

# B

## BADAJOZ XVII Reunión ETH

Enfermería de  
Trasplante Hepático

### 2009

**7-9 Octubre 2009**

Institución Ferial de Badajoz IFEBA

## Programa final y libro de resúmenes



**Organiza:**

Enfermería del Complejo Hospitalario  
Infanta Cristina



Hospital Infanta Cristina  
Complejo Hospitalario  
Universitario de Badajoz  
Gerencia del Área de Salud de Badajoz  
Servicio Extremeño de Salud



SETH  
Sociedad Española  
de Trasplante Hepático



UNIDAD DE TRASPLANTE  
HEPÁTICO DE EXTREMADURA



EXTREMADURA  
COMUNIDAD AUTÓNOMA



**BADAJOZ** **XVII Reunión ETH**  
**2009** Enfermería de  
Trasplante Hepático

**7-9 Octubre 2009**  
Institución Ferial de Badajoz IFEBA

## Programa final y libro de resúmenes

**Organiza:**  
Enfermería del Complejo Hospitalario  
Infanta Cristina

# Índice

Comités .....	6
Secretaría técnica y científica .....	7
Bienvenida .....	9
Información general .....	10
Programa social.....	13
Información para autores y ponentes .....	14
Cuadro de sesiones .....	16

## Programa científico

Miércoles, 7 de octubre .....	17
Jueves, 8 de octubre .....	17
Viernes, 9 de octubre.....	20
Resúmenes de los ponentes invitados .....	23
Resúmenes de las comunicaciones orales .....	25
Resúmenes de los posters .....	32
Índice de autores .....	44
Plano de la sede .....	46

# Comités

## Presidencia de Honor

### S.A.R. la Infanta Doña Cristina

## Comité de Honor

### Excmo. Sr. D. Guillermo Fernández Vara

*Presidente de la Junta de Extremadura*

### Ilmo. Sr. D. Miguel Ángel Celdrán Matute

*Alcalde de Badajoz*

### Excma. Sra. Dña. María Jesús Mejuto Carril

*Consejera de Sanidad y Dependencia de la Junta de Extremadura*

### Sr. D. Germán López Iglesias

*Concejal Comercio, Turismo, Relaciones con Portugal e Institución Ferial de Badajoz IFEBA*

### Sr. D. Carlos Miguel Gómez García

*Gerente del Área de Salud de Badajoz*

### Sr. D. Avelino Ortiz Cansado

*Director de Atención Sanitaria del Área de Salud de Badajoz*

### Sra. D<sup>a</sup>. Gema Guerrero Martínez

*Coordinadora Autonómica de Trasplantes de Extremadura*

### Sr. D. Pedro Lozano Llamazares

*Director de Enfermería del Complejo Hospitalario Infanta Cristina*

## Comité organizador

Presidenta	Julia del Viejo Escolar
Vicepresidenta	Natalia Alfonso García
Vocales	José Vicente García Núñez Pilar Gullón Chacón María del Valle de Juan Hernández María Soledad Sánchez López Guillermo Zamoro Núñez

## Comité científico

Presidenta	Pepa Benavente Sanguino
Vicepresidente	Joaquín Chávez Gragera
Vocales	Mariano Armingol Ramírez Francisca Carrasco Tello María Elena García Casado José Martín Rodríguez María del Pilar Muñoz-Torrero Sánchez-Arévalo Emilia Palacios Fuentes Ana Para Periañez Ana Belén Perera Costa Elías Pizarro Ruiz Olga Risco Romero Ángel Ruano González Purificación Tena Balsera

### 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 2009

Av. Drassanes, 6-8  
E-08001 Barcelona  
Tel. 933 027 541  
Fax 933 011 255  
congress@aopc.es  
www.sethepatico.org



## Bienvenida

Queridos amigos y amigas.

Hace algunos meses que asumimos la organización de la XVII Reunión de Enfermería en el Trasplante Hepático. Para nosotros ha sido un reto importante que con ilusión y rigor trabajamos. El programa científico lo consideramos innovador. Los resultados están en vuestras manos, os necesitamos.

Badajoz es una ciudad amable, cómoda, segura y hospitalaria, estamos convencidos de facilitaros unos días agradables, relajados y técnicamente perfectos. Nuestra ciudad, reúne unas características ideales, queremos que vuestra estancia entre nosotros sea largamente recordada.

Para conseguir el éxito en esta edición, el Comité Científico y Organizador hemos puesto todo nuestro empeño. No faltéis.

Os esperamos.



**Julia del Viejo Escolar**  
*Presidenta del Comité Organizador*

# Información general

## Sede

### Institución Ferial de Badajoz IFEBA

Avda. de Elvas, s/n.  
06006 - Badajoz  
www.feriabadajoz.es

## Planta baja

Sala Elvas: Sala de Ponentes  
Pabellón A, junto al Hall de entrada: Exposición comercial, posters, cafetería y secretaría.

## Primera planta

Sala Albuquerque: Sesiones.  
Restaurante: Almuerzo de trabajo.

## Secretaría

Durante la celebración de la Reunión, la secretaría estará ubicada en el pabellón A junto al hall principal de la Institución Ferial de Badajoz IFEBA, donde se realizará la entrega de documentación a los participantes.

## Horario de secretaría:

Miércoles, 7 de octubre ..... de 16:30 a 20:30 h  
Jueves, 8 de octubre..... de 08:00 a 19:00 h  
Viernes, 9 de octubre..... de 08:00 a 13:30 h

## Cuotas de inscripción

250 € (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 7 de octubre)
- Cafés los días 8 y 9 de octubre
- Almuerzo de trabajo (jueves 8 de octubre)
- Cena oficial (jueves 8 de octubre)
- Cóctel de despedida (viernes 9 de octubre)
- Programa final y libro de resúmenes

## Almuerzo de trabajo

El jueves 8 de octubre se servirá un almuerzo de trabajo para todos los participantes inscritos en el restaurante de la sede de la Reunión.

## Idioma

Todas las sesiones serán en español.

## Web de la Reunión

www.sethepatico.org

## Exposición comercial

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

## Hoteles oficiales\*

### Hotel NH Gran Casino de Extremadura

Avda. Adolfo Díaz Hambrona, 11 - Badajoz  
☎ 924 284 402

### Hotel AC Badajoz

Avda. de Elvas, s/n  
Urb. Jardines del Guadiana - Badajoz  
☎ 924 286 247

### Hotel Zurbarán

Gómez de Solís, s/n - Badajoz  
☎ 924 001 400

### Hotel Badajoz Center

Avda. Damián Téllez Lafuente, s/n - Badajoz  
☎ 924 212 000

### Hotel Río Badajoz

Avda. Adolfo Díaz Hambrona, 13 - Badajoz  
☎ 924 272 600

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

\*Hoteles oficiales en la fecha de publicación de este programa.

## Información general (cont.)

### Traslados

Para la XVII Edición se han previsto los siguientes traslados desde los hoteles hasta la Institución Ferial de Badajoz IFEBA y viceversa. IFEBA está ubicada en la Avenida que une Portugal con Badajoz, pudiéndose acceder al centro de Badajoz en escasos minutos vía automóvil o bus.

Horarios de salida de los autocares de la Reunión:

#### Miércoles, 7 de octubre

17:15 h Desde los hoteles oficiales hasta IFEBA.

17:10 h Desde el aeropuerto de Badajoz hasta IFEBA.  
(Llegada del vuelo IB 8304 procedente de Madrid).

21:45 h Desde IFEBA hasta los hoteles oficiales.

#### Jueves, 8 de octubre

08:15 h Desde los hoteles oficiales hasta IFEBA.

19:15 h Desde IFEBA hasta los hoteles oficiales.

20:30 h Desde IFEBA hasta los hoteles oficiales.

21:00 h Desde los hoteles oficiales hasta el Hotel São João de Deus (Elvas, Portugal) donde se celebra la Cena Oficial.

#### Viernes, 9 de octubre

08:00 h Desde los hoteles oficiales hasta IFEBA.

13:30 h Desde IFEBA hasta el aeropuerto de Badajoz.  
(Salida del vuelo IB8315 con destino Barcelona).

14:30 h Desde IFEBA hasta los hoteles oficiales.

## Programa social

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

### Cóctel de bienvenida

**Miércoles, 7 de octubre de 2009 a las 21:00 h**

En la zona de exposición comercial de la Institución Ferial de Badajoz IFEBA.

### Cena oficial

**Jueves, 8 de octubre de 2009**

**Hotel São João de Deus**

Largo São João de Deus, 1

7350 Elvas - Portugal

☎ 00 351 268 639 220

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

*El Hotel São João de Deus se construyó en 1641 por orden del Rey João IV. El cuerpo de este edificio estaba destinado a albergar la administración del ejército de Elvas. Debido a una epidemia de cólera durante el siglo siguiente, pasó a ser enfermería militar por estar unido al Convento de São João de Deus donde funcionaba el Hospital Militar. Posteriormente se utilizó como almacén para reparar las piezas de artillería y fue entonces cuando se abrió el segundo arco bajo el edificio para facilitar el tránsito en la ciudad.*

### Traslados:

- A las 21:00 h, salida de autocares desde los hoteles oficiales.
- Al finalizar la cena, salida del primer autocar. El resto de autocares saldrán sucesivamente a medida que se llenen.

### Cóctel de despedida

**Viernes, 9 de octubre de 2009 a las 13:30 h**

En el hall principal de la Institución Ferial de Badajoz IFEBA.

# 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

Primera planta de la Institución Ferial de Badajoz IFEBA.

Los posters estarán expuestos a lo largo de toda la Reunión. Los posters deberán ser colocados antes de las 9:00 h del jueves, 8 de octubre y retirados antes de las 13:30 h del viernes, 9 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 y libro de resúmenes.

La organización de la Reunión queda exenta de cualquier responsabilidad sobre los posters que permanezcan expuestos en los paneles de póster a partir de las 13:30 h del viernes.

## Equipos audiovisuales

Las salas de sesiones están equipadas únicamente para proyección por ordenador (PC-MS PowerPoint) y ya disponen de ordenador, por lo que no se podrán utilizar ordenadores personales.

## Presentaciones en la web de la SETH

Como ya es habitual, después de la celebración de la Reunión, en la web de la SETH 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.

## Ponentes y autores de presentaciones orales

Para la entrega de las presentaciones, acudir a la “Sala de Ponentes” situada en la Sala Elvas (planta baja) de la Institución Ferial de Badajoz IFEBA.

### Horario de la Sala de Ponentes:

Miércoles, 7 de octubre ..... de 16:30 a 20:30 h

Jueves, 8 de octubre ..... de 08:00 a 19:00 h

Viernes, 9 de octubre ..... de 07:30 a 13:30 h

Los participantes deberán presentar su *Pendrivel* o CD 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 sean entregadas con la antelación antes indicada.

## Cuadro de sesiones

Miércoles 7	Jueves 8	Viernes 9
	Secretaría y Exposición	Secretaría y Exposición
		Comunicaciones orales III 08:30-09:30
	Mesa redonda I Desde la experiencia 09:00-10:30	Mesa redonda II Desarrollo profesional de enfermería 09:30-11:00
	Visita posters y café 10:30-11:00	Visita posters y café 11:00-11:30
	Comunicaciones orales I 11:00-12:30	Comunicaciones orales IV 11:30-12:30
		Clausura 12:30-13:00
	Defensa de posters 12:30-13:30	Cóctel de despedida 13:30
	Almuerzo de trabajo 13:30-15:30	
	Ponencias I y II 15:30-17:00	
	Visita posters y café 17:00-17:30	
	Comunicaciones orales II 17:30-18:30	
Entrega documentación 16:30 a 20:30	Experiencia de vida 18:30-19:00	
Mesa redonda inaugural Commemoración 25 años del primer trasplante hepático 18:30-20:30	Asamblea 19:00-19:30	
Inauguración oficial 20:30-21:00		
Cóctel de bienvenida 21:00-22:00	Cena oficial Salida autocares 21:00	

## Programa científico

### Miércoles, 7 de octubre

18:30 - 20:30 h

#### Mesa redonda inaugural.

#### Commemoración 25 años del primer trasplante hepático

Moderadores: Guillermo Solórzano Peck (Badajoz) y José Luís Montero Álvarez (Badajoz)

#### Introducción

Rafael Matesanz Acedos (Madrid)

#### Primer trasplante hepático de España y evolución del programa del Hospital Universitario de Bellvitge en 25 años

Eduardo Jaurrieta Mas (Barcelona)

#### Los últimos progresos en el tratamiento en las complicaciones de la cirrosis hepática

Joan Rodés Teixidor (Barcelona)

#### Futuro del trasplante hepático

Evaristo Varo Pérez (Santiago de Compostela)

20:30 - 21:00 h

#### Inauguración oficial

21:00 - 22:00 h

#### Cóctel de bienvenida

### Jueves, 8 de octubre

09:00 - 10:30 h

#### Mesa redonda I.

#### Desde la experiencia

Moderadores: José Vicente García Núñez (Badajoz)

y M.<sup>a</sup> Soledad Sánchez López (Badajoz)

#### La preparación del paciente candidato a trasplante hepático

Encarnación Díaz Sillero (Córdoba)

#### Dificultades técnicas y organizativas en el trasplante hepático

Vanessa Vilar Mata (Málaga)

#### Inmunosupresión en el trasplante hepático. 20 años de experiencia en UCI

Miguel Sanz Moncusi (Barcelona)

#### Planes de cuidados estandarizados

Germán García González (Santa Cruz de Tenerife)

## Programa científico (cont.)

10:30 - 11:00 h

### Visita posters y café

11:00 - 12:30 h

### Comunicaciones orales I

Moderadora: M.<sup>a</sup> Jesús Legarre Gil (Madrid)

0-1

#### Donante vivo en el trasplante hepático infantil

C. Vallès Guerra, R. Escobar Fornieles

*Coordinación de Trasplantes, Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona*

0-2

#### Actividades en la promoción e información de la donación de órganos en los adolescentes

J. del Viejo Escolar

*Coordinación de Trasplantes, Servicio Extremeño de Salud, Badajoz*

0-3

#### Métodos de valoración nutricional en pacientes en lista de pre-trasplante hepático

M.T. García Rodríguez, M.C. Piñon Villar

*Digestivo, Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, A Coruña*

0-4

#### Resultados del proceso de evaluación pre-trasplante hepático en nuestra unidad

F. Carrasco Tello, P. Gullón, C. García Alegre, D. López Reino, J. Moreno de la Cruz, I. Narváez, J. Ortiz Soltero,

A. Para Periañez, C. Sánchez-Simón Pérez, M. Tinoco

*Aparato Digestivo, Hospital Infanta Cristina Badajoz, Badajoz*

12:30 - 13:30 h

### Defensa de posters

13:30 - 15:30 h

### Almuerzo de trabajo

15:30 - 17:00 h

### Ponencias I y II

Moderador: Julia del Viejo Escolar (Badajoz)

#### Ponencia I:

##### Causas evitables de pérdidas de donantes: detección y negativa familiar

Purificación Gómez Marinero (Alicante)

