

# XVIII REUNIÓN

# ETH MADRID

Enfermería  
de Trasplante  
Hepático

2010

29-30 septiembre y 1 octubre 2010

Hotel Meliá Castilla. Madrid

Programa final y  
libro de resúmenes



## Organiza:

Departamento de Cirugía  
General, Aparato Digestivo  
y Trasplante de Órganos  
Abdominales del Hospital  
Universitario 12 de Octubre



**XVIII REUNIÓN**  
**ETH MADRID**  
Enfermería  
de Trasplante  
Hepático **2010**

**29-30 septiembre  
y 1 octubre 2010**

**Hotel Meliá Castilla  
Madrid**

**Programa final y  
libro de resúmenes**

**Organiza:**  
Departamento de Cirugía General,  
Aparato Digestivo y Trasplante de Órganos  
Abdominales del Hospital Universitario  
12 de Octubre





## ÍNDICE

Comités .....	4
Secretaría técnica y científica .....	5
Bienvenida .....	7
Información general .....	8
Programa social .....	10
Información para autores y ponentes .....	12
Cuadro de sesiones .....	14

### Programa científico

Miércoles, 29 de septiembre .....	15
Jueves, 30 de septiembre .....	15
Viernes, 1 de octubre.....	21
Resúmenes de los ponentes invitados .....	23
Resúmenes de las comunicaciones orales .....	29
Resúmenes de los pósters .....	36
Índice de autores .....	48
Plano de la sede .....	52

## COMITÉS

### Presidencia de Honor

#### Excm. Sra. Dña. Esperanza Aguirre Gil de Biedma

*Presidenta de la Comunidad de Madrid*

### Comité de Honor

#### Excmo. Sr. D. Javier Fernández-Lasquetty Blanc

*Consejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid*

#### D. Pedro Calvo Poch

*Delegado del Área de Gobierno de Seguridad y Movilidad del Ayuntamiento de Madrid*

#### Dr. D. Joaquín Martínez Hernández

*Director Gerente del Hospital Universitario 12 de Octubre*

#### Sr. D. Pedro Bejarano Soletto

*Presidente del Ilustre Colegio Oficial de Diplomados en Enfermería de Madrid*

#### Sra. Dña. Mª Andión Goñi Olangua

*Directora de Enfermería Hospital Universitario Doce de Octubre*

### Comité organizador

Presidenta	Alicia Muñoz Ortiz
Vicepresidenta	Ana I. Redondo Álvarez
Vocales	Mª Paz Cebrian Espejo Isabel Gómez Prieto Mª Teresa Málaga Bernal Montserrat Muela Mico Enriqueta Nuño Santana Mercedes Ortega Redondo Mª Pilar Ramón Pérez Israel Vaquero Jiménez Mª Soledad Vereda Rodríguez

### Comité científico de la ETH

Presidenta	Inmaculada Vidal Pérez
Vicepresidenta	Jose María Miralles Vegara
Vocales	Tomas Bello Mimblera Laura Biencinto Burgos Adela de Aragón Serrano Pilar Espallargas Moya Mª Ángeles Fafila Hidalgo Miriam Gallo Melénez Sagrario Sánchez Hernández Sofía Vázquez Guntin

#### Secretaría técnica y científica

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

**ETH 2010/AOPC**  
Av. Drassanes, 6-8  
E-08001 Barcelona  
Tel. 933 027 541  
congress@aopc.es  
www.sethepatico.org





## BIENVENIDA

Estimados compañeros,

queremos agradecer vuestra asistencia y colaboración en esta XVIII Reunión de Enfermería de Trasplante Hepático.

El comité científico y organizador estamos poniendo toda nuestra ilusión y esfuerzo para que estos días sean fructíferos, animándonos a continuar nuestra labor con mayor calidad humana y profesional.

Nuestra ciudad siempre ha sido lugar de encuentro y acogida para propios y extraños, confiamos que os haga sentir como en casa.

Agradecemos el apoyo de nuestros patrocinadores y colaboradores, así como a la Sociedad Española de Trasplante Hepático y la Secretaría técnica.

Esperando cumplir todas vuestras expectativas, os deseamos una estancia agradable.

Os esperamos.

**Alicia Muñoz Ortiz**  
*Presidenta del Comité Organizador*

## INFORMACIÓN GENERAL

### Sede

#### Hotel Meliá Castilla

Calle Capitán Haya, 43  
28020 - Madrid  
[www.meliacastilla.com](http://www.meliacastilla.com)

**Salón El Prado:** Sala de Sesiones

**Salita del Castilla:** Sala de Ponentes

**Vestíbulo Salón Castilla:** Secretaría, Cafés y cóctel de bienvenida

**Salón Hidalgo:** Exhibición de pósters

**Salón Cervantes:** Almuerzo de trabajo

**Salón Aranjuez:** Cóctel de despedida

### Secretaría

Durante la celebración de la Reunión, la secretaría estará ubicada en el vestíbulo del Salón Castilla, donde se realizará la entrega de documentación a los participantes.

#### Horario de secretaría:

Miércoles, 29 de septiembre ... de 16:00 a 20:00 h

Jueves, 30 de septiembre ..... de 08:00 a 19:00 h

Viernes, 1 de octubre ..... de 08:45 a 14:00 h

### Cuota de inscripción

300 € (IVA Incluido)

#### La cuota de inscripción incluye:

- Acceso a las sesiones científicas y a la zona de pósters
- Cóctel de bienvenida (miércoles, 29 de septiembre)
- Almuerzo de trabajo (jueves, 30 de septiembre) y cafés
- Visita al Museo de la Real Academia de Bellas Artes de San Fernando (jueves, 30 de septiembre)
- Cena oficial (jueves, 30 de septiembre)
- Cóctel de despedida (viernes, 1 de octubre)
- Programa final y libro de resúmenes

### Actividades acreditadas de la Reunión

Se ha solicitado la acreditación de las actividades a la Comisión de Formación Continuada de Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid.

### Almuerzo de trabajo

El jueves, 30 de septiembre se servirá un almuerzo de trabajo en el Salón Cervantes para todos los participantes inscritos a la Reunión.

### Idioma

Todas las sesiones serán en español.

### Web de la Reunión

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

### Hotel oficial

#### Hotel Meliá Castilla

Calle Capitán Haya, 43  
28020 - Madrid  
[www.meliacastilla.com](http://www.meliacastilla.com)

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

El Comité Organizador desea agradecer a Astellas, Novartis y Roche el patrocinio de las carteras de la Reunión.

## PROGRAMA SOCIAL

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

### Cóctel de bienvenida

**Miércoles, 29 de septiembre a las 20:00 h**

Vestíbulo del Salón Castilla + Salón Castilla (Hotel Meliá Castilla).

### Visita Museo

**Jueves, 30 de septiembre a las 20:00 h**

**Museo de la Real Academia de Bellas Artes de San Fernando**

Calle Alcalá, 13

Madrid

*Inaugurado en 1753 en la real Casa de la Panadería, en 1773 se trasladó por falta de espacio a su sede actual, en el Palacio de Don Juan de Goyeneche. Construido por José de Churriguera en estilo barroco, fue posteriormente remodelado por Diego de Villanueva, quien le dotó de la fachada neoclásica. En esta sede se mantendría la enseñanza artística hasta que a mediados del siglo XX los estudios de Bellas Artes pasaron a la Universidad. En 1981, después de ser reformado por Chueca Goitia, se reinstalaron sus colecciones provenientes de la obras recogidas por la Junta Central de Monumentos, consecuencia de la desamortización, la colección confiscada a Godoy y obras de la propia Academia. Sobre esta base se fueron añadiendo otras de diversa procedencia, como donaciones, legados etc..., dando lugar al Museo de la Real Academia de Bellas Artes de San Fernando.*

*El museo ocupa treinta y cinco salas, en las que se distribuye una importante colección de pintura, dibujos, escultura y artes decorativas de los siglos XVI al XX. Entre los artistas representados destacan: Goya, de quien se conservan en el museo trece óleos; Zurbarán; Arcimboldo, la única obra de este artista conservada en España; así como Rubens, Bassano, Mengs, Reni Seghers, Crayer, Carlos de Haes, Sorolla, Muñoz Degraín o Benjamín Palencia, entre otros.*

### Cena oficial

**Jueves, 30 de septiembre a las 22:00 h**

**Casino de Madrid**

Calle Alcalá, 15

Madrid

*El Casino de Madrid nació en 1836 por iniciativa de un grupo de tertulianos que se reunía en el café de Sólito, citado por "Fíguro" en sus artículos de costumbres, y que se hallaba en la esquina que actualmente ocupa el Teatro Español.*

*Los fundadores alquilaron al dueño del café la primera planta del edificio, situado en la calle del Príncipe, y constituyeron formalmente la sociedad en enero de 1837. El general Fernández de Córdoba, que se ocupó de las primeras gestiones, explicó en sus memorias que habían elegido el nombre de Casino, que se utilizaba por primera vez en España, y no el de sociedad o club, "para alejar de aquel Centro toda significación política".*

*Tras varios cambios de sede, los socios del Casino de Madrid decidieron a principios del siglo xx construir su propio edificio, en la calle Alcalá, según un proyecto que sintetizaba las propuestas presentadas a concurso por los más célebres estudios de arquitectos de la época. Fue declarado Monumento de Interés Cultural en 1993.*

### Importante:

Para acceder al Casino de Madrid, es obligatorio el uso de chaqueta y corbata para los caballeros. Según las normas del Casino, no se permitirá la entrada a quién no cumpla dicho requisito.

### Traslados Museo y cena

- A las 20:00 h, salida de autocares desde el Hotel Meliá Castilla, para visita al Museo. A continuación se accederá al Casino de Madrid, ubicado justo al lado, para proceder a la cena.
- Al finalizar la cena, salida del primer autocar. El resto de autocares saldrán sucesivamente a medida que se llenen.

### Cóctel de despedida

**Viernes, 1 de octubre a las 14:00 h**

Salón Aranjuez (Hotel Meliá Castilla).

## 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.

### Pósters

Salón Hidalgo (Hotel Meliá Castilla).

Los pósters estarán expuestos a lo largo de toda la Reunión. Los pósters deberán ser colocados antes de las 09:00 h del jueves, 30 de septiembre y retirados antes de las 14:00 h. del viernes, 1 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.

La organización de la Reunión queda exenta de cualquier responsabilidad sobre los pósters que permanezcan expuestos en los paneles de póster a partir de las 14:00 h del viernes.

### Ponentes y autores de presentaciones orales

Para la entrega de las presentaciones, acudir a la sala de ponentes (Salita del Castilla) situada junto a la secretaría.

#### Horario de la sala de ponentes:

Miércoles, 29 de septiembre ... de 17:00 a 20:00 h

Jueves, 30 de septiembre ..... de 08:00 a 19:00 h

Viernes, 1 de octubre ..... de 08:15 a 13:30 h

Los participantes deberán presentar su Pendrive 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.

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, todas las presentaciones en formato PDF de aquellos ponentes y autores que hayan dado su autorización para ello durante la Reunión, figurarán en la web de la SETH después de la celebración del mismo.

### Certificados de presentación

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



## CUADRO DE SESIONES

Miércoles, 29	Jueves, 30	Viernes, 1
	<b>Secretaría</b>	<b>Secretaría</b>
	<b>Mesa redonda I</b> 09:00 - 10:30 h	<b>Defensa de pósters</b> 09:15 - 10:00 h
	<b>Visita pósters y café</b> 10:30 - 11:00 h	<b>Mesa redonda II</b> 10:00 - 11:30 h
	<b>Comunicaciones orales I</b> 11:00 - 12:30 h	<b>Visita pósters y café</b> 11:30 - 12:00 h
	<b>Defensa de pósters</b> 12:30 - 13:30 h	<b>Comunicaciones orales III</b> 12:00 - 12:45 h
	<b>Almuerzo de trabajo</b> 13:30 - 15:30 h	<b>Asamblea</b> 12:45 - 13:30 h
		<b>Clausura</b> 13:30 - 13:45 h
	<b>Ponencias I y II</b> 15:30 - 17:00 h	<b>Cóctel de despedida</b> 14:00 h
<b>Entrega de documentación</b> 16:00 h	<b>Visita pósters y café</b> 17:00 - 17:30 h	
	<b>Comunicaciones orales II</b> 17:30 - 18:30 h	
<b>Mesa redonda inaugural</b> 18:00 - 19:30 h	<b>Experiencia de vida</b> 18:30 - 19:00 h	
<b>Inauguración oficial</b> 19:30 - 20:00 h		
<b>Cóctel de bienvenida</b> 20:00 h	<b>Visita Museo y Cena oficial</b> 20:00 h	



## PROGRAMA CIENTÍFICO

### Miércoles, 29 de septiembre

18:00 - 19:30 h

#### Mesa redonda inaugural

Moderadores: José Antonio Pons Miñano (Murcia) y Evaristo Varo Pérez (Santiago de Compostela)

#### Evaluación no hepática del candidato a trasplante hepático

Rafael Bañares Cañizares (Madrid)

#### Mortalidad en lista de espera para trasplante hepático

Fernando San Juan Rodríguez (Valencia)

#### Mortalidad post-trasplante debida a complicaciones quirúrgicas

Miguel Ángel Suárez Muñoz (Málaga)

#### Mortalidad tardía tras trasplante hepático

Valentín Cuervas-Mons Martínez (Madrid)

19:30 - 20:00 h

#### Inauguración oficial

20:00 h

#### Cóctel de bienvenida

### Jueves, 30 de septiembre

09:00 - 10:30 h

#### Mesa redonda I

Moderadoras: Julia del Viejo Escolar (Badajoz) y Alicia Muñoz Ortiz (Madrid)

#### La enfermería en la Organización Nacional de Trasplantes

Itziar Martínez Alpuente (Madrid)

#### Papel de la enfermería en la Oficina Regional de Coordinación de Trasplantes

Gema Marmisa Gazo (Madrid)

#### Coordinación del trasplante hepático infantil entre dos hospitales

Socorro Álvarez Fariza (Madrid) y Soledad Arevalillo González (Madrid)

#### Donante en asistolia

Enriqueta Nuño Santana (Madrid)

10:30 - 11:00 h

**Visita pósters y café**

11:00 - 12:30 h

**Comunicaciones orales I**Moderadoras: M<sup>a</sup> Isabel Durango Limárquez (Madrid) y Ana I. Redondo Álvarez (Madrid)

0-1

**Intervenciones enfermeras en la prevención de complicaciones cardiovasculares en los pacientes trasplantados hepáticos en el Hospital Clínico de Barcelona**A. Padro Pages<sup>1</sup>, E. López Benages<sup>1</sup>, G. Crespo<sup>2</sup>, M. Navasa Anadon<sup>2</sup>, T. Comallonga Bartomeu<sup>2</sup>*1, Consultas Externas Trasplante Hepático, Hospital Clínico Barcelona, Barcelona. 2, Unidad de Trasplante Hepático.*

0-2

**Efectividad de un programa educativo aplicado en la fase pretrasplante para la mejora de los conocimientos al alta postrasplante hepático**

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

*Unidad de Cirugía Abdominal y Trasplante Hepático, Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.*

0-3

**La esperanza del siglo XXI: el donante vivo. Protocolo de trasplante hepático pediátrico de donante vivo en el Hospital La Paz**

