



PORTADA



JUNTA DIRECTIVA DE LA A.E.E.P.D.

<i>PRESIDENTA:</i>	M ^a LUZ GÁLVEZ DELTORO
<i>VICEPRESIDENTE:</i>	JOSÉ IBÁÑEZ MUÑOZ
<i>SECRETARIA:</i>	M ^a ISABEL JIMENO SÁENZ
<i>TESORERA:</i>	ENCARNA COCA MACÍAS
<i>VOCAL 1:</i>	DOLORS GIMENEZ ROMANI
<i>VOCAL 2:</i>	M ^a ISABEL DURANGO LIMÁRQUEZ
<i>VOCAL 3:</i>	ASUNCIÓN GURREA FERNÁNDEZ
<i>VOCAL 4:</i>	M ^a NIEVES ROMERO SÁNCHEZ

JUNTA ORGANIZADORA

<i>PRESIDENTA:</i>	PILAR GRIMA PEÑA
<i>VICEPRESIDENTE:</i>	JUAN MANUEL ESTRADA BEARDO
<i>SECRETARIA:</i>	CARMEN CORNEJO PEDREÑO
<i>TESORERA:</i>	SALUD DEL CASTILLO MUÑOZ
<i>VOCAL 1:</i>	CARMEN CAMACHO GONZÁLEZ
<i>VOCAL 2:</i>	SILVIA MESA DOMÍNGUEZ

COMITÉ CIENTÍFICO

<i>PRESIDENTE:</i>	MIGUEL ROBLES ALVAREZ
<i>VOCAL 1:</i>	INÉS ANA IBAÑEZ ZAFÓN
<i>VOCAL 2:</i>	ELENA PÉREZ MIRA
<i>VOCAL 3:</i>	CARMEN FUERTES
<i>SECRETARIA :</i>	ANA ARIZA DOMÍNGUEZ

PROGRAMA

MIÉRCOLES 15 DE JUNIO - MAÑANA

09:00 a 10:00 h. ENTREGA DE DOCUMENTACION EN SECRETARÍA TÉCNICA.

10:00 a 10:30 h. ACTO DE INAUGURACIÓN.

I SESIÓN

10:30 a 11:00 h. CONFERENCIA INAUGURAL

D. Antonio Naranjo Rodríguez. JEFE DE SERVICIO DE UGC DE DIGESTIVO.
HOSPITAL UNIVERSITARIO. PUERTA DEL MAR. CÁDIZ.

II SESIÓN

11:30 a 12:30 h. I MESA REDONDA: "CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN CIRROSIS HEPÁTICA Y TRASPLANTE".

1. SOPORTE NUTRICIONAL EN EL PACIENTE CON HEPATOPATÍA CRÓNICA.

Dr. Francisco Vilchez López. MÉDICO ESPECIALISTA DE UGC DE ENDOCRINO. HOSPITAL UNIVERSITARIO. PUERTA DEL MAR. CÁDIZ.

2. VÍA CLÍNICA DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA. CUIDADOS DE ENFERMERÍA. RESULTADOS DE LA IMPLANTACIÓN.

D^a Inmaculada García Reina. ENFERMERA DE LA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA. HOSPITAL DE JEREZ. CÁDIZ.

3. EFECTIVIDAD DE INTERVENCIONES EDUCATIVAS EN EL PROCESO TRASPLANTE HEPÁTICO.

D^a Francisca Arenas González. ENFERMERA DEL HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO CARLOS HAYA. MÁLAGA. **D. Ricardo Díaz Parra.** PRESIDENTE DE LA ASOCIACIÓN DE TRASPLANTES HEPÁTICOS DE CÁDIZ.

MODERADORA: **Dolores Giménez Romaní.** ENFERMERA HEPATOLOGÍA DEL HOSPITAL PARC DE SALUT MAR. BARCELONA.

12:30 a 14:00 h. COMUNICACIONES ORALES

C-031: "Uso y efectos adversos del tratamiento con Sorafenib en pacientes con Carcinoma Hepatocelular".

C-022: "Estudio sobre la relación entre las variables dolor, ansiedad y el tiempo de estancia hospitalaria en pacientes con Hepatocarcinoma tratados con quimioembolización".

C-09: "Programa Comparte. Mejorando la calidad asistencial en pacientes con Cirrosis Hepática".

C-029: "Manejo de Hepatocarcinoma: Participación telemática de Enfermería con el equipo multidisciplinar".

C-015: "Motivos de consulta telefónica y visitas urgentes a Hospital de Día de los enfermos con Hepatitis Crónica por virus C tratados con Pegytron-ribavirina".

C-02: “Resultados preliminares del proyecto de investigación “Representaciones y significados del Trasplante hepático en pacientes cirróticos del Área Sanitaria de Vigo”.

MODERADORA: **Maribel Jimeno Sáenz.**

ENFERMERA DE LA UNIDAD ENDOSCOPIA DIGESTIVA DEL HOSPITAL DE SANT PAU. BARCELONA.

MIÉRCOLES 15 DE JUNIO - TARDE

III SESIÓN

• I TALLER SIMULTÁNEO •

16:00 a 18:00 h. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PROCEDIMIENTOS ENDOSCÓPICOS.

16:00 a 17:00 h. TALLER DE PEG: MANEJO Y PREPARACIÓN.

Dr. Claudio Rodríguez Ramos. MÉDICO ESPECIALISTA EN LA UGC DE PATOLOGÍAS DIGESTIVA. HUPM CÁDIZ. **D. Consuelo Álvarez García.** ENFERMERA EXPERTA EN LA UNIDAD DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA. HUPM CÁDIZ. **D. Juan Manuel Caparrós.** ENFERMERO COORDINADOR DE CUIDADOS EN DISTRITO BAHÍA DE CÁDIZ.

17:00 a 18:00 h. TALLER DE LIMPIEZA DE ENDOSCOPIOS.

MODERADORA: **Consuelo Álvarez García.** ENFERMERA EXPERTA EN LA UNIDAD DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA. HUPM CÁDIZ.

• II TALLER SIMULTÁNEO •

16:00 a 18:00 h. TALLER DE ESTUDIO DE CUIDADOS DEL GRUPO ENFERMERO DE TRABAJO EN ENFERMEDADES DEL HÍGADO (GETEH)

- ENFERMERA. **M. Luz Gálvez Deltoro.**
- ENFERMERA. **Dolores Giménez Romani.**
- ENFERMERA. **Maribel Durango Limárquez.**

Casos clínicos.

MODERADORA: **Encarna Coca Macías.** ENFERMERA DE LA SALA DE HOSPITALIZACIÓN DE PATOLOGÍA DIGESTIVA DEL H. DE SANT PAU. BARCELONA.

18:00 a 18:30 h. VISITA EXPOSICIÓN DE POSTERS.

P-01: “Cuidados hospitalarios de Enfermería en Colangiopancreatografía Retrograda Endoscópica (CPRE) en ictericia obstructiva”.

P-02: “Colocación de las sonda Sengstaken – Blakemore (Mines sota)”.

P06: “Optimización del tratamiento integral de la Cirrosis en la Hospitalización y seguimiento en la Unidad de Día”.

P-07: “Soporte de consulta de enfermería al tratamiento con betabloqueantes (Propranolol) en la profilaxis de hemorragia Digestiva en pacientes con Cirrosis Hepática”.

- P-08: “Guía sobre la actuación enfermera en la Colangiopancreatografía Retrógrada Endoscópica”.
- P-013: “Colonización por *Faecalibacterium Prausnitzii* y recidiva clínica en pacientes con Colitis Ulcerosa”.
- P-018: “Circuitos de pacientes que precisan ingreso en el Área de Hospitalización de la Unidad de Gestión Clínica de Digestivo para estudio, procedimientos o tratamientos”.
- P-020: “La Cirrosis. Un problema de salud con cuidados paliativos”.
- P-021: “Mejorar la calidad asistencial de los pacientes con cirrosis hepática a través del programa Comparte”.
- P-024: “La hemorragia por varices esofágicas. Una complicación frecuente”.
- P-025: “Efecto de la conservación de muestras humanas en el análisis funcional en la flora intestinal.”
- P-026: “Cirugía laparoscópica por puerto único. Actualización para Enfermería.”
- P-028: “Resultados obtenidos tras la aplicación del cuestionario SF-12 versión 2, en pacientes diagnosticados de Enfermedad Inflamatoria Crónica Intestinal durante el año 2010 y residentes en el Área sanitaria de Vigo (Pontevedra).”
- P-030: “De Eva a la escala Eva”.
- P-033: “Calidad de vida en pacientes candidatos a Trasplante Hepático y su cuidador familiar”.
- P-034: “Guía práctica de cuidados de Enfermería en técnicas diagnósticas y/o terapéuticas del Servicio de Digestivo”.

MODERADORA: **Salud Del Castillo Muñoz**. ENFERMERA EXPERTA EN LA UGC DE DIGESTIVO. HUPM. CÁDIZ.

18:30 a 20:30 h. VISITA TURÍSTICA DE LA CIUDAD DE CÁDIZ.

20:30 a 21:30 h. RECEPCIÓN DE BIENVENIDA A CARGO DEL EXCMO. AYUNTAMIENTO DE CÁDIZ.

JUEVES 16 DE JUNIO - MAÑANA

IV SESIÓN

09:00 a 10:00 h.- II MESA REDONDA: “CUIDADOS DE ENFERMERIA EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (EII)”

1. ¿ESTÁ AUMENTANDO LA INCIDENCIA EN EII? DATOS EPIDEMIOLOGICOS, SUS CAUSAS Y SUS CONSECUENCIAS. ¿TENEMOS PERSPECTIVA DE TRATAMIENTO? AVANCE EN EL TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE LAS EII.

Dr. Alfredo Abrales Bechiarelli. MÉDICO ESPECIALISTA PERTENECIENTE A LA UGC DE DIGESTIVO. HOSPITAL UNV. PUERTA DEL MAR. CÁDIZ.

2. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA ADMINISTRACIÓN DE TERAPIAS BIOLÓGICAS EN HOSPITAL DE DÍA, SEGURIDAD Y MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES.

D^a M. José Jiménez Barbera. ENFERMERA ADSCRITA A LA UGC DE DIGESTIVO. HOSPITAL UNIVERSITARIO. PUERTA DEL MAR. CÁDIZ.

3. INCONTINENCIA FECAL, NO PUEDO IR A TRABAJAR. ASPECTO PSICOEMOCIONAL DEL PACIENTE.

D^a Consuelo López. ENFERMERA. PSICÓLOGA. PROFESORA DE LA UNIVERSIDAD DE CÁDIZ.

MODERADOR: **Manuel Estrada Beardo.** ENFERMERO DEL HOSPITAL DE DÍA EN LA UGC DE DIGESTIVO. HOSPITAL UNV. PUERTA DEL MAR. CÁDIZ.

10:00 a 11:00 h. COMUNICACIONES LIBRES.

- C-04: “Adherencia a programa de vacunación específico de pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal en tratamiento con fármacos biológicos”.
- C-017: “Interrelación NANDA/ NOC/NIC durante el proceso de hospitalización en Patología Digestiva”.
- C-014: “Calidad de vida percibida por los pacientes en una Unidad de Enfermedad inflamatoria Intestinal”.
- C-019: “Soporte enfermero al tratamiento de Enfermedad Inflamatoria Intestinal con Adalimumab (Humira)”.
- C-027: “Calidad de vida al diagnóstico en una nueva cohorte de pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal en el Área Sanitaria de Vigo. Aplicación del cuestionario IBDQ-10”.

