

## XV Congreso AEEPD VIGO 2008

### **ORGANIZACIÓN DEL CONGRESO:**

#### Junta Organizadora del XV Congreso AEEPD VIGO 2008

**Presidente:** CARLOS SALGADO ÁLVAREZ

**Vicepresidenta:** M<sup>ª</sup> CARMEN BASTOS ALONSO

**Secretaria:** DOLORES VILA FERNÁNDEZ

**Vicesecretaria:** TANIA MEDAL CONDE

**Tesorero:** MARÍA PURIFICACIÓN FONTÁNS FERNÁNDEZ

**Vicetesorero:** PATRICIA CARDALDA

**Vocal 1:** BEGOÑA ROSENDE VILLAR

**Vocal 2:** LUIS SOLIÑO FUENTES

**Vocal 3:** MARGARITA QUINTAS

#### Junta Directiva de la AEEPD

**Presidenta:** M<sup>ª</sup> Luz Gálvez Deltoro

**Vicepresidente:** José Ibáñez Muñoz

**Secretaria:** M<sup>ª</sup> Isabel Jimeno Sáenz

**Tesorera:** Encarna Coca Macías

**Vocal 1:** Dolors Giménez Romaní

**Vocal 2:** M<sup>ª</sup> Isabel Durango Limárquez

**Vocal 3:** María Vilaríño Insúa

**Vocal 4:** Asunción Gurrea Fernández.

#### Comité Científico del XV Congreso AEEPD VIGO 2008

**Presidente:** JORDI SANS CASTILLA

**Vocal 1:** MIGUEL ANGEL ARMENTEROS LECHUGA

**Vocal 2:** MIGUEL ROBLES ALVAREZ

**Vocal 3:** ANA INES IBAÑEZ ZAFÓN

**Secretario:** JOSE GONZALEZ CASTRO

#### Sede del XV Congreso AEEPD VIGO 2008

##### **Sala**

Auditorio del Centro Social Caixanova de Vigo

##### **Edificio**

Teatro García Barbón

##### **Situación**

Calle Policarpo Sanz nº 24 - 26

##### **Ciudad**

36 201 Vigo

##### **Provincia**

Pontevedra

#### Fechas de realización del XV Congreso AEEPD VIGO 2008

**JUEVES 5, VIERNES 6, SABADO 7 Junio 2008**

#### Logotipo

Cartel del XV CONGRESO AEEPD VIGO 2008

#### Lema del Congreso

Seguridad, riesgo y enfermería.

#### Fecha límite envío de resúmenes:

06 de Abril del 2008

#### Fecha límite aceptación por Comité Científico de los resúmenes enviados:

27 de Abril del 2008

#### Fecha límite envío de trabajo completo para optar a premio:

05 de Mayo del 2008

#### Fecha límite inscripciones al congreso a 280 euros:

06 de Mayo del 2008

#### Fecha inicio inscripciones al congreso a 310 euros:

07 de Mayo del 2008

**PARA INSCRIPCIONES:**

**PRECIO INSCRIPCIONES 2008**

**Fecha límite inscripciones al congreso a:**

**280 EUROS**

06 de Mayo del 2008

**Fecha inicio inscripciones al congreso a:**

**310 EUROS**

07 de Mayo del 2008

**Transferencia al Banco de Sabadell:**

0081 0199 51 0001056214

Calle Padilla Nº 316

08025 Barcelona

**Dirección postal:**

SECRETARIA AEPD:  
Apartado de Correos 24039  
Calle Castillejos nº 276  
08025 Barcelona

**Dirección electrónica:**

[aepd@aepd.com](mailto:aepd@aepd.com)

**Página web formularios on line y envío postal**

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

Fax: 93 3719270

**PROGRAMA:**

JUEVES, 5 DE JUNIO 2008

09:00-10:00 h.

Entrega de documentación

Colocación de pósters.

10:00-10:30 h.

INAUGURACIÓN DEL CONGRESO

10:30-11:00 h.

CONFERENCIA INAUGURAL:

**Modera: Carlos Salgado Álvarez. Enfermeiro no CHUVI**

**“Por qué la seguridad de los pacientes es importante”**

1. Dolores Martín Rodríguez.

- Responsable de Calidad del 061

- Máster en Calidad

11:00-11:30

Pausa café. 11:30-12:30 h.

**I SESION COMUNICACIONES ORALES**

**Modera: Rosa Antolín Rodríguez. Profesora de Enfermería Médico-Quirúrgica. Escuela Universitaria de Enfermería de Vigo**

**Comunicación Oral 1**

**GRUPO PARA EL USO SEGURO DE LOS MEDICAMENTOS.**

Pérez Mira E.

[marielperezmira@gmail.com](mailto:marielperezmira@gmail.com)

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

**INTRODUCCIÓN:**

En el año 2001 y dependiente de la Comisión de Farmacia del Hospital Gregorio Marañón se crea un grupo de trabajo para el uso seguro de los medicamentos.

**OBJETIVOS:**

- Analizar las causas que facilitan o permiten los errores de medicación
- Estudiar el modo de prevenir que se repitan
- Identificar soluciones y proponer medidas de mejora.
- Archivar los datos para posteriores análisis

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

- Creación de un grupo multidisciplinar para el uso seguro de los medicamentos.
- Análisis de los errores comunicados en cada etapa del proceso de administración de medicamentos. Hoja de notificación voluntaria de errores de medicación.
- Medidas llevadas a cabo en cada una de las etapas del proceso para disminuir riesgos. Formación y difusión

**CONCLUSIONES:**

Los errores de medicación suponen una de las causas más importantes de riesgo sanitario.

Las medidas de prevención de errores de medicación son fundamentales para mejorar la seguridad de los pacientes y aumentar la calidad de nuestros cuidados.

**PALABRAS CLAVE:**

Uso seguro de los medicamentos

**Comunicación Oral 2****AVANCES TECNOLÓGICOS APLICADOS A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE: PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA LIGADA AL SISTEMA DE DISPENSACIÓN AUTOMÁTICA DE MEDICACIÓN**

Gordo Martín Y, Durango Limárquez MI, Yepes Temiño M, Hernández Matías AM, Pérez Gómez M, González de Aza C y Carvajal Martín A.

yolandagordo@terra.es

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

**OBJETIVO:**

Dar a conocer la experiencia de enfermería en la utilización de los nuevos sistemas de dispensación automática de medicación (SDA) implantados en las unidades de hospitalización de gastroenterología y hepatología para garantizar la Ley del Medicamento 25/90 del 20 de Diciembre.

**METODOLOGÍA:**

Estudio descriptivo del SDA de medicación ligado a la prescripción electrónica.

Análisis actual de las ventajas e inconvenientes de este nuevo método desde el punto de vista de enfermería asistencial; análisis comparativo respecto a los anteriores métodos utilizados en nuestras unidades.

**CONCLUSIONES:**

La utilización combinada de los nuevos sistemas tecnológicos (prescripción electrónica y SDA) aporta notables ventajas a distintos niveles: asistenciales, organizativos y económicos.

Dentro de las ventajas asistenciales cabe destacar la disminución de errores de medicación, aumentando la seguridad del paciente y garantizando una buena actuación enfermería.

La experiencia en el uso del sistema nos permite llevar a cabo mejoras ante los inconvenientes detectados.

**PALABRAS CLAVE:**

Prescripción electrónica, Sistema de dispensación automática de medicamentos, Seguridad del paciente.

**Comunicación Oral 3**

“¿QUÉ MÁS PUEDO HACER POR SU CUIDADO?”.

SÁNCHEZ ROMERO, Luis AGUADERO ROBLES, Lucía RODRÍGUEZ MEDINA, Pilar CARRETERO PACHECO, María Ángeles RECUERO ALFONSO, María Ángeles CAMELLO ABENGOAR, María

luisanrom@yahoo.es

Complejo Hospitalario de Cáceres. Cáceres

**CARACTERÍSTICAS DEL TRABAJO:**

Bajo el título, “ALCOHOLISMO: ¿Qué más puedo hacer por su cuidado?” se presenta un estudio para su exposición en forma de comunicación oral, que se concreta en:

Introducción y justificación: Los enfermos alcohólicos habitualmente llegan a nuestras unidades tras una larga historia de patologías asociadas a la dependencia. Sin embargo, ocasionalmente, el diagnóstico de la dependencia debuta tras

el ingreso hospitalario. Y si bien la inversión en cuidados de enfermería produce el éxito de la desintoxicación, mantener la abstinencia alcohólica tras el alta suele ser decepcionante.

La intervención sobre la dependencia desde el ingreso hospitalario y una eficaz conexión con la atención primaria participan en el mantenimiento de mayores índices de abstinencia.

#### **OBJETIVOS:**

- Potenciar un estilo de vida que evite el uso de alcohol.
- Promoción de un cambio de conducta.
- Estimulación a la integridad familiar.
- Mejorar la comunicación a otros niveles de salud y con la comunidad.

#### **METODOLOGÍA:**

Para la ampliación de conocimientos se recurrió a bibliografía relativa al tema, estudios de investigación y revisión de publicaciones de revistas científicas.

