.A. P-37  
Arenas González, F.M. P-41  
Arias García, P. P-10  
Avellaná, L. P-33

## B

Becerra Sueiro, M.V. P-3, P-29, P-46  
Beldarrain Iturriaga, M. P-37  
Blanco Iglesias, M. P-20, P-21, P-22  
Bohorquez Camacho, M.J. O-3, P-9  
Bolaño Pampín, T. P-45  
Bugallo, T. P-33

## C

Caballero Rico, M. P-32  
Cabo González, C. P-15  
Calixto Rodríguez, J. P-4, P-7, P-8, P-16  
Calzón Morilla, M. O-3, P-9  
Campo del Urigüen, M.J. P-37  
Cañero Vera, J. O-4, O-6, P-35, P-36, P-39  
Carnes Coletto, A. P-14  
Casas Estévez, M.D.C. P-23, P-24  
Castro Celeiro, E. O-1, O-2  
Cejas Crespo, J.A. P-47  
Celma Vicente, M. P-20, P-21, P-22  
Clavero Ballester, N. O-15  
Coll del Rey, E. P-20, P-21, P-22  
Conejero Caballero, F. P-28  
Couñago Méndez, S. P-4, P-7, P-8, P-16  
Cuervo Blanco, J. P-10

## D

de Francisco Fernández, B. O-12  
de la Varga González, M.S. O-9, P-40  
del Pozo, E. O-17  
del Rosal Cimadevilla, A. O-11, P-27  
Díaz Mellado, M.J. P-28  
Dominguez Durán, M. O-3, P-9  
Durango Limarquez, M.I. O-10, O-16

## E

Escobar Fornieles, R. O-5  
Esteban Sánchez, M.E. P-43

## F

Feito Cano, B. P-12

Fernández Casero, J. P-11, P-31  
Fernández Fernández, M.J. O-1  
Fernández González, E.M. O-7, P-19  
Fernández González, I. P-12  
Fernández Luque, I. P-13, P-17, P-30  
Fernández Rodríguez, I. O-13  
Fernández Vilches, J.M. O-4, O-6, P-35, P-36, P-39  
Ferreiro Veloso, R. P-29, P-46  
Fontan Vinagre, G. P-43  
Forte, C. P-34  
Frade Mera, M.J. P-43

## G

García Castañeda, A.B. P-33  
García Fernández, G. O-1, O-2  
García Férrez, B. P-12  
García Mera, L. O-3, P-9  
García Moclán, M.L. P-18  
García Placín, A.R. P-29, P-46  
García Rato, J. O-9  
García Rodríguez, M. P-25, P-38  
García Rubio, B. O-11, P-26, P-27  
Garran Díaz, M. O-13  
Garrido Serrano, M.J. P-23, P-24  
Gastón Etayo, R. P-37  
Gelde Serrano, A. O-8  
Gimeno Lázaro, S. O-8  
Gómez Aragón, C. P-14  
Gómez Bravo, M.A. P-23, P-24, P-28  
Gómez Cueto, E. P-12  
Gómez Vidal, A.D. P-29, P-46  
González Díaz, P. O-13, P-10  
González Orviz, M.J. P-12  
González Sánchez, B. P-41  
González Vigil, E. P-20, P-21, P-22  
Gordo Martín, Y. O-10, O-16  
Gorrochategui Beracochea, M.J. O-17  
Guerrero Coca, M.D. P-32  
Guirao Moya, A. P-43

## H

Hernández Galiano, M. P-42  
Hernández Matías, A.M. O-10, O-16

## L

Lama Florencio, A. O-3, P-9  
Larrea Leoz, B. O-18  
Linacero Monasterio, M. O-18  
Linares Gutiérrez, B. O-15  
López Alonso, V. O-1  
López Benages, E. O-14  
López Zas, M.P. O-11, P-26, P-27