MODERADORA: **Inmaculada García Reina.** ENFERMERA DE LA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DEL HOSPITAL DE JEREZ. CÁDIZ.

V SESIÓN

11:30 a 12:30 h. CONFERENCIA: “CIRUGÍA METABÓLICA: COMO TTO DE LA OBESIDAD Y LA DIABETES. LAS COMPLICACIONES SON CONTROLADAS POR LOS DIGESTIVOS. (EQUIPO MULTIDISCIPLINAR DEL APARATO DIGESTIVO)”.

Dr. Manuel Aguilar. JEFE DE LA UGC DE ENDOCRINOLOGÍA HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR. CÁDIZ

MODERADOR: **José M^a Espada Bordes.** ENFERMERO JEFE DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA DEL BLOQUE MÉDICO- QUIRÚRGICO EN EL HUPM. CÁDIZ.

VI SESIÓN

12:30 a 14:00 h. III MESA REDONDA:

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN CÁNCER COLORRECTAR.

1. ACTO ÚNICO. CÁNCER COLORRECTAL (CCR). CRIBADO CCR. AVANCES EN EL TRATAMIENTO.

D. Mariano Soto Jurado. ENFERMERO SUPERVISOR DEL SERVICIO DE CIRUGÍA DIGESTIVA HOSPITAL CLÍNICO DE PUERTO REAL. CÁDIZ.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN ENDOSCOPIA DIGESTIVA.

3. SEDACIÓN CON PROPOFOL BALANCEADO POR ENFERMERÍA EN COLANGIOPAN-CRAETOGRAFÍA RETROGRADA ENDOSCÓPICA.

D. Emilio Rodríguez Santigosa. ENFERMERO DE LA UNIDAD DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA DEL Hos-

PITAL CLÍNICO DE PUERTO REAL. CÁDIZ.

MODERADORA: **M. Isabel Durango Limárquez**. SUPERVISORA DE HEPATOLOGÍA DEL HOSPITAL GREGORIO MARAÑÓN DE MADRID.

JUEVES 16 JUNIO - TARDE

16:00 a 17:00 h. COMUNICACIONES LIBRES.

- C-016:** “Importancia de la valoración de Enfermería al ingreso. Registro informatizado”.
- C-03:** “Estresores laborales experimentados por el personal de Enfermería Hospitalaria: Estudio Cualitativo”.
- C-023:** “Trabajando por la mejora: Área de Digestivo de la Agencia Sanitaria Costa del Sol”.
- C-012:** “Optimización del cribado de Cáncer Colorrectal en familias de alto riesgo labor de Enfermería”.
- C-05:** “Impacto del Reiki en el manejo del dolor en pancreatitis aguda”.

MODERADORA: **M. Luz Gálvez Deltoro**. ENFERMERA DE LA UNIDAD DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS DEL HOSPITAL DE SANT PAU. BARCELONA.

VII SESIÓN

• I TALLER SIMULTÁNEO •

17:00 a 18:30h. TALLER DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LAS PERSONAS PORTADORAS DE OSTOMIAS: LA CONSULTA DE ESTOMATERAPIA. IMPACTO EN EL PACIENTE DE LOS INSTRUMENTOS Y MANEJO PARA INCREMENTAR LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE OSTOMIZADO.
D^a Ana Maroto. ENFERMERA EXPERTA EN ESTOMATOTERAPIA. BARCELONA.

MODERADORA: **Mercedes Medina Muñoz**. ENFERMERA DE LA UGC DE CIRUGÍA DIGESTIVA. EXPERTA EN ESTOMATOTERAPIA.

• II TALLER SIMULTÁNEO •

17:00 a 18:30h. TALLER SOBRE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL. DOS CASOS CLÍNICOS PRESENTADOS POR GETEII (grupo de trabajo enfermero en enfermedad inflamatoria intestinal)”.
Lorena Oltra Camps. ENFERMERA; **Laura Marín Sánchez**. ENFERMERA; **Jorge Funuyet Guirado**. ENFERMERO; **Toni Torrejón Herrero**. ENFERMERO; **Amelia Rodríguez Nogueiras**. ENFERMERA.

MODERADORA: **Paloma Hernández Sampelayo**. JEFA DE UNIDAD DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE MEDICINA DE DIGESTIVO. HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN.

VIERNES 17 JUNIO - MAÑANA

9:30 a 10:30 h. ASAMBLEA DE LA A.E.E.P.D.

VIII SESIÓN

10:30 a 11:30 h. IV MESA REDONDA: “NUEVOS ROLES, NUEVAS COMPETENCIAS”.

- 1. EL PROCESO DE ACREDITACIÓN EN LAS UNIDADES DE GESTIÓN CLÍNICAS.**
Dra. Ana Monroy Herrera. FACULTATIVA COORDINADORA DE LA UNIDAD DE ACREDITACIÓN DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO. PUERTA DEL MAR. CÁDIZ.
- 2. DESARROLLO DE COMPETENCIAS. UN PROCESO QUE NOS LLEVA AL AVANCE DEL DESARROLLO PROFESIONAL.**
D. Javier Yagüe Sánchez. ENFERMERO DE UGC DEL APARATO LOCOMOTOR. HOSPITAL UNIVERSITARIO. PUERTA DEL MAR. CÁDIZ.
- 3. PRESCRIPCIÓN ENFERMERA COMO AVANCE EN LA ENFERMERÍA.**
D^a. Antonia López Sánchez. DIRECTORA DE CUIDADOS DEL DISTRITO BAHÍA DE CÁDIZ.

MODERADOR: **Luis Fuentes Cebada.** ENFERMERO JEFE DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA DEL BLOQUE MÉDICO-QUIRÚRGICO EN EL HUPM. CÁDIZ.

11:30 a 12:30 h. CONFERENCIA DE CLAUSURA: “EL CÁDIZ DE LAS CORTES: 1812 a 2012”.

D. Enrique García Agulló. COMISARIO DE LA OFICINA MUNICIPAL PARA LA CELEBRACIÓN DEL BICENTENARIO DE LA CONSTITUCIÓN DE CÁDIZ.

12:30 a 13:30 h. CLAUSURA.
ENTREGA DE PREMIOS.
PRESENTACION DEL XIX CONGRESO NACIONAL DE LA A.E.E.P.D.
ACTO DE CLAUSURA DEL CONGRESO.

COMUNICACIONES ORALES

MIÉRCOLES 15 JUNIO - MAÑANA

- C-09: “PROGRAMA COMPORTE, MEJORANDO LA CALIDAD ASISTENCIAL EN PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA”**
Nieves Oropesa Pazo y EM Pozo Gómez. CENTRO SANITARIO: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DEL ALJARAFE - BORMUJOS - SEVILLA.

El programa Comparte es un plan de atención sanitaria para los enfermos con patologías crónicas que asegura la continuidad asistencial entre el área hospitalaria y Atención Primaria.

Este Programa tiene como objetivo mejorar la calidad de vida a través del desarrollo de programas de formación y educación en cuidados para el enfermo crónico y cuidador; mejorar la capacitación de los profesionales implicados, aumentar el grado de coordinación interniveles (hospitalarios y extra hospitalarios), etc.

Actualmente los pacientes beneficiarios del Programa Comparte en el Hospital Comarcal del Aljarafe son pacientes pluripatológicos, EPOC severo, insuficiencia cardiaca avanzada, pacientes frágiles y pacientes paliativos; Aunque en el desarrollo del programa asistencial

está prevista la futura incorporación de esta actividad en pacientes con enfermedad cerebro vascular crónica y hepatopatía crónica.

La cirrosis hepática es una enfermedad crónica e irreversible, que tratando algunas de las enfermedades que la producen se puede evitar o retardar la evolución de la cirrosis en estado inicial a las fases avanzadas.

El carácter crónico de la cirrosis hepática y sus severas complicaciones hace que estos pacientes estén continuamente ingresando en el hospital. Por ello, es preciso que tanto el cuidador principal como el propio paciente dispongan de la información adecuada sobre los hábitos dietéticos y sobre las medidas de control y observación necesarias que se han de seguir para identificar y reconocer la aparición de los trastornos propios de la enfermedad.

Por todo esto es importante incorporar a estos pacientes en el Programa Comparte donde se elaboran estrategias y protocolos de educación sanitaria, que permiten evitar innecesarias hospitalizaciones o frenar, en la medida de lo posible, las complicaciones que el curso de la citada patología conlleva, haciendo partícipe tanto al paciente como al cuidador de los cuidados necesarios.

Una vez que el paciente cirrótico es identificado al ingreso con criterios de inclusión en Plan Comparte, se pone en marcha un protocolo de actuación.

En la sesión clínica se le asignará médico responsable y se le realizará una valoración enfermera y de riesgo social por la trabajadora para ir realizando una planificación de sus cuidados y necesidades de cara al alta hospitalaria.

Enfermería hospitalaria se pone en contacto con enfermería de Atención primaria para analizar el caso de dicho paciente e identificar los cuidados necesarios al alta, materiales necesarios, etc.

Al alta, al paciente se le entrega un informe de continuidad de cuidados de enfermería con las recomendaciones, dietas, etc. oportunas que también reciben por vía informática el equipo de salud de atención primaria.

Tras el alta hospitalaria, atención primaria realiza una valoración para acordar un Plan de seguimiento individualizado a cada paciente y establecer intervenciones programadas oportunas.

C-015: “MOTIVOS DE CONSULTA TELEFONICA Y VISITAS URGENTES A HOSPITAL DE DIA DE LOS ENFERMOS CON HEPATITIS CRONICA POR VIRUS C TRATADOS CON PEGYNTRON-RIBAVIRINA”.

María López Parra, Laura Moreno Salas, Angelina Dosal Galguera, Mercé Vergara Gómez, Meritxell Casas Rodrigo, Mireia Miquel Planas, Blai Dalmau Obrador, Monserrat Gil Prades, Eva Martínez Bauer, Jordi Sánchez Delgado, Nuria Rudi Sola, Gema Silva Riadigos, Isabel Parra Uribe y Albert Planas Giner.

CENTRO SANITARIO: CORPORACIÓ SANITARIA PARC TAULÍ – SABADELL - BARCELONA

INTRODUCCIÓN: El tratamiento para Hepatitis C consiste en la combinación de Pegynterferón alfa y Ribavirina entre 24/72 semanas según el genotipo viral. La adherencia es un factor clave para mejorar las tasas de curación. La educación sanitaria y facilitar la accesibilidad al equipo multidisciplinar mejora la adherencia.

OBJETIVO: Determinar los motivos principales de consulta telefónica y visita urgente en nuestro Hospital de Día.

METODOLOGÍA: Estudio observacional prospectivo, de dos años de duración. Variable principal: motivo de consulta; variables secundarias: demográficas, semana de tratamiento, resolución de la consulta.

RESULTADOS: Se incluyeron 176 pacientes, el 67.6% hombres, edad media de 48 años.

Hubieron 264 consultas telefónicas, realizadas por 109 pacientes, (53% mujeres). Los principales motivos de consulta telefónica fueron: 37.5% efectos secundarios, 28 % comentar dudas. Actuaciones realizadas: dar información 57.2%, citar a visita 16.3%, comentar al médico responsable 11.4%. Se atendieron 193 visitas urgentes (53% mujeres). Los motivos de visita fueron: efectos secundarios 46,1%, gestiones administrativas 13.4 %, consultar dudas 10.4%, problemas con dispositivo de administración 4.1%. Actuaciones realizadas: 33.7% visita médica, 24.9% educación enfermera, 10.4% derivación a otras especialidades, 8.8% analítica, 7.8% se pautó medicación, 6.8% trámites administrativos, 2.6% se retiró el tratamiento.