Para la investigación propiamente dicha: entrevistas con informantes clave, y el análisis comparativo de datos estadísticos nacionales, regionales y locales existentes.

#### **PALABRAS CLAVE:**

Alcoholismo, cirrosis, dependencias, autoestima, encefalopatías, disfunción familiar, conductas

#### **Comunicación Oral 4**

### **PLAN DE SEGURIDAD PARA PREVENCIÓN DE CAIDAS EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DE DIGESTIVO**

Núñez García O, Hernández Sampelayo – Matos P, Zavala Fernández A, Hernández Cob G

palomasampelayo@gmail.com

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

#### **INTRODUCCIÓN**

Este trabajo, se enmarca dentro del programa de gestión de riesgos sanitarios del hospital general universitario Gregorio Marañón (HGUGM), con la finalidad de disminuir la incidencia de caídas en los usuarios de las unidades de hospitalización.

#### **OBJETIVO**

Conocer el riesgo de caídas que presentan los pacientes a su ingreso en la unidad

Analizar las caídas que se producen dentro de la unidad

Establecer medidas para la prevención de caídas

#### **MATERIAL Y MÉTODO**

Presentación a todo el personal de enfermería adscrito a la unidad del protocolo para la prevención de caídas elaborado por el subcomité de caídas del HGUGM, revisado por el subcomité de protocolos y procedimientos y aprobado por la dirección de enfermería del mismo hospital.

Valoración y registro del riesgo de caídas, según la escala de Downton, que presentan todos los pacientes que ingresan en la unidad de hospitalización de digestivo durante los meses de Abril y Mayo 2008

Cumplimentación de la ficha de registro de incidencia de caídas en el caso de que esta se produzca, según protocolo

Aplicación de medidas preventivas a todos los pacientes ingresados en la unidad, dependiendo del riesgo detectado, según protocolo

#### **RESULTADOS**

Compararemos la incidencia de caídas antes de poner en marcha el protocolo de prevención y después

#### **PALABRAS CLAVE:**

Gestión de riesgos sanitarios. Prevención de caídas en unidad hospitalización digestivo

PONENCIA 1

12:30-13:00 h.

**Moderadora: M<sup>a</sup> Dolores Vila Fernández. Enfermeira no CHUV**

**“Dónde están las prácticas de mayor riesgo en los cuidados enfermeros”**

2. Adelina Fernández García

- Enfermera Responsable de Calidad Asistencial

- Estoma terapeuta

13:00-14:00

## **II SESION COMUNICACIONES ORALES**

**Moderadora: M<sup>a</sup> Dolores Vila Fernández. Enfermeira no CHUVI**

### **Comunicación Oral 5**

#### **ENFERMERÍA EN EL TRATAMIENTO DE RADIOEMBOLIZACIÓN CON MICROESFERAS DE YTRIO-90.**

Fuertes Ran, C.

Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona

##### **INTRODUCCIÓN**

La radioembolización con microesferas de Ytrio-90 es un tipo de tratamiento que, se lleva a cabo en los pacientes con hepatocarcinomas o metástasis hepáticas, principalmente con tumores gastrointestinales, de mama, renales y de pulmón.

El tratamiento es muy complejo y precisa un enfoque multidisciplinar, en el que están implicados los departamentos de Hepatología, Oncología, Radiología Convencional e Intervencionista, Medicina Nuclear y Enfermería.

Para dar unos cuidados de calidad a los pacientes, minimizando los errores que se pueden dar en la comunicación, la enfermera se encarga de planificar, organizar y coordinar el tratamiento y los pasos a seguir. Mantiene comunicación directa con todos los departamentos, siendo la persona de referencia tanto para el paciente como para los facultativos de las distintas especialidades, que intervienen en el proceso.

##### **OBJETIVO**

Dar a conocer el papel que desempeña la enfermera, en la programación, coordinación del tratamiento con radioesferas de Ytrio-90 y seguimiento, a los pacientes con hepatocarcinoma o metástasis hepáticas.

Valorar, la satisfacción de los pacientes tratados con radioembolización, a través de la experiencia práctica.

Recordar la importancia que tiene la comunicación activa, tanto con los pacientes, como con el resto del equipo multidisciplinar.

##### **MATERIAL Y METODO**

El tratamiento con microesferas se hace en dos fases, siendo necesaria la hospitalización, durante 48 horas, en cada caso.

Se han tratado 160 pacientes desde septiembre del 2003 a septiembre de 2007, siendo 74 los pacientes tratados de octubre de 2006 a septiembre de 2007 y seguidos directamente por enfermería. A todos los pacientes se les llamó personalmente, por teléfono, para recordarles el programa a seguir, el día del ingreso y resolver las dudas que pudieran plantear, tanto en la primer fase (fase de simulacro) como en la segunda (fase de tratamiento con microesferas). Así mismo, se hizo seguimiento telefónico a los 10/12 días de haber recibido el tratamiento.

##### **CONCLUSIONES**

Se favorece la calidad en los cuidados de enfermería, disminuyendo los errores en la comunicación, cuando la enfermera lleva a cabo una atención personalizada, en el seguimiento a los pacientes sometidos a tratamiento con radio esferas.

La comunicación interdisciplinar es vital para favorecer una calidad en los cuidados y una gran satisfacción en los pacientes tratados.

##### **PALABRAS CLAVE:**

Radio esferas; Hepatocarcinoma; Enfermera Coordinadora

### **Comunicación Oral 6**

#### **CÁPSULA ENDOSCÓPICA: PRIMER AÑO DE EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL**

López Mora I (1), Blasco Pelicano A (1), Navarro Llevat M (1), Olona Tabueña N (2), Tulleuda Pérez M (1).

ilopez1965@hotmail.com

Hospital Dos de Maig. Barcelona

##### **OBJETIVO:**

Análisis de los resultados de la cápsula endoscópica (CE) durante el primer año de implantación en un hospital de segundo nivel.

##### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

Estudio descriptivo transversal, en el que se incluyeron pacientes de nuestro hospital y otros centros, hospitalizados o ambulatorios, desde febrero 2007 a febrero 2008.

Previamente a la CE se registró: edad, sexo, indicación, fármacos inductores de hemorragia digestiva (HD), exploraciones previas, requerimientos transfusionales, tiempo de espera y preparación intestinal. Posteriormente, se registró el cambio en su manejo y/o diagnóstico de confirmación con otras técnicas.

#### **RESULTADOS:**

De los 41 pacientes incluidos, el 58,5% eran hombres, con una media de edad de 64,23 años (DE: 15,37 años). Los sujetos que presentan hemorragia digestiva de origen oscuro (HDOO) con sangrado evidente son significativamente más jóvenes que los que presentan sangrado microscópico ( $p < 0,05$ ). En el 95,1% la indicación fue anemia ferropénica, control Crohn (2,4%), descartar imagen radiológica (2,4%). La exploración fue completa en el 87%. La angiodisplasia fue la lesión más detectada (48,75%), lesiones extra intestinales (14,61%), úlceras en ID (7,30%), tumor yeyunal (7,31%), pólipos yeyunales (4,87%) y divertículos ID (7,31%). La rentabilidad global en cuanto a la detección de lesiones fue del 70,7%.

En el 34,14% de los casos hubo un cambio en el manejo del paciente.

#### **CONCLUSIONES:**

La HDOO es la indicación más frecuente y la angiodisplasia la lesión más identificada. La CE permite modificar la conducta terapéutica en un porcentaje significativo de pacientes. Los resultados obtenidos son congruentes con la bibliografía existente

#### **PALABRAS CLAVE:**

Cápsula endoscópica, hemorragia digestiva de origen oculto, anemia ferropénica

#### **Comunicación Oral 7**

### **INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA COLANGIO PANCREATOGRAFIA RETROGRADA ENDOSCÓPICA (CPRE)**

Raya Muñoz, A, Romero Hidalgo JA, González Pérez A, González Aquilino M.

jrh\_\_@hotmail.com

Hospital Virgen Macarena. Sevilla

#### **INTRODUCCIÓN:**

En nuestra unidad de Hospitalización de Digestivo, la COLANGIO PANCREATOGRAFIA RETROGRADA ENDOSCÓPICA (CPRE), es la prueba diagnóstica y terapéutica que conlleva mayor riesgo.

En un intento de prestar una atención personalizada y de mayor calidad a nuestros pacientes, deseando igualmente disminuir los posibles riesgos a los pacientes sometidos a dicha prueba, nos hemos propuesto la realización de un estudio sobre el conocimiento de los profesionales de la unidad acerca de los distintos aspectos que rodean esta prueba, tales como: preparación, técnica, abordaje enfermero y vigilancia posterior.

#### **OBJETIVOS:**

- Detectar el grado de conocimiento de los profesionales de enfermería sobre los aspectos que rodean a esta técnica.
- Unificar criterios en torno a esta técnica que eviten la variabilidad de los profesionales en el abordaje de estos pacientes sometidos a CPRE
- Diseñar un plan de cuidados estandarizados (PCE) para los usuarios de modo que sirvan de pauta de conducta única a la hora de prestar cuidados a estos pacientes.
- Proponer una sistemática de trabajo, consistente en realizar un encuentro previo a la prueba con el paciente y familia para orientar e informar sobre aspectos de la prueba que lleven a disminuir el nivel de ansiedad de los pacientes por desconocimiento.