# Índice de autores

## M

**Manjón García, M.A.** P-44  
**Manuel Garijo, R.** P-32  
**Marín i Vivó, G.** P-4, P-7, P-8, P-16  
**Marín Picó, M.** O-1  
**Martín Álvarez, C.** P-37  
**Martín Cebrian, M.C.** P-20, P-21, P-22  
**Martínez Gómez, E.** O-8  
**Martínez Santiago, B.** P-44  
**Mediavilla Gómez, R.** P-47  
**Méndez Justel, A.** P-10  
**Mesías Sar, B.** P-3  
**Miravé Leroudier, C.** P-34  
**Montejo González, J.C.** P-43  
**Montesa, E.** P-34  
**Morales, M.J.** P-34  
**Moreno Angulo, I.** P-6, P-13, P-30  
**Moreno Monrobé, M.** P-17  
**Muñiz Albaiceta, G.** O-12  
**Muñoz Gamito, L.** P-6, P-13, P-30

## N

**Nogales Castillo, C.** P-17, P-23  
**Núñez Moral, M.** P-15

## O

**Olascoaga Sierra, A.** P-37  
**Orobitg Pulido, A.** O-8  
**Ortega Ibáñez, I.** P-16  
**Osés Ferrer, B.** O-18  
**Otero Castillo, M.** O-12  
**Otero García, F.B.** O-12

## P

**Patallo Fernández, T.** O-15  
**Paunellas i Albert, J.** P-4, P-7, P-8, P-16  
**Pazos Casado, J.A.** P-6, P-13, P-30  
**Peláez Fernández, A.** O-11, P-26, P-27  
**Peñas Cárdenas, E.** P-41  
**Pérez Abad, A.** P-32  
**Pérez Gómez, M.** O-10, O-16  
**Pérez González, R.** P-6, P-13, P-30  
**Pérez Prudencio, G.M.** P-47  
**Piedra Cerezal, A.M.** O-7, P-19  
**Piñón Villar, M.** P-25  
**Piñón, V.** P-38

## R

**Ramírez Crespo, B.** O-4, O-6, P-35, P-36, P-39  
**Ramos Tascon, B.** O-4, O-6, P-35, P-36, P-39  
**Redín García, A.** O-18  
**Reinoso Crespo, P.** O-13

**Rey Álvarez, E.** P-29, P-46  
**Roces Cueto, B.** O-11, P-26, P-27  
**Rodríguez Alonso, S.** O-11, P-27, P-27  
**Rodríguez Cheda, A.** P-3  
**Rodríguez Lee, E.** O-13  
**Rodríguez Martínez, X.** P-4, P-5, P-7, P-8, P-16  
**Rodríguez Salguero, D.** O-4, O-6, P-35, P-36, P-39  
**Rodríguez San Martín, N.** O-18  
**Romero de San Pio, E.** O-9, P-40  
**Romero de San Pio, M.J.** O-9, P-40  
**Romero Hidalgo, A.** O-4, O-6, P-35, P-36, P-39  
**Rosal Cimadevilla, A.** P-26  
**Ruano Rojo, A.** P-40  
**Rubio Borbolla, A.** P-15  
**Rubio Chaves, C.** P-28  
**Rueda Pascual, R.A.** P-2  
**Ruiz Cagigas, A.** P-14  
**Ruiz Ferrer, C.** P-20, P-21, P-22

## S

**Salgado Palacios, N.** P-10  
**San Emeterio, M.** O-17  
**Sarría Gallardo, Á.** P-47  
**Sobrino López de Vinuesa, S.** P-42  
**Soria Lafuente, J.** P-45  
**Suárez Grau, J.M.** P-28

## T

**Terente Fernández, M.** O-1  
**Torres Moreno Cid, M.D.** P-32  
**Troncoso Martín, M.A.** P-17

## U

**Uero Moreno, L.** P-14

## V

**Valencia, G.** P-28  
**Valentín-Fernández Fernández, B.** P-44  
**Vallés Guerra, C.** O-5  
**Vela Blas, N.** P-32  
**Velasco Petralanda, B.** P-37  
**Velasco, T.** P-34  
**Viar Mata, V.** P-2  
**Villanustre Gey, Á.** P-3  
**Villarroel Collantes, R.** P-18  
**Vizcaíno Gimenez, A.** P-20, P-21, P-22