#### Ponencia II:

##### Influencia de la actitud de los profesionales sanitarios en el proceso de donación

Carmen Segovia Gómez (Madrid)

17:00 - 17:30 h

### Visita posters y café

17:30 - 18:30 h

### Comunicaciones orales II

Moderadora: Alicia Muñoz Ortiz (Madrid)

0-5

#### Soporte formativo para las enfermeras de trasplante: uso de una guía actualizada en quirófano

M. Calzón Morilla, L. García Mera, M. J. Bohórquez Camacho, M. Domínguez Duran, A. Lama Florencio

*Quirófanos de Urgencias, Hospital Universitario Virgen Del Rocío, Sevilla*

0-6

#### Prevención del riesgo de deterioro de la integridad cutánea durante el trasplante hepático

M. V. Becerra Sueiro, A. R. García Placín, P. Sande Cruz, A. Rodríguez Cheda, C. Viqueira Vereza, E. Varo Pérez

*Bloque Quirúrgico, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, A Coruña*

0-7

#### Comprobación del crecimiento bacteriano de la zona quirúrgica corporal a lo largo del tiempo de la cirugía

M. Armingol Ramirez<sup>1</sup>, J. V. García Nuñez<sup>1</sup>, P. Tena<sup>1</sup>, M. A. Bote<sup>1</sup>, M. J. de Miguel<sup>1</sup>, J. C. Terron<sup>1</sup>, M. Fajardo<sup>2</sup>

*1, Cirugía Hepatobiliar. 2, Laboratorio Microbiología, Hospital Infanta Cristina, Badajoz*

0-8

#### Lesiones debidas a un posicionamiento quirúrgico erróneo del paciente en el trasplante hepático

E. Coll del Rey<sup>1</sup>, E. Sáenz Francés<sup>1</sup>, C. Martín Cebrián<sup>1</sup>, M. Celma Vicente<sup>2</sup>

*1, Servicio de cirugía general y del aparato digestivo. Equipo de trasplante hepático. Granada. 2, Escuela Universitaria de Enfermería Virgen de las Nieves, Granada*

## Programa científico (cont.)

18:30 - 19:00 h

### Experiencia de vida

Moderadora: Pilar Gullón Chacón (Badajoz)

Ponente: Roberto González Gil (Badajoz)

19:00 - 19:30 h

### Asamblea

21:00 h

Salida de autocares desde los hoteles oficiales hacia la **Cena Oficial**

## Viernes, 9 de octubre

08:30 - 09:30 h

### Comunicaciones orales III

Moderadora: M.<sup>a</sup> Dolores Martínez Vicente (Murcia)

0-9

#### Análisis de las intervenciones enfermeras en los pacientes trasplantados hepáticos por Polineuropatía amiloideótica familiar (PAF)

E. López, A. Padró

*Instituto de Enfermedades Digestivas y Metabólicas, Hospital Clínic, Barcelona*

0-10

#### Seguimiento y cuidados de la malla de Goretx en el trasplante hepático pediátrico en el Hospital Infantil La Paz

A. Carnes Coletto, V. Fernández Dieguez, A. Ruiz Cagigas, J. Usero Moreno, C. Gómez Aragón

*Cuidados Intensivos Pediátricos, Hospital Universitario La Paz, Madrid,*

0-11

#### Revisión de la infección postoperatoria en los pacientes sometidos a trasplante hepático en el Hospital Infanta Cristina

E. Palacios Fuentes<sup>1</sup>, O. Risco Romero<sup>1</sup>, D. Fernández Ruiz<sup>1</sup>, R.M. Gil Ruiz<sup>1</sup>, M. Arias Cordero<sup>1</sup>, C. López Rodríguez<sup>1</sup>, C. Bermejo Pajares<sup>1</sup>, I. Nogales García<sup>1</sup>, N. Alfonso García<sup>1</sup>, G. Blanco Fernández<sup>2</sup>, D. López Guerra<sup>3</sup>, M.S. Medina Asensio<sup>4</sup>, I. Barrantes Pacheco<sup>4</sup>, I. González González<sup>4</sup>, M.D. Ruiz González<sup>4</sup>

*1, Enfermera Cirugía Hepatobiliopancreática y Trasplante Hepático. 2, Cirujano especialidad Digestivo y Trasplante Hepático. 3, Residente Cirugía y Trasplante Hepático. 4, Auxiliar Enfermería Cirugía Hepatobiliopancreática y Trasplante Hepático, Hospital Infanta Cristina, Badajoz*

0-12

#### Calidad de vida percibida tras el trasplante hepático (TH)

F. Carrasco, C. García, P. Gullón, D. López, J. Moreno, I. Narváez, J. Ortiz, A. Para, C. Sánchez-Simón, M. Tinoco

*Unidad de Trasplante Hepático. Unidad de Enfermería de Aparato Digestivo. Hospital Infanta Cristina, Badajoz*

09:30 - 11:00 h

### Mesa redonda II.

#### Desarrollo profesional de enfermería

Moderadora: Pepa Benavente Sanguino (Badajoz)

#### El desarrollo académico de la enfermería española

Cristina Cuevas Santos (Madrid)

#### Las especialidades: vías de desarrollo laboral

Cristina Fernández Álvarez (Gijón)

#### La contribución del CGE al desarrollo profesional enfermero

Rafael Lletget Aguilar (Madrid)

11:00 - 11:30 h

### Visita posters y café

11:30 - 12:30 h

### Comunicaciones orales IV

Moderadora: Mónica Arias Cordero (Badajoz)

0-13

#### Cuidados de enfermería en el postoperatorio inmediato en UCI y complicaciones precoces del paciente trasplantado de hígado en el Hospital Universitario Infanta Cristina de Badajoz

M. Majado García

*Servicio de UCI, Hospital Universitario Infanta Cristina, SES, Badajoz*

## Programa científico (cont.)

0-14

### Fisioterapia en el paciente con trasplante hepático

M.D. Bueno Torres<sup>1</sup>, V. Donoso González<sup>1</sup>, A.I. Ramajo Pavo<sup>2</sup>

1, UCI, Hospital Infanta Cristina, Badajoz. 2, Dirección de Enfermería, Hospital Infanta Cristina, Badajoz

0-15

### Percepción de la información que recibe el paciente THO en su proceso pre y pos-THO

E. Martínez Gómez, A. Orobitg Pulido, S. Gimeno Lázaro, R. López Matoses, A. Gelde Serrano

Unidad de Cirugía Hepática, Hospital La Fe, Valencia

0-16

### Medición de los conocimientos del paciente trasplantado hepático al alta hospitalaria con enfoque metodología enfermera

F.M. Arenas González, S. Padín López, A.C. González Escobosa, J. Montiel Murillo

Servicio de Cirugía General, Digestiva y Trasplantes, Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga

12:30 - 13:00 h

### Clausura de la Reunión

Pedro Lozano Llamazares (Badajoz)

13:30 h

### Cóctel de despedida

13:30 h

Salida de autocares hacia el aeropuerto (vuelos a Barcelona y vía Barcelona)

14:30 h

Salida de autocares hacia los hoteles

## Resúmenes de los ponentes invitados

### MESA REDONDA I: Desde la experiencia

#### Dificultades técnicas y organizativas en el trasplante hepático

Vanessa Viar Mata

Enfermera del equipo de trasplante hepático, Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga

#### INTRODUCCIÓN

Desde el 1º trasplante hepático de la historia hasta hoy día, el proceso ha ido evolucionando paso a paso pero continuamente.

Paralelamente, en el Hospital Regional Universitario Carlos Haya de Málaga, desde el 1º trasplante hasta la actualidad los protocolos y planes de cuidados han ido avanzando mucho y, por ello, simplificándose debido a la experiencia haciéndose mas funcionales, lo cual dando menos lugar a error. Aún así, con el paso de los años las dificultades y problemas que se presentan desaparecen para aparecer unas nuevas que buscan solución.

#### OBJETIVOS

- El principal objetivo es *solucionar los problemas técnicos y organizativos* que surgen en el trasplante hepático.
- *Crear protocolos nuevos* que guíen a los profesionales de nueva integración en el equipo o de otros centros hospitalarios en su iniciación.
- Destacar la *importancia del registro de cuidados de Enfermería* y de la puesta en práctica de los *planes de cuidado*.
- *Dar a conocer nuestra experiencia* y nuestras dificultades para que no se repitan en otros centros hospitalarios.

#### MATERIAL Y MÉTODO

Los problemas de tipo técnico son los primeros que surgen cuando comienza el programa de trasplante Hepático, ya sea por falta de espacio físico en el Hospital o falta de medios, todo esto hay que ir solucionándolo con la ayuda de la dirección del hospital. Posteriormente, van apareciendo problemas de tipo organizativos, que se van a ir sucediendo unos a otros. El papel de la Enfermería a la hora de solventar estas dificultades es fundamental, porque sin él no sería posible el trasplante hepático.

#### EVALUACIÓN

El trabajo continuo del equipo de trasplante hepático es fundamental a la hora de superar las dificultades que se presentan.

La creación de protocolos, así como el empleo de planes de cuidados de Enfermería, es la herramienta fundamental para evitar los problemas. Además de esto, compartir las experiencias es de vital importancia para no repetir los mismos errores que han surgido en otros centros hospitalarios.

#### CONCLUSIÓN

El papel de la Enfermería es fundamental a la hora de la organización del trasplante hepático, porque la correcta coordinación del equipo depende de ella. En numerosas ocasiones, la solución de las dificultades que se presentan corresponde a la Enfermería y, por ello, debemos estar preparados y formados para hacerles frente y que el resultado final sea siempre exitoso. No olvidando nunca la necesidad e importancia del registro de Enfermería y del seguimiento de los planes de cuidados.

#### Inmunosupresión en el trasplante hepático. 20 años de experiencia en UCI

Miquel Sanz

Coordinador Asistencial UCI/Unidad de intermedios, Instituto de Enfermedades Digestivas y Metabolismo, Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona

El Hospital Clínic de Barcelona inició el programa de trasplante hepático en Junio del 1988, el principal inmunosupresor en ese momento era la ciclosporina.

La introducción de la ciclosporina en los años 80 y la coincidencia con una serie de importantes avances en la técnica quirúrgica así como una mejor selección de los candidatos, hizo que la supervivencia post-trasplante hepático experimentara un extraordinario incremento en todos los programas. Posteriormente la aparición de nuevos inmunosupresores como el tacrolimus, con una acción muy similar a la ciclosporina pero mucho más potente, supuso un nuevo paso hacia la disminución de la incidencia y agresividad del rechazo. Ya más recientemente, nuevos productos han contribuido a aumentar la seguridad de la inmunosupresión en estos pacientes, como el micofenolato, sirolimus, everolimus y anticuerpos antireceptor de interleucina-2 (basiliximab y daclizumab). Los últimos fármacos en entrar en escena, alemtuzumab, y el belatacept, deberán establecer su rol en la inmunosupresión del trasplante hepático.

Podemos decir que al inicio todos los programas de trasplante hepático incluido el del Hospital Clínic, siguieron protocolos estrictos de inmunosupresión, pero posteriormente se estableció que la actitud más correcta era la de administrar una inmunosupresión individualizada, ajustando a cada paciente no sólo la dosis sino también los fármacos, de acuerdo al riesgo estimado de rechazo y de efectos secundarios en cada paciente concreto. La manipulación del sistema inmune hacia la tolerancia completa del injerto empieza a ser una realidad, aunque debe definirse mejor las características de los pacientes tolerantes.

## Resúmenes de los ponentes invitados (cont.)

En definitiva, la pérdida del injerto se da tan sólo en un 2% de los pacientes, por lo que se puede decir que la inmunosupresión actual es muy eficaz en cuanto a sus objetivos: la prevención y la reversión del rechazo.

### Planes de cuidados estandarizados

M<sup>a</sup> Ángeles Tirado Trujillos, Germán García González  
Hospital Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife

En Abril del año 1.996 se realiza en el Hospital Universitario de Ntra. Sra. de Candelaria (HUNSC) el primer trasplante hepático. El candidato que abre la lista, es un varón de 44 años de edad. Tanto la intervención como el postoperatorio fueron un éxito y se consiguió hacer realidad una gran aventura: nuestro hospital se convirtió en el centro regional de referencia para trasplante hepático de la Comunidad Autónoma de Canarias.

En un principio, aunque el personal que formábamos el equipo de enfermería estábamos adiestrados en el manejo del paciente quirúrgico, la atención al paciente trasplantado constituía todo un reto y nos "obligaba" a aprender todos los días y a mantenernos actualizados.

Nuestra experiencia nos ha sido de mucha utilidad y queríamos ofrecer la posibilidad de que el personal de nueva incorporación a la unidad, tuviera una guía que les orientara sobre cómo abordar los cuidados de estos pacientes. Por ello, creímos que elaborar un Plan de Cuidados Estandarizado podría serles de gran utilidad, porque identifica de forma previsible, los problemas resueltos y los que quedan por resolver, e informa de la evolución del paciente en respuesta a las intervenciones de enfermería.

Para elaborar este plan de cuidados creímos fundamental partir de la situación real de los pacientes que nos ingresaban desde la Unidad de Medicina Intensiva (UMI), tras ser intervenidos de trasplante hepático y para ello revisamos todos los registros de Valoración de Enfermería al Ingreso según Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon. Del total de los registros del año 2008, obtuvimos un listado de diagnósticos de enfermería asociados a patrones disfuncionales y realizamos una comprobación para descartar que los resultados estuvieran influidos por otros factores, revisando también los registros de valoración al ingreso de los pacientes que fueron trasplantados en los primeros 6 meses del año 2009.

Posteriormente seleccionamos los diagnósticos que considerábamos más importantes y que eran abordables desde el punto de vista de la enfermería y en base a dichos diagnósticos elaboramos el Plan de Cuidados, incluyendo aquellas intervenciones y actividades que por consenso se adaptaban a nuestra sistemática de trabajo.

Este Plan de Cuidados nos ha sido útil no sólo durante la hospitalización, sino también para la planificación del alta.

## EXPERIENCIA DE VIDA

### Experiencia de un paciente trasplantado

Roberto González Gil  
Badajoz

Me llamo Roberto González Gil, tengo 53 años. El próximo día 11 se cumplen 2 años de mi trasplante hepático por cirrosis etílica.

### MI HISTORIA

El 9 de enero de 2004 acudo al centro de salud de mi localidad y me envían a urgencias del Hospital Infanta Cristina quedando ingresado 25 días.

Diagnóstico: HEPATOPATIA CRÓNICA DE ORIGEN ALCOHÓLICO, LOE HEPÁTICA PENDIENTE DE COMPLEMENTAR ESTUDIOS. Vuelvo a ingresar el día 12 de febrero con una estancia de 5 días. Diagnóstico: SE REALIZA PUNCIÓN GUIDAL CON ECOGRAFÍA DE LA MASA HEPÁTICA DEL LÓBULO INFERIOR DERECHO. El informe anatomo-patológico confirma la benignidad de la lesión.