#### **MATERIAL Y METODO:**

Iniciamos el proceso con la realización de una encuesta estructurada con ítem valorables mediante escala Likker balanceada a 5 donde detectaremos el grado de conocimiento de la prueba CPRE por parte de los profesionales. Una vez tabulado los resultados hemos realizado una sesión formativa en la que se han adquirido conocimientos sobre la prueba. En esta sesión formativa se han presentado estrategias para el diseño de un PCE que nos evitará la variabilidad a la hora de prestar cuidados a estos pacientes. En la fase final del proceso, realizamos otra encuesta para conocer el impacto de la formación y la aceptación y consenso del PCE.

Por último abordamos las estrategias necesarias para llevar a cabo la actividad de información y asesoramiento a los pacientes en la fase previa a la realización de la prueba.

#### **RESULTADOS:**

Después de la puesta en marcha estas fases, hemos conseguido unificar criterios en el colectivo de enfermería de la

planta, después de detectar las carencias formativas en esta materia e implementar conocimientos y habilidades del personal implicado.

Igualmente nos ha dado pie a la realización del PCE aplicando el proceso enfermero como herramienta metodológica útil para la administración de cuidados

#### **CONCLUSIÓN:**

Este trabajo, a parte de rendir los resultados antes expuesto, nos ha llevado a plantearnos un estudio mas amplio sobre la disminución de Ansiedad y Temor en los pacientes a los que la enfermera le informa y asesora sobre la prueba diagnóstica CPRE. Sería motivo de un amplio estudio posterior medir estos niveles de ansiedad mediante escalas validadas y mediante grupo control y experimental, para tener datos de la eficacia de la intervención de enfermería

#### **PALABRAS CLAVE:**

CPRE, Colangio pancreatografía retrograda endoscópica, intervenciones enfermería.

14:00 h.

COMIDA DE TRABAJO

16:00-18:00

TALLER 1

**Modera: Patricia López Cardalda**

#### **" La evolución del riesgo, la seguridad y los cuidados enfermeros"**

3. Víctor Vez Vilar

- Enfermeiro

20:00 h.

VISITA CULTURAL QUIÑONES LEÓN, PARQUE CASTRELOS

Recepción Ayuntamiento por la alcaldía

VIERNES, 6 DE JUNIO 2008

09:00-10:00 h.

#### **III SESION COMUNICACIONES ORALES**

**Modera: Pilar Villar Alén. Subdirectora de Enfermería do CHUVI (Xeral-Cies)**

#### **Comunicación Oral 8**

#### **PRECAUCIÓN, SÍNDROME DEL PROFESIONAL QUEMADO**

Iglesias López J, Soliño Fuentes L

solondefarraputis@hotmail.com

CHUVI. Vigo

#### **INTRODUCCIÓN**

A menudo en nuestro entorno laboral menciona la expresión "estar quemado" en alusión al estado de ánimo, pero ¿sabemos realmente a que estamos haciendo referencia, que es lo que se identifica bajo ese epígrafe? o ¿lo utilizamos retóricamente para describir un desánimo pasajero?

El desgaste laboral ha sido reconocido como un riesgo profesional para las profesiones orientadas al público, como aquellas relacionadas con la atención sanitaria. Se define como una respuesta al estrés laboral crónico integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que trabajan y hacia el propio rol profesional, así como por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado.

La importancia de este tema radica en su gran repercusión económica en horas de trabajo y costes sanitarios, siendo considerado en la actualidad el 2º problema de salud laboral.

#### **OBJETIVOS.**

Conocer y divulgar las causas que lo producen y su íntima relación con nuestra profesión y condiciones de trabajo.

Favorecer, a través del conocimiento y divulgación de las características del síndrome, su temprana identificación.

Sugerir acciones y actividades que contribuyan a la prevención y/o recuperación.

#### **MATERIAL Y MÉTODO**

Revisión bibliográfica, discusión.

#### **CONCLUSIÓN.**

El SQ puede ser bien manejado por todos aquellos profesionales expuestos en el ámbito sanitario, si están bien informados y prevenidos sobre el mismo, y además disponen de recursos para tolerar aquellas situaciones que generan emociones con uno mismo o con las personas que tratan diariamente; redundando en una mejora de la

calidad asistencial, con claras ventajas para el paciente y su seguridad, para el profesional y las instituciones implicadas.

**PALABRAS CLAVE:**

Burnout, quemado, estrés

**Comunicación Oral 9**

**LA CONSULTA TELEFÓNICA COMO APOYO AL PACIENTE TRASPLANTADO Y SU FAMILIA. UNA INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA.**

Pérez Gómez M, Durango Limárquez MI, Gordo Martín Y, Yepes Temiño M.

yolandagordo@terra.es

Hospital Gral. U. Gregorio Marañón. Madrid

**RESUMEN:**

En la unidad se suman esfuerzos para reforzar la atención de los pacientes trasplantados, con el objetivo de mejorar la calidad de vida del paciente/familia. Por esto apostamos por la consulta telefónica destinada a atender las necesidades de usuarios en proceso de trasplante hepático (lista activa y post-trasplante), sin olvidarnos de familiares que se son verdaderos cuidadores.

Esta intervención brinda una guía de asesoramiento para tomar decisiones y dar solución al problema que motivó la consulta; fortalece-desarrolla capacidades para el auto cuidado, refuerza el plan educacional y completa las acciones realizadas por el equipo médico. A la par que contribuimos a disminuir: ansiedad del usuario/familia; disminuir consultas médicas/de urgencias innecesarias y la aparición de complicaciones mayores.

La consulta garantiza la continuidad de cuidados dirigidos a resolver cualquier tipo de duda en torno a su patología, tratamiento, cuidados,...

**OBJETIVO**

Exponer cómo el producto enfermero de una consulta telefónica contribuye a la mejora de la situación del paciente/familia.

Analizar a qué grupo de pacientes resulta más beneficiosa la consulta

**MATERIAL Y METODOS**

Prospectivo entre mayo 2006 – mayo 2007

Todos los pacientes incluidos en el proceso del trasplante hepático.

Base de datos Access

VARIABLES: Tipo y Motivo de llamada; Resolución; Situación clínica.

Análisis SPSS 14

**RESULTADOS**

De las llamadas realizadas por paciente/familia/otros profesionales el 73,3% fueron resueltas por enfermería y el 26,7% por otros profesionales (n=1795)

**CONCLUSIONES:**

Nuestro modelo de cuidado cubre las expectativas de los pacientes mejorando su calidad de vida, resolviendo dudas, problemas y situaciones de urgencia, mediante una atención personalizada por un profesional de enfermería experto en el proceso de trasplante.

La consulta telefónica optimiza tiempos del equipo asistencial y se convierte en un importante sistema de apoyo para los pacientes/familia que están en su hogar.

**PALABRAS CLAVE:**

Consulta telefónica, trasplante hepático, intervención de enfermería

**Comunicación Oral 10**

**ESTUDIO PROSPECTIVO DEL CONOCIMIENTO DE LOS PACIENTES CON SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE SOBRE SU ENFERMEDAD**

Onofre Alarcón Fernández, María del Mar Hernández Luis, Fernando Aparicio Merchán

marh@hotmail.com

CAE Puerto de la Cruz Servicio Canario de Salud. Puerto de la Cruz

**INTRODUCCION-OBJETIVO**

El síndrome de intestino irritable –SII- es la patología más frecuente en Digestivo.

En nuestro país no hay estudios sobre el conocimiento que tienen los pacientes

con SII sobre su enfermedad.

#### **MATERIAL Y METODOS**

Se aplicó un cuestionario sobre el nivel de conocimiento del SII a pacientes con diagnóstico previo de SII en un CAE y una consulta privada de Tenerife.

#### **RESULTADOS**

Incluimos 142 pacientes consecutivos (98 mujeres). Un 52,4% no estaban satisfechos con las explicaciones de su médico, sin influir sexo, tipo de centro ni especialidad del médico. Buscó más información el 65,4% de los universitarios y el 43,8% de no universitarios ( $p=0,015$ ), el 25,5% en Internet. Un 53,2% creía que el SII podía producir cáncer colorectal: el 33% de usuarios de Internet y el 60% de no usuarios ( $p=0,011$ ) y el 67,3% de pacientes con más de 10 años de diagnóstico vs el 45,7% con diagnóstico de menos de 10 años ( $p=0,045$ ). El 92,9% atribuían el SII al estrés y el 70,2% a alimentos. Pensaban que la colonoscopia era necesaria un 66% de los pacientes del CAE vs un 44,1% de los privados ( $p$  no significativa) y el 74,4% de los pacientes con estudios primarios vs el 51% de los pacientes con estudios secundarios o universitarios ( $p=0,032$ ).