## W

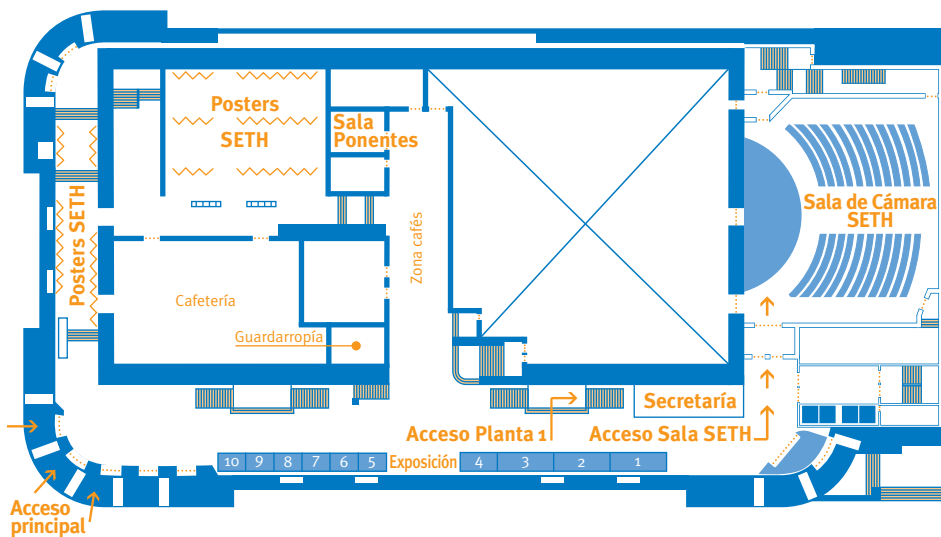
**Wangsa Tumundo, B.T.** P-01

## Y

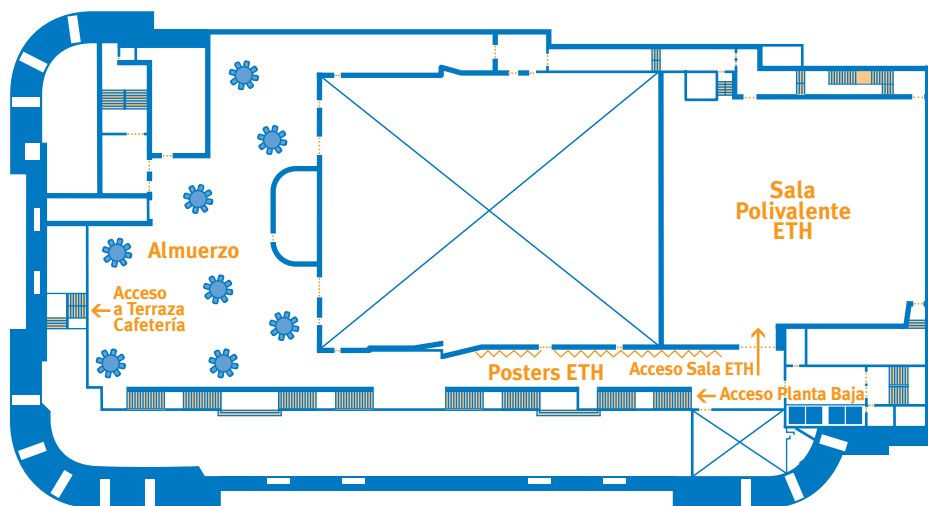
**Yepes Temiño, M.** O-10, O-16

# Plano de la sede

## Planta Baja / Vestíbulo principal



## Planta Primera





**oviedo** 2018 | **XVI**  
Reunión de  
Enfermería  
de Trasplante  
Hepático **ETH**