A partir de aquí, asisto periódicamente a las terapias de desintoxicación. A pesar de ello no dejo de tomar del todo. Tras varios ingresos en el año 2006-2007 llegó el diagnóstico definitivo y soy candidato a trasplante.

El último ingreso fue en mayo de 2007 con una estancia de 44 días, siendo el diagnóstico "Descompensación Hidrópica, Hiponatremia Grave, Hiperpotasemia".

### MI IMPLANTE

El 19 de septiembre 2007 recibo una llamada para ingresar. Tras varias pruebas al hígado donante, el órgano no es óptimo. Una vez me lo comunican me decepciono, pensando que había perdido la oportunidad. Me vuelven a llamar el 10 de octubre a las 12 de la noche, entrando en quirófano a las 10 de la mañana del día 11. Paso 4 días en UCI, pasando a planta el 16, donde permanezco 20 días.

### MI VIDA TRAS EL TRASPLANTE

Los primeros días en casa eran de alegría por seguir vivo, pero pensando que sería un minusválido con graves problemas de salud y dependiente. Poco a poco esa idea va desapareciendo. A los 3 meses de mi estancia en domicilio me siento feliz y lleno de salud.

### MI VIDA ACTUAL

A día de hoy llevo una vida bastante normal. Mi alimentación es prácticamente normal, como de todo, evitando la sal y los alimentos que llevan potasio.

### MEDICACIÓN

Tomó los inmunosupresores y un protector gástrico.

Y para terminar, agradecer el apoyo de mi familia, la generosidad de la FAMILIA DEL DONANTE, y al equipo Médico-Sanitario que trabajada y han conseguido que hoy tenga salud. Y por último, animar a todos a que promoviésemos la donación por que como se suele decir, sin donante, no hay trasplante.

## Resúmenes de las comunicaciones orales

### 0-1

#### Donante vivo en el trasplante hepático infantil

Carmen Vallès Guerra, Roser Escobar Fornieles  
Coordinación de Trasplantes, Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona

### INTRODUCCIÓN

Para hacer frente a la diferencia creciente entre la necesidad y número de órganos disponibles procedentes de cadáver, se han propuesto diferentes estrategias, entre las que figura la obtención de injertos de donante vivo.

A parte de aumentar el fondo de órganos disponibles, el Trasplante Hepático de donante vivo permite programar la intervención, prever los recursos necesarios y anticiparnos a sus necesidades.

Este aspecto es especialmente crítico en los niños pendientes de trasplante hepático.

A diferencia de los candidatos a Trasplante Renal que pueden someterse a diálisis sustitutiva, no existe hoy en día ningún equipo o dispositivo médico que, de forma efectiva y eficiente, permita suplir la función del hígado.

Son los aspectos éticos de esta intervención, especialmente el consentimiento libre e informado y la relación o vínculo entre el receptor y el donante, los puntos más críticos de estos programas.

### OBJETIVOS

1. Exponer el protocolo administrativo a seguir en estos casos.
2. Dar a conocer las particularidades organizativas de este procedimiento.
3. Resaltar los puntos clave de este tipo de Trasplante.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Nos basamos en el estudio retrospectivo de los datos recogidos en los diferentes casos realizados en nuestro hospital. Estudiamos estos datos y con la información obtenida, elaboramos un check-list que nos servirá de guía para los siguientes Trasplantes.

### CONCLUSIONES

Los trasplantes hepáticos procedentes de Donante Vivo requieren una organización y unos recursos especiales. Al tratarse de una cirugía programada permite disponer del tiempo suficiente para hacer esa previsión y prever las incidencias que puedan surgir, adelantándonos a las necesidades.

Es básico disponer de una herramienta de trabajo o lista de verificación que nos ayude en la organización de estos actos. Debido a la complejidad / especificidad de estas intervenciones, han de ser tratadas de manera individualizada y en este sentido es necesario tratarlas de forma multidisciplinaria.

### 0-2

#### Actividades en la promoción e información de la donación de órganos en los adolescentes

Julia del Viejo Escolar  
Coordinación de Trasplantes, Servicio Extremeño de Salud, Badajoz

### INTRODUCCIÓN

La población joven es el grupo con mejor predisposición a la donación. El grado de información y el conocimiento de los diferentes aspectos relacionados con la donación y el trasplante tienen una importante influencia sobre la postura personal hacia el tema.

### METODOLOGÍA

Desde las transferencias sanitarias se han realizado más de 65 charlas en IES, impartidas por coordinadores de trasplantes, dirigidas a cuarto de la E.S.O. Coloquio después del pase de la película ESPERANZA.

### CONCLUSIONES

Tras la actividad se objetiva una actitud favorable hacia la donación, y una comprensión positiva sobre conceptos como: Muerte encefálica, distribución de órganos, consentimiento familiar, etc.

# Resúmenes de las comunicaciones orales (cont.)

0-3

## Métodos de valoración nutricional en pacientes en lista de pre-trasplante hepático

M.<sup>a</sup> Teresa García Rodríguez, M.<sup>a</sup> Carmen Piñón Villar  
*Digestivo, Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, A Coruña*

### INTRODUCCIÓN

Las enfermedades hepáticas dañan las células del hígado, pudiendo alterar su estructura; si esta situación se prolonga en el tiempo, da lugar a la CIRROSIS.

Algunos pacientes con cirrosis hepática avanzada, son candidatos a trasplante, siendo frecuente que el estado nutricional esté alterado debido a:

- Ingesta inadecuada
  - Metabolismo anormal de nutrientes
  - Digestión y absorción alterada de alimentos
- Esto provoca una elevada incidencia de desnutrición entre estos enfermos.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Se realiza una revisión bibliográfica en distintas bases de datos, para saber cuales son los métodos que se utilizan para conocer el estado nutricional.

Realización de la valoración nutricional mediante:

- Historia clínica (peso perdido, dieta, síntomas gastrointestinales, enfermedad hepática, etc.)
- Examen físico (presencia de edema, ascitis, etc.)
- Valoración global subjetiva (con preguntas estándar y examen físico)
- Parámetros analíticos (albúmina, prealbúmina, transferrina, factores de coagulación, etc.)
- Parámetros antropométricos (grosor pliegue cutáneo, perímetro braquial, índice de masa corporal, etc.)
- Otros (fuerza muscular, análisis de impedancia bioeléctrica, etc.).

### CONCLUSIONES

Para valorar el estado nutricional existen distintos métodos, los cuales tienen limitaciones cuando se aplican a pacientes con cirrosis descompensada debido a la presencia de retención de sales y agua, así como a la disfunción hepática; aún así los métodos que parecen más efectivos son la fuerza de agarre y la valoración global subjetiva.

0-4

## Resultados del proceso de evaluación pre-trasplante hepático en nuestra unidad

Francisca Carrasco Tello, Pilar Gullón, Carmen García Alegre, Dolores López Reino, Josefa Moreno de la Cruz, María Isabel Narváez, Joaquina Ortiz Soltero, Ana Para Periañez, Cayetana Sánchez-Simón Pérez, Manuel Tinoco  
*Aparato Digestivo, Hospital Infanta Cristina, Badajoz*

### INTRODUCCIÓN

El trasplante hepático (TH) es el mejor tratamiento para la enfermedad hepática terminal tanto en supervivencia como en calidad de vida. La adecuada selección del candidato a TH beneficia la optimización de los resultados. La enfermería es fundamental en el proceso de evaluación del posible receptor.

### OBJETIVOS

Estudio de la actividad del proceso de evaluación pretrasplante en nuestra Unidad y describir los resultados.

### PACIENTES Y MÉTODOS

Se han incluido todos los enfermos candidatos a TH evaluados en nuestra Unidad desde febrero de 2007 hasta febrero de 2009. El estudio estadístico es descriptivo.

### RESULTADOS

Se incluyen los 72 enfermos evaluados en el periodo reflejado, con una edad media de 53,75 ± 9,90 (22-68) años, de ellos 54 (75%) son hombres.

Se evaluaron ambulatoriamente 20 (27,8%) casos y hospitalariamente 52 (72,2%), con una estancia media de 7,69 ± 3,53 (2-21) días.

Las indicaciones incluyeron: 48 cirrosis (66,7%), 20 tumores (27,8%), 19 hepatocarcinomas). Cuatro presentaban ambas (5,6%).

Cuarenta y cinco (45) fueron por alcohol (62,5%), 10 VHC (13,9%), 5 VHB (6,9%), 3 VIH y VHC (4,2%), 3 colestásicas (4,2%) y 6 otras etiologías (8,3%).

Fueron aceptados 37 (52,2%), 21 electivos (29,1%) y 16 (23,2%) preferentes - 4 por insuficiencia hepatocelular (25%) y 12 por hepatocarcinoma (75%). Se rechazaron 35 - 10 (13,8%) por acumulo de factores de riesgo, 9 (12,5%) por exceder indicación y 16 (20,8%) por seguimiento.

### CONCLUSIONES

La evaluación pre-trasplante del enfermo candidato a TH es un proceso complejo, generador de un importante gasto sanitario. Sólo el 52,3% de los enfermos evaluados son incluidos en lista activa, de los cuales el 43% de forma preferente con los criterios aceptados en nuestra Unidad.

Abreviaturas: TH: trasplante hepático; VHB: virus B; VHC: virus C; VIH: virus del SIDA; PBE: peritonitis bacteriana espontánea; HDA: hemorragia digestiva alta; VEG: varices esófago-gástricas; PFR: prueba de función respiratoria.

0-5

## Soporte formativo para las enfermeras de trasplante: uso de una guía actualizada en quirófano

Manuel Calzón Morilla, Laura García Mera, M. José Bohorquez Camacho, Magdalena Domínguez Durán, Amparo Lama Florencio  
*Quirófanos de Urgencias, Hospitales Universitarios Virgen del Rocío, Sevilla*

Los continuos avances técnicos, así como la previsión del recambio generacional, hacen necesario plantear una herramienta adecuada que facilite la incorporación del personal al equipo de trasplante.

Un grupo de enfermeras pertenecientes al equipo, nos cuestionamos la utilidad de una guía actualizada como referencia y soporte. Se evaluó la necesidad de la misma mediante encuesta que se hizo extensiva a todo el personal de enfermería del equipo. Una vez determinada su pertinencia, se elaboró una guía actualizada que, dentro del marco N.A.N.D.A., N.I.C., describiera las actividades desarrolladas por las enfermeras de quirófano en los actos de trasplante realizados dentro de nuestro ámbito hospitalario.

Una vez aceptado como necesario el uso de soporte formativo, estimamos que una guía actualizada se manifiesta como una herramienta eficaz en el proceso de adaptación del personal de nueva incorporación.

El objetivo de nuestra comunicación es aprovechar este foro para dar a conocer el capítulo dedicado a trasplante hepático, compartiendo como hemos articulado el mismo para adecuarlo a nuestro ámbito

0-6

## Prevención del riesgo de deterioro de la integridad cutánea durante el trasplante hepático

M.<sup>a</sup> Victoria Becerra Sueiro, Ana Rosa García Placín, Pilar Sande Cruz, Armando Rodríguez Cheda, Clotilde Viqueira Vereá, Evaristo Varo Pérez  
*Bloque Quirúrgico, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, A Coruña*

### INTRODUCCIÓN

Las posturas mantenidas pueden lesionar la piel, por eso es necesario el almohadillado de las zonas en contacto con la mesa quirúrgica, cambiando los puntos de apoyo si fuese posible, cada dos o tres horas. Evitando las arrugas de las sábanas en las que descansa la piel, y las zonas húmedas a consecuencia del lavado previo, eliminando cualquier presión mecánica.

### OBJETIVO

Definir las acciones para prevenir el riesgo de la alteración de la integridad cutánea durante el intraoperatorio del trasplante hepático.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Utilizando el procedimiento establecido en el centro por el grupo de seguridad del paciente.

### RESULTADOS

Al finalizar el trasplante hepático el paciente no presentará eritemas en puntos de apoyo ni zonas de contacto. El paciente no presentará edemas en miembros inferiores ni en miembros superiores tras la intervención.

### CONCLUSIONES

Es imprescindible revisar la posición propuesta antes de la intervención. Disponer del equipo necesario para facilitar el procedimiento. Considerar una serie de factores para la evaluación de la integridad cutánea del paciente y siempre, en función de su importancia. Es muy importante el registro en la hoja quirúrgica de enfermería o soporte informático, la realización de los cuidados preventivos y de producirse alguna lesión, la descripción de sus características.

### BIBLIOGRAFÍA

- Atkinson U. Técnicas de quirófano de Berry y Kohn. Enfermería perioperatoria. 7ª ed. México: Interamericana-McGraw-Hill; P. 66-86.
- Díez Mendi, A. R. et al. Manual de prevención y cuidados locales de úlceras por presión. Servicio cántabro de salud. Santander, 2005.
- European Wound Management Association (EWMA). Position document: Identifying criteria for wound infection. London: MEP Ltd; 2005.
- National Institute for Clinical Excellence. Pressure ulcer risk assessment and prevention. NHS. 2001. Review 2005.
- Registered Nurses Association of Ontario. Risk assessment & prevention of pressure ulcers. Nursing Best Practice guideline. Revised March 2005. URL disponible en: <http://www.rnao.org/bestpractices>.

## Resúmenes de las comunicaciones orales (cont.)

0-7

### Comprobación del crecimiento bacteriano de la zona quirúrgica corporal a lo largo del tiempo de la cirugía

Mariano Armingol Ramirez<sup>1</sup>, José Vicente García Núñez<sup>1</sup>, Purificación Tena<sup>1</sup>, M.<sup>a</sup> Ángeles Bote<sup>1</sup>, M.<sup>a</sup> José De Miguel<sup>1</sup>, Juan Carlos Terrón<sup>1</sup>, Miguel Fajardo<sup>2</sup>  
1, Cirugía Hepatobiliar. 2, Laboratorio Microbiología, Hospital Infanta Cristina, Badajoz

Este estudio, pretende comprobar si las medidas protocolizadas de asepsia sobre la zona de incisión quirúrgica son correctas y por tanto se consigue el efecto deseado que es la eliminación de la flora bacteriana preexistente, así como la no proliferación después de un tiempo largo de cirugía. Para ello se ha procedido a tomar muestras antes, durante y después de la cirugía, tanto de la piel alrededor de la incisión como de los bordes quirúrgicos.

El material utilizado ha sido:

- Cápsulas centimetradas con material de cultivo
- Botes estériles con suero fisiológico para recogida de las muestras de los bordes.

El método empleado ha sido:

- Recoger una muestra justo antes de proceder al desinfectado de la zona.
- Una muestra del borde de la incisión justo al empezar la cirugía.
- Una muestra del borde de la incisión justo al finalizar la cirugía.
- Una muestra justo antes de proceder a limpiar las heridas a poner apósitos.

Todas estas muestras son llevadas al laboratorio de Microbiología, donde son procesadas y donde se cuentan el número de bacterias por centímetro cuadrado, en el caso de la piel y el número de bacterias por peso de la muestra en el caso de las tomas de los bordes quirúrgicos.