#### **CONCLUSIONES**

Muchos pacientes con SII no están satisfechos con las explicaciones sobre su enfermedad y tienen conceptos erróneos sobre su diagnóstico y pronóstico. Es necesario implementar políticas educativas para mejorar el nivel de información de los pacientes

#### **PALABRAS CLAVE:**

Síndrome de intestino irritable, conocimiento, temores

#### **Comunicación Oral 11**

#### **CUIDADOS DE ENFERMERIA POR UNA MUERTE DIGNA EN UNA UNIDAD DE AGUDOS**

Ruiz Manzanera A, Barradas Ruiz JM<sup>a</sup>, Martínez Colomina E, Nava Tomás N, Ortega Raya M, Paños Martínez M. mortegara@hotmail.com

CORPORACION SANITARIA PARC TAULI. SABADELL

#### **RESUMEN:**

En la Unidad de Hospitalización de agudos de patología hepato-digestiva ingresan pacientes con cirrosis que cumplen los criterios de enfermo terminal según la SECPAL, y que por diversos motivos no son trasladados a la Unidad de Cuidados Paliativos. Nos planteamos una serie de cuestiones: ¿Respondemos adecuadamente a las necesidades del paciente?, ¿Tiene una muerte digna?, ¿Hacemos todo lo que debemos? Nosotros buscamos cómo mejorar nuestra calidad asistencial entre la unidad de cuidados paliativos y la unidad de hospitalización de agudos en el cuidado de los últimos días en el paciente con cirrosis hepática terminal.

#### **OBJETIVO PRINCIPAL:**

Protocolizar los cuidados de enfermería de los últimos días al paciente con cirrosis hepática terminal.

#### **MATERIAL Y MÉTODO:**

Revisión del Protocolo de la Unidad de cuidados Paliativos de nuestro centro, consulta de la Guía de la SECPAL y análisis y adaptación de la hoja de actividades y atenciones de enfermería de nuestra unidad.

#### **RESULTADO:**

El trabajo realizado nos ha llevado a la creación de un protocolo de los cuidados de enfermería que garantice al paciente con cirrosis terminal una muerte digna.

Esta es la manera de conseguir una atención integrada y continuada no sólo del paciente, sino también de su familia y entorno.

#### **PALABRAS CLAVE:**

Cuidados paliativos, muerte digna, hospitalización de agudos.

10:30-11:00 h.

#### **PÓSTER FÓRUM 1**

**Modera: Victoria Ampudia Herrero. Enfermeira no CHUVI**

10:30-11:00 h.

### **PANCREAS SIN FRONTERAS**

Toledano Solano A, Sánchez Talavante C, Martín Luengo Lorente MD, Lozano Pérez N, Lorenzo Hernández E, Llamazares Feliz L, Heredia Reina MP, González Pozuelo A, García Hernández M, Fernández Moreno O, Fernández García CM, Bielsa Corrochano S, Barroso Pellico JA, Aparicio Zaldívar EG, Aldanas Sánchez E.

vakas1@hotmail.com

Hospital Universitario de Fuenlabrada. Fuenlabrada

### **INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS.**

Los movimientos migratorios cada vez inciden más en nuestro país por la situación socioeconómica que tenemos en la actualidad.

La barrera idiomática que supone la incorporación de nuevos pacientes dificulta en ocasiones nuestra labor diaria.

Nuestro objetivo es realizar una hoja de valoración al paciente en diferentes idiomas para un mejor entendimiento.

### **MATERIAL Y METODOS:**

- Búsqueda bibliográfica.
- Valoración de M Gordon adaptada y traducida a los idiomas más representativos.
- Fichas con glosario de frases y vocabulario necesario para la estancia hospitalaria
- Creación de valoración en formato "PDF".

### **RESULTADOS:**

A través de las hojas de valoración traducidas y las fichas, el paciente puede expresarse facilitando la comunicación enfermera paciente.

### **CONCLUSIONES:**

- Las hojas de valoración de enfermería traducidas a los diferentes idiomas proporcionan una herramienta eficaz para la comunicación con el paciente.
- Con esta nueva herramienta para la valoración y seguimiento del enfermo de habla no castellana conseguimos una mayor seguridad y minimizamos riesgos.

### **PALABRAS CLAVE:**

Barrera idiomática - valoración - comunicación – seguridad

### **PÓSTER FÓRUM 2**

#### **ENTRE COPAS**

Sepúlveda Segovia MA, Romero Sánchez MN, Galán Sánchez- Heredero MJ, Aienza Tomeo MR, Rodríguez Ceballos A, Ramírez Rodríguez V

nromero.hlpr@salud.madrid.org

Hospital de la Princesa. Madrid

En abril del 2005 realizamos una iniciativa conjunta entre personal medico y de enfermería.

### **OBJETIVO GENERAL:**

- Identificar y cuantificar datos necesarios para establecer criterios de actuación como base para realizar un nuevo proyecto, dirigido a pacientes con dependencia alcohólica.

Objetivos específicos:

- Recogida de datos

Valoración inicial y cuestionario CAGE.

- Cuantificar e identificar edad, sexo, convivencia, trabajo, estudios, tiempo de consumo excesivo reconocido y no reconocido.

Cuantificación CAGE

Material y método:

- Material bibliográfico.
- Resultados utilizando sistema SPSS V12.0
- Registros de valoración:

Criterios de inclusión:

1. Pacientes ingresados a cargo de Digestivo

Criterios de exclusión:

1. A petición del paciente.

Cronología:

Inicio: 15 Abril 2005 a

Finalización: 15 Abril 2006

MUESTRA: 312

**CONCLUSIÓN:**

Los 312 pacientes ingresados en un año, se les realiza un test CAGE, obteniendo los datos sobre, sexo, edad, convivencia, situación laboral, estudios, patología y consumo de alcohol.

Analizados los datos el 8 % de los pacientes durante este periodo presentan un problema de consumo mayor a 40 gr de alcohol/día. El 58% de los varones reconocen el consumo, frente al 42%, que no. El porcentaje en mujeres es un 33% que lo reconocen, frente al 67%, que no.

Los datos obtenidos serán la base para un nuevo enfoque en la forma de abordar el problema de salud.

Dirigiremos nuestras actuaciones en ayudar al paciente identifique que:

Su consumo de alcohol es un problema real, haciendo especial hincapié en mujeres, cuáles son las causas que le llevaron al consumo, motivación para dejarlo y necesidad de apoyos externos.

**Palabras Clave:** Alcoholismo, cuidados y problema

**PÓSTER FÓRUM 3**

**PARACENTESIS EVACUADORA. RIESGOS Y MEDIDAS DE SEGURIDAD.**

Civit Fraile MP, Abril Rodríguez L, Ibáñez Zafón IA, Lechuga Zalaya L, Penella Imaña N

pilarcivit@yahoo.es

Hospital del Mar. Barcelona Hospital del Mar. Barcelona

**INTRODUCCIÓN/RESUMEN:**

La paracentesis evacuadora se realiza, de forma ambulatoria en pacientes con enfermedades hepáticas, siendo la cirrosis la que con mayor frecuencia desencadena una descompensación ascítica. Enumeración de riesgos del paciente: 1. Riesgo de infección. 2. Riesgo de déficit de conocimientos. 3. Riesgo de dolor. 4. Riesgo de lesión. 5. Riesgo de déficit de volumen de líquidos. Enumeración de riesgos del personal sanitario: 1. Riesgo de infección. Enumeración de medidas de seguridad: 1. Higiene y asepsia de la zona de punción y de las manos del personal sanitario, según protocolo de la unidad. 2. Medidas estériles para el procedimiento. 3. Explicar procedimiento al paciente. 4. Valoración del dolor con escala EVA analógico-visual, administrando analgesia por indicación médica si es necesario. 5. Selección adecuada del punto de punción. 6. Buena compresión de la zona de punción. 7. Reposición de líquidos con expansores plasmáticos, por indicación médica. 8. Avisar a mediadora cultural si existe barrera idiomática. 9. Utilizar medidas de contención en pacientes encefalopáticos, según protocolo.

**OBJETIVO:**

Confirmar que las medidas aplicadas para minimizar los riesgos en la paracentesis evacuadora en hospital de día de digestivo son las adecuadas.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Revisión bibliográfica. •

Consulta de los protocolos de nuestro centro y adaptación/actualización para la aplicación en el hospital de día. •

Consenso con el equipo asistencial. • Nomenclatura de la Manda. •

**CONCLUSIÓN:**

Utilizando las medidas anteriormente descritas se minimizan los riesgos del paciente y del personal sanitario, en el procedimiento de la paracentesis evacuadora.

**PALABRAS CLAVE:**

Paracentesis, riesgo, seguridad

**PÓSTER FÓRUM 4**

**NIVEL DE LIMPIEZA COLÓNICA Y CUMPLIMIENTO DE INSTRUCCIONES EN LA COLONOSCOPIA**

**AMBULATORIA**

Copado Herrera R, Bueno del Pino P, Pelado García EM, Torralbo Jurado J, Puente Gutierrez JJ, Rustarazo Franco Y ramoch@hotmail.com

Empresa Pública Hospital Alto Guadalquivir. Andújar

**RESUMEN:**

La gestión de la calidad precisa el análisis de la situación actual para la puesta en marcha de iniciativas de mejora.