A. Carnes Coletto, V. Fernández Diéguez, A. Ruiz Cagigas, L. Usero Moreno

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

0-4

**Actuación de enfermería en la medición del flujo arterial y venoso en el trasplante hepático**

Y. Martínez Larrauri, I. Rodríguez López

*Quirófano 5º, Trasplante Hepático, Osakidetza, Barakaldo*

0-5

**Cuidados del paciente y complicaciones asociadas a la realización de clamp hiperinsulínico euglicémico**

A. Guirao Moya, V. Bello Bravo, M.E. Esteban Sánchez, M.J. Frade Mera, M. Morales Cifuentes, E. Morales Díaz, T. Grau Carmona

*Medicina Intensiva, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid*

0-6

**Implantación de una guía actualizada para enfermería en quirófano de trasplante hepático: evaluación de su impacto**

L. García Mera, M. Calzón Morilla, A. Lama Florencio, M. J. Bohorquez Camacho

*Bloque quirúrgico, equipo de trasplantes, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla*

0-7

**Adquisición y mejora de conocimientos sobre la farmacología más empleada en el trasplante hepático**

I. Moreno Angulo, M.A. Lérica Romero, I. Fernández Luque

*Cirugía, H.U. Virgen del Rocío, Sevilla*

12:30 - 13:30 h

**Defensa de pósters**

Moderadoras: Carmen Cabanillas Algorta (Madrid) y Mercedes Ortega Redondo (Madrid)

P-1

**Estadística de trasplantes hepáticos pediátricos 2008-2009 en nuestro hospital**J. Calixto Rodríguez<sup>1</sup>, F.J. Rodríguez Martínez<sup>1</sup>, G. Marín i Vivó<sup>1</sup>, N. Alsina López<sup>1</sup>, I. Ortega Ibáñez<sup>2</sup>, J. Paunellas Albert<sup>1</sup>*1, DUE. Hospital Universitario Vall d'Hebron. 2, Coordinadora de enfermería de trasplante del Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona*

P-2

**Control de la hipotermia intraquirúrgica en el trasplante hepático pediátrico: actuaciones de enfermería de anestesia**F.J. Rodríguez Martínez<sup>1</sup>, J. Calixto Rodríguez<sup>1</sup>, G. Marín i Vivó<sup>1</sup>, N. Alsina López<sup>1</sup>, J. Paunellas Albert<sup>1</sup>, I. Ortega Ibáñez<sup>2</sup>*1, DUE. UCI. Hospital Universitario Vall d'Hebron. 2, Coordinadora de enfermería de Trasplante del Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona*

P-3

**Tratamiento inmunosupresor en el trasplante hepático. ¿Qué debe saber el personal de enfermería?**G. Marín i Vivó<sup>1</sup>, N. Alsina López<sup>1</sup>, J. Calixto Rodríguez<sup>1</sup>, J. Paunellas Albert<sup>1</sup>, F.J. Rodríguez Martínez<sup>1</sup>, I. Ortega Ibáñez<sup>2</sup>*1, DUE. Hospital Universitario Vall d'Hebron. 2, Coordinadora de enfermería de trasplante del Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona*

P-4

**Valoración por enfermería de anestesia del estado nutricional del receptor de un trasplante hepático pediátrico**N. Alsina López<sup>1</sup>, J. Calixto Rodríguez<sup>1</sup>, G. Marín i Vivó<sup>1</sup>, F.J. Rodríguez Martínez<sup>1</sup>, J. Paunellas Albert<sup>1</sup>, I. Ortega Ibáñez<sup>2</sup>*1, DUE. Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona. 2, Coordinadora de enfermería de trasplante del Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona*

## P-5

**Evaluación por enfermería del estado nutricional del adulto receptor de THO mediante la antropometría**

J. Calixto Rodríguez<sup>1</sup>, G. Marín i Vivó<sup>1</sup>, F.J. Rodríguez Martínez<sup>1</sup>, N. Alsina López<sup>1</sup>, J. Paunellas Albert<sup>1</sup>, I. Ortega Ibáñez<sup>2</sup>

1, DUE. Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona. 2, Coordinadora de enfermería de trasplante del Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona

## P-6

**Intervenciones enfermeras en la campaña de vacunación de la Gripe A en los pacientes en lista de espera para trasplante hepático del Hospital Clínico de Barcelona**

E. López Benages<sup>1</sup>, J.M. Bayas<sup>2</sup>, T. Comallonga Bartomeu<sup>1</sup>, J. Colmenero Arroyo<sup>1</sup>, M. Navasa Anadon<sup>1</sup>

1, Unidad de Trasplante Hepático, Hospital Clínico Barcelona, Barcelona. 2, Servicio de Medicina Preventiva y Epidemiología

## P-8

**Calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes trasplantados hepáticos: instrumentos específicos de medición**

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

Unidad de Cirugía Abdominal y Trasplante Hepático, Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga

## P-9

**Comparación entre los inhibidores de la calcineurina: “ciclosporina y tacrolimus”**

C. Martín Román, A. B. Rupérez Pérez

Cirugía y Trasplante Hepático, Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid

## P-10

**Elaboración hoja de alta de enfermería**

C. Vilches Ruiz, C. Monteagudo, M. Torres, C. Tárrega, R. Ricarte, C. Biot

Reanimación Pabellón Central, Hospital La Fe de Valencia, Valencia

## P-11

**Papel de la enfermera en la consulta de trasplante hepático. Cuidados individualizados y continuados pre y post trasplante**

F. Cedrón<sup>1</sup>, L. Reviriego<sup>2</sup>, N. García<sup>3</sup>, A. Martín<sup>4</sup>, D. Rodríguez<sup>5</sup>

1, Consulta de Trasplante Hepático. 2, Unidad de Lactantes. 3, URPA/ Hospital de Día Quirúrgico. 4, Unidad de Nefrología. 5, Servicio de Urgencias, Hospital Ramón y Cajal, Madrid

## P-12

**Importancia de la educación sanitaria sobre anticoncepción y embarazo en mujeres receptoras de un trasplante hepático. Intervenciones enfermeras**

I.M. Moreno Angulo, M.A. Lérida Romero

Cirugía, H.U. Virgen del Rocío, Sevilla

## P-13

**Complicaciones extrahepáticas del trasplante de hígado**

R. Moreno Franch, L. Muñoz Gamito, J. Robles Carrión

Cirugía General y Trasplante Hepático, H.U. Virgen del Rocío, Sevilla

## P-14

**Pasos a seguir en donantes a corazón parado no controlados**

S. Sánchez Hernández, I. Vaquero Jiménez, J.M. Miralles Vegara, I. Gómez Prieto, M. Ortega Redondo, M.A. Fáfila Hidalgo, M. Gallo Meléndez, M. Muela Micó

Quirófano del Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo y Trasplantes de Órganos Abdominales, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid

## P-15

**Resultados de un programa de asistencia social en la adhesión al tratamiento inmunosupresor de los trasplantados hepáticos**

S. González, M. Viñoly, S. Gerona, C. López, G. Lagomarsino, P. Scalone, A. Xavier, J. Tejera

Hepatología, Hospital Central de las Fuerzas Armadas, Montevideo, Uruguay

## P-16

**La ecografía abdominal como dato predictivo de la validez hepática**

R. Vega, C. Martín, G. de La Rosa, R. Matesanz

Organización Nacional de Trasplantes, Madrid

## P-17

**Promoción de la higiene bucal previa al trasplante hepático**

A. Quintano Pintado<sup>1</sup>, S. V. del Nogal Sanz<sup>2</sup>, L. Rodríguez Marcos<sup>2</sup>

1, Unidad de Digestivo, Hospital Universitario Río Hortega. 2, Unidad de Trasplante Hepático, Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid

## P-18

**Aplicación de la metodología en el paciente trasplantado. Plan de cuidado estandarizado**

R. Moreno Franch, L. Muñoz Gamito, A. Ramírez Pizano, I. Fernández Luque

Cirugía General y Trasplante Hepático, H.U. Virgen del Rocío, Sevilla

## P-19

**Importancia de la movilización del paciente sometido a trasplante hepático**

L. Muñoz Gamito, R. Moreno Franch, F. Almagro Villar, I.M. Moreno Angulo

Cirugía, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla

## P-20

**Principales pruebas en trasplante hepático**

M. Málaga Bernal, R. del Ama Zayas, E. Ruiz Pizarro

Cirugía Aparato Digestivo y Trasplante de Órganos Abdominales, H.U. 12 de Octubre, Madrid

P-21

**Aplicación de la terapia de vacío en trasplante hepático**

M. Málaga Bernal, R. García Langa, L. Plaza

*Cirugía Digestiva y Trasplante de Órganos Abdominales, H.U. 12 Octubre, Madrid*

P-22

**Estrés prequirúrgico en el trasplantado hepático**

A. Villanuste Gey, A. R. García Placin, R. Ferreiro Veloso

*Quirófano, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, A Coruña, Santiago de Compostela*

P-23

**Recepción del paciente para trasplante hepático en el bloque quirúrgico**

M. V. Becerra Sueiro, B. Mesías Sar, A. Rodríguez Cheda, E. Varo Pérez

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

13:30 - 15:30 h

**Almuerzo de trabajo**

15:30 - 17:00 h

**Ponencias I y II**

Moderadoras: Cristina Martin Martin (Madrid) e Inmaculada Vidal Pérez (Madrid)

**Una mirada cualitativa al proceso del trasplante hepático**

Alejandra Cano Arana (Madrid)

**Claves de comunicación terapéutica en el ámbito del trasplante hepático**

Dr. Javier Barbero Gutiérrez (Madrid) y Dra. Helena García Llana (Madrid)

17:00 - 17:30 h

**Visita pósters y café**

17:30 - 18:30 h

**Comunicaciones orales II**

Moderadoras: Gloria Arroyo Herrero (Bilbao) y Adela de Aragón Serrano (Madrid)

0-8

**Infección por citomegalovirus (CMV) en el paciente trasplantado hepático.****Actuaciones enfermeras**

I. Fernández Luque, I. Moreno Angulo, M.A. Lérida Romero

*Cirugía, H.U. Virgen del Rocío, Sevilla*

0-9

**Estudio diferencial sobre la información que recibe el paciente THO, según el soporte que utilizemos**

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

*Unidad Hepática, Hospital General La Fe, Valencia*

0-10

**Vía clínica del hepatocarcinoma: protocolo asistencial del trasplante hepático de donante vivo**

B. Larrea, A. Redin, N. Rodríguez

*Area de Tumores HPB, Clínica Universidad de Navarra, Pamplona*

0-11

**Trasplante hepático de donante vivo: indicación, preparación y cuidados de enfermería**

A Redondo Alvarez, A Aragón Serrano, L Biencinto Burgos

*Cirugía Aparato Digestivo y Trasplante de Órganos Abdominales., Hospital 12 Octubre, Madrid*

18:30 - 19:00 h

**Experiencia de vida**

20:00 h

**Visita Museo y Cena oficial****Viernes, 1 de octubre**

09:15 - 10:00 h

**Defensa de pósters**

10:00 - 11:30 h

**Mesa redonda II**Moderadoras: Pilar Alonso Suárez (Oviedo) y M<sup>a</sup> Jesús Frade Mera (Madrid)**Responsabilidad del equipo de enfermería en el éxito del trasplante con donante en asistolia**

Montserrat Muela Mico (Madrid)

**Cuidados críticos de enfermería al paciente sometido a trasplante hepático**

Cristina Biot Monterde (Valencia)

**Papel de la enfermería en el pre y postrasplante hepático**Juana M<sup>a</sup> Díaz Pérez (Murcia)**Rol de la enfermera en la consulta de trasplante hepático**

Encarnación Díaz Sillero (Córdoba)

11:30 - 12:00 h

Visita pósters y café

12:00 - 12:45 h

Comunicaciones orales III

Moderadores: Eva López Benages (Barcelona) y José M<sup>a</sup> Miralles Vegara (Madrid)

0-12

**Procedimientos diagnósticos más habituales en paciente trasplantado hepático: cuidados de enfermería**

A. Redondo Álvarez, M.J. García Santos, B. Losilla Fernández

*Cirugía Digestiva y Trasplante de Órganos Abdominales, Hospital 12 Octubre, Madrid*

0-13

**Sobrecarga del cuidador en pacientes cirróticos en estudio para trasplante hepático**

S. V. del Nogal Sanz<sup>1</sup>, L. Rodríguez Marcos<sup>1</sup>, A. Quintano Pintado<sup>2</sup>

*1, Unidad de Trasplante Hepático, Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid. 2, Servicio de Digestivo, Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid*

0-14

**Administración de medicaciones intravenosas en el paciente trasplantado hepático, en hospitalización a domicilio**

M.V. García Domínguez, G. Arroyo Herrero, A. García Berasaluce, A. Herbosa López

*Hospitalización a Domicilio-Hospital de Cruces, (Baracaldo), Vizcaya*

12:45 - 13:30 h

Asamblea

13:30 - 13:45 h

Clausura

14:00 h

Cóctel de despedida

## RESÚMENES DE LOS PONENTES INVITADOS

### Mesa redonda I

#### La enfermería en la Organización Nacional de Trasplantes

Itziar Martínez Alpuente

*Organización Nacional de Trasplantes, Madrid*

A lo largo de los años la enfermería ha desarrollado un papel muy significativo en la ONT y sobre todo en sus comienzos en los que la dedicación y esfuerzo personal suplieron la falta de recursos humanos y materiales.

Fueron muchas las actividades que tuvo que desarrollar para algunas de las cuales estaba preparada y otras para las que precisó formarse en materias hasta ese momento desconocidas para ella.

Poco a poco estas actividades se han ido definiendo y desarrollando y han situado al personal de enfermería en el lugar que hoy ocupa dentro de la ONT.

Dentro de las funciones del equipo de enfermería en la actualidad se puede destacar:

- Coordinación de los operativos de donación y trasplante
- Gestión de datos
- Información, difusión, formación e investigación

#### Coordinación de los operativos de donación y trasplante

Desde la creación en 1989 de la Organización Nacional de Trasplantes, la enfermería ha tenido como función principal, la coordinación extrahospitalaria de los procesos de donación de órganos, siendo sus objetivos:

- La valoración y aprovechamiento máximo de todos los órganos y tejidos.
- Una correcta distribución de órganos basada en los criterios clínicos y criterios territoriales, siendo garantes de su cumplimiento y transparencia.
- Servir de punto de unión, apoyo e información de todos los participantes en el proceso, sanitarios y no sanitarios, para que se desarrolle en el menor tiempo posible y asegurar que los órganos se trasplanten en las mejores condiciones.

La gestión de los procesos de Donación y trasplante se realiza los 365 días del año, las 24 horas del día, y desde el año 1989 se han coordinado desde la oficina central de la ONT más de 15.000 operativos de trasplante.

#### Gestión de datos

Una de las principales actividades que desempeña el personal de enfermería en la ONT es el mantenimiento actualizado de los registros y bases de datos cuya correcta cumplimentación va a hacer posible su análisis y la elaboración de estadísticas veraces y fiables.

Esta actividad es imprescindible para permitir un adecuado proceso de distribución de los órganos y su posterior explotación estadística.

#### Información, difusión, formación e investigación

Información y difusión: Desde el inicio de la ONT, la enfermería ha estado disponible al público las 24 horas del día, los 365 días del año, para contestar telefónicamente o a través de e-mail, a cualquier duda que presente la población general en cuanto a la donación o el trasplante, así como la solicitud de tarjetas de donante.

Docencia y formación continuada: El equipo de Enfermería de la ONT interviene de forma activa en los diferentes cursos nacionales e internacionales sobre el Proceso de la Donación y Trasplante de Órganos y Tejidos.