CONCLUSIONES: La mayoría de consultas telefónicas y visitas fueron debidas a efectos indeseables del tratamiento. Principalmente las consultas fueron realizadas por mujeres. La capacidad de enfermería para resolver muchas de las consultas demuestra la importancia de su papel dentro del equipo multidisciplinar.

C-022: “ESTUDIO SOBRE LA RELACION ENTRE LAS VARIABLES DOLOR, ANSIEDAD Y EL TIEMPO DE ESTANCIA HOSPITALARIA EN PACIENTES CON HEPATOCARCINOMA TRATADOS CON QUIMIOEMBOLIZACION”.

M^a Carmen Franch Sánchez, G García Sola, ML Gomis Samper, P José Victoria y MD Román Muñoz.

CENTRO SANITARIO: HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE – ALICANTE.

ANTECEDENTES: Elaboración de estudio, con el objetivo de investigar si el dolor y la ansiedad (como variables principales) aumentan la estancia hospitalaria, en los pacientes con Hepatocarcinoma (HCC) tratados con Quimioembolización en la Unidad de Corta Estancia Digestiva (UCED) del Hospital General Universitario de Alicante (HGUA). Dicha unidad actúa dentro del servicio de digestivo como Hospital de Día / hospitalización de corta estancia, permaneciendo los pacientes ingresados entre 24 y 48 horas.

OBJETIVOS: Conocer si las variables principales, dolor y ansiedad, modifican (aumentan) la estancia hospitalaria. Averiguar si los pacientes tratados con Quimioembolización sufren alguna incidencia en sus patologías de base.

METODOLOGIA:

- El diseño del estudio es observacional prospectivo.
- Son pacientes diagnosticados de HCC sometidos a tratamiento con Quimioembolización en la UCED del HGUA desde el día 6 de octubre del 2010, fecha en que se comienza el estudio. Actualmente el estudio sigue abierto.
- Los criterios de selección son: incluimos a todos a aquellos pacientes que dan su consentimiento oral y excluimos a los pacientes que por falta de tiempo no se les puede realizar la valoración, a los que se anulan por Rx Vascular y a aquellos pacientes que se niegan a participar en el estudio.
- Variables y método de medida: para el dolor la escala EVA y para la ansiedad la escala de ansiedad de Beck. Como variables secundarias: patología de base, localización y tamaño del tumor.
- Plan de trabajo y recogida de datos: los datos son recogidos en una hoja de recogida de datos previamente elaborada. Se le presentan al paciente ambas escalas pre-Quimioembolización, post-Quimioembolización y al Alta, y se adjuntan a la hoja de recogida de datos. Los datos se recogen a través de entrevista con el paciente y revisión de la Historia Clínica.

RESULTADOS:

- Un total de 61 pacientes diagnosticados de HCC ingresaron en la UCED para tratamiento con Quimioembolización durante el periodo de estudio de los cuales 9 fueron

excluidos por diferentes motivos y 52 fueron incluidos en el estudio.

- 38 pacientes son hombres (73,08%) y 14 son mujeres (26,92%) siendo la edad media de 71,6 años.

- 31 pacientes presentan tumores multinodulares (59,62%) y 21 presentan tumores únicos (40,38%).

- En el 73,09 % los tumores están localizados en el Lóbulo Hepático Derecho (LHD), en el 23,07 % en el Lóbulo Hepático Izquierdo (LHI) y en el 3,84 % no esta especificado.

- En cuanto a las variables de dolor y ansiedad el 3,84% han precisado analgesia durante la Quimioembolización, 29 pacientes (55,76%) han precisado analgesia post-Quimioembolización y solamente 4 de ellos han precisado prolongar su estancia en el hospital.

- Respecto a la escala de ansiedad 15 pacientes (28,84%) presentaron ansiedad leve o moderada.

CONCLUSIONES: El estudio demuestra que no existe una relación entre las variables dolor y ansiedad con el aumento de hospitalización de los pacientes con HCC tratados con Quimioembolización. No se observa que tras el tratamiento exista un empeoramiento en sus patologías de base. La mayoría de los pacientes presentan cirrosis por virus c.

C-029: “MANEJO DEL HEPATOCARCINOMA: PARTICIPACIÓN TELEMÁTICA DE ENFERMERIA EN EL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR”.

María López Parra, Angelina Dosal Galguera, Laura Moreno Salas, Merche Vergara Gómez, Mireia Miquel Planas, Blai Dalmau Obrador, Meritxel Casas Rodrigo, Jordi Sánchez Delgado, Monserrat Gil Prades, Eva Martínez Bauer, Jordi Puig Domingo y Damián Gil Bello.

CENTRO SANITARIO: HOSPITAL DE SABADELL – SABADELL - BARCELONA.

INTRODUCCIÓN: La incidencia del hepatocarcinoma (CHC) es creciente. Es fundamental la detección precoz para optar al tratamiento con intención curativa. En nuestro centro existe un comité multidisciplinar desde 1995, en 1997 se incorporó una enfermera, asistiendo a las sesiones para coordina exploraciones y tratamientos, siendo la persona de referencia para pacientes y profesionales. La elevada presión asistencial y la falta de recursos dificultaron mantener la continuidad de enfermería. En 2009 se decidió la reincorporación sin asistencia a las reuniones y con participación telemática usando tecnologías de la información y comunicación (TIC).

OBJETIVO: Describir la experiencia de la participación telemática en el comité de tumores.

METODOLOGÍA: Estudio descriptivo: explicar las intervenciones telemáticas que realiza la enfermera. Enfermería se propuso trabajar con lenguaje estandarizado, las intervenciones “telemáticas” se realizan según NIC (nursing intervention clasification) mediante: Análisis de la Situación Sanitaria; Contención de costes; Reunión multidisciplinar sobre cuidados. Variable principal: Tiempo de demora entre la sospecha y la confirmación diagnóstica de la lesión.

RESULTADOS:



GRAFICA

Edad media 68 años, 68% hombres. Etiología cirrosis: 50% virus C, 28.8% alcohol, virus B 1.5%, esteatohepatitis 3%, virus C + alcohol 7.6%. El child A 62.1%, B 13.6%, C 7.6%. Presentan 1 lesión 56.1%, 2 lesiones 16.7%, 3 lesiones 10.6%, multifocal 13.6%. Decisión diagnóstica: trucut 36.4%, Resonancia magnética 42.4%, TAC 10.6%.

CONCLUSIONES: Aumenta la incidencia de casos y disminuye la demora. Las intervenciones realizadas por el equipo son efectivas. La optimización de tiempo y recursos, nos ha llevado a optar por la participación telemática.

C-031: “USO Y EFECTOS ADVERSOS DEL TRATAMIENTO CON SORAFENIB EN PACIENTES CON CARCINOMA HEPATOCELULAR”

Manuela Pérez Gómez, Yolanda Gordo Martín y M^a Isabel Durango Limárquez.

CENTRO SANITARIO: HOSPITAL GRAL. U. GREGORIO MARAÑÓN - MADRID.

OBJETIVO: Analizar el uso de sorafenib en nuestra muestra. Describir los efectos adversos que presentaron nuestros pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo. Muestra pacientes incluidos desde Agosto 2007 hasta Diciembre 2010. Base de datos recogida en Excel. Entre las variables recogidas de las historias clínicas encontramos: Paciente, edad, género, puntuación BCLC, Child-Pugh, etiología de enfermedad hepática, tratamiento previo y efectos adversos. Criterios inclusión: Pacientes con carcinoma hepatocelular avanzado (BCLC C) y función hepática preservada, Child-Pugh A - B. (Criterios aprobados por la Comisión de Farmacia del Hospital). Criterios exclusión: Pacientes con trasplante hepático y pacientes con puntuaciones distintas a las anteriormente mencionadas.

RESULTADOS: Se incluyeron 28 pacientes. Su mediana de edad 55 [24-75]; 85,71% varones y 14,28% mujeres.

La etiología de la enfermedad hepática más frecuente fue infección de virus C en combinación o no con alcoholismo (21,42% ó 39,28% respectivamente). El 21,42% no recibieron tratamiento previo, el resto de pacientes se sometieron con anterioridad a diferentes tratamientos. Dentro de las toxicidades cabe destacar: Gastrointestinales (diarrea 57,14%), astenia 35,71%, alteraciones dermatológicas 71,42%, trastornos metabólicos 50%, hipertensión post-tratamiento en el 28,57% y trastornos nerviosos en el 17,85%.

CONCLUSIONES: El perfil de los efectos adversos que aparecen en nuestros pacientes, se ajustan al descrito en la ficha técnicas del medicamento, nuestro objetivo por tanto será realizar las intervenciones necesarias para paliar dichos efectos, aumentando la tolerancia y adherencia al medicamento, contribuyendo en el bienestar de nuestros pacientes.

C-032: “RESULTADOS PRELIMINARES EL PROYECTO DE INVESTIGACION “REPRESENTACIONES Y SIGNIFICADOS DEL TRASPLANTE HEPATICO EN PACIENTES CIRRÓTICOS ALCOHOLICOS DEL AREA SANITARIA DE VIGO”.

Carlos Salgado Alvarez, R Antolín Rodríguez, MU Puialto Durán y L Moure Fernández.

CENTRO SANITARIO: CHUVI - VIGO.

INTRODUCCIÓN: La realización de trasplantes hepáticos (TH), no está exenta de ambigüedades y conflictos de carácter ético-moral. En la actualidad la interpretación del TH como el reemplazo de un órgano dañado por otro nuevo es ampliamente cuestionada. Esto es debido a que el TH no sólo afecta al cuerpo del paciente sino que también (y al menos) a la percepción de la identidad personal y de la corporeidad. Nuestra ex-

perencia profesional nos induce a pensar que aquellos individuos que reciben un TH, donde el daño orgánico ha sido producido por abuso de alcohol, experimentan una gran transformación de sus valores, creencias y actitudes sociales.

OBJETIVO: Conocer la transformación de valores, creencias y actitudes cotidianas en trasplantados hepáticos por cirrosis alcohólica (CA). Conocer los recursos utilizados en los momentos difíciles o críticos –desde la perspectiva de proximidad de la muerte– durante el proceso del trasplante. Saber qué cambios, sensaciones e inquietudes han percibido o perciben tras el hecho de haber sido trasplantados.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo, cualitativo. Información obtenida mediante entrevistas abiertas, utilizando una guía de preguntas genéricas realizadas bajo el criterio de oportunidad. Sujetos del estudio: TH por CA residentes en el Área Sanitaria de Vigo, durante 2010-2011. Se previó realizar dieciséis entrevistas (este número puede variar hasta conseguir la saturación de los campos del habla). Selección muestral: muestreo de expertos (6), muestro en bola de nieve (6), informantes estratégicos (2), muestreo estructural (2: hombre y/o mujer de mayor y menor edad). Análisis de datos: siguiendo el modelo de análisis de Taylor y Bodgan (descubrimiento, codificación y relativización)

RESULTADOS: Se presentarán los resultados obtenidos, con el número de entrevistas realizadas antes del 15 de mayo de 2011, en el XVIII Congreso de la Asociación Española de Enfermería de Patología Digestiva (aeepd)

CONCLUSIONES: Serán presentadas en el XVIII Congreso de la aeepd.