#### **OBJETIVOS**

Analizar el perfil y limpieza colónica de los pacientes que acuden para realización de colonoscopia.

#### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Estudio observacional en 85 pacientes. La preparación fue dieta sin residuos 72 horas antes y polietilenglicol 4litros la tarde de antes. Se les informaba verbalmente y por escrito. La limpieza fue valorada siguiendo una escala numérica: (1) heces sólidas; (2) líquidas y sólidas no aspirables; (3) líquidas y sólidas aspirables; (4) líquidas; (5) colon limpio. La limpieza era inadecuada si  $\leq 2$ , intermedia si 3 y adecuada si  $\geq 4$ . Se realizó encuesta sobre el cumplimiento de la información recibida.

#### **RESULTADOS**

La colonoscopia se completó en el 88% de los casos. Del análisis de la encuesta se obtuvo que, aunque el 86% respondieron haber seguido correctamente todas las instrucciones, éste fue realmente así en el 55%. En promedio, la cantidad de polietilenglicol ingerido fue 3,9 litros, y se ingirió en 4,4 horas, pero el 14% lo hizo en un tiempo  $>50\%$  de lo estipulado. Sólo el 74,1% reconocieron haber leído las instrucciones y aunque el 92% aseguraron haber realizado la dieta correctamente, en realidad éste fue así en el 65%. Finalmente, el 85% dijeron haber entendido las instrucciones dadas y el 77% dijeron haber recibido suficiente información.

#### **CONCLUSIONES**

Las tasa de limpieza parecieron aceptables pero mejorables, lo que implicó la puesta en marcha de iniciativas para mejorar la cadena de información.

#### **PALABRAS CLAVE:**

Limpieza, colonoscopia, preparación, estudio

#### **PÓSTER FÓRUM 5**

#### **ENFERMEDAD CELIACA, ASPECTOS SOCIECONÓMICOS Y SOCIOSANITARIOS**

González Merino MR, Vicente Vázquez C, Soliño Fuentes L.

solondefarraputis@hotmail.com

Hospital Xeral. Vigo

#### **INTRODUCCIÓN/RESUMEN:**

La presencia de la Enfermedad Celiaca (EC) en los centros sanitarios tiene poca relevancia: los ingresos por su causa son escasos, lo que hace que la consideremos más como una condición del paciente que como una enfermedad en sí. Hablamos de una entidad clínica desconocida en su profundidad por los profesionales, a cuyo diagnóstico se llega después de un tiempo relativamente largo y tras haber descartado otras patologías.

En lo social la EC sigue siendo una patología poco conocida y poco visible en opinión de los afectados, por lo que nuestra intención es conocer, al margen de lo puramente clínico y asistencial, los aspectos socioeconómicos y sociosanitarios que afectan al desenvolvimiento ordinario de sus vidas.

#### **OBJETIVOS:**

- Conocer más sobre la Enfermedad Celiaca y sobre las dificultades sociales a las que debe hacer frente un paciente celiaco y sus familias.
- Divulgar entre los profesionales de enfermería los aspectos socioeconómicos y sociosanitarios de la enfermedad

#### **MATERIAL Y MÉTODO:**

- Búsqueda de información mediante revisión bibliográfica, bases de datos de enfermería, documental televisivo.
- Consenso con asociaciones de celiacos

#### **RESULTADOS/CONCLUSIONES:**

La Enfermedad Celiaca, socialmente invisible en nuestros días, lleva aparejadas a nivel socioeconómico y sociosanitario unas dificultades enormes y mayores que las de cualquier otra enfermedad crónica. Entre cabe destacar:

- La mayoría de los celiacos existentes en nuestro país están sin diagnosticar.
- El elevado precio de los alimentos sin gluten en comparación con los de consumo ordinario.
- La complicación de elaborar una dieta sin gluten.
- La ausencia de ayudas económicas institucionales.
- Legislación estatal y comunitaria inadecuada en materia de etiquetado.
- Falta de controles analíticos a los productos etiquetados sin gluten.

#### **Palabras Clave:**

Gluten, Celiaco, Celiaquía

Pausa café

Defensa a pie de póster

11:00-12:00 h.

### **PÓSTER 1**

#### **NUEVOS TRATAMIENTOS, NUEVOS RETOS. PROCEDIMIENTO DE ADMINISTRACIÓN DE INFLIXIMAB**

Ruiz Villagarcía C, Navaridas Berganzo A.

cororuz88@hotmail.com

Hospital Txagorritxu. Vitoria

#### **INTRODUCCION**

La Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) comprende un grupo de trastornos inflamatorios intestinales crónicos de etiología desconocida que incluye la colitis ulcerosa (CU) y la enfermedad de Crohn (EC). La CU afecta a la pared intestinal principalmente del recto y colon aunque a veces existen signos inflamatorios en el íleon terminal. La EC puede afectar a cualquier parte del tracto digestivo desde la boca al ano. En pacientes que no responden bien a los tratamientos habituales de corticoides y/o inmunosupresores se emplean tratamientos biológicos con anticuerpos Anti - TNF (Infliximab) Este tratamiento requiere un control exhaustivo durante la administración y un estrecho seguimiento de los signos y síntomas. Por los posibles efectos secundarios.

#### **OBJETIVO**

Elaborar un procedimiento de administración del Infliximab y un plan de cuidados estandarizado para la detección, vigilancia y control de efectos adversos de dicha medicación en pacientes en situación grave que requieren hospitalización.

#### **METODOLOGIA**

- 1.- Formación de un grupo de trabajo multidisciplinar
- 2.- Revisión bibliográfica.
- 3.- Determinación de pautas de actuación

#### **RESULTADOS**

Elaboración del procedimiento de administración de Infliximab

#### **CONCLUSIONES**

La estandarización y la simplificación en el uso de Infliximab a través de la elaboración y seguimiento de protocolos permite hacer uniformes los procesos.

Estandarizar la práctica enfermera en el uso de Infliximab es una herramienta para mejorar la seguridad de la atención que prestamos a nuestros pacientes, reduciendo la complejidad y permitiendo la valoración y seguimiento continuo del paciente durante y después del tratamiento

**Palabras Clave:** Infliximab, Enfermería, Administración, Seguridad.

### **PÓSTER 2**

**Nombre:** JOSE **Apellidos:** GONZALEZ CASTRO **Dirección:** AV. FRAGOSO Nº 87 1ºE **Código postal:** 36210

**Población:** VIGO **Provincia:** Pontevedra **País:** España **Teléfono fijo:** 986136826 **Móvil:** 654466223 **Correo electrónico:**

**Pertenencia a la AEEPD:** NO **Número de socio:** Centro Sanitario:

#### **BIOMEDICINA, MEDICALIZACION Y ENFERMERIA**

González Castro J, Salgado Álvarez C, Fontanas Fernández MP

jose.gonzalez.castro@sergas.es

C.H.U.V.I. VIGO

#### **INTRODUCCION-**

Biomedicina designa al sistema médico occidental. Predica la distinción cartesiana mente-cuerpo, concibiendo las enfermedades como entidades definidas y producidas por causas únicas.

Medicalización (Márquez y Meneu: 2003): "... Forma en el que el ámbito de la medicina moderna se ha expandido en los años recientes y ahora abarca muchos problemas que antes no estaban considerados como entidades médicas, como el ciclo reproductor y vital de la mujer, la vejez, la infelicidad, la soledad..."

La enfermería esta orientada en la convergencia de lo somática, emocional, psicológico y el contexto circunstancial.

#### **OBJETIVO**

Fomentar la reflexión sobre las repercusiones de la medicalización. Determinar algunos ámbitos donde enfermería pudiera atenuar la iatrogenia causada por la medicalización.

#### **MATERIAL Y METODOS**

Revisión bibliográfica.

#### **RESULTADOS**

En la medicalización muchos problemas sociales son tratados desde una perspectiva médica (muchos íntimamente relacionados: enfermedad con pobreza, paro, etc...).

La biomedicina enfoca un solo problema. Enfermería, por su contacto más estrecho, su visión integral holística, puede ayudar en la resolución sincrónica de varios problemas.

La medicalización conlleva lesiones iatrogénicas. Enfermería debería prevenir, detectando daños colaterales iatrogénicos, velando por el paciente.

La medicalización convierte todo en enfermedad. Aunque ciertos estadios de la vida no son enfermedad, sino un ciclo natural de la vida.

#### **CONCLUSION**

La sociedad comienza a reaccionar contra la medicalización. El progreso de la medicina y biotecnología producen efectos positivos en la salud. Pero también una serie de efectos secundarios inesperados como; aumento de iatrogenia (clínica-social-cultural), aumento exponencial de costos y demandas, generación de expectativas poco realistas, presiones de la industria farmacéutica, deshumanización, etc...

#### **PALABRAS CLAVE:**

Enfermería, medicalización, iatrogenia, Iván Illich

#### **PÓSTER 3**

##### **CHAGAS, UNA ENFERMEDAD DESCONOCIDA EN EUROPA**

Seguín Cid S, Soliño Fuentes L, Otero Fernández Á

Solondofarraputis@hotmail.com

Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. Vigo

#### **INTRODUCCIÓN**

En los últimos años, la emigración masiva de personas de América Latina a otras partes del mundo ha supuesto la importación de enfermedades endémicas que se desarrollan en el lugar de destino, donde son poco conocidas. Una de esas patologías es el Chagas una enfermedad a menudo mortal que daña el corazón y el sistema digestivo de las personas afectadas.