Desde el año 1992 imparte el Seminario de Comunicación en Situaciones Críticas, para la comunicación de malas noticias e influencia en el proceso de donación, desarrollándolo tanto en España como realizando cursos de formación de formadores en Iberoamérica.

### Papel de la enfermería en la Oficina Regional de Coordinación de Trasplantes

Gema Marmisa Gazo

Oficina Regional de Coordinación de Trasplantes de la Comunidad de Madrid

La función principal de la Oficina Regional de Coordinación de Trasplantes (ORCT) es la coordinación de las actividades de donación y trasplante el ámbito de la Comunidad de Madrid, una Comunidad con más de 6 millones de habitantes y unos 900 pacientes a la espera de recibir el trasplante de un órgano. Las necesidades de estos ciudadanos son las que deben guiar la respuesta de la enfermería, dentro de un equipo multidisciplinar, que debe adaptarse para dar una respuesta de calidad, segura y eficaz a esta demanda. Las competencias básicas para el desarrollo de este objetivo estarían en relación con la capacidad para trabajar en un contexto profesional, ético y de códigos reguladores y legales (I.1), para ajustar su papel con el objeto de responder efectivamente a las necesidades de la población (I.5) y especialmente para una comunicación efectiva (V.26). Más específicamente, mis funciones como enfermera de la ORCT se pueden concretar en la información, la coordinación y la promoción de la donación:

- **La información** sobre la actividad de donación y trasplante de órganos desarrollados en los hospitales es recogida por los profesionales implicados y remitida a la ORCT por los coordinadores de trasplantes. Una vez recibida, la información depurada, estructurada y analizada es difundida entre los interesados y entre los ciudadanos a través de la web o de los medios de comunicación.
- El proceso de donación y trasplante es de gran complejidad y requiere de una perfecta **coordinación**. Por ello son fundamentales las labores de coordinación no sólo con los coordinadores de trasplantes hospitalarios y la Organización Nacional de Trasplantes, también con los equipos de trasplantes, la Administración y los diferentes agentes sociales implicados.
- En relación con la **promoción de la donación**, hay que recordar que "Sin donante no hay trasplante". La educación y la comunicación son los pilares para la transmisión de información y la motivación social favorable a la donación.

En conclusión, la enfermería, desde todos sus ámbitos profesionales, puede y debe tener un papel protagonista en el desarrollo, la información y la educación sanitaria relacionada con la donación y los trasplantes en la Comunidad.

### Coordinación del trasplante hepático infantil entre dos hospitales

Soledad Arevalillo González y Socorro Álvarez Fariza y Coordinación del Hospital Ramón y Cajal y Hospital La Paz

#### Introducción

La donación infantil ha sufrido un descenso progresivo en los últimos años. Cada vez se hace más difícil que surjan donantes adecuados sobre todo "en el tiempo" para trasplante hepático infantil, por tanto surge la necesidad de dar salida a estas situaciones. En el año 1992, se crea una unidad INTERHOSPITALARIA, formada por tres hospitales, dos con programa de trasplante hepático de adulto y uno infantil, el motivo de esta unidad fue optimizar los recursos tanto humanos como materiales. Pero es en 1999 cuando ante la necesidad de buscar soluciones para los niños en lista de espera, se firma un nuevo acuerdo; en esta ocasión lo hacen el Hospital Ramón y Cajal, acreditado para extracción y trasplante hepático adulto y el hospital La Paz acreditado para extracción y trasplante hepático infantil.

#### Objetivo

Exposición y análisis de la experiencia y la excelente relación surgida entre estos dos hospitales y sus coordinaciones desde sus inicios hasta la actualidad

#### Pacientes y métodos

Pacientes infantiles hasta los 16 años de edad trasplantados de hígado de donante vivo. De todos los trasplantes que se han hecho en el Hospital La Paz desde 1993 casi 90 se han realizado conjuntamente entre estos dos hospitales en la última década. Cuando se establece la necesidad de tener que trasplantar a un niño, se pone en contacto los equipos de hepatólogos, cirujanos y coordinación de ambos hospitales para valorar a los posibles donantes e iniciar los trámites necesarios para comenzar el protocolo de valoración.

#### Resultados

En la valoración de los posibles donantes, la dificultad máxima ha sido que casi el 50% no son nacidos en España; surgen problemas de apoyo familiar, falta de recursos, traducción a los distintos idiomas y adaptación a una sociedad para ellos compleja. Todo esto dificulta los trámites burocráticos y afectivos durante el estudio. Pero una vez más la coordinación, por parte de los dos hospitales, hace que esta dificultad no sea un obstáculo para seguir adelante con el proceso y ofrecer a las familias una salida.

#### Conclusiones

Para concluir debemos destacar que este programa, único en nuestro país, es un ejemplo de lo que se pueden conseguir dos grupos de profesionales distintos cuando se unen con un mismo fin.

## Ponencias I y II

### Una mirada cualitativa al proceso del trasplante hepático

Alejandra Cano Arana

Unidad de Bioestadística Clínica. Hospital U. Ramón y Cajal, Irycis, Madrid

#### Antecedentes

El trasplante es una situación de máximo estrés para el organismo la cual tiene una importante repercusión en la calidad de vida del cuidador y familiares. Definimos el proceso del trasplante en nuestro estudio como el periodo de tiempo que transcurre desde la inclusión en lista de espera hasta 6 meses después de ser trasplantados. No queda muy claro en la literatura si siempre mejora la calidad de vida post trasplante. Hay evidencia que detecta importantes problemas psicológicos después del trasplante por lo que es necesario conocer las etapas por las que pasan los pacientes para adaptar y anticipar los cuidados sanitarios necesarios.

#### Objetivo general del estudio

Generar una teoría sustantiva sobre la experiencia subjetiva de los pacientes que se enfrentan al proceso del trasplante hepático.

#### Diseño del estudio

Estudio cualitativo basado en la teoría fundamentada a través de entrevistas en profundidad a 15 pacientes de los hospitales trasplantadores de Madrid (Hospital Ramón y Cajal, Hospital 12 de Octubre, Hospital Gregorio Marañón y Hospital Puerta de Hierro Majadahonda).

#### Resultados principales del estudio

Se han detectado las siguientes categorías de análisis: El trasplante como último recurso para seguir con vida, el camino hacia el trasplante: un camino ambivalente, la espera: el miedo tiñe nuestra vida, estrategias para afrontar la espera, limitaciones pre trasplante, repercusiones del proceso en la vida diaria, la información recibida: cosas que se hablan y cosas que no se hablan, adaptación de la información a cada paciente, percepción de los espacios de vida, percepción del concepto de calidad de vida, calidad de vida post trasplante, expectativas post trasplante, relación con el sistema sanitario, percepción del cuerpo, el apoyo es lo fundamental para superar el proceso, agradecimiento infinito, sentimientos y fantasías acerca del donante.

### Claves de comunicación terapéutica en el ámbito del trasplante hepático

Javier Barbero y Helena García-Llana  
Hospital Universitario La Paz, Madrid

No es sencillo convivir saludablemente con los constantes impactos emocionales que se reciben en el ámbito del trasplante hepático. La comunicación empática-no impositiva empleada en contextos sanitarios hace más eficaz la intervención y motivación al cambio al menor coste emocional posible para el profesional de la enfermería. El manejo adecuado de los procedimientos enfermeros, siendo imprescindible, resulta insuficiente si lo que pretendemos es dar una respuesta eficaz, eficiente y efectiva al evento vital estresante que afronta el enfermo y su familia durante proceso de trasplante hepático. Se necesitan, además, actitudes de apoyo y contención para generar el entorno de confianza que facilite la relación basada en la simetría moral. El personal de enfermería tiene una visión privilegiada del paciente trasplantado, debido a la cercanía con éste y su familia, por los largos periodos de tiempos que se comparten tanto en la planta de hospitalización como en el contexto de seguimiento en consulta. La capacidad de proveer educación sanitaria, efectiva y afectiva, y sus conocimientos expertos acerca de los cuidados durante el proceso de trasplante suponen herramientas fundamentales para potenciar la percepción de control del paciente y familia y así disminuir la tan temida experiencia de sufrimiento. Debido a los cambios sociales producidos en sanidad y al aumento de la libertad como valor fundamental en nuestro país, resulta mucho más efectiva un tipo de relación con las personas y sus familias de **tipo deliberativo** –en el que se dialoga y se comparte la responsabilidad– intentando superar la relación paternalista – en la que se impone y no se escucha al paciente–. En este tipo de comunicación se escucha más que se habla, se valida más que se juzga, se pregunta más que se responde y se facilita más que se impone.

### Mesa redonda II

#### Responsabilidad del equipo de enfermería en el éxito de trasplante hepático con donante en asistolia

Montserrat Muela Micó, Miriam Gallo Meléndez, Isabel Gómez Prieto, Mercedes Ortega Redondo, Israel Vaquero Jiménez, José María Miralles Vegara, M. Ángeles Fáfila Hidalgo, Sagrario Sánchez Hernández  
Pertenecientes al Equipo Quirúrgico de Cirugía General, Aparato Digestivo y Trasplante de Órganos Abdominales.  
Hospital 12 de Octubre, Madrid

#### Introducción

Los trasplantes de órganos y tejidos se consolidan como un tratamiento eficaz para un número importante de enfermedades, alargando la supervivencia de estos pacientes y mejorando su calidad de vida.

El incremento en el número de indicaciones de un trasplante no está acompañado del aumento del número de donantes, creciendo las listas de espera, lo cual hace necesario la apertura a otras fuentes de obtención de órganos. Una fuente importante de órganos procedería de la donación en asistolia.

#### Objetivos

- Conocer las particularidades del donante en asistolia. Implicación del equipo de enfermería en éxito del proceso de donación.
- Conocer las diferencias en el proceso de trasplante hepático procedentes del donante en asistolia con respecto al donante procedente de muerte encefálica.

#### Material y método

A lo largo de esta ponencia explicaremos la diferencia que existe entre un donante en muerte encefálica y el donante fallecido por asistolia. Además señalaremos los distintos tipos de donantes en asistolia, así como los criterios médicos de inclusión y exclusión y los principios éticos que se deben aplicar.

En el año 2005 se instauró en el HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE el programa de "DONACIÓN EN ASISTOLIA". Desde el comienzo de dicho programa vemos a través de los registros de Enfermería del Quirófano del Servicio de Cirugía General, Aparato Digestivo y Trasplante de Órganos Abdominales del Hospital 12 de Octubre, cómo el número de donaciones de órganos por muerte encefálica va progresivamente disminuyendo año a año, frente al incipiente aumento de las donaciones de órganos en donantes en asistolia. Esta situación podemos observarla más claramente en el gráfico que compara las donaciones totales, frente a las donaciones por M.E. y por Asistolias.

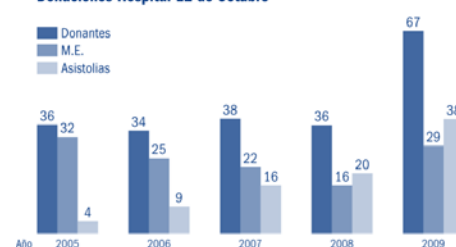
A través de los registros vemos cómo el número de trasplantes hepáticos totales realizados cada año es similar, y esto es gracias a la donación en asistolia que se está convirtiendo en una nueva fuente de obtención de órganos.

Los registros y el trabajo del Equipo de Enfermería resultan imprescindibles y de vital importancia para el buen funcionamiento y el éxito de dicho programa de "DONACIÓN EN ASISTOLIA".

#### Conclusiones

1. El proceso de donación en asistolia es diferente al de muerte encefálica.
2. La donación en asistolia se está convirtiendo en una fuente alternativa de órganos.
3. El proceso quirúrgico del trasplante hepático es el mismo, independientemente del tipo de donante, con algunas particularidades como es la hemostasia.
4. El papel del personal de Enfermería es vital en el éxito del proceso.

Donaciones Hospital 12 de Octubre



Donantes son totales, tanto de muerte encefálica como asistolias. Las asistolias son el total de procesos, incluidas tanto las donaciones como las que no llegaron a donar por cualquier motivo, sea familiar, judicial, etc.

### Cuidados críticos de enfermería al paciente sometido a trasplante hepático

Cristina Biot, Concepción Vilches, Consolación Monteagudo, Rosana Ricarte, Mónica Torres, Carmen Tárrega y Eugenia Núñez

Unidad de reanimación, Hospital La Fe, Valencia

La finalidad de este trabajo es diseñar un Plan de Cuidados de Enfermería para pacientes con Trasplante Hepático, una guía de actuación protocolarizada para la recepción y manejo del paciente al ingreso que además permita la prevención y/o detección precoz de las complicaciones potenciales en el postoperatorio inmediato. Para la elaboración de esta guía y su posterior instauración es necesario realizar una valoración de los recursos materiales y humanos de los que se disponen, conocer cuál es la situación del paciente al ingreso y cuál es el orden de prioridades así como los principales cuidados que han de considerarse en las primeras horas de evolución. El protagonismo indiscutible del personal de Enfermería dentro del Equipo multidisciplinar de intervención exige la formación, reciclaje y actualización de los conocimientos tanto a nivel teórico como práctico. El papel de la Enfermería es esencial, pues su estrecha vigilancia y su especial pericia, sin olvidar el apoyo psicológico que presta tanto al paciente como a la familia, son factores clave para la evolución favorable del paciente con Trasplante Hepático.

### Papel de la enfermería en el pre y postrasplante hepático

Juana María Díaz Pérez

Enfermera de la Unidad de Trasplantes de órganos sólidos y de médula ósea, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia

El trasplante hepático es el tratamiento de elección para aquellas patologías hepáticas agudas fulminantes o crónicas terminales en las que no existe otra opción terapéutica eficaz. El objetivo de esta charla es la de que conozcáis la importante labor que desempeña el personal de Enfermería en el cuidado de los pacientes que van a ser sometidos a un trasplante hepático, y cómo estos cuidados influyen en su adecuada recuperación postoperatoria y vuelta a su vida habitual. Es por ello que el personal de enfermería debe de tener unos amplios conocimientos a cerca de todo el proceso del trasplante hepático y de los posteriores controles que debe de seguir el paciente una vez haya sido dado de alta; para poder ofrecer unos cuidados de calidad.

Además, enfermería no sólo tiene un importante papel en cuanto a los cuidados que se le prestan al paciente relacionados con herida quirúrgica, correcta administración del tratamiento farmacológico o la identificación de complicaciones, sino también a nivel de la atención psicológica y educación sanitaria que reciben estos pacientes durante y después del trasplante hepático.

Ya que cuanto mayor sea toda la información facilitada y mejor la educación sanitaria realizada con ellos, mayor control tendrán estos pacientes sobre su vida y serán capaces de tomar sus propias decisiones durante todo el proceso; y mejorar así los resultados en cuanto a supervivencia y calidad de vida.

### Rol de la enfermera en la consulta de trasplante hepático

Encarnación Díaz Sillero

Hospital U. Reina Sofía, Córdoba

El sentido y la razón de ser de la enfermería, en el cuerpo de las profesiones sanitarias, se encuentran fundamentado en el cuidado de las personas. En la evolución histórica de esta disciplina se ha puesto de manifiesto la extraordinaria capacidad de sus profesionales, para afrontar con éxito situaciones nuevas. Es ésta una cualidad, especialmente importante, en una sociedad de cambios acelerados como es la sociedad actual.