JUEVES 16 JUNIO - MAÑANA

C-04: “ADHERENCIA A PROGRAMA DE VACUNACION ESPECIFICO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN TRATAMIENTO CON FARMACOS BIOLÓGICOS”

Nuria Acame, Noemi Alfayate, M^a Carmen Franch y Silvia Pomares.

CENTRO SANITARIO: HOSPITAL GENERAL DE ALICANTE - ALICANTE

INTRODUCCIÓN: No existen estudios sobre la adherencia a los programas de vacunación en los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) en tratamiento con fármacos biológicos.

OBJETIVO: Estudiar la adherencia de la aplicación de un programa de vacunación a enfermos inmunodeprimidos en los pacientes con EII en tratamiento con fármacos biológicos.

MÉTODOS: Se realizó un estudio retrospectivo sobre base de datos prospectiva de los pacientes con EII en tratamiento con biológicos del Hospital General Universitario de Alicante. Desde el año 2001 por protocolo, los pacientes en tratamiento con dichos fármacos o con alto riesgo de recibirlos fueron derivados a la consulta monográfica de Medicina Preventiva de “Vacunación para Inmunodeprimidos”.

RESULTADOS: Entre enero de 2000 y Diciembre de 2010, se instauró tratamiento con fármacos biológicos en 122 pacientes con EII (54,1% varones) con una edad media de 37,4 años (DS 12.2). Del total, 97(79,5%) presentaban enfermedad de Crohn y 25(20,5%) colitis ulcerosa. Se excluyeron del estudio a 11 pacientes porque su médico responsable decidió no remitir a la consulta. A pesar del protocolo sólo 84(73 %) acudieron a la consulta de Medicina Preventiva. Las causas de la no inclusión de los 31 pacientes restantes fueron 51.6% porque no les remitió su gastroenterólogo, 16.1% por incomodidad, 16.1 por falta de creencia en las vacunas, 3.2% por problemas laborales y el 12.9% por otros motivos. Del total de los pacientes incluidos 58(69%) completaron el

programa correctamente y 10 (12%) pacientes están en el momento actual pendientes de completarlo. De los 16 (19%) pacientes que abandonaron 37.5% abandonaron por incomodidad, 18.5% por actividad de la EII, 12.5% por falta de creencia de las vacunas, 6.2% por problemas laborales, 6.2% por embarazo y un 18.5% por otros motivos. No encontramos relaciones estadísticamente significativas entre el inclusión/cumplimiento del programa y los datos epidemiológicos y caracterización de de EII

CONCLUSIONES: La aplicación de un programa de vacunación en pacientes con EII en tratamiento con fármacos biológicos se ha seguido de una adherencia subóptima aunque aceptable. Se requieren estrategias en las consultas monográficas y en el hospital de día de EII para mejorar la adherencia.

C-014: “CALIDAD PERCIBIDA POR LOS PACIENTES EN UNA UNIDAD DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL”

M^a Mercedes Cañas Gil.

CENTRO SANITARIO: HOSPITAL CLINICO SAN CARLOS MADRID - MADRID.

INTRODUCCION: Dentro de la filosofía de la Unidad de Enfermedad Inflamatoria Intestinal (UEII) de es dar un trato integral y personalizado a los pacientes, los cuales utilizan los diferentes recursos que tienen a su disposición: consulta programada, consulta de acceso libre, consulta telefónica, hospital de día médico, urgencias y hospitalización. Con la finalidad de prestar una atención de calidad nos propusimos elaborar un cuestionario que evaluase la calidad percibida por los pacientes, el cual será instrumento de participación de los pacientes, al tiempo que nos aportará información sobre fortalezas y debilidades. Medir la satisfacción percibida por los pacientes para identificar áreas de mejora y posterior planificación de estrategias de manejo.

POBLACION: Pacientes con diagnóstico confirmado de enfermedad inflamatoria intestinal y en seguimiento en la unidad. Quedarán excluidos los pacientes nuevos, o con seguimiento inferior a un año, y aquellos que sufran déficit motor, cognitivo o visual.

MUESTRA: Aleatoria. Pacientes que acudan a la consulta de manera programada o urgente durante un periodo de dos semanas. El tamaño estimado de la muestra es de 120 pacientes. La encuesta será autoadministrada y anónima.

METODOLOGIA: El cuestionario contará con preguntas sociodemográficas. La satisfacción percibida se valorará mediante una escala Likert de 5 niveles (Del 1 al 5). Constará de 20 preguntas distribuidas en 6 bloques: que son el ámbito de la unidad: Y de una pregunta abierta en la que se recogerán sugerencias de mejora.

RESULTADOS: Pendientes de obtener.

C-017: “INTERRELACION NANDA/NOC/NIC DURANTE EL PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN EN PATOLOGÍA DIGESTIVA”

Laura Gombau Giménez, MD Sánchez Ayala, A Roig Martínez Carrasco, V Nicolás Sánchez, R López Cárceles, A Carrasco Sánchez, MC López Ruipérez y C Jiménez Guillamón.

CENTRO SANITARIO: HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA – EL PALMAR - MURCIA. POBLACIÓN CENTRO: EL PALMAR - MURCIA

OBJETIVO: Mostrar como puede utilizarse este lenguaje enfermero para describir la gestión de cuidados en el Área de Hospitalización Unidad de Gestión Clínica Digestivo (UGCD).

MATERIAL Y MÉTODO: La comunicación solo es posible mediante la utilización de un lenguaje codificado de notaciones y formalizaciones comúnmente aceptadas. Para ello

es necesaria la existencia de mecanismos fuertemente estandarizados de comunicación y documentación, con la finalidad de que esta información sea utilizada de manera eficiente. Un grupo de enfermeros de la UGCD – Área de Hospitalización hemos tenido la iniciativa de desarrollar un trabajo con estos tres lenguajes para describir el contenido de la Enfermería en función de las características de los pacientes hospitalizados con patología digestiva. Tras su diseño y desarrollo, se ha implementado en formato electrónico e implantándolo en el sistema de información del hospital (SELENE).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES: Se ha conseguido una guía rápida para el profesional de Enfermería, facilitando y agilizando el proceso de acogida al paciente al ingreso. Así mismo, ayuda a tomar decisiones asistenciales relacionadas con la gestión adecuada de cuidados, de una forma coste-efectividad y con máxima orientación al paciente.

C-019: “SOPORTE ENFERMERO AL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL CON ADALIMUMAB(HUMIRA)”

M^a Angeles Gómez Elías, A Abuja Núñez, MD Colmenar Cañeque, N Manceñido Marcos y R Pajares Villarroya.

CENTRO SANITARIO: HOSPITAL INFANTA SOFIA – SAN SEBASTIÁN DE LOS REYES - MADRID

INTRODUCCION Y OBJETIVOS: El tratamiento de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) con fármacos anti TNF de administración subcutánea como el adalimumab (Humira®) esta cada vez mas extendido, tanto por sus efectos terapéuticos beneficiosos como por la independencia que proporciona al paciente el poder administrarse dicha medicación en su domicilio. El papel de la Enfermería en la Consulta de Enfermedad Inflamatoria en este aspecto es fundamental y tiene un papel tanto didáctico (“enseñar a pincharse”) como de control de los síntomas del paciente y de la eficacia del tratamiento. Así, los objetivos del Soporte de Enfermería en el tratamiento de la EII con Humira® son:

- Aportar y consolidar la información médica sobre la enfermedad de EII.
- Complementar la información sobre el tratamiento.
- Informar y educar sobre la forma y vía de administración del tratamiento.
- Realizar seguimiento durante el tratamiento para favorecer la adherencia.
- Realizar manejo inicial sobre los efectos secundarios.
- Detectar complicaciones clínicas precozmente.

MÉTODOS: Todos los pacientes a los cuales se decide poner tratamiento con adalimumab (Humira®) se citan en la Consulta de Enfermería en las dos primeras dosis de administración del tratamiento. Visitas con la enfermera:

1. En la primera visita, en la primera dosis de tratamiento (4 viales) se enseña al paciente el modo de administración del fármaco. Previo a la administración de la primera dosis del fármaco, se toman constantes (tensión arterial, frecuencia cardíaca, temperatura), y después de la administración del mismo, se vuelven a tomar cada 15 minutos durante 1 hora y media para controlar al paciente. Tras comprobar que el paciente no tiene ninguna complicación, procedemos a dar de alta en la Consulta de Enfermería.
2. A las dos semanas, el paciente es citado de nuevo para administración de la segunda dosis del fármaco que consiste en administrar dos nuevos viales. Generalmente, la enfermera administra un vial y supervisa cómo el paciente se inyecta el segundo vial. Previo a la administración de la medicación y durante 1 h y media después se realiza toma de constantes de igual manera a la descrita anteriormente.
3. A las cuatro semanas, se realiza seguimiento telefónico para constatar que el pa-

ciente no tiene problemas para la administración de la medicación y evaluar los síntomas del paciente.

4. Si el paciente necesita más visitas para completar la formación, se continúan citando cada 2 semanas, hasta que el paciente se encuentre con la suficiente seguridad para autoadministrarse la medicación.

Se emplean folletos y hojas informativas, DVD... como material educativo de ayuda. Soporte para consultas sobre dudas de tratamiento y seguimiento del paciente de lunes a viernes en turno de mañana a través de la consulta y/o telefónicamente. Derivación a la consulta médica en caso necesario. Evaluación de la calidad de la atención por enfermería mediante encuesta telefónica de satisfacción.

RESULTADOS: Desde mayo de 2008 a marzo de 2011 se incluyen 24 pacientes, de los cuales 4 presentan colitis ulcerosa (3 mujeres y 1 hombre) y 21 pacientes presentan enfermedad de Crohn (12 mujeres y 8 hombres).

La edad media global 36.2 años, en mujeres es 32.8 y en hombres 28.4.

Poseen estudios secundarios en un 45.8% y su situación laboral es activa en un 62.5%.

La media de número de visitas en la Consulta de Enfermería es de 2.9 por paciente (mínima 1 y máxima 6).

En cuatro pacientes (16.6%), aparecen complicaciones asociadas a respuestas vagales por punción, que ceden espontáneamente.

El 100% de los pacientes consideran muy útil el soporte de enfermería que se les proporciona para la enseñanza de la autoadministración del fármaco.

El 96% de los pacientes ha utilizado la asistencia telefónica en la Consulta de Enfermería de EII, considerándolo muy útil el 100% de los pacientes.

El 100% de los pacientes considera muy útil que el personal de Enfermería les enseñe a administrarse el fármaco.

El 96%-100% de los pacientes se encuentran satisfechos o muy satisfechos con la Consulta de Enfermería de EII y el soporte que proporciona.

El 100% de los pacientes considera que la presencia de la consulta de Enfermería y el papel que ésta desempeña ha contribuido a mejorar su calidad de vida.

CONCLUSIONES: La coordinación de la atención de Enfermería dentro de la asistencia médica a los pacientes con EII en tratamiento con adalimumab (Humira®) mejora la tolerancia al tratamiento y la adherencia terapéutica. La comunicación paciente-enfermera mejora la empatía del paciente hacia la actividad asistencial y quienes la desarrollan, mejora el conocimiento del paciente de su enfermedad y tratamiento, y finalmente la adherencia terapéutica por una mejor y más rápida detección y resolución de efectos secundarios. Los pacientes perciben un aumento de calidad de vida en relación con la autoadministración del fármaco y con la seguridad que les proporciona la asistencia en la consulta de Enfermería. Los pacientes se muestran muy satisfechos con la atención recibida en la consulta de Enfermería. La presencia de una Consulta de Enfermería dedicada a la Enfermedad Inflamatoria Intestinal contribuye a proporcionar una mejor asistencia sanitaria a los pacientes, así como a mejorar su calidad de vida.