#### **OBJETIVOS**

- Conocer las características de la enfermedad
- Divulgar y dar a conocer esta enfermedad entre los profesionales de Digestivo
- Tomar conciencia de la nueva situación que supone la globalidad

#### **MATERIAL**

Revisión bibliográfica y entrevista con cooperantes sanitarios en el terreno.

#### **CONCLUSIONES**

Probablemente en nuestro medio la forma crónica digestiva de la enfermedad de Chagas está infra diagnosticada, pues sospechar patologías infrecuentes supone una dificultad añadida a un personal con escasa experiencia en su diagnóstico.

#### **PALABRAS CLAVE:**

#### **PÓSTER 4**

##### **ENFERMERÍA Y VISIONES HOLÍSTICAS.**

González Castro J, Salgado Álvarez C, Fontáns Fernández MP, Domínguez Carrera MR.

carlos.salgado.alvarez@sergas.es

CHUVI (XERAL) VIGO

#### **INTRODUCCIÓN**

Enfermería profesa un dogma de fe: nuestra profesión está orientada y fundamentada, en la práctica y en la teoría, por un enfoque holístico. La cuestión es: ¿cuál de las diferentes acepciones del término tomamos como válida?

#### **OBJETIVO**

- Presentar distintas acepciones de holismo.

- Motivar la reflexión sobre cómo repercute en enfermería la acepción de holismo que interpretemos como válida.

#### **MATERIAL Y MÉTODO**

Revisión bibliográfica

#### **RESULTADOS**

Enfoques del holismo (derivado del griego, significando: todo/entero/integro/completo):

Diccionario Real Academia Lengua Española: "Doctrina que propugna la concepción de cada realidad como un todo distinto de la suma de las partes que lo componen"

Funcionalista: "...diversos aspectos están interrelacionados...forman sistemas cuyas partes o actividades están directa o indirectamente relacionadas unas con otras y se afectan unas a otras"

Metodológico: sustentado por: "El todo es más que la suma de las partes (sinergia) y no puede reducirse a ellas; el todo determina la naturaleza de sus partes, las partes no pueden comprenderse si se estudian independientes del todo".

Conceder prioridad al todo sobre sus partes puede generar el problema de cómo debe describirse el todo

Procesual: conlleva adscripción a un conjunto preciso de opiniones epistemológicas y metodológicas (mental/comportamental-emic/etic-universalidad-diacronía/sincronía).

Omnicompresivo: centrado en el alcance de los temas estudiados

También utilizado como una nueva solución a un problema (tercera vía).

Otros: holismo confirmativo, semántico, etc.

#### **CONCLUSIÓN**

Los posicionamientos filosóficos confieren valor añadido a la enfermería. Permitirán proyecciones de futuro inalcanzables para otras disciplinas. Es por eso que debería fomentarse y facilitarse la aprehensión de los mismos.

#### **PALABRAS CLAVE:**

Investigación holística, holismo, visión holística

#### **PÓSTER 5**

##### **DÍA A DÍA EN EL SERVICIO DE DIGESTIVO**

Aldanas Sánchez E, Aparicio Zaldivar EG, Barroso Pellico JA, Bielsa Corrochano S, Fernández García CM, Fernández Moreno O, García Hernández M, González Pozuelo A, Heredia Reina MP, Llamazares Feliz L, Lozano Pérez N, Martín Luengo Lorente MD, Muñoz de la Fuente MM, Sánchez Talavante C, Toledano Solano A.

vakas1@hotmail.com

Hospital Universitario de Fuenlabrada. Fuenlabrada

#### **INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:**

En el 2004 nace en El Hospital de Fuenlabrada el servicio de Digestivo compartiendo unidad con las siguientes especialidades médicas: Oncología, Hematología, Cardiología y Medicina Nuclear.

En estos cuatro años ha habido mucha movilidad de personal de Enfermería por lo que se hace necesaria la unificación de criterios referente a la preparación para pruebas diagnósticas y procedimientos terapéuticos.

Objetivos: Elaboración de un póster que unifique criterios y dar unos cuidados óptimos.

#### **MATERIAL Y METODOS:**

Revisión bibliografía y de los protocolos elaborados en el servicio de digestivo y radiología del hospital.

#### **RESULTADOS:**

Conseguimos elaborar un póster con los cuidados básicos de enfermería antes y después de las diferentes pruebas diagnósticas y procedimientos terapéuticos del servicio de digestivo.

#### **CONCLUSIONES:**

Los cuidados unificados y la guía del póster nos incrementa la seguridad y minimiza los riesgos para el paciente.

Guía práctica eficaz tanto para el personal de nueva incorporación como para el personal de la planta.

#### **PALABRAS CLAVE:**

Cuidados Unificados - Preparación de pruebas - Guía de cuidados

#### **PÓSTER 6**

##### **BIEN PREPARADOS**

Galán Sánchez- Heredero MJ, Sepúlveda Segovia MA, Atienza Tomeo MR, Romero Sánchez MN, Rodríguez Ceballos A, Ramírez Rodríguez V

nromero.hlpr@salud.madrid.org

Hospital de la Princesa. Madrid

**RESUMEN:**

La incorporación de nuevos profesionales en la Unidad, y la realización de nuevas pruebas diagnósticas, hacen necesaria la realización de una guía / cartel, para unificar criterios de actuación.

**OBJETIVO:**

Realizar una guía de procedimientos y planes de actuación, de las diferentes pruebas diagnósticas específicas del Servicio de Digestivo, donde se reflejen los cuidados previos / posteriores y posibles complicaciones, derivadas de las mismas. Con el fin de mejorar la calidad asistencial, unificar criterios y fomentar la protocolización de cuidados.

**MATERIAL Y MÉTODO:**

Revisión bibliográfica.

Elaboración del texto y diseño gráfico.

Presentación y validación de la guía / cartel a nivel institucional.

**CONCLUSIÓN:**

El resultado es la unificación de criterios de actuación a nivel de enfermería, consiguiendo una mejor calidad asistencial.

**PALABRAS CLAVE:**

Guía, cuidados, calidad

**PÓSTER 7****POR SU SEGURIDAD**

López Pérez X, Rodríguez Martínez MJ, Soliño Fuentes L.

xanlopez@hotmail.com

Hospital Xeral. Vigo

**INTRODUCCIÓN:**

Los actos sanitarios tienen por objetivo evidente beneficiar a los usuarios, pero la complicada conjunción de procedimientos, tecnologías e interacciones humanas supone un riesgo inherente en la producción de eventos adversos, daños no intencionados provocados por el acto sanitario más que por el proceso nosológico en sí, o lo que es lo mismo, acontecimiento asociado al proceso asistencial que supone consecuencias negativas para el paciente.

Según el informe ENEAS los hospitales españoles presentan un porcentaje de EAs del 9,3 %, de los cuales el 31% prolonga aproximadamente una media de 7 días la estancia hospitalaria del paciente.

Por todo esto, mejorar la seguridad de los pacientes se convierte en estrategia prioritaria en las políticas de calidad de los sistemas sanitarios.

**OBJETIVOS:**

- Conocer más sobre las estrategias que a nivel institucional se planean para mejorar la seguridad/calidad
- Contribuir a divulgar dichas estrategias y por ende una cultura de la seguridad

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

- Revisión bibliográfica

**CONCLUSIONES/RESULTADOS:**

La mejora de la calidad de la atención y la seguridad del paciente es un proceso continuado, que requiere cambios permanentes en nuestra forma de trabajar y de organizarnos. Todos los actores que participamos en el proceso sanitario, paciente, profesional, institución y entorno sociocultural, somos responsables de mejorar la calidad de esta experiencia. Y aunque los EAs resulten inherentes a la atención sanitaria, los estudios realizados demuestran que muchos de ellos son evitables, por lo que incidir en medidas que disminuyan su riesgo es de vital importancia.

**PALABRAS CLAVE:****PÓSTER 8****SALUD Y ENFERMEDAD: PERSPECTIVA TRANSCULTURAL.**

Salgado Álvarez C, González Castro J, Fontáns Fernández MP.

carlos.salgado.alvarez@sergas.es

CHUVI (HOSPITAL XERAL) VIGO

**INTRODUCCIÓN**

La globalización conlleva un elevado movimiento migratorio internacional. Con mayor frecuencia, cuidaremos pacientes, cuyas concepciones de salud y enfermedad difieren de las nuestras. Así lo que en algunas culturas pertenece a las categorías de salud, en otras pertenece a las de enfermedad. La clave está en la relación de los

términos salud/enfermedad con los de normalidad/anormalidad, consideradas en una misma esfera cuando en realidad no lo están.

#### **OBJETIVO**

Presentar estrategias sobre la interpretación cultural de salud y enfermedad

#### **MATERIAL Y MÉTODO**

Revisión bibliográfica

#### **RESULTADO**

García García: la enfermedad es un fenómeno complejo tridimensional, abordado por la medicina desde indicadores patológicos, que los enfermos transforman en signos sociales y relacionados simbólicamente con otras dimensiones de la vida social.