Las consultas de enfermería, en general, nos ofrecen un nuevo escenario de oportunidades para la detección de problemas y resolución de necesidades para aquellos ciudadanos que precisan de nuestros servicios.

En el caso concreto de la consulta de Trasplante, el rol de la enfermera adquiere suma importancia, al constituir un punto de referencia para pacientes, familias y otros profesionales involucrados en este proceso asistencial. Su posición, estratégicamente situada, le da opción a realizar un seguimiento completo del paciente que entra en el programa de trasplante. Le permite evaluar, coordinar y supervisar las mejores opciones en el conocimiento de las necesidades y expectativas de este grupo complejo y diferente de pacientes. El objetivo principal es facilitar cuidados en sus facetas de fomento, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, dentro de un marco legal y ético, que tras asumir nuestra responsabilidad profesional, permita satisfacer los derechos y necesidades de las personas sometidas a trasplante hepático.

Para conseguirlo se hace necesario el seguimiento de unas líneas estratégicas básicas orientadas hacia:

- Atención al paciente y la familia como centro de todas nuestras actuaciones.
- Planificación de los cuidados.
- Facilitar la continuidad de los cuidados.
- Garantizar la seguridad del paciente.

Inicialmente, el paciente es acogido en la fase previa a su inclusión en lista activa y se mantienen los cuidados a lo largo de todo el proceso pre y postrasplante. A través de una entrevista programada, la enfermera accede a su presentación y busca la forma de comenzar a establecer vínculos que favorezcan la comunicación y la relación entre ambas partes. Se procede a la aplicación del proceso enfermero. En la planificación de los cuidados prevalecen intervenciones enfermeras de asesoramiento, educación sanitaria y apoyo emocional. Con ello, se persigue conseguir que el paciente se responsabilice de su propia salud, haciendo uso de los mecanismos y recursos facilitados para que la manejen con eficacia.

Los pacientes, a su vez, tienen accesibilidad a una consulta telefónica de enfermería.

## RESÚMENES DE LAS COMUNICACIONES ORALES

### 0-1

#### Intervenciones enfermeras en la prevención de complicaciones cardiovasculares en los pacientes trasplantados hepáticos en el Hospital Clínico de Barcelona

A. Padró Pages<sup>1</sup>, E. López Benages<sup>1</sup>, G. Crespo<sup>2</sup>, M. Navasa Anadon<sup>2</sup>, T. Comallonga Bartomeu<sup>2</sup>

<sup>1</sup>, Consultas Externas Trasplante Hepático, Hospital Clínico de Barcelona. <sup>2</sup>, Unidad de Trasplante Hepático, Hospital Clínico de Barcelona

#### Introducción

Las complicaciones cardiovasculares constituyen uno de los principales problemas para los pacientes trasplantados hepáticos, tanto por su prevalencia como por el incremento de la morbilidad y mortalidad. La enfermera consultora post-trasplante desarrolla intervenciones educativas dirigidas a la detección precoz y prevención de estas complicaciones.

#### Objetivos

Conocer las intervenciones educativas dirigidas a la detección precoz y prevención de las complicaciones cardiovasculares en los pacientes trasplantados hepáticos en la consulta de enfermería de post-trasplante.

#### Material y métodos

Estudio retrospectivo de las intervenciones educativas desarrolladas por la enfermera consultora de post-trasplante hepático. El periodo de estudio fue del 1/01/2007 al 31/12/09. Se incluyeron los pacientes trasplantados en este periodo y visitados por la enfermera. En la primera visita se realizó una entrevista para detectar los factores de riesgo cardiovascular reversibles, y determinar intervenciones, siguiendo el plan de cuidados elaborado para estos pacientes. Las visitas sucesivas se realizaron según protocolo, teniendo en cuenta los aspectos educativos individuales, facilitando y reforzando la educación sanitaria sobre hábitos de vida saludables, ya proporcionada durante todo el proceso del trasplante. Se excluyeron del estudio los pacientes que fallecieron, re-trasplantados o que no fueron visitados por la enfermera consultora.

#### Resultados

En el periodo de estudio los principales factores de riesgo detectados fueron: hipertensión arterial (49%), diabetes mellitus (44%), antecedentes de tabaquismo (43%) y enolismo (40%), y otros trastornos clínicos asociados (18%). Se realizaron 756 visitas y recibieron intervenciones educativas 189 pacientes.

#### Conclusiones

Las complicaciones cardiovasculares en los pacientes trasplantados hepáticos son un problema que precisa una atención focalizada. La creación del plan de cuidados, permitirá que los cuidados prestados sean uniformes y analizables, con el fin de evaluar el resultado de las intervenciones realizadas a largo plazo.

### 0-2

#### Efectividad de un programa educativo aplicado en la fase pretrasplante para la mejora de los conocimientos al alta postrasplante hepático

F.M<sup>a</sup> Arenas González, S. Padín López, A.C. González Escobosa

Unidad de Cirugía Abdominal y Trasplante Hepático, Hospital Regional U. Carlos Haya, Málaga

#### Objetivos

Conocer el efecto de programa educativo aplicado en fase pretrasplante sobre déficit de conocimientos al alta hospitalaria postrasplante hepático

#### Métodos

Cuasiexperimental con grupo control no equivalente. En Unidad Cirugía general y Trasplantes Abdominales. Hospital Carlos Haya. Málaga

Grupo Control: Pacientes en hospitalización tras trasplante y con postoperatorio en UCI. Del 1 Mayo 2008 hasta 30 Abril 2009. Con NANDA 0126: Conocimientos Deficientes.

Grupo intervención: pacientes en lista de espera preferente local desde Noviembre 2008. Reciben dos charlas estructuradas, apoyo audiovisual e impreso.

Criterios exclusión ambos grupos: Retrasplantados, Deterioro cognitivo (t. Pfeiffer > 3-4).

Variable independiente: Programa educativo estructurado sobre intervenciones NIC 5602, 5614, 5616, 6550, 2120, 2130.

Variable dependiente: Cuestionario diseñado evalúa indicadores de los NOC: Conocimiento: régimen terapéutico (NOC1813): 181310/1305/1306/1302; Conocimiento: control infección (NOC1807):180703; Control diabetes (NOC 1820): 182015.

Para cada indicador se elaboraron 5 preguntas. Respuestas 1 al 5, extrapolando el resultado a escala Likert de los indicadores NOC.

Muestreo de conveniencia.

Tamaño muestral: 31 sujetos por grupo (error alfa < 0.05, potencia 90%, esperando una desviación estándar de 6 puntos).

Análisis: Comparaciones entre grupos de las puntuaciones obtenidas mediante t de student muestras independientes, análisis lineal multivariante para puntuación total, evaluación de la significación estadística mediante test Mann-whitney. Multivariante con puntuación total y variables socioculturales y clínicas que contribuirán a explicar los indicadores.

#### Resultados y conclusiones

En elaboración, finalización estudio 30/6/2010.



## 0-3

### La esperanza del siglo XXI: el donante vivo. Protocolo de trasplante hepático pediátrico de donante vivo en el Hospital La Paz

A. Carnes Coletto, V. Fernández Diéguez, A. Ruiz Cagigas,  
L. Usero Moreno

*Cuidados Intensivos Pediátricos, Hospital U. La Paz, Madrid*

#### Introducción

De acuerdo con los principios básicos de ética en actuaciones médicas, con la legislación vigente y las normas de buena práctica en medicina, son exigibles una serie de requisitos para realizar el procedimiento del donante vivo, siendo obligatorio que se verifiquen todos sin excepción.

Es indispensable la realización de dos consentimientos informados. La firma de los mismos se debe hacer de forma voluntaria y sin ningún tipo de coacción.

Toda la documentación será elevada al juez de registro civil que dictaminará sobre la legalidad de la donación.

#### Objetivos

Dar a conocer los pasos a seguir en el trasplante de donante vivo a los profesionales sanitarios.

#### Métodos

Análisis de los requisitos imprescindibles para la realización de un trasplante hepático en niños procedente de un donante vivo.

#### Conclusiones

El Hospital Infantil de La Paz es el hospital donde se realizan el mayor número de trasplantes hepáticos procedentes de donante vivo.

Actualmente es la alternativa al trasplante de donante cadáver, debido a la escasez de injertos procedentes de personas fallecidas.

Es importante considerar que la seguridad del donante ha de ser siempre el primer motivo de preocupación, no justificándose la donación por sí misma por el beneficio que ocasiona al receptor.

## 0-4

### Actuación de enfermería en la medición del flujo arterial y venoso en el trasplante hepático

Y. Martínez Larrauri, I. Rodríguez Lopez

*Quirófano 5º Trasplante Hepático, Osakidetza, Barakaldo*

#### Objetivos

Medición de flujo de la vena Porta y la arteria Hepática:

- Verificación permeabilidad injerto
- Valoración flujo de entrada

#### Material

Sistema: medidor de flujo, VeriQ MediStim.

Sondas: con distintas numeraciones.

Arteria Hepática nº 3-6 mm.

Vena Porta nº 6-12 mm.

#### Métodos

Al comenzar el trasplante hepático, la enfermera circulante es la encargada de: Introducir los datos de enfermo así como del cirujano.

En la segunda fase del trasplante hepático una vez realizadas las anastomosis de vena porta y de la arteria hepática, se le proporcionará a la enfermera instrumentista las sondas que el cirujano considere.

Una vez que el cirujano considera que el flujo está dentro del rango óptimo que se ve reflejado en unas gráficas que aparecen en pantalla se procede a guardar toda la información en el disco duro para posteriormente imprimirlas y aportarlas en la historia clínica del paciente

#### Aplicaciones

Detectar:

- Posición de la estenosis
- Grado de estenosis
- Dirección del flujo de salida
- Flujo competitivo

Verificar:

- Permeabilidad injerto

#### Resultados

Mediante la medición de flujo se puede ver y corregir los problemas de flujo arterial "in situ" ya que una perfusión insuficiente podría dañar el órgano trasplantado

Un flujo alto de la vena porta puede dañar el hígado y con este sistema se puede corregir en la misma intervención.

Conclusiones: Una perfusión adecuada del injerto es crucial para que una explantación de hígado tenga éxito.

La disfunción primaria del injerto es una complicación seria durante el periodo postoperatorio temprano que requiere una rápida identificación.

## 0-5

### Cuidados del paciente y complicaciones asociadas a la realización de clamp hiperinsulínico euglicémico

A. Guirao Moya, V. Bello Bravo, M<sup>ª</sup>E. Esteban Sánchez,  
M<sup>ª</sup>J. Frade Mera, M. Morales Cifuentes, E. Morales Díaz,  
T. Grau Carmona

*Medicina Intensiva, Hospital U. 12 de Octubre, Madrid*

#### Objetivos

Describir los cuidados del paciente y conocer complicaciones asociadas a la realización de clamp hiperinsulínico euglicémico como método de referencia para medir la sensibilidad a la insulina en el postoperatorio inmediato de trasplante hepático (TxH).

#### Material y métodos

Estudio observacional prospectivo realizado en UCI polivalente de hospital terciario durante un año. Criterios de inclusión: TxH durante primeras 72h de ingreso en UCI. Criterios de exclusión: pacientes con diabetes mellitus tipo 1, limitación del esfuerzo terapéutico o ausencia de consentimiento. Se realizaron 3 niveles de clamp con 50, 100 y 150mcg/Kg/h previo cebado. La glucemia se realizó con el analizador Hemocue® y potasio con GEM 3000®.

#### Resultados

Se realizaron 4 clamps a un solo nivel para validación interna de los procedimientos, 12 clamps en 6 pacientes a 2 niveles y 6 clamps en 2 pacientes a 3 niveles. En un enfermo no se consiguió el clamp. El tiempo empleado fue 150 minutos. Determinaciones por nivel: glucemia 23, potasio 7 e insulinemia 5 cada 3-5, 15 y 30 minutos respectivamente. Cuidados de enfermería: ayunas, retirada de perfusiones con glucosa y retorno del hemofiltro 8 horas antes, canalización de arteria o vía periférica y cuidados del catéter, uso de sistema de ahorro de sangre, administración de suero glucosado 20% e insulina, mantenimiento de muestras para insulinemia en hielo hasta centrifugar e identificación precoz de complicaciones asociadas. No se produjo ningún efecto adverso.

#### Conclusiones

El clamp es una técnica sencilla aunque laboriosa. Requiere 2 enfermeras durante los primeros 15 minutos. Existe mayor facilidad para extracción de muestras de catéter arterial que de vía periférica. No se observaron complicaciones generales ni asociadas al catéter.

## 0-6

### Implantación de una guía actualizada para enfermería en quirófano de trasplante hepático: evaluación de su impacto

L. García Mera, M. Calzón Morilla, A. Lama Florencio,  
M<sup>ª</sup>J. Bohorquez Camacho

*Bloque quirúrgico, Equipo de trasplantes, Hospital U. Virgen del Rocío, Sevilla*

Tras realizar una guía actualizada para enfermería en quirófano de trasplante hepático, que se mostró, a priori, imprescindible para paliar las necesidades formativas de los miembros de nueva incorporación, y pasado un año desde su implantación, procedemos ahora a evaluar cómo ha influido en la práctica cotidiana de los miembros del equipo.

Para ello se realizó un cuestionario ad hoc, anónimo y autosuministrado que determina el grado de utilidad que otorga a la guía cada miembro del equipo.

No sólo nos centramos en el impacto producido en las nuevas incorporaciones, ya que valoramos también la funcionalidad para los miembros ya consolidados, respecto a la estandarización de las actividades, así como su utilidad en la docencia.

Se trata de un equipo que se ha modificado poco en el último año, lo que garantiza una correcta evaluación de la guía. Un alto porcentaje de los encuestados considera su formación actual más completa, refiriendo su utilidad a un mayor conocimiento del proceso. Admiten haber implementado la guía en sus rutinas de trabajo, mejorando así la eficacia de su equipo.

Por tanto, analizados los resultados, podemos concluir que el desarrollo de esta herramienta se constata de manifiesta utilidad y eficacia, no sólo en el proceso formativo del personal de nueva incorporación, sino que favorece la interiorización de las actividades enfermeras, ayudando a un mayor conocimiento del proceso y mejorando el trabajo en equipo.

Con estos resultados, creemos de gran utilidad extrapolar este formato al resto de procesos en los que interviene la enfermería de quirófano de trasplante en nuestro centro. Situación en la que nos encontramos actualmente.

0-7

### Adquisición y mejora de conocimientos sobre la farmacología más empleada en el trasplante hepático

I. Moreno Angulo, M.A. Lérica Romero, I. Fernández Luque  
Cirugía, Hospital U. Virgen Del Rocío, Sevilla

#### Introducción

Con este trabajo, pretendemos dar a conocer los fármacos más empleados en el paciente trasplantado hepático. En ausencia de inmunosupresión, un órgano trasplantado sufre de manera invariable una progresiva agresión mediada por el sistema inmune. Los protocolos de inmunosupresión, han evolucionado de forma considerable en los últimos años, convirtiendo al trasplante hepático en un procedimiento clínico con unos resultados excelentes a corto, medio y largo plazo, en gran parte, gracias a la mejor prevención y tratamiento del rechazo agudo.

#### Objetivos

La importancia de estos fármacos, y sus peculiaridades sobre posología y forma de administración, unidas a sus efectos secundarios y contraindicaciones, nos han llevado a realizar un manual dirigido al personal de enfermería que atiende a estos pacientes en los distintos momentos del proceso.