C-027: "CALIDAD DE VIDA AL DIAGNOSTICO EN UNA NUEVA COHORTE DE PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA CRONICA INTESTINAL EN EL AREA SANITARIA DE VIGO. APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO IBDQ-10"

Carlos Salgado Alvarez, JM Rodríguez Gregori y L Sanromán Alvarez

CENTRO SANITARIO: CHUVI - VIGO

INTRODUCCIÓN: La cronicidad y potencial evolución tortuosa de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) puede llegar a afectar en gran medida a la calidad de vida del paciente, repercutiendo tanto en las dimensiones físicas, como psicológicas, familiares y sociales. Lo que se traduce en una percepción negativa, por parte del paciente, tanto de su salud como de su calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). Al tratarse de una enfermedad crónica, es de esperar que esta percepción negativa se acreciente con el avance y consiguiente aumento de las complicaciones derivadas de la enfermedad. De ser así, aquellos nuevos pacientes diagnosticados de EII deberían presentar una menor afectación de la CVRS, en los estadios iniciales de la enfermedad.

OBJETIVO: Describir la CVRS en pacientes diagnosticados durante el año 2010 de EICI, residentes en el Área Sanitaria de Vigo (ASV).

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio observacional descriptivo, prospectivo, de pacientes residentes en el Área Sanitaria de Vigo, diagnosticados durante el año 2010 de EICI. La CVRS fue medida a través del cuestionario SIBDQ (Short Inflammatory Bowel Disease Questionnaire), una vez confirmado el diagnóstico de EII. Los datos fueron analizados mediante el SPSS 14.0

RESULTADOS: Participan en el estudio 102 pacientes: 49 Crohn, 47 Colitis Ulcerosa; 6 Colitis indeterminada. 42 mujeres, 60 hombres. Con una media de edad de 40.77, rango (05-78), desviación típica 15,664. El 85,3% refiere que la sensación de fatiga o de estar cansados les ha supuesto un problema (con distinta frecuencia) durante las dos últimas semanas. El 50% ha tenido que retrasar o anular un compromiso social (con distinta frecuencia) durante las dos últimas semanas. Un 62,7% ha manifestado dificultad (con distinta frecuencia) para realizar actividades deportivas o de ocio durante las dos últimas semanas, debido a sus problemas intestinales.

El 70,6% ha referido dolor abdominal (con distinta frecuencia) durante las dos últimas semanas. Se han sentido deprimidos/desanimados (con distinta frecuencia) el 72,5% de la muestra, durante las dos últimas semanas. Han presentado problemas (con distinta frecuencia) para evacuar gran cantidad de gas, durante las dos últimas semanas, un 62,7%. El 56,9% manifestaron tener problema para mantener/ llegar al peso deseado durante las dos últimas semanas (con distinta frecuencia). Un 83,3% dice no haberse sentido relajado y sin tensión (con distinta frecuencia) durante las dos últimas semanas. El 59,8% ha tenido la sensación de tener que ir al baño, incluso con los intestinos vacíos, durante las dos últimas semanas (con distinta frecuencia). Un 65,7% se sintió enfadado (con distinta frecuencia) por su problema intestinal durante las dos últimas semanas.

CONCLUSIONES: En concordancia con otras referencias bibliográficas los pacientes de nuestra muestra presentan una alteración importante de la CVRS. Durante la realización del estudio se ha producido una asincronía en el momento de la recogida de datos (de una parte importante de la muestra). Esto nos induce a pensar que la afectación de la CVRS de nuestros pacientes aún puede ser mayor de lo que nuestro estudio refleja.

JUEVES 16 JUNIO - TARDE

C-03: "ESTRESORES LABORALES EXPERIMENTADOS POR EL PERSONAL DE ENFERMERIA HOSPITALARIA: ESTUDIO CUALITATIVO".

Miguel Angel Armenteros Lechuga, Armenteros Pérez E., Guzmán Almagro I., Mesa Valle J., Expósito Godoy R., Rossel Marchal I. y Calle Villa MT.

CENTRO SANITARIO: HOSPITAL MEDICO-QUIRURGICO CIUDAD DE JAÉN - JAÉN.

OBJETIVO: Determinar los estresores que perciben el personal de enfermería, tanto DUE como Aux. Enfermería en el ámbito hospitalario.

MATERIA Y MÉTODO: El Estudio es cualitativo, en el que realizamos dos grupos, uno el formado por DUE y otro por Aux. de enfermería, pertenecientes a diversos servicios de hospitalización y hospitales en la ciudad de Jaén. Se elaboro un cuestionario con diez de los posibles estresores laborales en enfermería. El grupo de trabajo estaba formado por treinta personas de cada uno de los hospitales de la ciudad de Jaén. Y se subdividía en dos grupos al 50%, de enfermeros y aux. clínica. Después de la realización de la lectura de todos los cuestionarios se procedió a la elaboración de conclusiones según el objetivo de dicho estudio.

RESULTADOS: Como principales estresores se encontraron, Sobrecarga de trabajo, carencia de personal, vivir continuo de sufrimiento y muerte, relación médico-enfermero-aux, la cual crea en muchos momentos conflictos entre los tres estamentos, relación con pacientes y familiares complicados, falta de valoración del trabajo realizado y otros relacionados con el ambiente físico y estructural de nuestro lugar de trabajo, que te requiera en varios sitios a la misma vez, tener que aplicar tratamientos dolorosos para los pacientes.

CONCLUSIÓN: Tras el estudio y valoraciones cualitativamente encontramos que el personal de enfermería se encuentra sometido a muchos estresores propios de su trabajo y otros comunes a otras profesiones. También es cierto que tras valorar diferentes estudios de varios años atrás, vemos que no cambian mucho los estresores laborales de un tiempo a otro.

**C-05: “IMPACTO DEL REIKI EN EL MANEJO DEL DOLOR EN PANCREATITIS AGUDA”
M^a Elena Pérez Mira, Concepción De Aza González, Paloma Hernández-Sampelayo Matos y M^a Asunción Zavala Fernández.**

CENTRO SANITARIO: HGU GREGORIO MARAÑÓN - MADRID.

INTRODUCCIÓN: La pancreatitis aguda es un proceso agudo inflamatorio del páncreas cuya clínica es dolor abdominal de intensidad variable, localizado en epigastrio, que puede irradiarse los flancos y a la espalda en forma de cinturón. El tratamiento farmacológico lleva asociado una serie de efectos negativos como puede ser la tolerancia/dependencia a opiáceos. Las terapias complementarias como el Reiki podrían ser una ayuda eficaz para el control del dolor sin efectos negativos. Reiki es una técnica terapéutica de relajación natural basada en un emisor que, a través de sus manos transmite energía vital para estimular las capacidades autocurativas del cuerpo.

OBJETIVO: Descubrir el impacto del Reiki en el manejo del dolor en pancreatitis aguda.

MATERIAL Y MÉTODO: Será un ensayo clínico, aleatorizado, doble ciego Población de estudio. Pacientes ingresados en una unidad de hospitalización con pancreatitis aguda que cumplan los criterios de inclusión Determinamos el tamaño muestral en función del efecto obtenido con un preanálisis, para un nivel de confianza del 95% y para una potencia del 80% El muestreo será probabilístico, aleatorio simple.

INTERVENCIÓN: Se establecen tres grupos de estudio a los que mediremos el dolor mediante Escala Visual Analógica (EVA). Todos los pacientes recibirán su tratamiento médico según prescripción

Grupo A: Recibirán una sesión completa de reiki una vez al día los 4 primeros días de ingreso en turno de tarde. Será aplicado por colaboradores voluntarios maestros en la técnica de Reiki.

Grupo B: Igual que en A, pero será aplicado por actores contratados no iniciados en la técnica

Grupo C: No se les realizara ninguna intervención

Evaluación del dolor

1 - Realizaremos una medida basal del dolor al ingreso mediante escala EVA, en la valoración de enfermería.

2 - Se evaluará el nivel de dolor con escala EVA dos veces al día: 9 y 20 horas, los 4 días del estudio

3 -Todo quedará reflejado en una hoja de recogida de datos.

Las tablas de recogida de datos serán iguales en los tres grupos del estudio.

ANÁLISIS DE DATOS: El análisis será descriptivo y analítico comparando el tipo de analgesia y las dosis administradas en cada uno de los tres grupos con programa SPSS -18.

RESULTADOS: Es un proyecto que se esta llevando a cabo en fase preliminar. Solicitamos la participación de los compañeros de otros hospitales que estén interesados en realizar un estudio multicentrico

“ESTE TRABAJO NO OPTA A PREMIO POR PARTICIPAR EN EL UN MIEMBRO DEL COMITE CIENTIFICO”

C-012: “OPTIMIZACION DEL CRIBADO DE CANCER COLORRECTAL (CCR) EN FAMILIAS DE ALTO RIESGO- LABOR DE ENFERMERIA”

Luciano Sanromán Alvares, C Medina Muñoz, E Lloves Boo, E Feteira Vázquez, MA Antúnez Yáñez, MD González Villar, M Fernández Campos, AE Alonso Rodríguez, MP Iglesias Avión.

CENTRO SANITARIO: CHUVI (HOSPITAL DO MEIXOEIRO) - VIGO

INTRODUCCIÓN: El Cáncer Colorectal (CCR) es la segunda neoplasia con mayor mortalidad en España en ambos sexos. El riesgo de padecerlo viene determinado sobre todo por la existencia de antecedentes familiares (edad al diagnóstico y grado de parentesco con el caso afecto), por lo que es preciso implementar un protocolo de cribado en familiares de pacientes con CCR, así como realizar una valoración personal/familiar que permita identificar posibles casos de CCR hereditario.

OBJETIVO: Optimizar el cribado de CCR en familias de alto riesgo priorizando la sangre oculta en heces inmunológica (SOHi) frente a colonoscopia en una consulta de alto riesgo de CCR de enfermería. Identificar familias con riesgo de CCR hereditario.

MÉTODO: Elaboración de un árbol genealógico con emisión de informe de cribado familiar y solicitud en su caso de estudios complementarios para descartar CCR hereditario, aplicando la guía CCR de la Asociación Española de Gastroenterología de 2009 (AEG) en aquellos pacientes remitidos a consulta por padecer un CCR en el año 2010, o presentar antecedentes que hagan sospechar un CCR hereditario.

RESULTADOS: La asistencia ha sido alta, de un 90% (225 pacientes), siendo mayoría los citados por padecer un CCR (192), del total de casos evaluados 139 no han precisado estudios complementarios. 56 familias cumplen criterios que hacen necesario descartar riesgo de CCR familiar hereditario mediante estudios complementarios. El número total de familiares que tendrían que realizar estudios de cribado en nuestra población de referencia en el año 2010-11 asciende a 475, de los cuales 394 podrían ser mediante el test de sangre oculta en heces inmunológico (SOHi).

CONCLUSIONES:

- La consulta de enfermería tiene una alta aceptación.
- Permite filtrar las familias con riesgo de CCR hereditario, identificándolas y derivándolas para su estudio posterior.
- La optimización y ahorro de recursos sanitarios priorizando la SOHi como método de screening en familiares de la cohorte diagnosticada de CCR en 2010 en el área

sanitaria (durante su seguimiento a 10 años) asciende a 104.929 €.
- Aumenta la educación sanitaria y la prevención primaria y secundaria del CCR en familias de alto riesgo.