La conclusión del presente estudio es que las medidas de asepsia protocolizadas usadas en el quirófano de Cirugía Hepatobiliar, eliminan la flora bacteriana preexistente y mantienen dicha eliminación a lo largo del tiempo de la cirugía, siendo por tanto totalmente acertadas.

0-8

### Lesiones debidas a un posicionamiento quirúrgico erróneo del paciente en el trasplante hepático

Eugenio Coll del Rey<sup>1</sup>, Elena Sáenz Francés<sup>1</sup>, Carmen Martín Cebrián<sup>1</sup>, Matilde Celma Vicente<sup>2</sup>  
1, Servicio de cirugía general y del aparato digestivo. Equipo de trasplante hepático. Granada. 2, Escuela Universitaria de Enfermería Virgen de las Nieves, Granada

#### ANTECEDENTES

En las intervenciones de trasplante hepático, como en todos los procesos quirúrgicos de larga duración, es sumamente importante el posicionamiento correcto del paciente sobre la mesa de intervenciones. Las posturas erróneas, la inmovilidad continuada o la falta de protección en zonas de alto riesgo pueden producir no sólo un retraso en la recuperación del paciente sino también disconfort y dolores que pueden durar, en algunos casos, meses. Este trabajo tiene dos objetivos principales. El primero es determinar la incidencia y las lesiones que el paciente puede sufrir debidas a un posicionamiento quirúrgico erróneo. El segundo es aconsejar a las enfermeras perioperatorias a cargo de estos pacientes sobre estos problemas.

#### MATERIALES Y MÉTODOS

Se utilizó un cuestionario propio no validado sobre parestias, parestias, dolor de espalda, alopecia occipital y otras lesiones cutáneas debidas a mal posicionamiento. Las entrevistas se realizaron durante el postoperatorio en la unidad de cuidados intensivos, o en la planta. Algunos pacientes fueron entrevistados por teléfono tras el alta.

#### RESULTADOS

Se intervinieron 158 pacientes de trasplante hepático en el Hospital General Universitario Virgen de Las Nieves de Granada entre abril de 2002 y enero de 2009. 115 pacientes fueron encuestados: 78 hombres (67,8%) y 37 mujeres (32,2%), con edades entre 19 y 68 años. 2 pacientes (1,7%) sufrieron lesión neurovascular periférica, 26 (22,6%) se quejaron en el postoperatorio de dolor de espalda y 7 pacientes, (6,1%) padecieron lesión cutánea occipital tras la cirugía.

Palabras Clave: Trasplante Hepático, Posición Quirúrgica, Posicionamiento, Lesión Neurovascular Periférica.

0-9

### Análisis de las intervenciones enfermeras en los pacientes trasplantados hepáticos por Polineuropatía amiloidótica familiar (PAF)

Eva López, Ana Padró  
Instituto de Enfermedades Digestivas y Metabólicas, Hospital Clínic, Barcelona

#### INTRODUCCIÓN

La PAF, enfermedad hereditaria, sistémica y progresiva, caracterizada por alteraciones sensitivo-motoras y gastrointestinales, puede provocar complicaciones que repercuten en la calidad de vida del paciente, antes y después del trasplante. Estos pacientes precisan de unas intervenciones enfermeras preventivas, basadas en la educación sanitaria.

#### OBJETIVO

Conocer las intervenciones enfermeras que se realizan en los pacientes afectados de PAF para mejorar su calidad de vida.

#### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo basado en la revisión bibliográfica sobre la PAF, así como de la historia clínica de los pacientes diagnosticados de la enfermedad y trasplantados hepáticos (TH) en el Hospital Clínic de Barcelona, desde febrero del 2001 hasta diciembre 2008.

#### RESULTADOS

Durante el período indicado, en nuestro centro se han trasplantado 35 pacientes, 17 mujeres y 18 hombres. La edad media en el momento del TH era de 43 años. Las principales afecciones presentadas fueron alteraciones sensitivas (89%), motoras (54%) y alteraciones gastrointestinales (57%). En todos ellos se realizaron intervenciones dirigidas a mantener la integridad cutánea, prevenir caídas y evitar alteraciones hidroelectrolíticas. Sólo en 1 caso se produjo una quemadura de tercer grado y no se registró ninguna caída.

#### CONCLUSIONES

Las intervenciones enfermeras en estos pacientes son efectivas para prevenir las complicaciones que se derivan de la patología antes y después del trasplante, mejorando así su calidad de vida. En un futuro, las intervenciones deberán extenderse a otros aspectos como la impotencia y la transmisión genética.

0-10

### Seguimiento y cuidados de la malla de Goretex en el trasplante hepático pediátrico en el Hospital Infantil La Paz

Alejandro Antonio Carnes Coletto, Verónica Fernández Diéguez, Andrea Ruíz Cagigas, Lucía Usero 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 interviene de forma activa en el cuidado del niño portador de una malla de Goretex en el post-operatorio inmediato del niño trasplantado.

Es frecuente la colocación de esta malla, debido a la desproporción que existe, en muchas ocasiones, entre el tamaño de la cavidad abdominal del niño y del órgano donado. De esta manera, se pretenden evitar los efectos isquémicos producidos por una compresión abdominal excesiva en el órgano trasplantado, favoreciendo así la respuesta adecuada del injerto y el éxito del trasplante

#### OBJETIVO

Describir los cuidados de enfermería de la herida quirúrgica que tenga malla de Goretex, en el post-operatorio inmediato del niño trasplantado de hígado.

#### METODOLOGÍA

Se trata de un estudio observacional descriptivo basado en los cuidados de enfermería individualizados.

#### CONCLUSIONES

En los últimos diez años hemos realizado en el Hospital Infantil La Paz 227 trasplantes de hígado de edades comprendidas entre 1 mes y 17 años, de los cuales han sido de donante vivo 72 (32%).

De todos los trasplantes hepáticos han necesitado una malla de Goretex 68 (30%) lo que depende de la técnica quirúrgica utilizada, de la edad y medidas antropométricas del receptor y tamaño del órgano donado.

Los cuidados de enfermería por turno contribuyen a la evolución favorable de la intervención, evitando la infección de los bordes de la incisión quirúrgica y al cierre progresivo de la pared abdominal y de la herida quirúrgica, disminuyendo el tiempo de estancia en CIP y mejorando su calidad de vida.

# Resúmenes de las comunicaciones orales (cont.)

0-11

## Revisión de la infección postoperatoria en los pacientes sometidos a trasplante hepático en el HIC

Emilia Palacios Fuentes<sup>1</sup>, Olga Risco Romero<sup>1</sup>, Dolores Fernández Ruiz<sup>2</sup>, Rosa María Gil Ruiz<sup>1</sup>, Mónica Arias Cordero<sup>1</sup>, Carmen López Rodríguez<sup>2</sup>, Carmen Bermejo Pajares<sup>1</sup>, Isabel Nogales García<sup>2</sup>, Natalia Alfonso García<sup>1</sup>, Gerardo Blanco Fernández<sup>2</sup>, Diego López Guerra<sup>3</sup>, María Soledad Medina Asensio<sup>4</sup>, Ignacia Barrantes Pacheco<sup>4</sup>, Isabel González González<sup>4</sup>, María Dolores Ruiz González<sup>2</sup>  
1. *Enfermera Cirujía Hepatobiliopancreática y Trasplante Hepático.* 2. *Cirujano especialidad Digestivo y Trasplante Hepático.* 3. *Residente Cirugía y Trasplante Hepático.* 4. *Auxiliar Enfermería Cirugía Hepatobiliopancreática y Trasplante Hepático, Hospital Infanta Cristina, Badajoz*

### INTRODUCCIÓN

La infección postoperatoria es una entidad de gran importancia en el postoperatorio por ser fuente de morbimortalidad e incremento en costes. Abarca diferentes procesos incluyendo infección de herida, abscesos intraabdominales, infección respiratoria, etc, y adquiere especial relevancia en pacientes trasplantados debido a la inmunosupresión.

### OBJETIVO

Evaluar pacientes trasplantados en nuestra Unidad y determinar la proporción de ellos que han presentado infección postoperatoria y posibles factores favorecedores con el fin de intensificar medidas encaminadas a su disminución.

### PACIENTES, MATERIAL Y MÉTODO

Revisión de historias clínicas en pacientes sometidos a trasplante hepático, mediante estudio descriptivo retrospectivo, determinando la existencia o no, y tipo de infección postoperatoria, así como variables relacionadas con la misma.

### RESULTADOS

Se han realizado 26 trasplantes en 25 pacientes cuya edad media de 52,48 ± 9,8 años, un valor CHILd medio de 7,59 ± 2,75 puntos y duración media del trasplante de 398,48 ± 115 minutos. Han sufrido algún tipo de infección el 36% de los pacientes. El 71% de los catalogados como CHILd C presentan algún tipo de infección frente a un 20% en CHILd A o B. La infección respiratoria representa el 24% del total, produciéndose en pacientes con CHILd C en un 42,9% y en CHILd A-B en un 20%. El número medio de unidades de hemáties transfundidas a pacientes con infección ha sido 19,78 frente a 9,5 unidades en aquellos sin infección (p=0,036). Con respecto a la etiología, Cirrosis enólica presenta mayor proporción de infección con un 46,2%, y Cirrosis por VHC la menor con un 22%. Los pacientes que presentan infección tienen una estancia hospitalaria mayor (36,22 frente 21,75 días, p=0,04).

Conclusiones: La incidencia de infección es mayor en pacientes que han recibido mayor transfusión de hemáties y en aquellos con Cirrosis CHILd C. Esto supone incrementar la estancia de estos pacientes.

0-12

## Calidad de vida percibida tras el trasplante hepático (TH)

F. Carrasco, C. García, P. Gullón, D. López, J. Moreno, I. Narváez, J. Ortiz, A. Para, C. Sánchez-Simón, M. Tinoco  
*Unidad de Trasplante Hepático. Unidad de Enfermería de Aparato Digestivo. Hospital Infanta Cristina, Badajoz*

### INTRODUCCIÓN

El TH es el tratamiento de elección de la enfermedad hepática terminal por supervivencia y calidad de vida ofrecida.

### OBJETIVO

Determinar la calidad de vida percibida por los enfermos sometidos a TH, determinada por el cuestionario SF-36.

### ENFERMOS Y MÉTODOS

Estudio de una cohorte de enfermos trasplantados de forma consecutiva en nuestra Unidad, con al menos 6 meses de supervivencia. Se valoran factores epidemiológicos y clínicos, así como las respuestas al cuestionario SF-36, que se ofreció de forma voluntaria y anónima.

### RESULTADOS

Fueron incluidos en el estudio 16 pacientes, con edad media de 56,7 ± 7,8 años, 10 (62,5%) hombres y 6 (31,5%) mujeres. La principal causa de trasplante fue la cirrosis etílica (7-43,7%) y posthepatitis (5-31,2%), siendo la indicación principal la insuficiencia hepática (11-68,7%). En cuanto al cuestionario SF-36, 10 (62,5%) consideraron su salud al menos buena y 12 (75%) mejor que la anterior, a pesar de que 10 (62,5%) se veían limitados para esfuerzos intensos y moderados. Por otro lado 13 (81,2%) y 7 (43,7%) se consideraban autónomos y no limitados para su actividad cotidiana y con mucha energía siempre o casi siempre en 10 (62,5%) de los casos encuestados. Llama la atención, sin embargo que la respuesta más repetida al comparar su estado de salud con otras personas, fue el desconocimiento ("no lo sé") (> 50%).

### CONCLUSIONES

La calidad de vida percibida por los enfermos con TH los 6 meses es buena o muy buena, considerando que es mejor que la anterior en la gran mayoría de los casos. Cuando los pacientes comparan su salud con los demás desconfían sobre su evolución.

0-13

## Cuidados de enfermería en el postoperatorio inmediato en UCI y complicaciones precoces del paciente trasplantado de hígado en el Hospital Universitario Infanta Cristina de Badajoz

María de las Mercedes Majado García  
*Servicio de UCI, Hospital Universitario Infanta Cristina, Badajoz*

Cuando comenzó el programa de Trasplante Hepático en el Hospital Infanta Cristina de Badajoz, la enfermería tenía que iniciar una formación adecuada para estar a la altura de los cuidados necesarios que requerirían los trasplantes que se iban a realizar.

La Enfermería, debía ser un pilar importante en el que basar los cuidados, en la preparación preoperatoria de los pacientes que iban a recibir el órgano, durante la intervención quirúrgica y los cuidados inmediatos postquirúrgicos del trasplantado hepático en la unidad de UCI.

Por ello, vemos la necesidad de conocer la correlación existente entre los cuidados postoperatorios en nuestra unidad de UCI y las complicaciones precoces que aparecieron en los pacientes trasplantados, con la intención de poner los medios a nuestro alcance, para adecuar los cuidados de enfermería, y así disminuir el número y gravedad de estas complicaciones.

0-14

## Fisioterapia en el paciente con trasplante hepático

María Dolores Bueno Torres<sup>1</sup>, Verónica Donoso González<sup>1</sup>, Ana Isabel Ramajo Pavo<sup>2</sup>  
1. *UCI, Hospital Infanta Cristina, Badajoz.* 2. *Dirección de Enfermería, Hospital Infanta Cristina, Badajoz*

### RESUMEN

La Fisioterapia en el paciente con trasplante hepático tiene gran importancia desde el punto de vista respiratorio: debido a la relación del órgano a trasplantar con el músculo diafragma; y motor: para evitar y tratar las posibles complicaciones por la inmovilización postoperatoria inmediata y facilitar la readaptación al esfuerzo posttrasplante de estos pacientes.

Para ello se utilizan técnicas de tratamiento basadas en medios físicos y biomecánicos.

### OBJETIVOS

Cuidado del tórax: limpieza del árbol bronquial con la eliminación de secreciones, favorecer la reexpansión torácica limitada por un patrón respiratorio restrictivo, lucha contra atelectasias, neumonía y derrame pleural.  
Movimiento: movilización precoz para el mantenimiento de la movilidad y de la fuerza muscular, asegurar que la posición del paciente sea compatible con una buena postura y guiar una correcta readaptación al esfuerzo.

### MATERIAL Y MÉTODOS

El tratamiento fisioterápico se divide en dos fases:  
Pre-trasplante: indicación de técnicas respiratorias y motoras que permitan llegar a la cirugía con una buena calidad de vida, dentro de sus limitaciones.  
Post-trasplante: indicación de técnicas dependiendo de la fase evolutiva del proceso.  
- Unidad de cuidados intensivos  
- Unidad de hospitalización  
- Cuidados al alta

### RESULTADO

Seguimiento favorable de un caso clínico, tratado desde su ingreso en la unidad de cuidados intensivos hasta la fecha de alta hospitalaria y con control ambulatorio.  
Valoración por parte del fisioterapeuta de la evolución y readaptación al esfuerzo de la paciente, así como opinión personal de la paciente sobre la efectividad del tratamiento fisioterápico en su caso en particular.

### CONCLUSIONES

La integración de la Fisioterapia en el protocolo de tratamiento del paciente de trasplante hepático, tiene gran importancia tanto en el proceso de pretrasplante como en el de posttrasplante, siendo necesario un tratamiento de Fisioterapia de modo ambulatorio más completo para una buena y temprana readaptación a las actividades de la vida diaria.