#### Material y métodos

Elaboración de póster y trípticos (del mismo contenido del póster), a la vez de un manual más amplio sobre farmacología en el paciente trasplantado, dicho manual, se entrega al personal de nueva incorporación en nuestra unidad, mientras que los pósters, se colocan visiblemente en cada servicio susceptible de manejar este tipo de fármacos, con ampliación a Centros de Atención Primaria y a Consultas Externas de nuestro hospital.

#### Resultados

Gracias a estos pósters y manuales, el personal, sobre todo el de nueva incorporación, adquiere capacidades y conocimientos para el manejo de esta farmacología tan concreta, de un modo seguro para el paciente y para sí mismo.

#### Conclusiones

Los profesionales han mejorado su nivel de conocimientos sobre los fármacos y su utilización, desarrollando a la vez la capacidad de detectar complicaciones derivadas de su uso precozmente.

El usuario a su vez, percibe un mayor nivel de confianza en los profesionales sanitarios, que ha quedado plasmado en las encuestas de satisfacción.

0-8

### Infección por citomegalovirus (CMV) en el paciente trasplantado hepático. Actuaciones enfermeras

I. Fernández Luque, I. Moreno Angulo, M.A. Lérica Romero  
Cirugía, Hospital U. Virgen del Rocío, Sevilla

#### Introducción

El citomegalovirus (CMV) es un herpes-virus, cuya infección es muy frecuente en la población general, en la que cursa de forma benigna y asintomática. El CMV puede permanecer en estado latente durante años, a no ser que se reactive debido a cualquier situación que provoque inmunosupresión, por lo tanto, se trata de un organismo oportunista, que es considerado la 1ª causa de infección y morbimortalidad en los pacientes trasplantados. Algunas de las manifestaciones clínicas más frecuentes y a las cuales debemos estar atentos son: a)-Síndrome febril prolongado acompañado de astralgias, malestar general y alteraciones analíticas (leucopenia, aumento de transaminasas...). b)-Hepatitis por CMV. c)-Afectación gastrointestinal (colitis, gastritis, esofagitis con hemorragias, disfagia...), etc.

#### Objetivos

Prevención, mediante:

1. Selección (si es posible) de órganos y hemoderivados seronegativos para el CMV.
2. Inmunización pasiva con elevadas dosis de inmunoglobulinas anti-CMV.
3. Tratamiento con Ganciclovir, que disminuye la frecuencia de la enfermedad en trasplantados.
4. Aplicación de un Plan de Cuidados Estandarizado (PCE) como medida de prevención y detección precoz.

#### Material y métodos

Elaboración y aplicación de un plan de cuidados estandarizado.

DIAGNÓSTICOS	NOC	NIC
Intolerancia a la actividad r/c debilidad generalizada	El paciente aumentará progresivamente las actividades	Reiniciar la actividad progresivamente
Alteración de piel y mucosas (aftas bucales) r/c inmovilidad e infección por CMV	Piel y mucosas intactas	Higiene de piel y mucosas. Vigilar aparición de alteraciones
Alteración del patrón de eliminación (colitis) r/c infección por CMV	Mantendrá un patrón de eliminación adecuado	Dieta astringente. Vigilar número y características de las deposiciones
Náuseas y disfagia r/c la infección por CMV	Disminución de las náuseas y disfagia	Antieméticos. Dieta de fácil masticación
Síndrome febril r/c infección por CMV	El paciente no mostrará signos ni síntomas febriles	Administración de antitérmicos. Hemocultivos si Tª superior a 38°C

#### Conclusiones

La aplicación del PCE y su actualización, son una herramienta que, sin lugar a dudas, unida a las otras medidas de prevención ya indicadas, resulta muy eficaz en la prevención y, sobre todo, en la detección de signos de alarma sobre los que debemos actuar e informar a otros miembros del equipo multidisciplinar (Cirujanos, Unidad de Infecciosos...).

0-9

### Estudio diferencial sobre la información que recibe el paciente THO, según el soporte que utilizemos

E. Martínez Gómez, A. Orobítz Pulido, R. López Matoses, S. Gimeno Lazaro, A. Gelde Serrano, A. Guevara Muñoz  
Unidad Hepática, Hospital La Fe, Valencia

#### Objetivos

Demostrar que la información recibida por el paciente depende sobre todo de que se le entregue por escrito, y se apoye de manera verbal.

#### Introducción

La necesidad de información que requiere un paciente antes, durante y posteriormente al THO, es variada y necesaria. Después de un trabajo previo donde demostramos que no tenían suficiente información, introdujimos medidas correctoras, creando y entregándoles un libro informativo cuando entran en lista de espera, con la información sobre todas las etapas del THO.

Hemos realizado un estudio diferencial sobre la diferencia entre la información que tienen antes y después de recibir el libro.

#### Material y métodos

Estudio realizado sobre 40 pacientes ya THO, a través de una encuesta creada por nosotras, previo acuerdo con el equipo médico, tanto digestivo como cirugía.

El cuestionario, el mismo para todos, se realizó a los pacientes durante su visita a consulta externa, donde se les pidió colaboración y se les explicó el propósito de la encuesta, también se les garantizó la confidencialidad de los datos. El estudio lo dividimos en dos grupos. Grupo A, 20 pacientes THO en 2009 que no recibieron el libro y Grupo B, 20 pacientes THO en 2010 que sí recibieron el libro informativo. La única diferencia del estudio está basada en el libro informativo, por ser algo objetivable y medible y lo podemos tabular.

Cada grupo lo subdividimos en las tres etapas del THO. En la primera las preguntas van dirigidas a la información previa al THO. La segunda va dirigida al proceso quirúrgico. La tercera dirigida al proceso del alta hospitalaria y post-THO

#### Resultados

El grupo A, las respuestas son de falta de información en todas las etapas del THO y muchas respuestas no sabe/no contesta.

El grupo B, las respuestas reflejan que tienen suficiente información en todas las etapas, y además contestan a todos los ítems.

#### Conclusiones

Se demuestra que cada vez es más necesario dar información por escrito a los pacientes y además es necesario ampliarla a demanda del paciente que lo solicita.

0-10

### Vía clínica del hepatocarcinoma: protocolo asistencial del trasplante hepático de donante vivo

B. Larrea, A. Redin, N. Rodríguez  
Área de Tumores HPB, Clínica Universidad de Navarra, Pamplona

#### Introducción

El hepatocarcinoma (HCC) es el tumor hepático más frecuente y supone la 3ª causa de muerte por cáncer. Tiene una incidencia anual del 3 al 6%, presentándose en más del 80% de los pacientes cirróticos.

El desarrollo del proceso asistencial del tratamiento del hepatocarcinoma se encuentra dentro del marco asistencial de los departamentos del Área de Tumores HPB (Hepatobiliopancreática), de la Clínica Universidad de Navarra (CUN).

#### Objetivos

Realizar una vía clínica capaz de organizar, homogeneizar y estandarizar la atención de los pacientes diagnosticados de HCC y que se pueda aplicar desde el inicio hasta el final en el transcurso de esta enfermedad, incluido el trasplante hepático de donante vivo.

#### Métodos

Por la incidencia de esta patología, se vio la necesidad de desarrollar la vía clínica del HCC como herramienta de gestión. Se han definido el conjunto de actos asistenciales que serán necesarios para atender de la mejor forma posible a un paciente que acuda a nuestro centro para ser tratado de hepatocarcinoma.

#### Resultados

Se ha desarrollado la vía clínica del tratamiento del hepatocarcinoma, que incluye todo el proceso asistencial del trasplante hepático de donante vivo.

Las vías clínicas son planes asistenciales, integrales y sistematizados que se aplican a pacientes con una determinada patología y que se supone van a presentar un curso clínico predecible.

#### Conclusiones

Las vías clínicas suponen una disminución de la variabilidad en la práctica clínica y una mejora en la calidad asistencial. Permiten basar la atención del paciente con una patología determinada en la mejor evidencia disponible. La vía clínica permite analizar la información que nos proporcionan los indicadores, las encuestas de satisfacción y el registro informático de los datos y constituyen un compromiso de atención por parte de la institución.

## 0-11

**Trasplante hepático de donante vivo: indicación, preparación y cuidados de enfermería**

A.I. Redondo Álvarez, A. Aragón Serrano, L. Biencinto Burgos  
*Cirugía Aparato Digestivo y Trasplante de Órganos Abdominales, Hospital 12 de Octubre, Madrid*

En el proceso del trasplante hepático, los cuidados de enfermería se adaptan a los distintos tipos de pacientes dependiendo de la técnica quirúrgica, de las características del donante y del receptor.

Es en el caso del trasplante con donante vivo, cuando surgen los mayores conflictos en la inclusión de pacientes para este tipo de técnica.

La complejidad de los trámites administrativos, judiciales, y como no de los cuidados de enfermería.

El reto es que contamos con dos pacientes por un lado el receptor, quien conoce la identidad del donante y al que está unido familiar y emocionalmente.

Y el donante, en este más que en ningún otro trasplante protagonista de todo este proceso.

Los cuidados de enfermería van por lo tanto orientados a la preparación de ambos para que se llegue al trasplante en las mejores condiciones de salud y este se desarrolle con éxito.

## 0-12

**Procedimientos diagnósticos más habituales en paciente trasplantado hepático: cuidados de enfermería**

A.I. Redondo Álvarez, M<sup>ª</sup>J. García Santos,  
B. María Losilla Fernández

*Cirugía Digestiva y Trasplante de Órganos Abdominales, Hospital 12 Octubre, Madrid*

Los pacientes sometidos a un trasplante hepático, suelen requerir dependiendo de su evolución de diversos ingresos hospitalarios tras su intervención.

Muchos de estos son para la realización de pruebas diagnósticas, revisión de catéteres o biopsias del injerto.

La unificación de criterios, unos protocolos de actuación y unos cuidados de enfermería específicos y actualizados hacen que se realicen estos procedimientos de forma correcta en el menor tiempo de ingreso del paciente y con seguridad.

## 0-13

**Sobrecarga del cuidador en pacientes cirróticos en estudio para trasplante hepático**

S.V. Del Nogal Sanz<sup>1</sup>, L. Rodríguez Marcos<sup>1</sup>,  
A. Quintano Pintado<sup>2</sup>

*1, Unidad de Trasplante Hepático, Hospital U. Río Hortega, Valladolid. 2, Servicio de Digestivo, Hospital U. Río Hortega, Valladolid*

**Introducción**

El cuidador principal es la persona que asume la responsabilidad de la atención y el apoyo diario de una persona enferma. Esta tarea implica un gran desgaste físico, emocional y muchas veces social, que puede afectar en la calidad de sus cuidados.

**Objetivos**

Medir el grado de sobrecarga en familiares de pacientes cirróticos en estudio para TOH.

Identificar los diagnósticos enfermeros más frecuentes.

**Material y métodos**

Instrumentos: Escala de Sobrecarga del Cuidador (SC) de Zarit.

Escala de 22 ítems validada que explora los efectos negativos sobre el cuidador en distintas áreas de su vida: salud física, salud psíquica, actividades sociales y recursos económicos. Puntos de corte: 22-46 (no SC), 47-55 (leve SC), 56-110 (intensa SC).

**Resultados**

Participaron 96 familiares, siendo 77 mujeres y 19 hombres. Tras la realización del estudio no presentan SC el 68,8% y presentan SC el 31,3% de los encuestados, siendo SC intensa en el 14,3% y SC leve en el 17%.

No existen diferencias estadísticamente significativas por tipo de parentesco en los grados de SC.

Parece que sí que existen diferencias por sexo, siendo mayor la SC en mujeres que en hombres, pero estadísticamente no salen ya que el porcentaje de hombres cuidadores es mucho menor.

De las 22 preguntas de la escala de SC de Zarit la nº 7 ¿Siente temor por el futuro? Es la que da un valor máximo de SC.

Diagnóstico en Enfermería relacionado: Riesgo de cansancio del rol de cuidador.

**Conclusiones**

La mayor parte de los cuidadores son por sexo mujeres y por parentesco esposas y aunque estadísticamente no hay diferencias parece si existir mayor sobrecarga en la mujer que en el hombre.

La mayoría de los encuestados no refiere sobrecarga o es leve. Es necesario ver el grado de dependencia del paciente para valorar de una forma efectiva la relación con la sobrecarga.

## 0-14

**Administración de medicaciones intravenosas en el paciente trasplantado hepático, en hospitalización a domicilio**

M<sup>ª</sup>V. García Domínguez, G. Arroyo Herrero,  
A. García Berasaluce, A. Herbosa López  
*Hospitalización a Domicilio-Hospital de Cruces, (Baracaldo), Vizcaya*

**Introducción**

El trasplante hepático supone una intervención de alto riesgo que precisa de un control postoperatorio exhaustivo, con cuidados médicos y de enfermería de rango hospitalario y de larga duración, en el que se pueden producir complicaciones como infecciones bacterianas, por citomegalovirus, candidiasis, rechazos, hemorragias, abscesos, dehiscencias, etc.

El objetivo de este trabajo es conocer el número de medicaciones intravenosas que han sido administradas a los pacientes trasplantados atendidos por HaD desde 2004 hasta 2009.

**Material y métodos**

Estudio retrospectivo de todos los pacientes trasplantados hepáticos, que han precisado medicación intravenosa, en algún momento, durante sus estancias en nuestro Servicio, desde el año 2004, que es cuando ponemos en marcha una base de datos de administración de medicaciones intravenosas hasta el año 2009.

Se analizan los siguientes parámetros: Número de pacientes, tipo de medicación administrada y causa del tratamiento.

**Resultados**

Se han administrado un total de 66 tratamientos i.v. a un total de 23 pacientes, 18 hombres y 5 mujeres. Las medicaciones administradas han sido: 81,80% Ganmaglubolinas, 4,54%, y el 18,20% antibioterapia (4,54% Piperacilina-Tazobactam, 3,03% Ertapenem, 3,03% Amikacina, 1,52% respectivamente Foscarnet, Gentamicina, Caspofungina, Ciprofloxacino y Ganciclovir). Las causas del tratamiento han sido 69,57% profilaxis/ infección VHB-VHC, 8,69% Infección CMV, 8,69% Bacteriemia, y 4,35% infección biliar, fungemia, abceso hepático respectivamente.

**Conclusiones**

Estos tratamientos se realizan en el propio domicilio del paciente, lo que ha supuesto una ventaja para el paciente, yq que sin nuestra participación, hubieran tenido que venir al hospital a recibir el tratamiento y en otros casos, hubieran tenido que ser ingresados dada la importancia del proceso a tratar.

## RESÚMENES DE LOS PÓSTERS

### P-1

#### Estadística de trasplantes hepáticos pediátricos 2008-2009 en nuestro hospital

J. Calixto Rodríguez<sup>1</sup>, F.J. Rodríguez Martínez<sup>1</sup>, G. Marín i Vivó<sup>1</sup>, N. Alsina López<sup>1</sup>, I. Ortega Ibáñez<sup>2</sup>, J. Paunellas Albert<sup>1</sup>  
1, DUE. Hospital U. Vall d'Hebron. 2, Coordinadora de enfermería de trasplante del Hospital U. Vall d'Hebron

#### Introducción

El beneficio actual del trasplante hepático (TH) en los pacientes pediátricos (menores de 15 años), se ha incrementado con el desarrollo de nuevas técnicas quirúrgicas, que permiten adaptar el tamaño del injerto a pacientes en edades extremas. Además de realizar el procedimiento de manera electiva, optimización preoperatoria del receptor, manejo anestésico depurado y mejores recursos en inmunosupresión y cuidado crítico.