C-016: “IMPORTANCIA DE LA VALORACION DE ENFERMERIA AL INGRESO. REGISTRO INFORMATIZADO”

M^a Dolores Sánchez Ayala, V Nicolás Sánchez, R López Cárcelos, T Ruiz Cuenca, J Sánchez Pérez, MP García Andreu, S Lozano Pérez y MR Martínez Picazo.
CENTRO SANITARIO: HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA - MURCIA

OBJETIVO: Explicar y recordar los pasos, el fundamento y la necesidad de realizar la Valoración de Enfermería al ingreso del paciente en el área de hospitalización de la Unidad de Gestión Clínica Digestivo (UGCD). Conseguir una estructura ordenada y sistemática de valoración apoyándonos en este registro informatizado.

MATERIAL Y MÉTODO: Modelo de valoración informatizado según patrones funcionales de salud de Majory Gordon. Paciente ingresado. Enfermera y Auxiliar de Enfermería responsables del paciente. Realización de la entrevista al paciente, con la observación y exploración física al mismo. Obtención de datos. Organización de datos. Validación de los mismos. Registro informatizado.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES: Con el registro informatizado de valoración, conseguimos una estructura ordenada de los datos recogidos, destacando la importancia de enunciar los problemas de salud que detectamos y tratamos en nuestros pacientes al ingreso en el área de hospitalización de la UGCD, de manera que todos los profesionales de Enfermería los entendamos del mismo modo. Nos ayuda a ver los problemas enfermeros. Nos hace tener una visión holística.. Nos ayuda en la agrupación de datos relacionados por patrones de respuesta. Nos proporciona un marco de referencia.

C-023: “TRABAJANDO POR LA MEJORA: AREA DE DIGESTIVO DE LA AGENCIA SANITARIA COSTA DEL SOL”

Mercedes Jurado Sánchez, AB Moya Suárez, S Maldonado Gómez del Pulgar, A Mora Banderas, A González Canóniga, C López Muñoz y S González Mena.
CENTRO SANITARIO: AGENCIA SANITARIA COSTA DEL SOL – MARBELLA - MÁLAGA.

OBJETIVO GENERAL: Mejorar la calidad asistencial en el área de digestivo de la Agencia Sanitaria Costa del Sol

OBJETIVOS ESPECÍFICOS: Realizar un análisis de situación de los procesos/ procedimientos implantados en el área Identificar los puntos de mejora y establecer las estrategias oportunas Diseñar e implantar las herramientas necesarias Evaluar los resultados

MATERIAL Y METODOS: En octubre de 2009 se crea un grupo de mejora integrado por enfermeras y facultativos de la unidad de hospitalización de digestivo y la unidad de endoscopias. El grupo está liderado por la supervisora de enfermería del área y coordinado por la unidad de calidad. Se llevan a cabo varias reuniones para identificar los principales problemas del área, se formulan en equipo soluciones y se diseñan herramientas de mejora. Se establece un cronograma de actividades que incluye asignación de tareas, responsables, fechas de entrega de las herramientas, implantación y mecanismo de evaluación.

RESULTADOS: Los problemas identificados en el área han llevado consigo la puesta en marcha de las siguientes mejoras:

1. Elaboración/ Implantación del Plan de cuidados guía del paciente con proceso digestivo agudo y/o crónico

2. Elaboración e implantación de una Hoja de enfermería en endoscopia digestiva (hoja de ruta) que verifica los aspectos críticos de Seguridad del paciente en todos los pasos del proceso.
3. Elaboración de un Plan de formación específico del área (Curso de enfermería en endoscopia digestiva nivel I, preparación previa de pacientes para pruebas endoscopias, uso y desinfección de endoscopios y manejo de lavadoras, manejo de la sedación)
4. Actualización de los procedimientos
5. Protocolo de trazabilidad de los endoscopios
6. Evaluación de la trazabilidad del estupefaciente
7. Mejora en el manejo de la sedación
8. Diseño/ Implantación de herramientas educativas
9. Modificaciones estructurales en la unidad de endoscopias
10. Puesta en marcha de una encuesta de satisfacción para usuarios.

CONCLUSIONES: El análisis de situación de la Unidad aplicando el Ciclo de Mejora continua ha permitido identificar sus puntos débiles. La implicación de los profesionales a través del grupo de mejora siendo los responsables de la elaboración de herramientas, planificación e implantación de las medidas ha tenido un valor fundamental. Todo ello ha propiciado una mejora en la comunicación interna y una mayor satisfacción de los profesionales del área al ser ellos los verdaderos promotores del cambio con un único fin: Mejorar la Calidad Asistencial ofrecido a nuestros pacientes.

COMUNICACIONES POSTER

**P-001: “CUIDADOS HOSPITALARIOS DE ENFERMERÍA EN COLANGIOPANCREATO-
GRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA (CPRE) EN ICTERICIA OBSTRUCTIVA”**
Gema Luque, Antonio Guerrero, María Teresa Mateos, Pilar García, Mercedes Genol, Noelia Maldonado

CENTRO SANITARIO: HOSPITAL REGIONAL CARLOS HAYA - MÁLAGA

TITULO: Cuidados hospitalarios de enfermería en colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) en ictericia obstructiva

OBJETIVOS: Descripción de los cuidados enfermeros hospitalarios aplicados tras la realización de la CPRE. Exposición de la evolución de un caso clínico desde la perspectiva de la metodología enfermera.

MATERIAL Y MÉTODOS: Exposición teórica con apoyo fotográfico de las técnicas descritas y papel de Enfermería en cada técnica. Para la aplicación práctica se expondrá la evolución de un caso clínico con diagnóstico de ictericia obstructiva desde el ingreso al alta hospitalaria, utilizando la terminología enfermera NNN (NANDA, NIC, NOC).

RESULTADOS: En ausencia de complicaciones, el tiempo medio de estancia hospitalaria tras una CPRE se reduce a 24 horas. Si surgen complicaciones, la intervención de Enfermería es importante para evitar nuevas complicaciones y una prolongación innecesaria de la hospitalización. Dado que los síntomas que presentaba el paciente eran debidos a la coledocolitiasis diagnosticada durante la CPRE, con la extracción del cálculo y la aplicación de los cuidados de enfermería, el diagnóstico de temor se resolvió al alta y la causa del diagnóstico de trastorno de la imagen corporal, la ictericia, iría desapareciendo progresivamente en los días posteriores al alta.

CONCLUSIONES: Una adecuada planificación y ejecución de los cuidados de enfermería resultan de suma importancia para prever y evitar posibles complicaciones. La aplica-

ción del método científico en la práctica asistencial permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.

P-002: “COLOCACIÓN DE LA SONDA DE SENGSTAKEN-BLAKEMORE (MINESOTA)”
María Teresa Mateos, Antonio Guerrero, Gema Luque, Noelia Maldonado, Araceli Alcalá-Galiano, Mercedes Genol.

CENTRO SANITARIO: HOSPITAL REGIONAL CARLOS HAYA – MÁLAGA.

OBJETIVOS: Mostrar protocolo de colocación de la sonda de Sengstaken-Blakemore para el tratamiento hemostático mecánico, por neumotaponamiento de la hemorragia digestiva alta por varices esofágicas y/o subcardiales, mediante compresión de las mismas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Exposición teórica de las técnicas y del personal y material necesarios. Exposición fotográfica del material. Exposición de las actividades de valoración, formación, intervención y evaluación. Terminología enfermera NANDA, NIC y NOC.

RESULTADOS: Unificación de criterios para la técnica de colocación de la sonda de Sengstaken. Reducción de errores durante la praxis clínica. Disminución de la ansiedad del paciente al aplicar la actividad de información.

CONCLUSIONES: Tener establecidos protocolos específicos de técnicas, facilitan la labor enfermera a la vez que nos garantiza una práctica asistencial segura. Una adecuada planificación y ejecución de los cuidados enfermeros resultan de suma importancia para la práctica enfermera.

P-006: “OPTIMIZACIÓN DEL TRATAMIENTO INTEGRAL DE LA CIRROSIS EN LA HOSPITALIZACIÓN Y SEGUIMIENTO EN LA UNIDAD DE DÍA”
JIMÉNEZ BARBERO, M^a JOSÉ; RODRÍGUEZ SABORIDO, VICTORIA; FUNUYET GUIRADO, JORGE.

CENTRO SANITARIO: HOSPITAL UNIV. VALME – SEVILLA.

INTRODUCCIÓN: Los pacientes diagnosticados de cirrosis hepática requerirían de ingresos repetidos en el hospital por la evolución de su enfermedad, ya que precisan de distintos procedimientos como la paracentesis evacuadora, L.B.V.E., reajuste de tratamiento.

OBJETIVO: Minimizar el impacto de los ingresos y aumentar la adhesión al tratamiento a través del cuidado integral del paciente y la integración de la familia en la evolución de la enfermedad.

MATERIAL Y METODOS: Estudio retrospectivo de ingresos en la Unidad del año 2010. Elaboración de una entrevista para valorar las necesidades presentes. Poner a disposición del paciente la información que precise. Aplicación de planes de cuidados basados en diagnósticos detectados. Educación sanitaria con anterioridad al alta. Comunicación directa tras el alta con la Unidad para resolución de dudas y problemas.

RESULTADOS: Conocimiento adecuado por parte del paciente del tratamiento a que está siendo sometido, reduciendo el nivel de ansiedad en el propio paciente y familiares, al poder identificar los signos de alarma. Consecución de la autonomía del paciente en sus propios cuidados con la mayor antelación posible. Disminución de la atención urgente en la evolución de la enfermedad.

CONCLUSIONES: La implantación de esta actividad enfermera mejora el afrontamiento del paciente y familiares ante la nueva situación, reduciendo la aparición de casos agudos que precisen de atención urgente. La actividad continuada de la U. de día mejora la

ratio de estancias medias por esta patología a nivel hospitalario.

P-007: “SOPORTE DE CONSULTA DE ENFERMERÍA AL TRATAMIENTO CON BETA-BLOQUEANTES(PROPRANOLOL) EN LA PROFILAXIS DE HEMORRAGIA DIGESTIVA EN PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA”

María de los Ángeles Gómez Elías, Oscar Núñez Martínez, María Dolores Colmenar Cañeque, Alicia Abuja Núñez

CENTRO SANITARIO: HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA SOFIA – SAN SEBASTIÁN DE LOS REYES - MADRID

INTRODUCCIÓN: La hemorragia por varices esófago-gástricas en pacientes con cirrosis hepática es un evento pronóstico muy significativo en la historia natural de la enfermedad hepática, con una mortalidad relevante en la fase aguda y aumento de la probabilidad de supervivencia en los que superan el episodio. Ante la presencia de varices esofágicas, según factores de riesgo de hemorragia, se debe realizar profilaxis con la administración de beta-bloqueantes, y en el caso de pacientes que ya han tenido un sangrado de origen variceal se debe realizar profilaxis secundaria combinada; bien beta-bloqueantes más nitratos, o beta-bloqueantes más erradicación de las varices mediante ligadura endoscópica.

OBJETIVO: Realizar el control y ajuste del tratamiento preventivo con betabloqueantes, según protocolos consensuados, en la consulta de enfermería.