# Resúmenes de los posters

0-15

## Percepción de la información que recibe el paciente THO en su proceso pre y pos-THO

Emerita Martínez Gómez, Aranzazu Orobitg Pulido, Silvia Gimeno Lázaro, Rosario López Matoses, Araceli Gelde Serrano  
Unidad de Cirugía Hepática, Hospital La Fe, Valencia

### INTRODUCCIÓN

La necesidad de información que requiere un paciente antes, durante y posterior al THO es variada y necesaria. Las enfermeras de la Unidad Hepática necesitan saber el grado de conocimiento de los pacientes sobre su proceso y los canales adecuados para que les llegue la mejor información y si esta no es suficiente, cómo mejorarla. Somos conscientes de que cada paciente tiene unas necesidades de conocimiento y que hay muchos factores que influyen en la cantidad y tipo de información que solicitan los pacientes, también dependiendo del momento del proceso. Nuestra preocupación nos ha llevado a realizar un estudio con pacientes trasplantados, y analizar la percepción de información que tienen sobre su proceso

### OBJETIVO

Conocer el grado de información recibida por el paciente y su satisfacción con dicha información.

### MATERIAL Y MÉTODO

El estudio se ha realizado sobre 40 pacientes ya THO. La encuesta se ha pasado a los pacientes durante su visita a C.Ext, donde se les pidió su colaboración y propósito de la encuesta, también se les garantizó la confidencialidad de los datos.

Los criterios de exclusión solo fueron por:

- Paciente trasplantado
- Paciente trasplantado más de 2 años

El cuestionario lo elaboramos las enfermeras de la unidad, previo acuerdo con el equipo médico tanto de la especialidad de Digestivo como de Cirugía.

Lo dividimos en dos partes. En la primera las preguntas van más dirigidas a la información previa al THO. La segunda va más dirigida al proceso quirúrgico y la tercera parte dirigida al proceso del alta hospitalaria y post-THO.

### CONCLUSIONES / RESULTADOS

Se realizó un primer cuestionario para probarlo con 10 encuestas, al tabularlas se comprobó que falta información en todos los estadios. Posteriormente se contestaron 30 encuestas más y estamos pendientes de terminar de tabularlas y sacar las conclusiones definitivas del estudio que finalizaremos durante el mes de junio.

0-16

## Medición de los conocimientos del paciente trasplantado hepático al alta hospitalaria con enfoque metodología enfermera

Francisca M.ª Arenas González, Susana Padín López, Ana Carmen González Escobosa, Juana Montiel Murillo  
Servicio de Cirugía General, Digestiva y Trasplantes, Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga

### OBJETIVOS

Conocer los conocimientos del paciente trasplantado al alta hospitalaria sobre:

- NOC 1813 Conocimiento: régimen terapéutico.
- NOC 1807 Conocimiento: control de la infección.
- NOC 1820 Control de la diabetes (en los pacientes que cursan con "diabetes de Novo" postrasplante debido a la medicación).

Determinar qué características sociodemográficas pueden influir en los conocimientos.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño: Estudio descriptivo transversal. Desde el 1 de Mayo de 2008 hasta el 31 de Abril de 2009 se han realizado 48 trasplantes hepáticos en 45 pacientes. De los 45 pacientes, 4 han fallecido en el postoperatorio inmediato. Se han excluido 8 pacientes: 3 por barrera idiomática, 1 por motivos culturales, 2 por deterioro neurológico grave, 1 por falta de cuidador, 1 por trasplante hepato-renal (ingresado en otro servicio, nefrología).

A los 33 pacientes resultantes, se les identifica el diagnóstico de enfermería de la NANDA 00126: Conocimientos deficientes relacionados con falta de exposición y/o poca familiaridad con los recursos para obtener la información, recogido en nuestro Plan de Cuidados Estandarizado del Trasplante Hepático. Se les hace un cuestionario al alta para evaluar los conocimientos que tienen sobre la medicación, dieta, recomendaciones higiénicas para prevenir infecciones, control de la diabetes. Dicho cuestionario está estructurado identificando las áreas de deficiencia de conocimientos (NIC) que se abarcan en la enseñanza de estos pacientes. Está diseñado para evaluar los indicadores NOC:

- Conocimiento: régimen terapéutico (NOC1813). Indicadores: Descripción del proceso de la enfermedad (181310); Descripción de la dieta prescrita (181305); Descripción de la medicación prescrita (181306); Descripción de las responsabilidades de los propios cuidados (181302)
  - Conocimiento: control de la infección (NOC 1807). Indicadores. Descripción de las prácticas que reducen la transmisión (180703)
  - Control de la diabetes (NOC 1820). Indicadores: Identificación de las acciones a realizar en relación a la glucemia (182015)
- El cuestionario es realizado por el equipo investigador.

### RESULTADOS

En análisis estadísticos.

### CONCLUSIONES

En proceso.

P-2

## Prevención de la hipotermia en el trasplante hepático durante el acto quirúrgico

M.ª Victoria Becerra Sueiro, M.ª Teresa Fernández Prego, Rosario Ferreiro Veloso, Berta Mesías Sar, Ángeles Villanustre Gey, Evaristo Varo Pérez  
Bloque Quirúrgico, Hospital Clínico Universitario de Santiago, Santiago de Compostela

### INTRODUCCIÓN

La hipotermia en el trasplante hepático es causada por la combinación de factores que son inherentes al acto quirúrgico, incluido el uso de anestésicos y la temperatura ambiente del quirófano (20-21°C). Ocurre durante la ausencia de reflejos normales que protegen, los cuales se inhiben por la administración de agentes anestésicos. Se estima que de un 60 por ciento a un 90 por ciento los pacientes quirúrgicos experimentan hipotermia no intencional, con influencia negativa en la evolución del paciente. La anestesia, aumenta la pérdida de calor y también disminuye la capacidad para generar una respuesta a la hipotermia (temblor). Hoy en día, la mayoría de los métodos de prevención de la hipotermia aspiran a reducir el gradiente entre la temperatura central del paciente y su medio ambiente inmediato.

### OBJETIVO

Maximizar la producción de calor basal del cuerpo realizando las acciones necesarias para prevenir la hipotermia y mantener una temperatura corporal entre 36 - 37° C durante el trasplante hepático.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Procedimiento de prevención de la hipotermia en el ámbito quirúrgico.

### RESULTADOS

- Si prevenimos la reducción de la temperatura central se evita que se dispare la vasoconstricción, el temblor, el incremento del metabolismo, el consumo de oxígeno y la pérdida de calor.
- Con la prevención de la hipotermia se mejora la evolución del paciente: disminuye la tasa de infección en las heridas, la cicatrización es más rápida, reduce la pérdida sanguínea, disminuye la morbilidad cardíaca, aumenta el metabolismo de los agentes anestésicos acortando el postoperatorio.

### CONCLUSIONES

Resulta imprescindible la adhesión del equipo quirúrgico de trasplante hepático, al procedimiento establecido para la prevención de la hipotermia.

La competencia profesional requiere algo más que conocimiento, precisa, además, de saber hacer y de su aplicación.

Consideración de pacientes de riesgo de sufrir hipotermia, además de otros factores, por la larga duración de la intervención.

P-3

## Desarrollo e implantación de la guía de cuidados del trasplante hepático. Cuidados postoperatorios

Nagore Rodríguez, María Molina, Beatriz Oses, M.ª Carmen Linacero, Amaya Redin, M.ª Jesús Martínez, Blanca Larrea  
Unidad de Trasplante Hepático, Clínica Universidad de Navarra, Pamplona

El trasplante hepático constituye uno de los avances quirúrgicos más importantes de los últimos tiempos. La evolución del trasplante ha sido constante.

Todo ello nos ha llevado a considerar la necesidad de revisar y actualizar el protocolo de cuidados de enfermería. En nuestro centro, inicialmente, el método sólo contemplaba la información verbal suministrada por la enfermera en relación con los conocimientos necesarios para el autocuidado del paciente. Observamos que era insuficiente y nos vimos en la necesidad de desarrollar un soporte escrito que recogiera y reforzara la información verbal que la enfermera de planta impartía al paciente.

A su vez se diseñó un soporte informático que incluye el plan de cuidados postoperatorios, así como la educación sanitaria para el paciente.

El folleto que desarrolló enfermería, estuvo en vigor tres años, el cual se dejó de entregar al ver la necesidad de unificar criterios, pues observamos diferencias entre la educación sanitaria impartida en planta y el contenido de la educación sanitaria que recibían los pacientes en las revisiones en la consulta por parte del hepatólogo.

Por ello se creó un grupo de trabajo multidisciplinar compuesto por el personal de enfermería de la unidad de trasplante, médicos hepatólogos, cirujanos, coordinadora de trasplante y supervisora de la unidad, para desarrollar una guía completa, basada en la evidencia científica que unificara los criterios.

Esta guía la elaboró un grupo de enfermeras de la unidad de trasplante y posteriormente fue revisada y aprobada por el resto del equipo multidisciplinar.

La guía consta de los siguientes apartados: medicación, dieta, vida activa y ejercicio físico, higiene, animales de compañía, hábitos sociales, alta laboral, actividad sexual y embarazo, cuidados de enfermería al alta y síntomas a notificar.

## Resúmenes de los posters (cont.)

P-6

### Enfermería en el proceso asistencial integrado de trasplante hepático

Isabel M.<sup>a</sup> Moreno Angulo, Rocío Moreno Franch, Miguel Ángel Lérica Romero, Concepción Del Agua Calvo, Rocío Pérez González  
*Cirugía general y Trasplante hepático, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla*

#### INTRODUCCIÓN

El Proceso Asistencial Integrado de Trasplante Hepático, se llevó a cabo entre los meses de Abril y Diciembre de 2001. En este periodo se sentaron las bases del trabajo desarrollado por cada grupo, y se llegó a un consenso en temas de gran trascendencia, desde entonces, la enfermería trabaja siguiendo las directrices de este proceso y del plan de cuidados que el mismo requiere.

#### OBJETIVO

CALIDAD TOTAL, es decir, asegurar el abordaje de los problemas de salud desde una visión centrada en el paciente, en las personas que prestan los servicios y en el proceso asistencial en sí mismo.

#### MATERIAL Y MÉTODOS

- Cursos formativos sobre trasplantes.
- Cursos sobre habilidades sociales.
- Documento donde se reflejen las informaciones que debe recibir el paciente.
- Información a todo el personal que participa en el proceso sobre los resultados globales del programa.
- Creación de grupos de mejora.
- Participación en foros del hospital y cursos de formación intrahospitalarios.

#### RESULTADOS

Seguimiento ambulatorio del paciente trasplantado y registro de consulta de enfermería y de consulta telefónica.

#### CONCLUSIONES

El papel de la enfermería en el Proceso de Trasplante es: seguimiento integral del paciente, educación al paciente, coordinación de los recursos necesarios y comunicación con los distintos elementos del proceso.

P-7

### Situación de pretrasplante inmediato. Intervenciones enfermeras

Rocío Moreno Franch, Isabel M.<sup>a</sup> Moreno Angulo, José Robles Carrión  
*Cirugía general y Trasplante Hepático, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla*

#### INTRODUCCIÓN

Los pacientes en situación de pretrasplante presentan una amalgama de sensaciones contradictorias entre sí, por un lado, la alegría de haber recibido la esperada llamada informándoles de que hay un órgano compatible, y por otro lado, el miedo a someterse a una intervención quirúrgica y a todo lo que conlleva un trasplante (rechazos, medicación crónica, etc.). El miedo y la falta de información les empuja comportarse como si el momento en que son avisados no fuera el momento adecuado y pudieran demorarlo en el tiempo sin consecuencias.

#### OBJETIVOS

Nuestro objetivo es dar a conocer a los profesionales que trabajan en otras fases del proceso este momento inmediatamente anterior al acto quirúrgico, que por su corta duración y la premura que requiere, a veces queda olvidado, y también, y sobre todo, que el paciente y la familia, a pesar de la situación estresante que está viviendo, reciba de la forma más eficaz posible toda la información que demanda en ese momento, y que le va a ser de gran ayuda también en días posteriores.

#### CONCLUSIONES

Gracias a la protocolarización tanto de los cuidados como de la información aportada al paciente y a la familia, de forma verbal y con la ayuda de un tríptico informativo elaborado por el personal de enfermería de la planta de trasplantes, hemos conseguido reducir el nivel de ansiedad de estos pacientes y facilitar que expresen más fácilmente las dudas que les puedan surgir en un momento con tanta carga emocional.

P-11

### Estado nutricional de los pacientes en lista de pretrasplante hepático

María del Carmen Piñón Villar, María Teresa García Rodríguez  
*Complejo Hospitalario Universitario A Coruña*

#### INTRODUCCIÓN

Los pacientes que sufren enfermedades hepáticas crónicas se consideran vulnerables nutricionalmente, están afectados por un proceso patológico que incide claramente en sus demandas nutricionales. Se debe fundamentalmente a: La limitación o disminución de la ingesta, alteración de la digestión-absorción, e interferencia en el metabolismo de los nutrientes.

#### PATOGÉNESIS DE LA DESNUTRICIÓN EN LA CIRROSIS HEPÁTICA

La patogénesis de la malnutrición en la cirrosis es multifactorial. Proteínas, hidratos de carbono, y el metabolismo lipídico están afectados. Son factores que contribuyen a la ingesta alimentaria insuficiente, problemas de digestión y absorción y el metabolismo alterado. Destacan los siguientes.

- La anorexia, náuseas, encefalopatía, gastritis y ascitis.
- Alteraciones en la digestión y absorción de los nutrientes puede ser el resultado de la deficiencia de sales biliares, sobrecrecimiento bacteriano, cambios a nivel intestinal e hipertensión portal.
- Pérdida global de proteínas por reducción de la síntesis hepática, la reducción de la absorción intestinal, el aumento de la excreción urinaria de nitrógeno y su uso como fuente energética debido a la alteración del metabolismo de los carbohidratos.
- Digeusia, dietas poco palatables y restricciones por comorbilidad.

#### CONCLUSIONES

Varios estudios avalan que la ingesta de suplementos proteicos o de aminoácidos de cadena ramificada, evitar largos periodos de ayuno, limitar las posibles restricciones proteicas; pueden mejorar su estado nutricional, llegando en mejores condiciones al trasplante hepático, lo que se traduce en una disminución de las complicaciones postoperatorias.

P-12

### Vivencias del cuidador principal de un paciente trasplantado hepático

Silvia González Navarro, Francisca M.<sup>a</sup> Arenas González, Pilar Mata Ruiz, Estrella Ramos García  
*Servicio de Cirugía General, Digestiva y Trasplantes. Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga*

#### INTRODUCCIÓN

La investigación cualitativa está basada en el paradigma de la investigación naturalista. Esta visión paradigmática pretende explicar los fenómenos desde la interpretación subjetiva de las personas (enfoque fenomenológico). La realidad que interesa es la que las propias personas perciben como importante. Comprender cómo perciben el proceso del trasplante desde el plano de cuidador dentro de sus creencias, valores y costumbres, nos daría una visión más amplia para comprender temas complejos y establecer las bases para hacer cuidados de calidad dentro de nuestra práctica clínica diaria, encaminándolos siempre hacia su humanización.