Ackerkent presenta una taxonomía para clasificar lo normal y lo patológico desde nuestro punto de vista (heteronormal/heteropatológico) y desde "los otros" (auto normal y auto patológico).

Laplantine: la enfermedad como "(...) experiencia aprendida e informada por modelos sociales tanto en nuestra sociedad como cualquier otra (...)"

Según Leininger la salud o bienestar puede predecirse a partir de las dimensiones epistemológicas u ontológicas de los cuidados culturales.

#### **CONCLUSIÓN**

Bibliográficamente existe mayor dificultad para definir salud (sólo se encuentran elementos de acercamiento ante su pérdida) que enfermedad (consistente en una forma de clasificar un conjunto de hechos significativos en una cultura que no depende de condiciones objetivas). En definitiva son cultura y sociedad los máximos definidores de enfermedad o nivel de normalidad biológica.

El "etnocuidado" debería orientar nuestro trabajo en nuestra sociedad ya pluricultural.

#### **PALABRAS CLAVE:**

Enfermería transcultural, cuidados culturales, modelo Sunrise, etnoenfermería,

#### **PÓSTER 9**

#### **PLURALISMO ASISTENCIAL Y ENFERMERÍA.**

Salgado Álvarez C, González Castro J, Fontáns Fernández MP.

carlos.salgado.alvarez@sergas.es

CHUVI (HOSPITAL XERAL) VIGO

#### **INTRODUCCIÓN**

Según Perdiguero, se entiende por pluralismo asistencial al "(...) fenómeno de la utilización por parte de la población de instancias asistenciales y terapéuticas diferentes de las oficialmente reconocidas". Nos replanteamos la posición de la enfermería profesional en este marco.

#### **OBJETIVO**

Analizar las motivaciones positivas que inducen al uso en occidente del pluralismo asistencial bajo una perspectiva enfermera.

#### **MATERIAL Y MÉTODO**

Revisión bibliográfica

#### **RESULTADOS**

Tras el análisis de las motivaciones positivas que inducen a la población al uso del pluralismo asistencial, nos encontramos con algunas que pueden ser consideradas como dimensiones o características implícitas de la enfermería, como son: empatía con los terapeutas, mucho contacto humano y poca tecnología, énfasis en el enfoque holístico del individuo, dimensión espiritual, contacto con lo natural, rol activo del paciente y! control sobre el tratamiento. Otras como, congruencia filosófica, suficiente tiempo para la interacción, fácil acceso y experiencia terapéutica agradable, parecen darse con mayor frecuencia en la relación ENFERMERÍA/PACIENTE que con otras categorías profesionales.

#### **CONCLUSIÓN**

Creemos firmemente que la herencia teórica y filosófica enfermera (ya sea estudiada a través de filosofías, modelos, teorías, tendencias o escuelas) permite a la enfermería aproximarse con mayor facilidad, que otras categorías profesionales sanitarias, al pluralismo asistencial y por ende a las hoy denominadas como Medicinas Alternativas, Complementarias o Tradicionales.

**PALABRAS CLAVE:**

Pluralismo asistencial, Medicina tradicional, Medicina complementaria

**PÓSTER 10****GASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA PERCUTANEA (PEG).**

Álvarez Repolla FJ, García Fernández AM, Párraga Martínez J, Moreno Egea E, Parra Parra J, Gramatunova Fernández M, Arjona Ramírez C.

currofjar@hotmail.com

Hospital Universitario Morales Meseguer. Murcia

**INTRODUCCIÓN:**

Son varias las especialidades y el personal que van a intervenir en la prescripción y realización de PEG, así como en el seguimiento del paciente.

En nuestro hospital la PEG se realiza en el Servicio de Aparato Digestivo, interviniendo tanto la Unidad de Hospitalización como la Unidad de Endoscopias. El seguimiento del paciente será realizado por la Unidad de Endoscopias y la Unidad de Nutrición. La decisión de realizar una PEG puede venir determinada desde cualquier servicio.

Es por todo esto que se hace necesaria la implantación de un circuito protocolizado que permita saber en cada momento del proceso quien interviene, cómo interviene y cuales son los pasos que continúan el proceso.

**OBJETIVO:**

Establecer un circuito que facilite la coordinación entre los servicios que intervienen en el proceso, disminuyendo el riesgo de cometer errores de coordinación que conllevarían a un mal seguimiento del paciente.

Material y método:

Partiendo de los protocolos para PEG de la Unidad de Endoscopias, Unidad de Hospitalización de Aparato Digestivo y la Unidad de Nutrición, elaboramos un circuito que contempla las actuaciones y cuidados de enfermería en las distintas fases del proceso y que interconexiona las distintas Unidades participantes.

**CONCLUSIONES:**

El definir y establecer circuitos en los diferentes procesos asistenciales debe garantizar una mejor coordinación entre servicios, disminuyendo la posibilidad de cometer errores y, por tanto, el riesgo para el paciente al que debemos administrar los cuidados de enfermería en cada fase del proceso asistencial.

**PALABRAS CLAVE:**

Gastrostomía endoscópica percutánea. Circuito PEG

**PÓSTER 11****SEMIOLOGÍA DE LAS HECES**

Vila Fernández D, Soliño Fuentes L.

solondefarraputis@hotmail.com

Hospital Xeral. Vigo

**INTRODUCCIÓN**

El diccionario María Moliner de uso del español define la semiología/semiótica como "la parte de la medicina que estudia los síntomas y su utilización para diagnosticar". De esta y otras definiciones (Diccionario de la Lengua Española, Real Academia Española: "Parte de la medicina que trata de los signos de las enfermedades desde el punto de vista del diagnóstico y del pronóstico") podemos inferir que esta rama de la ciencia se ocupa de la identificación de las diversas manifestaciones objetivas (signos) en las que se presentan las enfermedades, de su búsqueda (semiotecnica) e interpretación (clínica semiológica); convirtiéndose así en un pilar fundamental en la práctica clínica y asistencial.

Es en la tercera parte de nuestra definición (la interpretación, la clínica semiológica) en la que nos vamos a centrar para describir el producto fecal (las heces) atendiendo a tres de sus características organolépticas: color, olor y consistencia.

**OBJETIVOS:**

- Recoger una colección de características básicas de tipos de heces que nos sirvan a la hora de su identificación.
- Aumentar la capacitación del personal de Enfermería en la valoración de heces.
- Homogeneizar conocimientos y términos.
- Elaborar una guía estandarizada como instrumento de consulta para el personal de Enfermería.

Material y métodos.

- a. Recurso material: revisión bibliográfica y fotografías.
- b. Recurso humano: pacientes ingresados en el Hospital Xeral-Cies.

Conclusión/Resultados:

Lograr una mejor identificación de los diferentes tipos de deposición, homogeneizando y aumentando los conocimientos del personal de enfermería. Propiciando la elaboración de una guía que reforzará la información al personal de Enfermería.

**Palabras Clave:** Heces, semiología, deposición

## **PÓSTER 12**

### **LA CONFIANZA, UN VALOR EN LA RELACIÓN PROFESIONAL-USUARIO**

Díaz Rodríguez JM, Soliño Fuentes L, Otero Fernández A, Seguíñ Cid S  
solondefarraputis@hotmail.com

Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. Vigo

#### **INTRODUCCIÓN:**

La confianza es un aspecto central en la relación entre personas y aún más en la relación que se establece entre el profesional sanitario y los usuarios de los sistemas de salud. En los tiempos que corren donde, citando a la filósofa Onora O'Neill, "la pérdida de confianza se ha convertido en la norma imperante", merece la pena pararse a reflexionar sobre este concepto y su influencia en nuestro trabajo.

#### **OBJETIVOS:**

- Conocer más acerca del concepto de confianza y su relación con el trabajo sanitario.
- Redefinir el valor de la confianza en un nuevo concepto de relación basada en el respeto a la autonomía de los pacientes.

#### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

Revisión bibliográfica y discusión

#### **CONCLUSIONES:**

Lo poco que conocemos sobre la confianza permite aventurar que el estudio y la medida de la misma pueden resultar muy eficientes en una mejor gestión de las relaciones profesional-paciente, entre profesionales y entre ciudadano y Administraciones Sanitarias.

Confiar en los sistemas sanitarios y en sus profesionales implica tener un buen concepto de los mismos. Es por ello muy importante identificar los factores que promueven confianza, y favorecer el desarrollo de los mismos.

La construcción de confianza sanitaria precisa de:

1. comunicación
2. Coherencia
3. Compromiso
4. Transparencia

**Palabras Clave:**

## **PÓSTER 13**

### **BASE DE DATOS DE LA UNIDAD DE SANGRANTES DEL HOSPITAL VALL D'HEBRON**

María José Martínez Rodríguez  
mjampa@gmail.com

Hospital Vall d'Hebron. Barcelona

#### **OBJETIVO**

Describir los resultados de la base de datos del periodo de 1999 a 2007.

Identificar problemas de registro.