La alternativa de donante vivo y la adopción de escalas de estratificación de severidad específicas para el paciente pediátrico con fallo hepática, como el PELD (Pediatric End Liver Disease Score), han permitido conocer y ampliar la lista de patologías susceptibles a ser corregidas con el TH, minimizando los tiempos en listas de espera y reduciendo así las repercusiones sistémicas de la enfermedad.

#### Material y métodos

Se realiza un estudio descriptivo y retrospectivo con una muestra de 24 pacientes pediátricos sometidos a TH entre el 2008 y 2009 (13 niños y 11 niñas). Se analizaron los datos con la ayuda del programa estadístico spss v.12.

#### Resultados

TH representa un 34,7% de la actividad trasplantadora pediátrica en nuestro hospital. Se realizaron 4 trasplantes reducido de donante vivo (DV) relacionado y 20 TH de donantes cadavéricos pediátricos o adultos (de los cuales cinco son hepatorrenales y un split), siendo el rango de edad de 0,7 a 16 años. En niñas el rango edad es 0,7 a 12 años y se realizaron 2 de DV y 9 TH de donantes cadavéricos pediátricos (un hepatorrenal). En niños el rango edad es 0,8 a 16 años y se realizaron 2 de DV, 11 TH de donantes cadavéricos (cuatro hepatorrenal y un split).

#### Conclusiones

Hoy en día la técnica de donante vivo y split posibilitan el uso más racional de los órganos, ante la escasez de donación en el estrato infantil, representando el 20,83% del total de la actividad trasplantadora en nuestro centro.

### P-2

**Control de la hipotermia intraquirúrgica en el trasplante hepático pediátrico: actuaciones de enfermería de anestesia**  
F.J. Rodríguez Martínez<sup>1</sup>, J. Calixto Rodríguez<sup>1</sup>, G. Marín i Vivó<sup>1</sup>, N. Alsina López<sup>1</sup>, J. Paunellas Albert<sup>1</sup>, I. Ortega Ibáñez<sup>2</sup>  
1, DUE. UCI. Hospital U. Vall d'Hebron. 2, Coordinadora de enfermería de Trasplante del Hospital U. Vall d'Hebron

#### Introducción

El trasplante hepático pediátrico en situaciones de fracaso hepático terminal es una opción terapéutica cada vez más frecuente. Se trata de un procedimiento de gran complejidad donde los cambios hemodinámicos, metabólicos y hematológicos son constantes. En pediatría, estos se acentúan debido a las características anatomofisiológicas y a la inmadurez propia de la niñez.

La anestesia general, entre otros, inhibe los mecanismos de control habituales de la temperatura corporal, disminuyendo los márgenes fisiológicos a partir de los cuales se inician los mecanismos metabólicos protectores. La intensidad en la disminución de la temperatura corporal está condicionada por la temperatura ambiental, la superficie corporal expuesta, la amplitud del campo quirúrgico, las pérdidas de fluidos corporales y la perfusión de soluciones intravenosas a temperatura ambiental o incluso inferior, como ocurre con las transfusiones de hemoderivados.

La hipotermia no intencionada tiene graves repercusiones cardiovasculares, en el equilibrio ácido/base y en la cascada de coagulación, pudiendo ser más severas en el niño que en el adulto.

#### Material y métodos

Descripción de los diferentes procedimientos para la prevención y control de la hipotermia intraquirúrgica en el THP.

#### Plan de cuidados enfermeros

Detección, control y prevención de la temperatura corporal en las diferentes fases del trasplante, mediante la aplicación de medidas físicas y administración de sueroterapia, sangre y hemoderivados con calentadores para conseguir que la temperatura del paciente se mantenga dentro de unos parámetros normales.

#### Conclusiones

La monitorización de la temperatura y la prevención de la hipotermia, utilizando dispositivos especiales de calentamiento, disminuyen la aparición de complicaciones relacionadas con dicho problema.

#### Palabras clave

Trasplante hepático pediátrico, hipotermia, prevención, control.

### P-3

**Tratamiento inmunosupresor en el trasplante hepático. ¿Qué debe saber el personal de enfermería?**  
G. Marín i Vivó<sup>1</sup>, N. Alsina López<sup>1</sup>, J. Calixto Rodríguez<sup>1</sup>, J. Paunellas Albert<sup>1</sup>, F.J. Rodríguez Martínez<sup>1</sup>, I. Ortega Ibáñez<sup>2</sup>  
1, DUE. Hospital U. Vall d'Hebron. 2, Coordinadora de enfermería de trasplante del Hospital U. Vall d'Hebron

#### Introducción

Los inmunosupresores, son unos fármacos en constante evolución. Al igual que otros fármacos de última generación, éstos han sufrido un importante avance en relación a su efectividad, así como, en la disminución de los efectos adversos asociados.

El conocimiento de la terapia inmunosupresora garantiza los resultados de seguridad y eficacia.

Aunque actualmente los inmunosupresores se administran siguiendo un protocolo de inmunosupresión idéntico para todos los pacientes trasplantados, la tendencia será la administración individualizada a cada paciente, teniendo en cuenta su estado clínico en cada momento. La correcta dosificación y administración de los fármacos inmunosupresores hace que incremente la supervivencia del injerto trasplantado y del paciente.

#### Material y métodos:

Descripción de los diferentes fármacos inmunosupresores que se administran a los pacientes trasplantados de hígado en nuestro hospital.

El personal de enfermería debe conocer el mecanismo de acción, la biodisponibilidad, la vía de administración y los efectos secundarios de estos fármacos. Así como los cuidados enfermeros específicos para su correcta administración.

#### Plan de cuidados enfermeros

Conocimiento de la terapia inmunosupresora a administrar y aplicación de los cuidados de enfermería relacionados con dicha administración.

#### Conclusiones

El conocimiento de estos fármacos permite adecuar los cuidados de enfermería a las características de este tipo de pacientes.

#### Palabras clave

Inmunosupresor, cuidados de enfermería, trasplante hepático.

### P-4

**Valoración por enfermería de anestesia del estado nutricional del receptor de un trasplante hepático pediátrico**

N. Alsina López<sup>1</sup>, J. Calixto Rodríguez<sup>1</sup>, G. Marín i Vivó<sup>1</sup>, F.J. Rodríguez Martínez<sup>1</sup>, J. Paunellas Albert<sup>1</sup>, I. Ortega Ibáñez<sup>2</sup>  
1, DUE. Hospital U. Vall d'Hebron, Barcelona. 2, Coordinadora de enfermería de trasplante del Hospital U. Vall d'Hebron

#### Introducción

El beneficio actual del trasplante hepático (TH) en el paciente pediátrico, se ha incrementado con el desarrollo de nuevas técnicas quirúrgicas, optimización preoperatoria del receptor, manejo anestésico especializado y mejor manejo en la inmunosupresión.

Uno de los parámetros en el pretrasplante que guarda relación con los resultados postrasplante en el niño, es el estado nutricional, en función de este, disminuyen el riesgo de presentar infecciones y mejora la morbi-mortalidad. Las tablas de crecimiento o percentiles (P) son cuadros de medidas que permiten valorar y comparar el crecimiento de una niña o un niño con relación a un rango estándar.

#### Objetivos

Determinar el estado nutricional de los pacientes que se van a someter a trasplante y poder planificar actuaciones de enfermería.

#### Material y métodos

Se realiza un estudio descriptivo y retrospectivo con una muestra de 20 pacientes pediátricos sometidos a TH, siendo el 50% para cada sexo. Las variables recogidas en el prequirófano fueron edad, sexo y peso. El análisis de datos se procesó con el programa estadístico spss v.12 y la hoja de cálculo de Excel.

#### Resultados

De los 20 pacientes del estudio se obtuvo en el percentil 50 un 20%, de bajo peso un 40%, sobrepeso y obesidad un 2%. En niñas el rango de edad osciló entre 0,7 a 10 años y un peso de 6,2 a 38,5 Kg. En el P<3: 4, P3: 1, P10: 2, P75: 1, P90: 1, P>97:1 niñas. En niños el rango de edad osciló entre 0,9 a 16 años y un peso de 6,2 a 42 Kg. En el P<3: 3, P10: 1, P50: 4, P75: 2 niños.

#### Conclusiones

Una exhaustiva evaluación antropométrica previa al trasplante, nos permite incorporar medidas nutricionales precisas que consigan paliar los trastornos existentes derivados de la propia enfermedad.

## P-5

**Evaluación por enfermería del estado nutricional del adulto receptor de THO mediante la antropometría**

J. Calixto Rodríguez<sup>1</sup>, G. Marín i Vivó<sup>1</sup>, F.J. Rodríguez Martínez<sup>1</sup>, N. Alsina López<sup>1</sup>, J. Paunellas Albert<sup>1</sup>, I. Ortega Ibáñez<sup>2</sup>  
1, DUE. Hospital U. Vall d'Hebron, Barcelona. 2, Coordinadora de enfermería de trasplante del Hospital U. Vall d'Hebron

**Introducción**

Los avances en las técnicas quirúrgicas, la preservación del órgano y la constante evolución en el tratamiento inmunosupresor tienen una relación directa con la mejoría en la supervivencia de los pacientes trasplantados. Uno de los factores que influyen en la morbi-mortalidad es la malnutrición por defecto o por exceso. Para valorar el peso del adulto se utiliza el índice de masa corporal (IMC), este relaciona el peso y la talla. Basándose en datos de morbi-mortalidad se han establecido unos puntos de corte que delimitan el bajo peso, peso adecuado, sobrepeso, obeso y obesidad mórbida.

**Objetivos**

Determinar el estado nutricional de los pacientes que se van a someter a trasplante hepático y poder planificar las adecuadas actuaciones de enfermería.

**Material**

Se realiza un estudio descriptivo y retrospectivo con una muestra de 127 pacientes sometidos a THO (92 hombres y 35 mujeres). Las variables recogidas fueron: edad, sexo, peso y talla. Se analizaron los datos con la ayuda del programa estadístico Spss v.12.

**Resultados**

En mujeres se obtuvieron un rango de edad de 26 a 68 (Media: 53'57 años), peso de 42 a 103 Kg (Media: 66'69 Kg), y talla de 1'47 a 1'72 m (Media: 1'59 m). En hombres se obtuvieron un rango edad de 19 a 69 años (Media: 54'6 años), peso de 53 a 113 Kg (Media: 75'96 Kg), y talla de 1'43 a 1'89 m (Media: 1'70 m). Entre los 127 pacientes estudiados, el 44% sobrepeso, un 15% obesos y el 37% estaban dentro del rango de peso adecuado. Por sexo, en las mujeres se observó, 34% peso adecuado, 37% sobrepeso y 20% de obesidad. En los hombres, 35% peso adecuado, 43% sobrepeso y 13% obesidad.

**Conclusiones**

Sería necesario establecer estrategias eficaces que permitan identificar a los sujetos con riesgo y poner en marcha las medidas preventivas más oportunas.

## P-6

**Intervenciones enfermeras en la campaña de vacunación de la gripe A en los pacientes en lista de espera para trasplante hepático del Hospital Clínico de Barcelona**

E. López Benages<sup>1</sup>, J.M<sup>a</sup> Bayas<sup>2</sup>, T. Comallonga Bartomeu<sup>1</sup>, J. Colmenero Arroyo<sup>1</sup>, M. Navasa Anadon<sup>1</sup>  
1, Unidad de Trasplante Hepático, Hospital Clínico Barcelona, Barcelona. 2, Servicio de Medicina Preventiva y Epidemiología

**Introducción**

La aparición de la gripe A generó que se adoptaran las medidas necesarias para evitar su contagio, incluyendo la campaña de vacunación para pacientes con enfermedades crónicas. La Unidad de Trasplante Hepático del Hospital Clínico (HCB) realizó su campaña de vacunación para los pacientes en lista de espera (LE) para trasplante hepático (TH), centralizada en la enfermera de pre-trasplante hepático.

**Objetivos**

Conocer las intervenciones enfermeras ante la gripe A en la consulta de enfermería de pre-trasplante hepático del HCB.

**Material y métodos**

Estudio retrospectivo de las intervenciones enfermeras realizadas durante la campaña de vacunación contra la gripe A en los pacientes en LE para TH.

**Resultados**

Los 78 pacientes en LE para TH fueron informados telefónicamente, por la enfermera de pre-trasplante hepático, de las medidas preventivas y de la campaña de vacunación. Se vacunaron el 81% de los pacientes; 34 en su centro de atención primaria y 29 en la consulta de enfermería. Finalmente, 15 pacientes no se vacunaron y 1 paciente fue ingresado a causa de la gripe A. Tras la vacunación, el 92% de los pacientes permanecieron asintomáticos, 4 tuvieron síntomas locales y 3 síntomas generales.

**Conclusiones**

Los resultados expuestos demuestran que las intervenciones enfermeras, basadas en la gestión de la información y el consejo a los pacientes, han sido efectivas principalmente para tranquilizar a los pacientes.

## P-8

**Calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes trasplantados hepáticos: instrumentos específicos de medición**

S. Padín López, F.M<sup>a</sup> Arenas González, A.C. González Escobosa  
Unidad de Cirugía Abdominal y Trasplante Hepático, Hospital U. Carlos Haya, Málaga

**Objetivos**

Determinar la existencia de instrumentos específicos de medición de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en pacientes trasplantados hepáticos. Conocer cuáles están validados para su uso en entorno español.

**Métodos**

Búsqueda bibliográfica en MEDLINE y CINAHL. Términos búsqueda: health-related quality of life, liver transplant, Questionnaire.

**Resultados**

Cuestionarios para hepatopatías crónicas: Chronic Liver Disease Questionnaire (CLDQ) y Hepatitis Quality of Life Questionnaire (HQLQ) en hepatitis C. Cuestionarios específicos de CVRS para el postrasplante hepático:  
1. NIDDK-QOL-Liver Transplantation Database. Recientemente se ha realizado versión Cuestionario Específico de Síntomas basado en el apartado sintomatología del Quality of Life Form for Adults, desarrollado por NIDDK-Liver Transplantation Database para pacientes trasplantados hepáticos, en español, de sus propiedades psicométricas: es fiable y válido. Con 20 ítems de sintomatología hepática y efectos secundarios de la medicación inmunosupresora.  
2. Liver Disease Quality of Life Questionnaire (LDQOL 1.0), mide aspectos de enfermedad e impacto en la vida del paciente no detectados por cuestionarios genéricos. Diseñado y validado en pacientes candidatos a TH. Se ha realizado la traducción, adaptación para uso en España y validación. Comprende el test genérico SF-36 y 12 escalas específicas.

**Discusión**

La introducción de la CVRS en la práctica de profesiones sanitarias ha puesto de manifiesto la importancia del punto de vista del paciente sobre su salud, su opinión también es válida para medir los resultados del tratamiento, desterrándose que sólo la supervivencia, mortalidad y morbilidad son las únicas medidas posibles. La medición de la CV puede suministrar una estimación más completa del estado de salud de los receptores del trasplante hepático, proporcionando valoración más específica de los beneficios o daños resultantes del tratamiento. Hemos encontrado varios cuestionarios específicos de medición de la CVRS, la utilización de uno u otro va a depender de lo que queramos medir realmente, dependerá del objetivo del estudio.