#### OBJETIVOS

Conocer las vivencias y experiencias de un cuidador tras el trasplante del paciente.

#### MATERIAL Y MÉTODOS

Se realiza una entrevista semiestructurada en profundidad del cuidador principal de un paciente trasplantado. Tras su transcripción, se realiza un análisis descriptivo del discurso identificando las categorías y segmentando el texto temáticamente en dichas categorías.

#### RESULTADOS

En proceso de análisis descriptivo del discurso del informante

#### CONCLUSIONES

En proceso

# Resúmenes de los posters (cont.)

P-13

## Atención integral del paciente pediátrico sometido a THO

Natalia Alsina López<sup>1</sup>, Joaquim Calixto Rodríguez<sup>1,2</sup>, Gemma Marín i Vivó<sup>1</sup>, Josep Paunellas i Albert<sup>1</sup>, Xavier Rodríguez Martínez<sup>1</sup>, Sonia Couñago Méndez<sup>2</sup>, Isabel Ortega Ibañez<sup>3</sup>

1, Equipo de anestesia de Trasplantes. 2, UCI. 3, Supervisora Quirófano Cirugía Torácica. Coordinadora Enfermería Trasplantes. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona

### INTRODUCCIÓN

Enfermería de anestesia se encarga de preparar, comprobar y supervisar todo el material necesario para el mantenimiento hemodinámico del niño durante la intervención. Recibirá al paciente en el quirófano, siendo necesaria la presencia constante del personal de enfermería. En caso de no ser portador de un acceso venoso se procederá a instaurar una vía endovenosa, con sueroterapia y premedicación prescrita.

Colaborará en maniobras anestésicas intraoperatorias siempre que se le solicite.

Realizará el registro de dosis de fármacos y drogas administradas al paciente pediátrico.

Colaborará en el traslado del paciente hasta la UCI.

Repondrá y preparará todo el material necesario para la siguiente intervención quirúrgica.

Los parámetros vitales en la monitorización son, FC, TA no invasiva, saturación de oxígeno, temperatura corporal y dentro de los parámetros invasivos, tendríamos la TA invasiva y PVC.

### OBJETIVOS

1. Adecuado manejo de aparataje así como la correcta monitorización del paciente pediátrico.
2. Prevención y detección de posibles complicaciones que puedan derivar en un riesgo para el paciente. La realización del proceso quirúrgico conlleva unos cuidados específicos para fomentar la seguridad del paciente. Enfermería de anestesia, dentro del quirófano, va a ser un elemento clave en el seguimiento y control de la seguridad.

### MÉTODO

1. Mantener la seguridad física del paciente pediátrico.
2. Fomentar la disminución de la ansiedad dependiendo de la edad pediátrica.
3. Administrar premedicación sedante para lograr una separación tranquila de la familia
3. Control de la normotermia, con mantas térmicas y calentadores de sueroterapias.
4. Check-list de equipos y alargaderas de perfusión asegurando el correcto purgado e identificación.

### CONCLUSIONES

Una correcta atención integral al paciente pediátrico permite obtener resultados óptimos, que conllevan el éxito de la técnica quirúrgica.

P-14

## Monitorización del receptor pediátrico en quirófano durante el THO

Joaquim Calixto Rodríguez<sup>1,2</sup>, Xavier Rodríguez Martínez<sup>1,2</sup>, Gemma Marín i Vivó<sup>1,2</sup>, Josep Paunellas Albert<sup>1,2</sup>, Natàlia Alsina López<sup>1</sup>, Sonia Couñago Méndez<sup>2</sup>, Isabel Ortega Ibañez<sup>3</sup>

1, DUE Equipo de Anestesia de Trasplantes. 2, DUE UCI.

3, Supervisora Quirófano Cirugía Torácica. Coordinadora Enfermería Trasplantes. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona

### INTRODUCCIÓN

La población pediátrica está caracterizada por diferencias antropométricas y por unos comportamientos fisiopatológicos diferentes al de la población adulta. Esto marcará la línea de actuación en cuanto a material, fármacos, sueroterapia y tipo de relación a establecer dependiendo de la edad. Los donantes suelen ser niños de mas peso o incluso adultos, esto ha obligado a desarrollar técnicas de reducción hepática (Split, THO reducido, segmentario) que permiten el uso de órganos mayores y el trasplante de donante vivo.

### OBJETIVO

Establecer una estrategia de actuación anestésica adecuada a cada circunstancia intraoperatoria que permita la identificación precoz de problemas en el THO del niño.

### MÉTODO

- Monitorización de la frecuencia cardíaca: colocación de electrodos en extremidades superiores y tórax.
  - Tensión arterial no invasiva: tamaño del manguito adecuado a la edad del paciente.
  - Pulsioxímetro.
- Llegado este punto el resto de la monitorización se realizará una vez el paciente está sedado e intubado.
- Capnógrafo conectado al TOT.
  - Temperatura superficial y central (esofágica o rectal), en pediatría es fundamental, debido a su tendencia a la hipotermia que repercute en el retraso del despertar, aumenta de la viscosidad sanguínea y actividad fibrinolítica, aumento de la duración del bloqueo muscular y alteraciones cardiovasculares.
  - Presiones invasivas: PVC (diferentes calibres y longitudes de catéteres 2.5-10Fr) y TA(catéteres de elección para niños, peso <25 Kg Vygon de 22G, >25Kg de 20G) cada una conectada a un traductor independiente.
  - Equilibrio electrolítico: los desequilibrios en pediatría tienen mayor riesgo que en el adulto. Control exhaustivo.

### CONCLUSIONES

De la valoración conjunta de esta información se adaptaran las decisiones terapéuticas correctoras tendentes a disminuir las complicaciones pre, intra y postoperatorias.

P-15

## Protección intraquirúrgica del paciente pediátrico

Gemma Marín i Vivó<sup>1,2</sup>, Josep Paunellas i Albert<sup>1,2</sup>, Natàlia Alsina López<sup>1</sup>, Joaquim Calixto Rodríguez<sup>1,2</sup>, Xavier Rodríguez Martínez<sup>1,2</sup>, Isabel Ortega Ibañez<sup>3</sup>, Sonia Couñago Méndez<sup>2</sup>

1, DUE equipo anestesia de Trasplantes. 2, DUE UCI.

3, Supervisora Quirófano Cirugía Torácica. Coordinadora Enfermería Trasplantes Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona

### INTRODUCCIÓN

El THO es un proceso dinámico que precisa de la labor conjunta de todos los profesionales del quirófano. Enfermería de anestesia ha desarrollado una metodología enmarcada en un modelo de cuidado que permite la atención integral del niño, previniendo la aparición de problemas con la técnica quirúrgica.

### OBJETIVOS

Correcta colocación el paciente pediátrico en la mesa quirúrgica.

Este objetivo forma parte de la asistencia de enfermería de anestesia, es tan importante como la preparación preoperatoria y requiere conocimientos de anatomía y aplicación de principios fisiológicos.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Descripción fotográfica de las medidas de protección y confort, así como la protección de posibles lesiones vasculares, nerviosas y tensiones musculares durante el proceso quirúrgico al paciente pediátrico.

### CONCLUSIONES

El uso de medidas protectoras y el confort del niño sometido a un THO contribuye a la disminución en la aparición de lesiones en la piel, mucosas, zonas muy vascularizadas, nerviosas y/o osteomusculares, así mismo limita las complicaciones potenciales relacionadas con estas lesiones. Con la introducción de estas medidas contribuimos a la reducción en la aparición de complicaciones durante el proceso quirúrgico.

P-17

## Medidas de protección y cuidados al paciente trasplantado hepático durante el acto quirúrgico

Jospe Paunellas i Albert<sup>1,2</sup>, Gemma Marín i Vivó<sup>1,2</sup>, Joaquín Calixto Rodríguez<sup>1,2</sup>, Natàlia Alsina López<sup>1</sup>, Xavier Rodríguez Martínez<sup>1,2</sup>, Sonia Couñago Méndez<sup>2</sup>, Isabel Ortega Ibañez<sup>3</sup>

1, DUE equipo de anestesia de Trasplantes. 2, DUE UCI.

3, Supervisora Quirófano Cirugía Torácica. Coordinadora Enfermería. Trasplantes Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona

### INTRODUCCIÓN

Desde hace varios años el trasplante hepático ortotópico (THO) es una técnica quirúrgica frecuente en nuestro hospital. Los pacientes candidatos a este tipo de intervención suelen presentar, entre otras, una calidad de piel y mucosas alterada. Al tratarse de una intervención de cirugía mayor en la que se invierten varias horas en el proceso, será necesario aplicar unas medidas de protección y unos cuidados más esmerados durante todo el proceso quirúrgico.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Descripción fotográfica de los cuidados de enfermería destinados a la protección, confort y seguridad del paciente, así como la prevención de alteraciones osteo-articulares aplicados durante en el proceso intraquirúrgico.

### CONCLUSIONES

El uso de medidas protectoras, de confort y seguridad en el paciente sometido a un trasplante hepático contribuye en la disminución en la aparición de lesiones en piel y mucosas. Disminuyen los problemas osteo-articulares, así mismo se limita la aparición de las complicaciones potenciales relacionadas con dichas lesiones: erosiones, sobreinfección, sangrado, luxaciones. Con la introducción de estas medidas contribuimos a la reducción en la aparición de complicaciones durante el proceso quirúrgico.

Palabras clave: Trasplante Hepático Ortotópico, medidas prevención, confort, seguridad, alteraciones osteo-articulares

# Resúmenes de los posters (cont.)

P-19

## Control del entorno intraoperatorio durante el trasplante hepático. Calidad y seguridad

Antonia Dolores Gómez Vidal, Elva Folgueira Aguiar, Eva Rey Álvarez, Corina Carballo Pena, Carmen Otero Calvo, Josefa Piñeiro Rama  
Quirófano, Hospital Clínico Universitario de Santiago, Santiago de Compostela

### INTRODUCCIÓN

La seguridad del paciente y la calidad son los ejes sobre los que giran los Cuidados Quirúrgicos. La OMS (Organización Mundial de la Salud) apoyó la creación de "La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente" articulando campañas que son fundamentales en la actividad quirúrgica. La atención al paciente en el quirófano es compleja, se debe realizar de forma segura, basándonos en la evidencia científica, identificando que procedimientos son los más seguros para prevenir los efectos adversos.

### OBJETIVOS

Controlar el entorno intraoperatorio y gestionar la calidad y seguridad de los cuidados.

### MATERIAL Y MÉTODO

Se han utilizado las directrices de "La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente" así como las directrices de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud.

### RESULTADOS

Enfermería es la actora en los tres ámbitos en los que actúa: paciente, condiciones del quirófano, equipo humano.

### CONCLUSIONES

Conocer el Rol intraoperatorio de la Enfermera quirúrgica durante el Trasplante hepático es fundamental ya que controla el proceso quirúrgico y además el conocimiento es la base para trabajar con:

- Efectividad. Porque la atención real bien aplicada produce beneficios al paciente.
- Eficiencia. Con lo que se tiene se consigue el mejor nivel de calidad.
- Adecuación. Centrados en las necesidades.
- Seguridad. Los cuidados prestados están libres de riesgos.

P-20

## El rol de la enfermería de anestesia

Joaquín Calixto Rodríguez<sup>1,2</sup>, Josep Paunellas i Albert<sup>1,2</sup>, Natalia Alsina López<sup>2</sup>, Xavier Rodríguez Martínez<sup>1,2</sup>, Gemma Marín i Vivó<sup>1,2</sup>, Isabel Ortega Ibañez<sup>2</sup>  
1, DUE UCI. 2, DUE Equipo de anestesia del trasplante. 3, Supervisora Quirófano Cirugía Torácica. Coordinadora Enfermería Trasplantes. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona

### INTRODUCCIÓN

Enfermería de anestesia (DUEa) participa en la realización de técnicas y la atención integral del paciente quirúrgico, participando en activamente durante el pre, intra y postoperatorio inmediato. El modelo organizativo en el THO en el quirófano consta de una enfermera coordinadora, dos enfermeras instrumentalistas y dos DUEa con espacios competenciales bien definidos, asumiendo el rol de colaboración entre ellas.

### OBJETIVOS

Identificar el rol secuencial del DUEa durante el proceso asistencial quirúrgico del trasplantado hepático

### MÉTODO

Inicio de los cuidados al paciente sometido a anestesia general:

1. Preparación del equipo de anestesia: preparación y puesta en funcionamiento de la ventilación mecánica, material de ventiloterapia, instrumentos para la intubación, material acceso venoso, fármacos y sueroterapia
2. Cuidados en el periodo preoperatorio: valoración inicial del paciente a su llegada al quirófano e iniciando el registro de enfermería. Comprobación de la preparación preoperatoria. Protección de caídas.
3. Cuidados en el periodo intraoperatorio:
  - Monitorización (control del sistema cardiovascular, hemodinámica, respiratoria, temperatura, neuromuscular y de la profundidad anestésica).
  - Fase de anestesia general: inducción, intubación, mantenimiento y revisión.
  - Posición quirúrgica. Riesgos de lesión (posición, sujeción de extremidades y protección ocular).
  - Riesgo de hipotermia (manta eléctrica y calentador de sueros).
  - Riesgo de infección (medidas asépticas).
  - Riesgo de TEP (medias de compresión).
4. Cuidados postoperatorios inmediatos: traslado de quirófano a la UCI.

### CONCLUSIONES

El esfuerzo por DUEa para mejorar y actualizar cuidados, ha hecho que tengamos como fin la consecución de unos cuidados óptimos que requieran una actuación profesional con la máxima eficacia, calidad y seguridad, que comporten los mínimos riesgos al paciente trasplantado.

P-21

## Inmunosupresores; Precauciones en la toma y la administración

Laura Biencinto, Raquel Garijo, María Poyo, Gema Blázquez, Francisca Fernández, Ana Marcos, Noemi Herrero  
Unidad de Trasplante Hepático, Hospital 12 de Octubre, Madrid

La inmunosupresión es uno de los aspectos más importantes en la buena evolución del trasplante, por ello enfermería tiene que conocer las precauciones a la hora de la administración así como dar educación sanitaria al paciente.

### TRACÓLIMUS

- Tomar con el estómago vacío evitando cualquier preparado a base de plantas.
- No sacar las pastillas del blíster ni del envase de aluminio.
- Abrir las cápsulas si el paciente no puede tragar.
- Es fotosensible.
- No administrar en bolo y diluir en dextrosa o fisiológico.
- La solución en perfusión es estable durante 24 horas, protegiéndose de la luz.

### CELL-CEPT

- Tomar con el estómago vacío.
- No administrar por SNG.
- Diluir en dextrosa al 5% a pasar en dos horas, no en bolo.