METODOS: En el período comprendido entre el 1 de octubre de 2010 y 1 de abril de 2011, se han incluido 13 pacientes que han completado su tratamiento, de los cuales, 7 fueron con profilaxis primaria y 6 como profilaxis secundaria. Se inició tratamiento con Propranolol a dosis de 10 mg/12 h ó 20 mg/12h y con ascenso progresivo cada 7 días 10-20 mg/12h hasta alcanzar el objetivo de frecuencia cardiaca entre 50 y 60 lpm con la dosis máxima tolerable o dosis máxima de 160 mg/12h.

Se definieron como reducción transitoria cuando se debe disminuir dosis durante un tiempo por efecto secundario pero posteriormente se puede volver a retomar ascenso de dosis y reducción permanente cuando no se puede volver a comenzar con el ajuste y se queda con dosis que no alcanza objetivo de respuesta definido.

RESULTADOS: El 92,3% eran hombres y la edad media fue de 59,2 (ds 11) años. La etiología de la enfermedad hepática era por consumo de etanol en el 61,5% e infección por VHC en el 23,1%. Se consiguió un ajuste completo de dosis en 11 pacientes (84,6%) y solamente en un paciente hubo que realizar una reducción de dosis que fue permanente. El otro paciente murió de una complicación cardiopulmonar no relacionada con el tratamiento mientras se realizaba el ajuste de la medicación. El efecto secundario más frecuente la fatiga-astenia en el 69,2%, en 2 pacientes hubo determinaciones de PA inferiores a 90 mmHg y en ningún paciente se redujo la frecuencia cardiaca por debajo de 50 lpm. La PA sistólica media tras el ajuste fue 113 (ds 20) mmHg, la FC 58,7 (ds 3,5) lpm y la mediana de dosis final de propranolol fue de 120 (30 – 320) mg. La mediana de tiempo para alcanzar el ajuste de dosis fue de 30 (7 – 189) días.

CONCLUSIONES: La coordinación de la atención enfermera dentro de la asistencia medica a los pacientes con varices esofágicas en tratamiento con betabloqueantes (Propranolol) facilita la tolerancia y aumenta la adherencia a dicho tratamiento. La comunicación paciente- enfermera ayuda y mejora la empatía del paciente hacia la actividad asistencial y quienes la desarrollan, con un aumento de la calidad asistencial percibida y seguridad del paciente hacia el tratamiento.

**P-008: “GUIA SOBRE LA ACTUACION ENFERMERA EN LA COLANGIOPANCREATO-
GRAFIA RETROGRADA ENDOSCOPICA”**

CARO GONZALEZ MC, FERNANDEZ RIEJO L

CENTRO SANITARIO: H. U. VIRGEN DEL VALME - SEVILLA

INTRODUCCION: Actualmente, la colangiopancreatografía retrograda endoscópica (CPRE) es un procedimiento mixto, endoscópico y radiológico, e invasivo a la que recurren los endoscopistas para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades del hígado, vesícula biliar, conductos biliares y páncreas; tales como pancreatitis biliar grave, coledocolitiasis, estenosis papilar, etc.

Dada su compleja realización es conveniente que el personal de enfermería del servicio de endoscopia realice con total solvencia la instrumentación para la correcta realización de la técnica. Es por ello que nos parece de vital importancia la elaboración de una guía dada la continua incorporación de nuevos profesionales.

OBJETIVOS:

GENERAL: Proporcionar a los profesionales de nueva incorporación una guía de trabajo.

ESPECIFICOS: Facilitar el conocimiento y manejo del instrumental. Aumentar la eficacia y efectividad del profesional de enfermería en cuanto al desarrollo de la técnica.

MATERIAL Y METODOS: Tras la puesta en común del personal de enfermería se procede a la elaboración de una guía en la que se exponen de manera clara los recursos humanos, los materiales y el procedimiento básico necesarios para la realización de la técnica.

Recursos humanos: médico endoscopista, médico anestesiólogo, diplomada en enfermería, auxiliar de enfermería y técnico en rayos.

Recursos materiales: mesa auxiliar (paño estéril, 2 bateas, jeringas, contraste, suero fisiológico, gasas), esfinterotomo o papilotomo, balón de Fogarty, cesta de Dormian y endoprótesis biliares plásticas y metálicas.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES: Es necesario contar con una guía útil, sencilla y concisa que ayude a los profesionales recién incorporados al servicio en la realización de una instrumentación lo más eficaz y eficiente posible con lo que se mejora la calidad asistencial.

P-013: “COLONIZACIÓN POR *Faecalibacterium prausnitzii* Y RECIDIVA CLÍNICA EN PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA”

Casellas Bartumeus M, Gallart Mora M, Varela Castro E, Antolín Maté M, Manichanh Ch, Torrejón Herrera A, Borrueal Sainz N, Casellas Jordá F, Guarner Aguilar F

CENTRO SANITARIO: INSTITUT DE RECERCA VALL D'HEBRON. HOSPITAL UNIV. VALL D'HEBRÓN. BARCELONA

INTRODUCCIÓN: La microbiota intestinal es un factor clave en la patogénesis de la enfermedad inflamatoria intestinal. Estudios previos sugieren que la colitis ulcerosa (CU) se asocia con defectos en la colonización por *Faecalibacterium prausnitzii* (Fp).

OBJETIVO: Efectuar un seguimiento de la concentración de Fp en la microbiota fecal de pacientes con CU en remisión reciente para evaluar su posible relación con un nuevo brote de la enfermedad.

MÉTODOS: Se seleccionaron 18 pacientes con CU en remisión reciente ($CAI \leq 3$) que fueron seguidos durante un año. Se tomaron muestras fecales a los 0, 1, 3, 6, 9 y 12 meses. Se determinaron Bacterias totales y Fp mediante PCR cuantitativa a tiempo real

(copias/g) a partir del DNA bacteriano extraído. Se valoró la calprotectina fecal (ELISA $\mu\text{g/g}$) cómo indicador de actividad inflamatoria. Como población control se seleccionaron 12 voluntarios sanos.

RESULTADOS: Siete pacientes sufrieron un nuevo brote mientras que 11 permanecieron en remisión durante el estudio. La concentración de Fp en pacientes se encontraba disminuida respecto al grupo control ($5,1 \times 10^8 \pm 2,1 \times 10^8$ vs. $1,7 \times 10^9 \pm 5,2 \times 10^8$, $p_{9 \pm 6,9 \times 10^8}$). Manteniéndose disminuida en los que sufrieron un nuevo brote ($2,6 \times 10^8 \pm 1,2 \times 10^8$). Las bacterias totales no se modificaron en los que permanecieron en remisión. La calprotectina (1208 ± 357) disminuyó en los pacientes con remisión mantenida (186 ± 80) pero aumentó en los que sufrieron un nuevo brote (2757 ± 1012).

CONCLUSIÓN: La recuperación de la población de Fp después del brote puede estar asociada a la resolución del proceso inflamatorio intestinal en la CU.

P-018: “CIRCUITOS DE PACIENTES QUE PRECISAN INGRESO EN EL ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN DE LA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DIGESTIVO PARA ESTUDIO, PROCEDIMIENTOS O TRATAMIENTOS”

Carrillo Ortega J, Riquelme Tenza P, Egea Navarro AP, Contreras Contreras P, Ponce Mirete M, Sánchez Sánchez F, Camacho López P, López Martínez PL.

CENTRO SANITARIO: HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA –EL PALMAR - MURCIA

OBJETIVOS: Reducir la variabilidad en la actuación de los profesionales de la Unidad de Gestión Clínica Digestivo (UGCD). Mejorar la calidad de la atención prestada.

MATERIAL Y MÉTODO: Circuito pacientes con problemas digestivo que requieren ingreso programado en Área de Hospitalización, para un procedimiento, un tratamiento o un estudio. Pacientes de riesgo (pluripatología, anticoagulación...) o con potencial de complicaciones relacionadas con el procedimiento.

Ingreso Programado: Cumplimentar documentación según protocolo. Contacto telefónico, personal del Área Administrativa de la UGCD, para programación consulta: preoperatorio/preanestesia y/o terapéutica. Contacto telefónico, personal del Área Administrativa, para programación del ingreso. Coordinación personal del Área Administrativa con Servicio de Admisión para reserva de cama. Área de Hospitalización de la UGCD: día previsto de ingreso, recepción del paciente, protocolo de acogida, Valoración de Enfermería y preparación/información según protocolo.

Ingreso Programado Urgente: Paciente procedente del Área de Consultas Externas o Área de Exploraciones Digestivas que requiere ingreso urgente para estudio o por complicación. Cumplimentar documentación. Coordinación, personal del Área Administrativa: gestión y reserva de cama. Sala de Cuidados del Área de Exploraciones Digestivas: espera de paciente/usuario para recepción y acogida, Área de Hospitalización. No ingreso en el Servicio de Urgencias.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES: Con estas normas organizativas, conseguimos mejorar la gestión de los pacientes con necesidad de ingreso, ya sea programado o con carácter urgente. Asegura la optimización de recursos, disminuye los tiempos de espera. Unifica criterios de actuación entre los profesionales implicados. Aumenta la satisfacción del usuario/paciente.

P-021: “MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL DE LOS PACIENTES CON CIRROSIS HEPATICA A TRAVÉS DEL PROGRAMA COMPARTE”

POZO GOMEZ EM, OROPESA PAZO N

CENTRO SANITARIO: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DEL ALJARAFE – BORMUJOS - SEVILLA

INTRODUCCIÓN: La cirrosis hepática es una enfermedad crónica e irreversible, que tratando algunas de las enfermedades que la producen se puede evitar o retardar la evolución de la cirrosis en estado inicial a las fases avanzadas.

El carácter crónico de la cirrosis hepática y sus severas complicaciones hacen recomendable identificar y reconocer la aparición de los trastornos propios de la enfermedad. Para ello, es preciso que tanto el cuidador principal como el propio paciente dispongan de la información adecuada sobre los hábitos dietéticos y sobre las medidas de control y observación necesarias que se han de seguir.

OBJETIVO: Educación sanitaria a los cuidadores y pacientes con cirrosis hepática, que permitan evitar innecesarias hospitalizaciones o frenar, en la medida de lo posible, las complicaciones que el curso de la citada patología conlleva, a través de la inclusión de estos pacientes en el Programa Comparte.

MATERIAL Y MÉTODO: El Programa Comparte es un proyecto que se está llevando a cabo en el hospital comarcal del Aljarafe de Sevilla que mejora la calidad de vida de los pacientes con patologías crónicas para asegurando la continuidad asistencial entre el área hospitalaria y Atención Primaria. Actualmente los pacientes beneficiarios del Programa Comparte son pacientes pluripatológicos, EPOC severo, Insuficiencia cardiaca avanzada, pacientes frágiles y pacientes paliativos. En el desarrollo del programa asistencial está prevista la futura incorporación de actividad a los pacientes con hepatopatía crónica.

RESULTADO: Este programa asistencial supone un abordaje novedoso en la atención de la población de pacientes con enfermedades crónicas de nuestra área de referencia. Todo el programa en sí pretende proteger la salud de un grupo de pacientes que, por su fragilidad y necesidad de cuidados constituyen un colectivo desfavorecido. El seguimiento de los pacientes asegura la continuidad asistencial y evita un número de reagudizaciones del proceso que podrían deberse a una falta de adhesión al tratamiento o dificultades para el entendimiento de las recomendaciones al alta, favoreciendo un mejor control de los síntomas y disminuyendo las reagudizaciones que le pueden llevar a ingresos.