## P-9

**Comparación entre los inhibidores de la calcineurina "ciclosporina y tacrolimus"**

C. Martín Román, A.B. Rupérez Pérez  
Cirugía y Trasplante Hepático, Hospital U. Río Hortega, Valladolid

Los fármacos inmunosupresores se dividen en 3 grupos:

1. Sustancias inhibitoras de la síntesis de linfocinas, entre las que se incluyen los corticoides, la ciclosporina, el tacrolimus y la rapamicina o sirolimus.
2. Sustancias que inhiben la proliferación celular, como es el caso de la azatioprina y el micofenolato-mofetil.
3. Sustancias que inhiben el reconocimiento del aloantígeno, como sucede con los anticuerpos antilinfocitarios policlonales y monoclonales.

En este poster se hace una comparativa de los 2 fármacos más utilizados: "Ciclosporina y Tacrolimus" que pertenecen a los inhibidores de la calcineurina y se incluyen dentro del primer grupo aquí enumerado. Con la comparación de estos 2 fármacos se pretende ofrecer una visión resumida de las propiedades farmacocinéticas, dosificación y forma de presentación/administración, además de dar a conocer sus efectos adversos más frecuentes.

**Bibliografía**

- Montserrat Solís Muñoz. Inmunosupresión y trasplante. Enfermería en trasplantes. Serie de Cuidados Avanzados. Ed:2005. Pág. 105-117.
- Inmunosupresión en el paciente trasplantado. Guía de Recomendaciones al paciente. Dirección General de Calidad, Acreditación, Evaluación e Inspección. Comunidad de Madrid. Diciembre 2006.
- Elisa Martínez Alfaro. Monitorización y efectos secundarios de la Inmunosupresión en el trasplante. Septiembre 2008.
- Francisco Patricio García. Cuidados de enfermería del paciente trasplantado hepático en la unidad de hospitalización de trasplantes del hospital Virgen de la Arrixaca. Revista enfermería global. Mayo 2005. Pág. 12-13.

## P-10

**Elaboración hoja de alta de enfermería**

C. Vilches Ruiz, C. Monteagudo, M. Torres, C. Tarrega, R. Ricarte, C. Biot  
Reanimación Pabellón Central, Hospital La Fe de Valencia, Valencia

Elaboración de hoja de alta de enfermería, en la unidad de Reanimación. Con el objetivo de realizar una valoración completa del paciente trasplantado en el momento del alta de nuestra unidad y mejorar con ello la continuidad de los cuidados de enfermería a su llegada a la unidad hepática.

## P-11

**Papel de la enfermera en la consulta de trasplante hepático. Cuidados individualizados y continuados pre y post trasplante**

F. Cedrón<sup>1</sup>, L. Reviriego<sup>2</sup>, N. García<sup>3</sup>, A. Martín<sup>4</sup>, D. Rodríguez<sup>5</sup>  
1, Consulta de Trasplante Hepático. 2, Unidad de Lactantes. 3, URPA/ Hospital de Día Quirúrgico. 4, Unidad de Nefrología. 5, Servicio de Urgencias. Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

**Palabras clave**

Enfermera, consulta, trasplante hepático, educación sanitaria, apoyo psicológico, calidad de vida, ansiedad.

**Introducción**

El trasplante hepático es un proceso dinámico que precisa de la labor conjunta de muchos profesionales. Cada vez es más importante el papel de enfermería en las consultas monográficas, sin embargo, hay pocos estudios que analicen las funciones de la enfermera en la seguridad y calidad de la asistencia.

**Objetivo general**

Mejorar calidad de vida en candidatos, pacientes trasplantados y familiares.

**Objetivos específicos**

Asesoramiento y educación sanitaria a pacientes y familiares · Control de síntomas · Proporción de apoyo psicológico en todo el proceso.

**Métodos**

Estudio descriptivo sobre el papel de la Enfermería en la Consulta de Trasplante Hepático del Hospital Ramón y Cajal (área 4) de Madrid · Consulta diaria de médico y enfermera: 6 médicos, una enfermera y un administrativo.

**Actividad enfermería**

Recepción y valoración de pacientes según urgencia · Comprobación de pruebas e información de alteraciones importantes · Control de constantes · Valoración y manejo de inmunosupresión · Educación sanitaria y valoración de la adhesión al tratamiento · Apoyo emocional · Actualización de lista de espera, cálculo de MELD y conformidad por ambas partes · Participación en estudios clínicos · Feed-back paciente-enfermera: asistencia a demanda, presencial o telefónica para resolución de dudas.

**Resultados**

Optimización de la consulta: aumento del volumen de pacientes atendidos de 2004 a 2008 de 9631, siendo en 2004 un total de 1813 y en 2008 de 2060 pacientes · Mayor coordinación médico-enfermera-paciente y con otros servicios · Mayor satisfacción del paciente · Menos errores en toma de medicación y menos efectos secundarios.

**Conclusiones**

El papel de la enfermera es clave ya que se encarga de la coordinación de los diferentes servicios y actualización de la lista de espera. Realiza una labor muy importante de información y educación sanitaria, fomentando el autocuidado, y el manejo de síntomas, lo que contribuye a la disminución de la ansiedad y a una mejor calidad de vida.

## P-12

**Importancia de la educación sanitaria sobre anticoncepción y embarazo en mujeres receptoras de un trasplante hepático. Intervenciones enfermeras**

I. Moreno Angulo, M.A. Lérida Romero  
Cirugía, Hospital U. Virgen del Rocío, Sevilla

**Introducción**

En las mujeres de edad fértil la menstruación se instaura de dos a seis meses tras el trasplante, y pueden llevar a cabo un embarazo a término con las medidas de control necesarias en estos casos, aunque no es aconsejable el embarazo hasta pasado un año, y siempre que la función hepática sea normal. Por lo tanto e de gran importancia la anticoncepción y la planificación conjunta de todo el proceso junto con el equipo médico.

**Objetivos**

La elección del método anticonceptivo será individual para cada paciente, valorando los riesgos del método frente a los riesgos para la salud y teniendo en cuenta sus necesidades, ya que no será lo mismo aconsejar a una mujer con su proyecto genético completado, que a una con claros deseos de ser madre, a pesar de que los métodos de barrera son los más indicados por la ausencia de hepatotoxicidad. En cuanto a las gestantes. el curso del embarazo puede ser normal, aunque se asocia con mayor frecuencia de complicaciones hipertensivas, preeclampsia, anemia e hiperbilirrubinemia. Se aconseja lactancia artificial, ya que la lactancia materna vehicula los fármacos.

**Material y métodos**

Desarrollo de una guía de orientación sobre anticoncepción y embarazo, así como elaborar un plan de cuidados individualizado para las pacientes, el cual se llevará a cabo desde la hospitalización, si su estado general lo permite, hasta su seguimiento en consultas externas. Los diagnósticos más frecuentemente encontrados son:  
00153-Riesgo de baja autoestima situacional  
00104-Lactancia materna ineficaz.  
00065-Sexualidad, patrones inefectivos.  
00126-Conocimientos deficientes sobre anticoncepción y embarazo.  
00105-Interrupción de la lactancia materna.

**Conclusiones**

Las gestantes trasplantadas requieren la atención de un equipo multidisciplinar. En cuanto a la anticoncepción, el consejo profesional, apoyado en los diagnósticos detectados, así como la utilización de la guía de orientación, resulta de gran relevancia para la adecuada elección del método anticonceptivo, valorando sus riesgos para la salud y sus deseos personales.

## P-13

**Complicaciones extrahepáticas del trasplante de hígado**

R. Moreno Franch, L. Muñoz Gamito, J. Robles Carrión  
Cirugía General y Trasplante Hepático, Hospital U. Virgen del Rocío, Sevilla

**Introducción**

Las complicaciones extrahepáticas del trasplante hepático siguen siendo elevadas aún habiéndose evolucionado en el tratamiento de los pacientes con hepatopatías crónicas terminales e insuficiencias hepáticas graves. Estas complicaciones pueden aparecer en periodos postoperatorios tempranos y tardíos del trasplante hepático. OBJETIVO: Conocer los periodos en que ocurren la mayoría de complicaciones extrahepáticas, así como, conocer a la perfección cuales son estas complicaciones para comunicárselas al facultativo cuando se detecten y tratarlas lo antes posible.

**Material y métodos**

- Cursos formativos, implicación del equipo de enfermería.
- Documentación dónde se refleje las complicaciones de periodos postoperatorios tempranos para así dar conocimiento a la enfermería de la Unidad de Trasplante Hepático y documentación de las complicaciones extrahepáticas tardías para así dar conocimiento a la enfermería de Atención Primaria
- Participación en foros del hospital y cursos de formación intra y extrahospitalaria.

**Conclusiones**

El papel de enfermería en el conocimiento de estas complicaciones del paciente trasplantado, educación al paciente e intercomunicación entre los distintos profesionales.

## P-14

**Pasos a seguir en donantes a corazón parado no controlados**

S. Sánchez Hernández, I. Vaquero Jiménez, J.M<sup>a</sup> Miralles Vegara, I. Gómez Prieto, M. Ortega Redondo, M.A. Fáfila Hidalgo, M. Gallo Meléndez, M. Muela Micó  
 Quirófano del Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo y Trasplantes de Órganos Abdominales, Hospital U. 12 de Octubre, Madrid

**Introducción**

El aumento de las listas de espera, hace que la necesidad de donantes sea creciente, lo que conlleva a la búsqueda de otras fuentes de obtención de órganos.

**Objetivos**

Conocer los pasos del donante en asistolia no controlado desde la parada cardíaca hasta la extracción de órganos.

**Material y métodos**

Se incluyen todos aquellos donantes a corazón parado trasladados al Hospital 12 de Octubre, desde Julio de 2005 hasta diciembre de 2009, cuyo objetivo es realizar las maniobras de preservación, y posterior extracción multiorgánica.

**Resultados**

Desde la instauración del programa de Donación en Asistolia en el Hospital 12 de Octubre en el año 2005, observamos el incremento del número de este tipo de donaciones, aumentando el número de órganos.

**Conclusiones**

La donación a corazón parado se está convirtiendo en una fuente alternativa de órganos para trasplante hepático.

## P-15

**Resultados de un programa de asistencia social en la adhesión al tratamiento inmunosupresor de los trasplantados hepáticos**

S. González, M<sup>a</sup> Viñoly, S. Geron, C. López, G. Lagomarsino, P. Scalone, A. Xavier, J. Tejera  
 Hepatología, Hospital Central de las Fuerzas Armadas, Montevideo, Uruguay

En países emergentes la adhesión a la terapia inmunosupresora en pacientes trasplantados hepáticos, suele verse dificultada por circunstancias de carencia social o económica que padece un porcentaje importante de la población; lo cual podría incidir en el índice de rechazos.

**Objetivos**

evaluar el impacto de la implementación de un programa de apoyo social y educacional a pacientes del programa de Trasplante Hepático.

**Métodos**

estudio descriptivo y retrospectivo de 40 pacientes (24 niños y 16 adultos) que recibieron tratamiento post-trasplante y seguimiento en Uruguay. Se recopilaron datos de dos períodos: 6 meses previos a la implantación de la política de apoyo (enero a junio 2008) y 1 año posterior a la misma (julio 2009 a junio 2010). En el primer año no existió un programa definido de apoyo social y educacional a los pacientes. En el segundo período el programa de apoyo fue conducido por la Asistente Social, enfermería y médicas Pediatras. La política incluyó: entrevistas, supervisión telefónica sistemática, actividades de educación con pacientes y familiares, apoyo económico y alojamiento. El costo total del programa fue de 500 dólares mensuales (incluyendo sueldo y apoyo económico) y 36 noches de alojamiento. Evaluamos: frecuencia de asistencia a consultas programadas, correcto cumplimiento del tratamiento inmunosupresor e incidencia de rechazos.

**Resultados**

En el segundo período el correcto cumplimiento de la terapia inmunosupresora fue significativamente mejor ( $p \leq 0.0001$ ), disminuyó ausencia a consultas programadas y presentaron menos rechazos (5 en 6 meses contra 3 en 1 año).

**Conclusiones**

La política de apoyo social fue una forma accesible a nuestra realidad sanitaria que mejoró la adhesión al tratamiento inmunosupresor. Esto podría influir en la incidencia de rechazos y resultar así una medida altamente costo-efectiva para nuestro sistema de salud.

## P-16

**La ecografía abdominal como dato predictivo de la validez hepática**

R. Vega, C. Martín, G. De La Rosa, R. Matesanz  
 Organización Nacional De Trasplantes, Madrid

Los cambios producidos en el perfil de donante en nuestro país (aumento continuado de la edad media, incremento de ACVA como causa de muerte, etc.) junto con el aumento de receptores en lista de espera, ha motivado que cada vez se apliquen criterios más amplios en la aceptación de órganos para trasplante.

En el caso del hígado, entre los criterios de valoración considerados se encuentran: edad, enzimas hepáticas, consumo de alcohol, situación hemodinámica y ecografía abdominal.

**Objetivos**

Analizar la ecografía abdominal como factor predictivo de la viabilidad del hígado y valorar el impacto de la misma como elemento decisorio para la aceptación de los órganos.

**Material y métodos**

Estudio descriptivo retrospectivo, referente a los datos de actividad de donación y trasplante hepático del año 2009. Bases de datos de la Organización Nacional de Trasplantes.

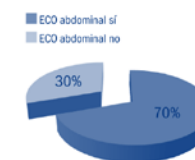
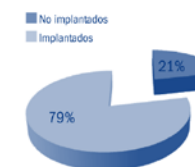
**Resultados**

Los donantes aceptados para la donación hepática y en los que se inició la extracción fueron 1384. En el 30% no se disponía de ecografía abdominal. En el 27% (263) en los se disponía de ella había imágenes que mostraban alteraciones en el parénquima hepático, siendo la más frecuente la esteatosis. A pesar de estos hallazgos, el 56% (148) de estos órganos fueron válidos e implantados.

Por otro lado, de aquellos donantes con ecografía abdominal normal (699), el 21% (150) fueron considerados no aptos para trasplante.

En el 46% de los hígados implantados, en 326 casos no había prueba de imagen o si la tenían presentaban hallazgos patológicos (148).

La presencia de hallazgos en la ecografía no puede por si sola descartar la donación y aceptación hepática. Tampoco una imagen sin hallazgos va a asegurar la viabilidad del órgano, siendo necesario una valoración global del donante y una adecuada gestión de riesgos.

**Donantes hepáticos, n=1384****ECO con hallazgos****ECO sin hallazgos****Donantes hepáticos****Implantados**

La ecografía abdominal como dato predictivo de la validez hepática

P-17

**Promoción de la higiene bucal previa al trasplante hepático**A. Quintano Pintado<sup>1</sup>, S.V. Del Nogal Sanz<sup>2</sup>, L. Rodríguez Marcos<sup>2</sup>*1, Unidad de Digestivo, Hospital U. Río Hortega, Valladolid. 2, Unidad de Trasplante Hepático, Hospital U. Río Hortega, Valladolid***Introducción**

El personal de enfermería debe ser consciente de qué los pacientes que se someten a un trasplante hepático corren mayor riesgo de desarrollar complicaciones bucales. En muchas ocasiones confluyen factores de riesgo asociados tales como la diabetes, malnutrición, problemas al tragar y la inmunosupresión provocada por la medicación.

**Objetivos**

Evaluar la higiene de los pacientes en estudio de trasplante. Identificar problemas potenciales. Enseñar a los pacientes la forma más correcta de cuidado bucal en base a evidencia científica.