### CICLOSPORINA

Se puede tomar con las comidas.

En solución:

Diluirlo en un vaso de cristal en bebidas frías (leche). Prepararlo inmediatamente antes de su toma. Verter el contenido de la jeringa en el centro no tocando el preparado.

### EVERÓLIMUS

- Puede tomarse con las comidas pero no con pomelo.
- Sensible a la luz.

### SIRÓLIMUS

- No tomar con pomelo o zumo de pomelo.
- En solución solo mezclarlo con agua o zumo.
- Si también toma ciclosporina espaciar la toma entre ambos cuatro horas.

¡Tomar precauciones en la manipulación de las perfusiones llevar ropa protectora, guantes y mascarilla, proteger al paciente del contacto con la piel!

### EDUCACIÓN AL PACIENTE

- Tomarlos siempre a la misma hora y de la misma manera.
- No abrir las cápsulas o tomar las pastillas enteras.
- No tomar una dosis doble si se olvida alguna toma.
- Si vomita y han pasado menos de dos horas volver a tomar la dosis.
- No tomar ningún medicamento sin consultar al médico.
- Tomar precauciones con el sol.
- Acudir al especialista ante cualquier situación anómala: fiebre, diarrea, escozor al orinar, hematomas, etc.

P-22

## Complicaciones en el paciente trasplantado hepático. Revisión 1987-2007. Hospital Vall d'Hebron

Xavier Rodríguez Martínez<sup>1,2</sup>, Isabel Ortega Ibañez<sup>3</sup>, Natalia Alsina López<sup>2</sup>, Gemma Marín i Vivó<sup>1,2</sup>, Joaquín Calixto Rodríguez<sup>1,2</sup>, Josep Paunellas i Albert<sup>1,2</sup>, Sonia Couñago Méndez<sup>1</sup>  
1, DUE UCI. 2, DUE de anestesia equipo de trasplantes. 3, Supervisora Quirófano Cirugía Torácica. Coordinadora Enfermería Trasplantes, Hospital Vall d'Hebron, Barcelona

### INTRODUCCIÓN

Desde su inicio, el trasplante hepático ortotópico (THO) ha sido y es un tratamiento electivo para determinadas enfermedades, que afectan a la estructura o funcionalidad hepáticas. Aunque representa una alternativa terapéutica para estos grupos, no está exento de complicaciones. Aunque muchas son predecibles, afectan al resultado de la terapéutica.

### OBJETIVO

Nuestro objetivo es mostrar las complicaciones inmediatas y/o tardías de este procedimiento.

### MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de los pacientes sometidos a trasplante hepático en nuestro hospital desde su inicio. 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

Las complicaciones más frecuentes que se han observado en el THO agrupadas por periodos temporales, han sido: eventración, infección, rechazo agudo y de vía biliar, se observa un porcentaje prácticamente semejante entre los dos periodos.

En las complicaciones tardías describimos la hipertensión arterial, Diabetes Mellitus, hipercolesterolemia, hipertriglicemia, complicaciones renales y trombosis arteria hepática en el primer año, cardiovasculares y las osteoarticulares, observando una disminución todas ellas en el segundo periodo.

### CONCLUSIONES

Gracias a la evolución en la técnica quirúrgica, en el proceso destinado a la reducción de los tiempos de isquemia y a los fármacos inmunosupresores, la morbi-mortalidad se ha visto reducida con el paso de los años. A pesar de la aparición de dichas complicaciones y revisando el seguimiento de los pacientes trasplantados hepáticos en nuestro hospital, podemos constatar la mejora objetiva y subjetiva en la calidad de vida de dichos pacientes, que a su vez viene reflejada por la baja morbi-mortalidad relacionada con dicho procedimiento quirúrgico.

Puesto que la infección y la complicación renal han sido y son las complicaciones más frecuentes a lo largo de estos años, se reafirman como objetivos de control para los equipos trasplantadores en nuestro hospital.

# Resúmenes de los posters (cont.)

P-23

## Complejidad e importancia de la cirugía de banco en el trasplante hepático

Ángeles Villanuste Gey, Rosario Ferreiro Veloso, Ana Rosa García Placín, Esther Rico Otero, M.ª Carmen González Ramos, M.ª Teresa Seijas Seoane  
*Bloque Quirúrgico, Hospital Clínico Universitario de Santiago, Santiago de Compostela*

### INTRODUCCIÓN

El Trabajo de Banco parece el pariente pobre en un trasplante hepático, sin embargo es de vital importancia para que un injerto sea implantado con las máximas garantías de éxito. El equipo de trasplante del CHUS, realiza la extracción en bloque, lo que obliga a preparar el injerto en la localidad de la extracción manteniendo en todo momento la refrigeración. Posteriormente, y ya en nuestro hospital, se prepara el injerto para su posterior implante dejando solo los principales vasos.- cava, porta, arteria, vía biliar.-

### OBJETIVO

Disminuir el tiempo de isquemia fría.

### MATERIAL Y MÉTODOS

El material aunque no excesivo debe ser fino y muy preciso. Imprescindible preservar el injerto frío con lo que el hielo y el tiempo son fundamentales. El líquido preservador - Wisconsin- debe mantenerse siempre a la temperatura adecuada y mantenerlo en nevera hasta su utilización.

### RESULTADOS

Con el Trabajo de Banco se prepara el injerto de forma óptima para su implante, manteniendo en todo momento su refrigeración y garantizando su perfecta conservación aun en isquemia.

### CONCLUSIONES

El equipo implantador recibirá el injerto preservado y conservado, garantizando la minimización del riesgo de sangrado durante el implante.

### BIBLIOGRAFÍA

- Becerra Sueiro, M. V., Investigación Clínica en Enfermería de Trasplantes, Servicio Galego de Saude, Oficina de Coordinación de Trasplantes, Xunta de Galicia, 1999.
- Tullius SG, García-Cardeña G. Organ procurement and perfusion before transplantation. *N Engl J Med.* 2009 Jan 1;360(1):78-80. No abstract available. PMID: 19118308 (PubMed - indexed for MEDLINE).

P-24

## Rol de enfermería en el trasplante de hepatocitos

Eugenia Trígoso, Josefa Moreno M., Eva Rueda, M.ª Ángeles Calzado  
*Unidad Pediátrica de Trasplantes, Agencia Valenciana de Salud. Hospital Infantil "La Fe", Valencia*

### INTRODUCCIÓN

El trasplante de hepatocitos, es hoy en día, la técnica más innovadora que ofrece la medicina como alternativa al trasplante hepático. Consiste en infundir células hepáticas procedentes de un hígado donante en un hígado enfermo a través de un reservorio venoso colocado en la vena Porta, con el objetivo de que dichas células sanas sustituyan en sus funciones a las del órgano enfermo. Desde mayo de 2008 hasta ahora, se han tratado en nuestra Unidad a tres niños con enfermedades hepáticas de origen metabólico y que actualmente dos continúan bajo control y seguimiento.

### OBJETIVOS

Elaborar un plan de actuación de enfermería partiendo de una técnica nueva identificando aquellas intervenciones de enfermería derivadas del propio proceso de infusión (control de constantes, reacción anafiláctica, etc.) y de su control y seguimiento.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Preparación

Previo a la infusión:

- analítica de control
- canalización de vía periférica para fluidoterapia de soporte y acceso venoso inmediato.
- acceso al port-a-cath canalizado en vena Porta con perfusión de Heparina
- (1 UI/ml)
- premedicación con ATB, corticoides y sedación si procede
- monitorización de constantes vitales durante todo el proceso.
- eco-doppler
- material estéril.

### MÉTODO

La suspensión a infundir tiene un volumen total de 50 ml, conteniendo como máximo 109 células. Se administra en 60-90 minutos (5 ml/5 min).

Al tratarse una técnica mínimamente invasiva, las posibles complicaciones y efectos adversos derivados de esta se reducen al mínimo y además supone una buena tolerancia del paciente.

### CONCLUSIÓN

El trasplante de hepatocitos les dará a estos pacientes la posibilidad de mejorar su calidad de vida y en algunos casos, un paréntesis mientras esperan un órgano. La cadencia y el número de infusiones vendrá determinado por la patología de base, el estado general y los resultados analíticos.

P-26

## La figura del cuidador principal en la unidad de trasplante hepático: una vivencia desde la propia experiencia

Salvadora Benito Palma, Amparo Damas Arroyo, Manuela Ortega Corral, Margarita Alba Tercedor  
*Unidad de Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital Virgen de las Nieves. Granada, Granada*

### INTRODUCCIÓN

El relato nos ha permitido conocer la experiencia de María, cuidadora principal de un paciente con trasplante hepático. Ser cuidadora principal de un trasplantado hepático conlleva sufrir una serie de situaciones antes, durante y después del trasplante como cansancio, temor, falta de control, separación del entorno familiar, pérdida de independencia etc. Al realizar la entrevista a María nos ha permitido conocer las necesidades que tiene esta cuidadora, y como tiene que afrontar los cuidados de su marido, sobre todo durante su estancia en la unidad.

### OBJETIVOS

Conocer las necesidades del cuidador principal en la Unidad de trasplante hepático.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un relato biográfico, es un tipo de investigación cualitativa de carácter descriptivo, se utiliza la entrevista para la recogida de datos elaborando previamente un guión con las preguntas.

### RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se presenta el relato de María, cuidadora de un trasplantado hepático que nos cuenta su experiencia, como tiene que afrontar la enfermedad irreversible de su marido, como afronta el reto del trasplante hepático y como se adapta a la nueva situación con algunas complicaciones en su recuperación.

P-27

## Importancia de la formación de los profesionales enfermeros en el ámbito asistencial dentro de una unidad de trasplante hepático

Isabel Moreno Angulo, Lucía Muñoz Gamito, Francisca Almagro Villar, Rocío Moreno Franch, Rocío Pérez González  
*Cirugía General y Trasplante Hepático, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla*

### INTRODUCCIÓN

Las características de los trasplantes en general, y del trasplante hepático en particular, hacen de este proceso un paradigma de asistencia interdisciplinar que requiere de la cohesión y la unificación de criterios asistenciales, que permitan la continuidad asistencial y la reorganización de la asistencia, orientándola hacia las expectativas del paciente dentro del marco del Plan de Calidad.

### OBJETIVOS

Adquirir/perfeccionar las competencias de los profesionales enfermeros en los cuidados integrales al paciente sometido al proceso de trasplante hepático, adaptándolos a la incorporación de nuevos conocimientos, tecnologías, y a los cambios organizativos y estructurales de la organización.

### METODOLOGÍA

1. Realización de un programa de sesiones clínicas de cuidados acreditadas por la Acsa dentro de la unidad.
2. Realización de un curso formativo y de actualización de competencias profesionales anual, donde los docentes son los propios miembros del equipo multidisciplinar que atienden al paciente (enfermeros, cirujanos, psicólogos, coordinación de trasplante, etc.).
3. Reuniones multidisciplinarias semanales con el objetivo de abordar conjuntamente situaciones específicas y casos concretos.
4. Elaboración de la producción científica anual de la unidad (publicaciones, ponencias y comunicaciones en congresos, etc.).

### RESULTADOS

Tras dos años de experiencia utilizando la metodología anterior, hemos conseguido el objetivo planteado, además de la unificación de criterios asistenciales entre todos los miembros del equipo, así como la mejora de la atención sanitaria percibida por el usuario.

### CONCLUSIONES

Hemos conseguido que se garantice dentro de la unidad la calidad de los cuidados, y que exista una comunicación fluida entre todos los miembros del equipo multidisciplinar, dado que es importante considerar que atendemos a pacientes con enfermedad hepática grave, cuya única terapéutica curativa es el trasplante, proceso largo y estresante que requiere de unos conocimientos, habilidades y destrezas de los profesionales en constante formación y desarrollo.

# Resúmenes de los posters (cont.)

P-28

## Actitud ante el drenaje quirúrgico en los pacientes trasplantados

Emilia Palacios Fuentes<sup>1</sup>, Olga Risco Romero<sup>1</sup>, Dolores Fernández Ruiz<sup>2</sup>, Rosa María Gil Ruiz<sup>1</sup>, Mónica Arias Cordero<sup>1</sup>, Carmen López Rodríguez<sup>1</sup>, Carmen Bermejo Pajares<sup>1</sup>, Isabel Nogales García<sup>1</sup>, Natalia Alfonso García<sup>1</sup>, Gerardo Blanco Fernández<sup>2</sup>, Diego López Guerra<sup>3</sup>, María Soledad Medina Asensio<sup>4</sup>, Ignacia Barrantes Pacheco<sup>4</sup>, Isabel González González<sup>4</sup>, María Dolores Ruiz González<sup>4</sup>  
*1, Enfermera Cirugía Hepatobiliopancreática y Trasplante Hepático. 2, Cirujano especialidad Digestivo y Trasplante Hepático. 3, Residente Cirugía y Trasplante Hepático. 4, Auxiliar Enfermería Cirugía Hepatobiliopancreática y Trasplante Hepático, Hospital Infanta Cristina, Badajoz*

### OBJETIVO

Evaluar en los pacientes trasplantados el tipo de drenaje usado y la actitud ante el mismo en cuanto a número de días y maniobras a través del mismo.

### PACIENTES, MATERIAL Y MÉTODO

Se analizaron las historias clínicas de todos los pacientes sometidos a trasplante hepático en nuestra unidad recogiendo tipo y número de drenajes, tiempo de aspiración, volumen y calidad del mismo, manipulaciones realizadas y complicaciones aparecidas.

### RESULTADOS

Se han realizado 26 trasplantes en 25 pacientes, la media de los días de drenaje fue de 12 días. En aquellos pacientes que el drenaje permaneció menos de 12 días, el número de transfusiones de hematíes (17 C. Hematíes), plasmas (22 C. Plasma) y plaquetas (9 C. plaquetas), fue hasta el doble que en los pacientes que el drenaje se retiraba más tarde, sin llegar a ser el resultado estadísticamente significativo. Así mismo, la estancia era ligeramente superior 33 días cuando el drenaje permanecía más tiempo, frente a 21 días cuando permanecía menos de 12 días. La tasa de infección y el tiempo medio de trasplante fue similar en ambos grupos. El tiempo medio aspirativo fue de 6 días sin encontrarse diferencias si permanecía mayor o menor tiempo el drenaje.

P-30

## Educación sanitaria a pacientes sometidos a trasplante hepático

Francisca Almagro, Lucía Muñoz, Rocío Pérez, Isabel Moreno  
*Servicio de cirugía, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla*

### INTRODUCCIÓN

La educación sanitaria es el proceso que informa, motiva y ayuda a la población a adoptar y mantener prácticas y estilos de vida saludables. En el servicio de cirugía del hospital Virgen del Rocío, el equipo de enfermería es consciente de la necesidad de realizar una buena educación sanitaria con el paciente sometido a trasplante hepático y su cuidador principal desde el momento que se encuentra en nuestra planta, como herramienta fundamental para facilitar los conocimientos necesarios que le permitan alcanzar la independencia en su domicilio así como la detección precoz de las posibles complicaciones.