P-025: “EFECTO DE LA CONSERVACIÓN DE MUESTRAS HUMANAS EN EL ANÁLISIS FUNCIONAL DE LA FLORA INTESTINAL”

Gallart Mora M, Casellas Bartumeus M, Cardona Morito S, Guarner Aguilar F, Manichanh C

CENTRO SANITARIO: INSTITUT DE RECERCA VALL D'HEBRON, HOSPITAL UNIV. VALL D'HEBRON. BARCELONA

INTRODUCCIÓN: La composición y las funciones de la flora intestinal humana se estudian a partir del DNA y RNA, respectivamente, extraído de las bacterias que se encuentran en las heces. Para estos análisis, la integridad del DNA bacteriano no es esencial y por tanto el DNA puede extraerse de heces mantenidas a temperatura ambiente durante horas o días. Por el contrario, en el caso del RNA, es esencial mantener su integridad. Hemos evaluado que condiciones son óptimas para evitar la degradación del RNA en las heces.

MÉTODOS: Muestras de heces recolectadas de 5 individuos se almacenaron durante distintos periodos (0, 3, 10, 24, 48, 72 horas y 14 días) a dos temperaturas (24°C y -20°C). El RNA total se extrajo de las anteriores muestras mediante un protocolo optimizado para generar un alto rendimiento de mRNA. Para comparar la cantidad y la calidad del RNA obtenido en las distintas condiciones se utilizó un equipo automatizado de electroforesis capilar (Bioanalyzer).

RESULTADOS: Nuestro protocolo mostró que una pequeña cantidad de heces (
CONCLUSIÓN: Para el análisis funcional de la flora intestinal es esencial congelar a -20°C las heces inmediatamente después de su recolección. El paciente puede llevarlas posteriormente al laboratorio en una nevera portátil.

P-026: “CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA POR PUERTO ÚNICO. ACTUALIZACIÓN PARA ENFERMERÍA”

MARIA PIEDAD MARTÍN GONZÁLEZ

CENTRO SANITARIO: HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS – SAN CRISTOBAL DE LA LAGUNA - TENERIFE

Siguiendo la tendencia natural de la cirugía hacia procedimientos de menor invasión, en los últimos años se ha desarrollado la cirugía laparoscópica por puerto único (SILS), técnica que podría cumplir con estas exigencias. La cirugía SILS consiste en realizar sólo un acceso abdominal con un puerto único ubicado en el ombligo a través del cual se introduce el instrumental y se realiza la totalidad del procedimiento, incluso la extracción de la pieza operatoria.

OBJETIVOS: Conocer los fundamentos de la cirugía laparoscópica a través de un puerto único de acceso, así como las indicaciones actuales de dicha técnicas y que el personal de enfermería de quirófano esté correctamente entrenado en estas técnicas. Entre el 10 y el 20% de las cirugías abdominales que se practican en nuestro país se realizan a través del ombligo

MATERIAL Y MÉTODOS: Revisión bibliográfica en las principales bases de datos en Medicina y Ciencias de La Salud, y en revistas médicas y de enfermería de alto impacto. QUÉ ES LA TÉCNICA SILS(Single incision laparoscopic surgery): Consiste en realizar sólo un acceso abdominal con un puerto único ubicado en el ombligo a través del cual se introduce el instrumental y se realiza la totalidad del procedimiento, incluso la extracción de la pieza operatoria.

APLICACIONES: Cáncer de colon, apendicectomías, obesidad mórbida, colecistectomías, hernias de hiato.

CONCLUSIONES: Es imprescindible que el personal de enfermería de quirófano conozca estos procedimientos y disponga el material necesario para su realización. También es necesario saber de estas técnicas para aplicar los cuidados de enfermería adecuados en el postoperatorio.

P-028: “RESULTADOS OBTENIDOS TRAS LA APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO SF-12, VERSIÓN 2, EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA CRÓNICA INTESTINAL DURANTE EL AÑO 2010 Y RESIDENTES EN EL ÁREA SANITARIA DE VIGO (PONTEVEDRA)”

Rodríguez Gregori JM, Salgado Álvarez C, Sanromán Álvarez L.

CENTRO SANITARIO: CHUVI - VIGO

INTRODUCCIÓN: El SF-12 es un cuestionario de tipo genérico que evalúa ocho dimensiones de la vida con el objetivo de medir la calidad de vida relacionada con la salud (CRVS). Nos planteamos qué resultados obtendríamos tras aplicar este cuestionario en los pacientes diagnosticados de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, durante el año 2010 en el Área Sanitaria de Vigo (ASV).

OBJETIVO: Describir la CVRS en los pacientes diagnosticados de EII, durante el año 2010, residentes en el Área Sanitaria de Vigo (ASV) utilizando el cuestionario SF-12, versión 2.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio observacional descriptivo, prospectivo de pacientes resi-

dentes en el Área Sanitaria de Vigo, diagnosticados de EICI durante el año 2010. La CVRS fue medida a través del cuestionario SF-12 (versión 2) una vez confirmado el diagnóstico de EII. Los datos fueron analizados mediante SPSS 14.0.

RESULTADOS: Población estudio: 102 pacientes (49 Crohn, 47 Colitis Ulcerosa; 6 Colitis indeterminada). 42 mujeres, 60 hombres. Con una media de edad de 40.77 años, rango (5-78), desviación típica 15,664. El 47.1% de la muestra considera que su salud es buena. Un 53,9% considera que la EICI les causa limitación para realizar esfuerzos moderados. en cambio un 50% refiere no tener limitaciones para subir varios pisos por la escalera, Durante las cuatro últimas semanas un 68,6% hizo menos actividad laboral o actividad cotidiana de lo deseado y un 58,8% tuvo que dejar de hacer algunas tareas de su trabajo o actividad laboral. Durante las cuatro últimas semanas un 61,8% hizo menos de lo que hubiera querido hacer por algún problema emocional; un 56,9% no hizo su trabajo o actividades cotidianas tan cuidadosamente como hubiera querido por algún problema emocional. El dolor ha dificultado el trabajo habitual en un 61,8%, durante el último mes. Durante las cuatro últimas semanas un 19,6 % se sintió siempre calmado y tranquilo; un 7,8% tuvo siempre mucha energía y un 20,6% nunca se sintió desanimado y triste. El 60,8 % refiere que la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (visitar amigos/familiares).

CONCLUSIONES: Tras análisis de resultados se puede objetivar que la EICI produce una significativa afectación en la CVRS (tanto en el plano social, emocional, laboral y físico) a pesar de no ser un cuestionario específico para la EICI.

P-030: "DE EVA A LA ESCALA EVA"

**M^a Carmen Bastos Alonso Dolores M^a Vila Fernández Begoña Rosende Villar
Luis Soliño Fuentes**

CENTRO SANITARIO: CHUVI - VIGO

INTRODUCCION: El dolor ha estado irremisiblemente unido a los seres vivos en todas las épocas, desde su nacimiento hasta su muerte, siendo la principal queja médica desde los inicios de la Humanidad y, sin duda alguna, un importante impulsor para el desarrollo de las ciencias de la salud. El dolor a través de los distintos períodos de la Historia ha constituido una preocupación central para el hombre, buscando para él explicaciones desde distintas perspectivas: antropológicas, religiosas.... Puede considerarse, por tanto, una combinación de factores culturales y sociales, variando por ello su significado a través de los tiempos y las culturas.

OBJETIVOS: Mostrar como cambia la percepción y el concepto del dolor a lo largo de la Historia.

MATERIAL Y METODO: REVISION BIBLIOGRAFICA Y DISCUSION

CONCLUSIONES: Desde su propio nacimiento, la Humanidad viene luchando contra el dolor. A pesar de las diversas interpretaciones que han hecho del dolor las distintas culturas y civilizaciones, existe un denominador común en todas ellas: el afán de conocer las causas que lo producen y como eliminarlo o, por lo menos, aliviarlo.

P-033: "CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CANDIDATOS A TRASPLANTE HEPÁTICO Y SU CUIDADOR FAMILIAR"

García Sola GJ.

CENTRO SANITARIO: HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE - ALICANTE

OBJETIVO: Averiguar la calidad de vida (CV) percibida por los pacientes que son candidatos a trasplante hepático, así como la percibida por sus cuidadores principales; que de-

penden del Hospital General Universitario de Alicante durante el año 2011.

MATERIAL Y MÉTODO: Utilización de los siguientes instrumentos validados: Cuestionario SF-36 y Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg. Además se les sometió a una entrevista semi-estructurada donde se averiguaban las causas que mermaban su CV.

RESULTADOS (preliminares)

Enfermos:

- SF-36: puntuación media de 35,2 puntos. Dimensiones más afectadas hasta el momento han sido la falta de vitalidad y las limitaciones de roles por problemas emocionales y físicos.

- Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg:

 - o Ansiedad: puntuación media de 7,3 sobre 9.

 - o Depresión: 4,1 sobre 9.

Cuidadores principales:

- SF-36: oscilación de 46 a 60 puntos. Dimensiones más afectadas han sido la vitalidad y la función social.

- Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg:

 - o Ansiedad: puntuación media de 7 puntos sobre 9.

 - o Depresión: 3,5 sobre 9.

Entrevista semi-estructurada. Las causas que más mermaban la CV eran: miedo a la tardanza del trasplante, y desinformación de su pronóstico, entre otras.

CONCLUSIONES: Tantos los enfermos como los cuidadores tienen niveles de ansiedad elevados y carecen de recursos para combatir dicha ansiedad lo que se ve reflejado en la percepción de su CV. Muchos de ellos viven en un continuo proceso de duelo. Pero a pesar de todo ello se sienten esperanzados, tienen ganas de vivir y seguir adelante.

P-034: “GUÍA PRÁCTICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN TÉCNICAS DIAGNÓSTICAS Y/O TERAPÉUTICAS DEL SERVICIO DE DIGESTIVO”

V.BALAUDE, N.BARTOLOMÉ

CENTRO SANITARIO: HOSPITAL DEL MAR - BARCELONA

INTRODUCCIÓN: En el año 2003 se creó una guía práctica de cuidados tras reflexionar sobre la importancia que tienen las diferentes exploraciones complementarias que se realizan en nuestro servicio. El papel que desempeñan las enfermeras en el control de las diferentes intervenciones diagnósticas y/o terapéuticas hizo que se realizara un cuadro sinóptico de las pruebas más frecuentes que suceden en la unidad de hospitalización de patología digestiva de nuestro hospital. Aunque los cuidados de algunos procedimientos ya están protocolizados en la trayectoria informatizada del paciente, la complejidad de los mismos ha requerido revisar y ampliar dicha guía.

OBJETIVO: Registrar en un único documento, los cuidados de enfermería más relevantes anteriores y posteriores de las diferentes exploraciones diagnósticas y/o terapéuticas en pacientes hospitalizados en la unidad de patología digestiva de nuestro centro.

MATERIAL Y MÉTODO: El método utilizado es descriptivo, basado en protocolos de nuestro centro, referidos a pruebas que nos competen:

- Endoscópicas
- Radiológicas
- Angiográficas
- Resonancia Magnética

RESULTADOS:

T A B L A.....

CONCLUSIONES: La tabla es un recurso de acceso fácil y rápido que favorece la actuación eficaz y unificada del personal de enfermería, dentro y fuera de la unidad de hospitalización, aumentando la calidad asistencial en los cuidados. Permite visualizar los diferentes pasos a seguir en cada una de las pruebas a realizar. Mejora la preparación de los pacientes. Universaliza y clarifica criterios. Actualización y revisión de protocolos.



ORGANIGRAMA