**Material y métodos**

Los resultados de una revisión sistemática indicaron que las estrategias de cuidado bucal para prevenir enfermedades y trastornos orales resultan efectivas.<sup>1</sup> Se recomienda usar un cepillo eléctrico, puede ser más fácil de usar y haber demostrado que elimina la placa y reduce la gingivitis mejor que los cepillos de dientes normales, junto con un dentífrico fluorado, así como enjuagar correctamente el dentífrico, ya que puede secar las mucosas.<sup>2,3</sup> Una evaluación de la literatura disponible sobre distintos colutorios y enjuagatorios mostró que el colutorio de clorhexidina resultaba eficaz para el control de la placa y por sus propiedades antibacterianas y fungicidas, aunque son precisos otros cuidados, uso de mycostatin cada 6 horas.<sup>1,2,4</sup> Demostraciones prácticas de técnicas y productos para la higiene bucal.

**Conclusiones**

Las intervenciones de limpieza bucal eficaces garantizan una correcta salud oral y la capacidad de comer y comunicarse, y contribuir a la prevención de enfermedades sistémicas. Un cepillado de los dientes eficaz depende de distintos factores como la motivación, el conocimiento y la destreza manual, por ello la importancia de enseñar correctamente a realizarlo previamente al trasplante.

P-18

**Aplicación de la metodología en el paciente trasplantado. Plan de cuidado estandarizado**

R. Moreno Franch, L. Muñoz Gamito, A. Ramirez Pizano, I. Fernández Luque

*Cirugía General y Trasplante Hepático, Hospital U. Virgen del Rocío, Sevilla***Introducción**

El proceso de atención de enfermería permite a los enfermeros prestar cuidado de una forma racional, rígida y sistemática.

**Objetivos**

Llevar a cabo el sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto por cinco pasos: Valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

**Material y métodos**

Los enfermeros que trabajamos con pacientes trasplantados contamos con un modelo de plan de cuidados estandarizado para estos pacientes, lo cual no es para nada incompatible con la realización de un plan de cuidado individualizado en cada caso. Algunos de estos diagnósticos son: 00146-Ansiedad, 00126-Conocimientos deficientes... Cada uno de estos diagnósticos asociados a sus respectivos criterios de resultados (NOC) y sus intervenciones de enfermería (NIC), sumándole también una serie de problemas interdisciplinares.

**Resultados y conclusiones**

No todos los pacientes se ajustan necesariamente a este plan, por lo que hay que individualizar tanto en diagnósticos como en los resultados esperados e intervenciones que ponemos en marcha.

P-19

**Importancia de la movilización del paciente sometido a trasplante hepático**L. Muñoz Gamito, R. Moreno Franch, F. Almagro Villar, I.M<sup>a</sup> Moreno Angulo*Cirugía, Hospital U. Virgen del Rocío, Sevilla***Introducción**

Como en todo proceso quirúrgico, la movilización del paciente sometido a trasplante hepático forma parte de los cuidados esenciales que el personal de enfermería debe evaluar, supervisar y realizar a lo largo del proceso de hospitalización del paciente, y que resulta fundamental para evitar complicaciones postquirúrgicas y aumentar la calidad de vida de estos pacientes que, en muchas ocasiones, se encuentra bastante deteriorada, debido a todo el proceso que el trasplante conlleva.

**Objetivos**

- Evitar las complicaciones que suelen generar una inmovilización prolongada.
- Potenciar la participación del paciente en su autocuidado y progresivamente en las actividades de la vida diaria con vista al alta hospitalaria.

**Métodos**

- Valoración inicial del paciente a su llegada a la planta de hospitalización, donde se tendrá en cuenta el estado respiratorio, circulatorio, neurológico, etc.
- Personalización de los cuidados a través de la asignación "enfermera referente".
- Activación del plan de cuidados, siguiendo la taxonomía NANDA.
- Informe de continuidad de cuidados al alta.

**Conclusiones**

La importancia de una movilización precoz del paciente a través de la aplicación de un plan de cuidados personalizado es fundamental en la mejoría de la función respiratoria, circulatoria y digestiva, a fin de evitar así todas las complicaciones que pueden surgir fruto de una inmovilización prolongada, a la vez que potencia la participación del paciente en su autocuidado, y mejora la autoestima.

P-20

**Principales pruebas en trasplante hepático**M<sup>a</sup>T. Málaga Bernal, R. Del Ama Zayas, E.M<sup>a</sup> Ruiz Pizarro  
*Cirugía Aparato Digestivo y Trasplante de Órganos Abdominales, Hospital U. 12 de Octubre, Madrid*

Los pacientes sometidos a trasplante hepático suelen requerir una serie de pruebas dependiendo de su evolución, en las que enfermería presta sus cuidados.

Para poder asegurar al paciente una atención adecuada y unos cuidados satisfactorios, el equipo de enfermería debe conocer el procedimiento de dichas pruebas y poder vigilar así las posibles complicaciones que surjan durante su estancia hospitalaria, cómo la preparación y cuidados posteriores



## P-21

**Aplicación de la terapia de vacío en trasplante hepático**

M<sup>a</sup>T. Málaga Bernal, R.M<sup>a</sup> García Langa, L. Plaza  
*Cirugía Digestiva y Trasplante de Órganos Abdominales, Hospital U. 12 de Octubre, Madrid*

**Indicaciones**

- Síndrome compartimental sin cierre primario en:
- Desproporción entre el tamaño del injerto y la cavidad abdominal.
- Pérdida de la pared abdominal por cirugías previas o politraumatismos.
- A la retirada de una malla tipo Goretex R.

**Procolo de actuación**

- Técnica estéril.
- Protección con gasas vaselinizadas.
- Ajustar esponja a bordes de la herida.
- Asegurar vacío con apósitos adhesivos.
- Colocar sistema de aspiración
- Cura cada 48-72 horas.

**Conclusiones**

Con la utilización del VAC hemos comprobado que en dos meses se consigue:

- Favorecer el crecimiento de tejido de granulación.
- Evitar complicaciones infecciosas.
- Reducir el tiempo de hospitalización.
- Reducir el dolor.
- Favorecer la movilidad.
- Favorecer la autonomía del paciente.
- Reducir costes.

## P-22

**Estrés prequirúrgico en el trasplantado hepático**

A. Villanustre Gey, A.R. García Placín, R. Ferreiro Veloso  
*Quirófano, Hospital Clínico U. De Santiago de Compostela, A Coruña, Santiago de Compostela*

**Introducción**

Las intervenciones quirúrgicas constituyen una fuente de estrés psicológico, porque obliga a los pacientes a enfrentarse a situaciones desconocidas que además implican ciertos riesgos.

En el Tx hepático los pacientes deben apelar a sus recursos emocionales para hacer frente a la realidad de la enfermedad orgánica, y a su última alternativa que en este caso es la cirugía.

**Objetivos**

De este complejo proceso de adaptación psico-quirúrgica, la ansiedad es un proceso frecuente en el paciente receptor de un órgano vital como es el hígado. Tratar esta ansiedad requiere por parte de todo el equipo quirúrgico, una gran dosis de sensibilidad y psicología.

**Material y métodos**

Basados en este objetivo la enfermería evaluará no sólo los aspectos verbales donde el paciente expresa su miedo, sino también los no verbales como expresión, mirada temblor, sudoración, etc.

**Resultados**

En una situación de alto riesgo quirúrgico, un buen manejo del estrés del paciente, se consigue optimizar no sólo su bienestar psicológico sino un mejor resultado postoperatorio.

**Conclusiones**

El paciente debe tener la seguridad de que entiende lo que hacemos, tener conocimiento de realidad y saber en todo momento que cuenta con una atención personalizada, humana, y comprensiva hacia sus problemas.

## P-23

**Recepción del paciente para trasplante hepático en el bloque quirúrgico**

M<sup>a</sup>V. Becerra Sueiro, B. Mesías Sar, A. Rodríguez Cheda, E. Varo Pérez  
*Bloque Quirúrgico, Hospital Clínico U. De Santiago de Compostela, A Coruña, Santiago de Compostela*

**Objetivos**

Realizar una guía de trabajo para recibir al paciente que se va a someter a un trasplante hepático y contribuir a mejorar su seguridad asistencial en el bloque quirúrgico, siguiendo las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

**Material y métodos**

- Listado de seguridad quirúrgica (checklist), con el propósito de impulsarlo de forma correcta y cumplir con sus objetivos en el trasplante hepático.
- Correcta llegada del paciente al bloque quirúrgico: ayunas, sin joyas, sin prótesis dental, higiene adecuada...etc.
- Autorizaciones anestésicas y quirúrgicas
- Registros completos de anamnesis y exploraciones físicas
- Resultados de estudios diagnósticos
- Preoperatorio completo
- Comprobación de petición de sangre y hemoderivados

**Resultados**

- Una mayor disciplina quirúrgica y concienciación sobre la seguridad del paciente
- Aumento de la calidad asistencial y en dar una respuesta profesional a las diferentes necesidades de la práctica quirúrgica
- Un mayor grado de adhesión a los protocolos de seguridad del paciente
- El trabajo en equipo en cirugía de trasplante hepático obtiene una mejoría de resultados, en cuanto que equipos que funcionan bien alcanzan tasas reducidas de efectos adversos

**Conclusiones**

- Resulta imprescindible el trabajo en equipo y la relación interprofesional
- El checklist, a pesar, de haber sido testado en muchos hospitales y demostrada su eficacia, necesita de una dinámica intensa de querer hacerlo: una "cirugía segura salva vidas"
- Es imprescindible adquirir los conocimientos y herramientas básicas sobre metodología de calidad y seguridad del paciente

**Bibliografía**

- Estrategia en Seguridad del Paciente. Ministerio de Sanidad y Consumo 2005
- Joint Commission Internacional; World Health Organization Preámbulo a las soluciones para la seguridad del paciente-Mayo 2007
- Plan Avante 2012 del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela (CHUS). Xunta de Galicia. 2007
- Who Patient Safety Newsletter nº 3, MARCH 2010

## ÍNDICE DE AUTORES

### A

Almagro Villar, F. .... P-19  
 Alsina López, N. .... P-1, P-2, P-3, P-4, P-5  
 Aragón Serrano, A. .... 0-11  
 Arenas González, F.M. .... 0-2, P-8  
 Arroyo Herrero, G. .... 0-14

### B

Bayas, J.M. .... P-6  
 Becerra Sueiro, M.V. .... P-23  
 Bello Bravo, V. .... 0-5  
 Biencinto Burgos, L. .... 0-11  
 Biot, C. .... P-10  
 Bohorquez Camacho, M.J. .... 0-6

### C

Calixto Rodríguez, J. .... P-1, P-2, P-3, P-4, P-5  
 Calzón Morilla, M. .... 0-6  
 Carnes Coletto, A. .... 0-3  
 Cedrón, F. .... P-11  
 Colmenero Arroyo, J. .... P-6  
 Comallonga Bartomeu, T. .... 0-1, P-6  
 Crespo, G. .... 0-1

### D

De La Rosa, G. .... P-16  
 Del Ama Zayas, R. .... P-20  
 Del Nogal Sanz, S.V. .... 0-13, P-17

### E

Esteban Sánchez, M.E. .... 0-5

### F

Fáfila Hidalgo, M.A. .... P-14  
 Fernández Dieguez, V. .... 0-3  
 Fernández Luque, I. .... 0-7, 0-8, P-18  
 Ferreiro Veloso, R. .... P-22  
 Frade Mera, M.J. .... 0-5

### G

Gallo Meléndez, M. .... P-14  
 García Berasaluce, A. .... 0-14

García Domínguez, M.V. .... 0-14  
 García Langa, R.M. .... P-21  
 García Mera, L. .... 0-6  
 García Placin, A.R. .... P-22  
 García Santos, M.J. .... 0-12  
 García, N. .... P-11  
 Gelde Serrano, A. .... 0-9  
 Gerona, S. .... P-15  
 Gimeno Lázaro, S. .... 0-9  
 Gómez Prieto, I. .... P-14  
 González Escobosa, A.C. .... 0-2, P-8  
 González, S. .... P-15  
 Grau Carmona, T. .... 0-5  
 Guevara Muñoz, A. .... 0-9  
 Guirao Moya, A. .... 0-5

### H

Herbosa López, A. .... 0-14

### L

Lagomarsino, G. .... P-15  
 Lama Florencio, A. .... 0-6  
 Larrea, B. .... 0-10  
 Lérica Romero, M.A. .... 0-7, 0-8, P-12  
 López Benages, E. .... 0-1, P-6  
 López Matoses, R. .... 0-9  
 López, C. .... P-15  
 Losilla Fernández, B.M. .... 0-12

### M

Málaga Bernal, M.T. .... P-20, P-21  
 Marín I Vivó, G. .... P-1, P-2, P-3, P-4, P-5  
 Martín Román, C. .... P-9  
 Martín, A. .... P-11  
 Martín, C. .... P-16  
 Martínez Gómez, E. .... 0-9  
 Martínez Larrauri, Y. .... 0-4  
 Matesanz, R. .... P-16  
 Mesías Sar, B. .... P-23  
 Miralles Vegara, J.M. .... P-14  
 Monteagudo, C. .... P-10  
 Morales Cifuentes, M. .... 0-5  
 Morales Díaz, E. .... 0-5  
 Moreno Angulo, I.M. .... 0-7, 0-8, P-12, P-19  
 Moreno Franch, R. .... P-13, P-18, P-19  
 Muela Micó, M. .... P-14  
 Muñoz Gamito, L. .... P-13, P-18, P-19

### N

Navasa Anadon, M. .... 0-1, P-6

### O

Orobitg Pulido, A. .... 0-9  
 Ortega Ibáñez, I. .... P-1, P-2, P-3, P-4, P-5  
 Ortega Redondo, M. .... P-14

### P

Padín López, S. .... 0-2, P-8  
 Padró Pagés, A. .... 0-1  
 Paunellas Albert, J. .... P-1, P-2, P-3, P-4, P-5  
 Plaza, L. .... P-21

### Q

Quintano Pintado, A. .... 0-13, P-17

### R

Ramírez Pizano, A. .... P-18  
 Redín, A. .... 0-10  
 Redondo Álvarez, A.I. .... 0-11, 0-12  
 Reviriego, L. .... P-11  
 Ricarte, R. .... P-10  
 Robles Carrión, J. .... P-13  
 Rodríguez Cheda, A. .... P-23  
 Rodríguez López, I. .... 0-4  
 Rodríguez Marcos, L. .... 0-13, P-17  
 Rodríguez Martínez, F.J. .... P-1, P-2, P-3, P-4, P-5  
 Rodríguez, D. .... P-11  
 Rodríguez, N. .... 0-10  
 Ruiz Cagigas, A. .... 0-3  
 Ruiz Pizarro, E.M. .... P-20  
 Rupérez Pérez, A.B. .... P-9

### S

Sánchez Hernández, S. .... P-14  
 Scalone, P. .... P-15

### T

Tárrega, C. .... P-10  
 Tejera, J. .... P-15  
 Torres, M. .... P-10

### U

Usero Moreno, L. .... 0-3

### V

Vaquero Jiménez, I. .... P-14  
 Varo Pérez, E. .... P-23  
 Vega, R. .... P-16  
 Vilches Ruiz, C. .... P-10  
 Villanustre Gey, A. .... P-22  
 Viñoly, M. .... P-15

### X

Xavier, A. .... P-15

---

## NOTAS

Dotted lines for notes.

---

## NOTAS

Dotted lines for notes.

# PLANO DE LA SEDE