### OBJETIVOS

Mejorar la calidad asistencial del paciente sometido a trasplante hepático y facilitar e instruir sobre los conocimientos necesarios para su incorporación al medio habitual de forma clara y paulatina, a fin de facilitar su asimilación por parte tanto del paciente como de los familiares.

### METODOLOGÍA

- Personalización de los cuidados a través de la asignación enfermera-paciente.
- Entrega del manual de cuidados al paciente TOH elaborado por el personal de nuestra planta a su ingreso en la unidad.
- Información individualizada y personalizada en el quehacer diario sobre hábitos dietéticos, cuidados de la piel, mantenimiento de la higiene doméstica, relaciones sociales y de pareja, así como del régimen terapéutico y de las posibles complicaciones que puedan surgir, explicando el modus operandi ante éstas, siempre de forma dosificada, y resolviendo dudas y preocupaciones que puedan suscitarse en el paciente.
- Entrega de informe de continuidad de cuidados y recomendaciones en el momento del alta, con objeto de potenciar la continuidad asistencial interniveles.
- Teléfonos de contacto.

### CONCLUSIONES

La educación sanitaria supone una herramienta muy útil para mitigar miedos y ansiedades del paciente que, antes o después, habrá de enfrentarse a su nueva situación dentro de su medio habitual, y una buena forma de prevenir posibles complicaciones.

P-31

## Ciclosporina a y tacrolimus: "la otra cara"

Rocío Moreno Franch, Isabel María Moreno Angulo, José Robles Carrión, Rocío Pérez González, Miguel Ángel Lérica Romero  
*Cirugía general y trasplante hepático, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla*

### INTRODUCCIÓN

En 1967 se realizó el primer trasplante hepático con éxito. Desde entonces, el desarrollo de nuevas técnicas quirúrgicas así como la introducción de nuevas terapéuticas ha mejorado la supervivencia y la calidad de vida de estos pacientes. Aún así, sabemos que a partir del primer año pueden aparecer diversas complicaciones: rechazo del órgano, recurrencia de la enfermedad de base y "la otra cara" de los inmunosupresores: infecciones oportunistas y tumores de novo. La Ciclosporina A y el Tacrolimus son los inmunosupresores que provocan con más frecuencia los tumores de novo epiteliales, que son de bajo riesgo y fáciles de tratar, lo que destaca la importancia de la educación sanitaria y cuidados impartidos por el personal de enfermería para prevenirlos.

### OBJETIVOS

Informar y educar al paciente acerca de la importancia de los cuidados que previenen o detienen la aparición de este tipo de tumores (protección solar total, gafas solares, etc.), hábitos higiénico-saludables (higiene personal, bucal, doméstica, práctica de ejercicio, etc.). Ofrecer redes de apoyo: consulta telefónica, enfermero de enlace, trabajadora social. Asegurar la implicación de la familia en todo el proceso, desde el conocimiento de la enfermedad hasta la participación en la prevención de las complicaciones del tratamiento.

### CONCLUSIONES

A pesar del gran avance que ha supuesto la introducción de los inmunosupresores en el tratamiento del trasplante hepático, no podemos olvidar que estos presentan dos caras. Mejorar las complicaciones tardías es todavía un gran desafío sanitario, pero existen una serie de comportamientos y cuidados que nos ayudan a prevenir algunas de ellas. El papel de enfermería es vital para la consecución de los objetivos descritos anteriormente. El enfermero debe crear una relación empática con el paciente para conseguirlo.

P-32

## Un concurso escolar en la divulgación de la donación de órganos para el trasplante en Extremadura

Julia del Viejo Escolar  
*Coordinación de Trasplantes, Servicio Extremeño de Salud, Badajoz*

### INTRODUCCIÓN

La concienciación de los niños y adolescentes hacia los temas de la donación de órganos y tejidos es muy importante, pues representan el futuro de la sociedad, y tienen una repercusión directa sobre sus profesores, familias y amigos.

### OBJETIVO

Difundir el conocimiento sobre la donación, aclarando dudas y estimulando actitudes positivas.

### MATERIAL

SopORTE en papel para realizar un dibujo sobre la donación, con un mensaje animando a la población a donar, dirigido a sexto de Educación Primaria. Redactar una carta de agradecimiento al donante y a su familia, dirigida a cuarto de Educación Secundaria Obligatoria.

### CONCLUSIONES

Tras siete ediciones (20.000 alumnos por edición), la tendencia ha sido la disminución de forma importante de la negativa familiar. Informar en el campo de la donación permite que estos niños y adolescentes desarrollen un papel clave como difusores, incidiendo positivamente en el aumento en las tasas de donación.

# Índice de autores

## A

Alba Tercedor, M. .... P-26  
 Alfonso García, N. .... 0-11, P-28  
 Almagro Villar, F. .... P-27, P-30  
 Alsina López, N. .... P-13, P-14, P-15, P-17, P-20, P-22  
 Arenes González, F.M. .... 0-16, P-12  
 Arias Cordero, M. .... 0-11, P-28  
 Armingol Ramírez, M. .... 0-7

## B

Barrantes Pacheco, I. .... 0-11, P-28  
 Becerra Sueiro, M.V. .... 0-6, P-2  
 Benito Palma, S. .... P-26  
 Bermejo Pajares, C. .... 0-11, P-28  
 Biencinto, L. .... P-21  
 Blanco Fernández, G. .... 0-11, P-28  
 Blázquez, G. .... P-21  
 Bohórquez Camacho, M. .... 0-5  
 Bote, M.A. .... 0-7  
 Bueno Torres, M.D. .... 0-14

## C

Calixto Rodríguez, J. .... P-13, P-14, P-15, P-17, P-20, P-22  
 Calzado, M.A. .... P-24  
 Calzón Morilla, M. .... 0-5  
 Carballo Pena, C. .... P-19  
 Carnes Coletto, A.A. .... 0-10  
 Carrasco Tello, F. .... 0-4, 0-12  
 Celma Vicente, M. .... 0-8  
 Coll Del Rey, E. .... 0-8  
 Couñago Méndez, S. .... P-13, P-14, P-15, P-17, P-22

## D

Damas Arroyo, A. .... P-26  
 De Miguel, M.J. .... 0-7  
 Del Agua Calvo, C. .... P-6  
 Del Viejo Escolar, J. .... 0-2, P-32  
 Domínguez Duran, M. .... 0-5  
 Donoso González, V. .... 0-14

## E

Escobar Fornieles, R. .... 0-1

## F

Fajardo, M. .... 0-7  
 Fernández, F. .... P-21  
 Fernández Dieguez, V. .... 0-10  
 Fernández Prego, M.T. .... P-2  
 Fernández Ruiz, D. .... 0-11, P-28  
 Ferreiro Veloso, R. .... P-2, P-23  
 Folgueira Aguiar, E. .... P-19

## G

García Alegre, C. .... 0-4, 012  
 García Mera, L. .... 0-5  
 García Núñez, J.V. .... 0-7  
 García Placín, A.R. .... 0-6, P-23  
 García Rodríguez, M.T. .... 0-3, P-11  
 Garjón, R. .... P-21  
 Gelde Serrano, A. .... 0-15  
 Gil Ruiz, R.M. .... 0-11, P-28  
 Gimeno Lázaro, S. .... 0-15  
 Gómez Aragón, C. .... 0-10  
 Gómez Vidal, A.D. .... P-19  
 González Escobosa, A.C. .... 0-16  
 González González, I. .... 0-11, P-28  
 González Navarro, S. .... P-12  
 González Ramos, M.C. .... P-23  
 Gullón, P. .... 0-4, 0-12

## H

Herrero, N. .... P-21

## L

Lama Florencio, A. .... 0-5  
 Larrea, B. .... P-3  
 Lerida Romero, M.A. .... P-6, P-31  
 Linacero, M.C. .... P-3  
 López, D. .... 0-12  
 López, E. .... 0-9  
 López Guerra, D. .... 0-11, P-28  
 López Matoses, R. .... 0-15  
 López Reino, D. .... 0-4  
 López Rodríguez, C. .... 0-11, P-28

## M

Majado García, M.M. .... 0-13  
 Marcos, A. .... P-21  
 Marín Vivó, G. .... P-13, P-14, P-15, P-17, P-20, P-22  
 Martín Cebrián, C. .... 0-8  
 Martínez, M.J. .... P-3  
 Martínez Gómez, E. .... 0-15  
 Mata Ruiz, P. .... P-12  
 Medina Asensio, M.S. .... 0-11, P-28  
 Mesías Sar, B. .... P-2  
 Molina, M. .... P-3  
 Montiel Murillo, J. .... 0-16  
 Moreno, J. .... 0-12  
 Moreno Angulo, I.M. .... P-6, P-7, P-27, P-30, P-31  
 Moreno-De La Cruz, J. .... 0-4  
 Moreno-Franch, R. .... P-6, P-7, P-27, P-31  
 Moreno-M., J. .... P-24  
 Muñoz-Gamito, L. .... P-27, P-30

## N

Narváez, M.I. .... 0-4, 0-12  
 Nogales García, I. .... 0-11, P-28

## O

Orobitg Pulido, A. .... 0-15  
 Ortega-Corral, M. .... P-26  
 Ortega-Ibáñez, I. .... P-13, P-14, P-15, P-17, P-20, P-22  
 Ortiz-Soltero, J. .... 0-4, 0-12  
 Oses, B. .... P-3  
 Otero Calvo, C. .... P-19

## P

Padín López, S. .... 0-16  
 Padró, A. .... 0-9  
 Palacios Fuentes, E. .... 0-11, P-28  
 Para Periañez, A. .... 0-4, 012  
 Paunellas Albert, J. .... P-13, P-14, P-15, P-17, P-20, P-22  
 Pérez González, R. .... P-6, P-27, P, 30, P-31  
 Piñeiro Rama, J. .... P-19  
 Piñón Villar, M.C. .... 0-3, P-11  
 Poyo, M. .... P-21

## R

Ramajo Pavo, A.I. .... 0-14  
 Ramos García, E. .... P-12  
 Redin, A. .... P-3  
 Rey Álvarez, E. .... P-19  
 Rico Otero, E. .... P-23  
 Risco Romero, O. .... 0-11, P-28  
 Robles Carrión, J. .... P-7, P-31  
 Rodríguez Cheda, A. .... 0-6  
 Rodríguez Martínez, X. .... P-13, P-14, P-15, P-17, P-20, P-22  
 Rodríguez San Martín, N. .... P-3  
 Rueda, E. .... P-24  
 Ruiz Cagigas, A. .... 0-10  
 Ruiz González, M.D. .... 0-11, P-28

## S

Sáenz Francés, E. .... 0-8  
 Sánchez-Simón Pérez, C. .... 0-4, 0-12  
 Sande Cruz, P. .... 0-6  
 Seijas Seoane, M.T. .... P-23

## T

Tena, P. .... 0-7  
 Terrón, J.C. .... 0-7  
 Tinoco, M. .... 0-4, 0-12  
 Trigo, E. .... P-24

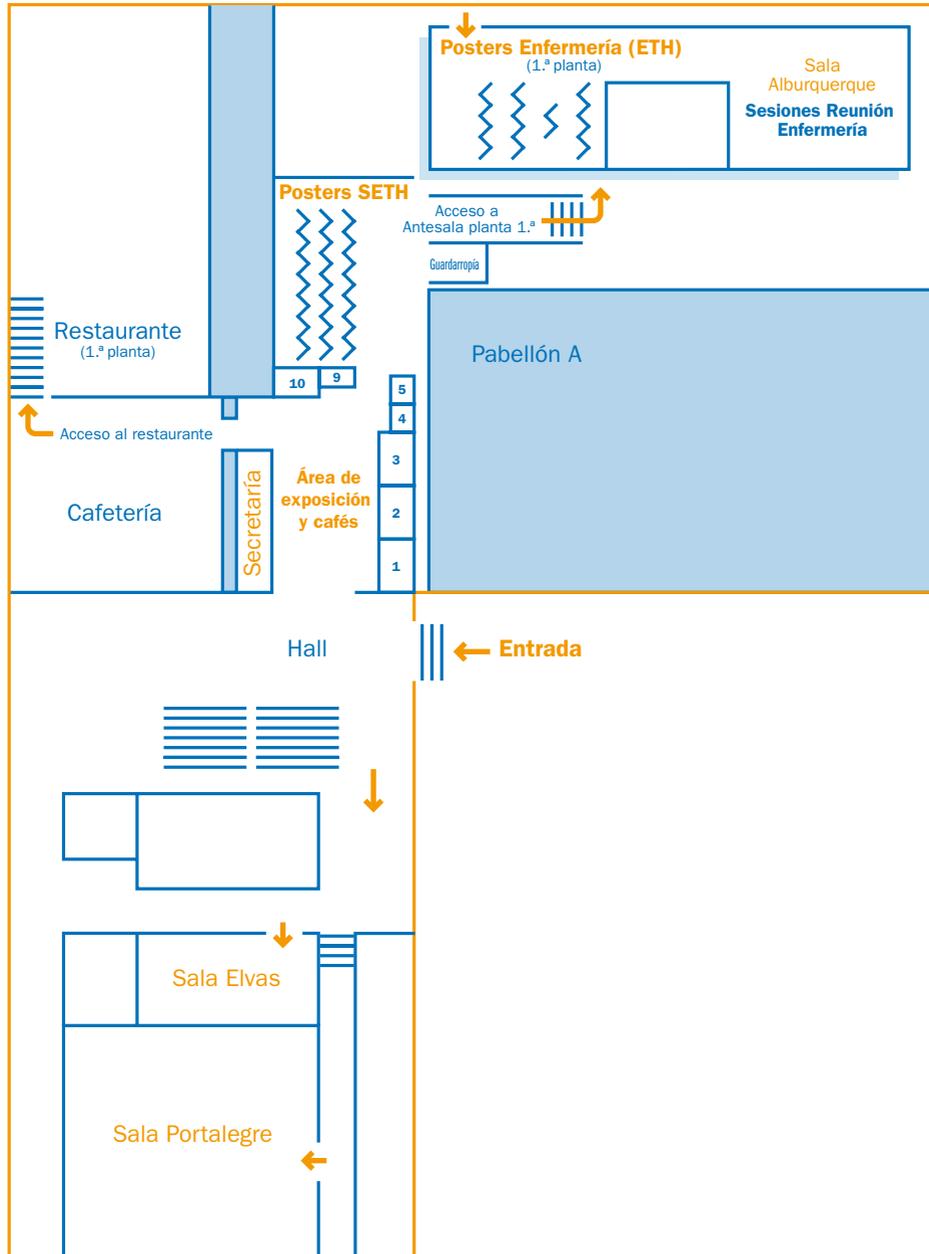
## U

Usuario-Moreno, L. .... 0-10

## V

Vallès-Guerra, C. .... 0-1  
 Varo Pérez, E. .... 0-6, P-2  
 Villanustre Gey, Á. .... P-2, P-23  
 Viqueira Vereas, C. .... 0-6

# Plano de la sede





**BADAJOS** **XVII Reunión ETH**  
**2009** Enfermería de  
Trasplante Hepático