#### **MATERIAL Y MÉTODOS**

En la Unidad de Sangrantes hemos registrado durante 16 años parámetros diferenciadores de cada paciente con hemorragia digestiva grave.

Población diana: Todos los pacientes ingresados en la Unidad de Sangrantes en los años descritos en el objetivo.

Libro de registro de enfermería.

Hoja de alta de enfermería.

Historia clínica del paciente.

Base de datos en formato Access.

### **RESULTADOS**

Un total de 5648 pacientes, cuya estancia media ha sido de 3.24 días. El 67% son hombres y el 33% mujeres. 4,56% de edad comprendida entre 15 y 30 años; el 19,90% entre 31 a 50; y el 75,54% entre 51 y 99 años.

El 3,59% tuvieron que ser intervenidos para solucionar la hemorragia y el 2,1% causaron exitus. El principal motivo de ingreso son Ulcus (39,85%) seguido de Varices esofágicas y gástricas (23,08%)

### **CONCLUSIONES**

Esta base de datos nos ha servido para resumir en forma de gráficos o porcentajes las características de los pacientes ingresados en la unidad, pudiendo ser el motor de estudios u otras aplicaciones

Un buen registro facilita la práctica enfermera y de esta manera conocemos la situación histórica y actual de la unidad

La base de datos supone disponer de estos recursos para posterior utilización en estudios, creación o modificación de estrategias para definir mejores aspectos que la podrían hacer más significativa

### **PALABRAS CLAVE:**

Base de datos, Unidad de Sangrantes, Hemorragia digestiva.

### **POSTER 14**

#### **MEJORA DE LA GUÍA DE ACOGIDA DEL HOSPITAL DE DÍA DE HEPATO-DIGESTIVO.**

Alavedra Domènech E, Paños Martínez M, Vivancos Sesma H.

mpanos@tauli.cat

Corporación Sanitaria Parc Taulí Sabadell

#### **INTRODUCCIÓN:**

Uno de los objetivos del año 2007 del Hospital de Día de Hepato-Digestivo fue la elaboración de una Guía de Acogida específica para el personal de nueva incorporación.

La guía incluye los siguientes apartados:

1. Ubicación / equipamiento.
2. Equipo asistencial.
3. Organización de la actividad asistencial
  - 3.1. Atención continuada
  - 3.2. Atención programada
  - 3.3. Atención telefónica
4. Descripción de la actividad asistencial.

En nuestro hospital Corporación Sanitaria Parc Taulí existe una amplia información referente a los riesgos laborales.

1. Evaluación de riesgos según el lugar de trabajo: consultas externas, hospitalización, cirugía...
2. Manual de Acogida a la Corporación Parc Taulí, donde se incluye un apartado de prevención.
3. Protocolo para la prevención a exposiciones accidentales con muestras biológicas.

Incluir información sobre los riesgos laborales específicos de cada unidad complementaría la guía de acogida y mejoraría los conocimientos del personal de nueva incorporación. Utilizamos prevención estándar, pero no las medidas de protección adecuadas para riesgos biológicos específicos.

#### **OBJETIVOS:**

Ampliar la guía de acogida incluyendo los riesgos laborales que se pueden dar en el ámbito de consultas externas de Hepato-Digestivo.

Asegurarnos que el personal conozca y utilice las medidas de prevención y protección de riesgo biológico.

#### **MATERIAL Y MÉTODO:**

- Guía de acogida del Hospital de Día de Hepato-Digestivo.
- Protocolo para la prevención a exposiciones accidentales con muestras biológicas.
- Evaluación de riesgos según al lugar de trabajo.
- Manual de acogida a la Corporación Parc Taulí.
- Encuesta al personal de los hospitales de día.

#### **DISCUSIÓN:**

Sensibilizar a todo el personal con más información sobre las medidas de prevención para disminuir los riesgos laborales.

**PALABRAS CLAVE:**

Guía, prevención, riesgos biológicos

IV SESION COMUNICACIONES ORALES

**Modera: Ana Estévez Álvarez. Subdirectora de enfermería do CHUVI (Meixoeiro)**

**Comunicación Oral 12****CALIDAD PERCIBIDA Y EXPECTATIVAS DEL USUARIO. GRUPO FOCAL.**

Álvarez Soto C, Román Martín D, López Arquillos MA, Berenguel Gil IS.

cristina.alvarez.sspa@juntadeandalucia.es

C.H. Torrecárdenas. Almería

**OBJETIVOS:**

- 1- Conocer las expectativas de los ciudadanos respecto a los servicios ofertados por las enfermeras de las unidades de hospitalización del Complejo Hospitalario Torrecárdenas.
- 2- Conocer la calidad percibida por los usuarios durante su estancia y la atención recibida por parte de las enfermeras en unidades de hospitalización del Complejo Hospitalario.

**METODOLOGÍA:**

La subdirección enfermera de hospitalización propuso realizar grupos focales que incluyeran pacientes y familiares de las áreas de hospitalización. Realizándose un taller formativo en Metodología de Grupo Focal, en colaboración con la Fundación Index. Las grabaciones fueron transcritas literalmente y posteriormente sometidas a análisis cualitativo agrupando contenidos por categorías. Las categorías establecidas corresponden con las propuestas del servqual. "El modelo servqual es de los más utilizados para estudios de calidad percibida y ha sido adaptado específicamente para su utilización en el sector sanitario. Por este motivo ha sido seleccionada sobre la atención a la salud que reciben en el hospital y en el centro de especialidades. Dimensiones mínimas para el análisis: accesibilidad, comunicación, cortesía, competencia, capacidad de respuesta, seguridad y fiabilidad".

**RESULTADOS:**

En todas las dimensiones la percepción que manifiestan los participantes es buena, se detectan áreas de mejora sobre todo en las dimensiones de accesibilidad y seguridad.

**CONCLUSIONES:**

La Técnica de grupo focal permite desde un enfoque "micro" reproducir el discurso ideológico cotidiano de los usuarios de tal forma que por una parte proporciona nueva información sobre sus expectativas y percepciones y por otra objetiva de manera científica lo que antes eran conjeturas o suposiciones.

**Palabras Clave:** "grupo focal en enfermería" "calidad percibida en enfermería"

**Comunicación Oral 13****LLAMADA TELEFÓNICA: INTERVENCIÓN ENFERMERA EN LA PREPARACIÓN MECÁNICA DEL COLON.**

Bueno del Pino P, Pelado García EM, Torralbo Jurado J, Copado Herrera R, del Río Jonquera MD, Moreno Corral S, Puente Gutiérrez JJ, Rustarazo Franco Y.

pbueno@ephag.es

Empresa Pública Hospital Alto Guadalquivir. Andújar

**OBJETIVOS**

Analizar si la llamada telefónica al paciente como intervención de enfermería los días anteriores a la colonoscopia influye en la limpieza colónica. Analizar variables asociadas a una limpieza adecuada o inadecuada.

**MATERIAL Y METODOS**

Estudio prospectivo en 169 pacientes ambulatorios citados para colonoscopia. La pauta de preparación fue dieta sin residuos 72 horas antes y polietilenglicol 4 litros la tarde antes. La muestra se aleatorizó en dos grupos: (A) 85 pacientes fueron informados de esta pauta el día que se solicitó la colonoscopia; (B) 84 pacientes recibieron además una llamada telefónica de la enfermera 72 horas antes de la prueba. La limpieza del colon fue valorada por el endoscopista (simple ciego) siguiendo una escala diferenciada para colon derecho e izquierdo. Se pasó una encuesta sobre el cumplimiento de preparación y otros indicadores de calidad.

**RESULTADOS**

En el grupo B la proporción de pacientes con limpieza adecuada fue mayor (66 vs 40%;  $p < 0.001$ ). El NNT fue de 4 (IC 95%: 3-10). La proporción de pacientes con limpieza inadecuada fue menor (28.5 vs 10.7%;  $p = 0.002$ ). El grupo B hizo mejor la dieta sin residuos. Fueron variables predictoras de una limpieza inadecuada: no haber seguido correctamente

la dieta, tener riesgo anestésico ASA III-IV, no haber sido telefonado y no ser colonoscopia de control.

#### **CONCLUSIONES**

La intervención enfermera justo los días anteriores a la colonoscopia consiguió mejorar la limpieza colónica asociada a un seguimiento más estricto de la dieta sin residuos. Esta estrategia puede ser coste-efectiva dado su reducido NNT.

**Palabras Clave:** Llamada telefónica, intervención enfermera, colonoscopia

#### **Comunicación Oral 14**

#### **APORTACIÓN DE ENFERMERÍA EN EL CONSEJO GENÉTICO DE GRUPOS DE ALTO RIESGO PARA EL DESARROLLO DE CÁNCER COLORRECTAL.**

Ocaña T1, Balaguer F2, Castells A2, Gonzalo V2, Giráldez MD2, Comallonga T3.

MOCANA@clinic.ub.es

1Enfermera de la Clínica d'Alt Risc de Càncer Colorectal, Servicio de Gastroenterología, Institut de Malalties Digestives i Metabòliques, Hospital Clínic de Barcelona, CIBEREHD, Universitat de Barcelona; 2Clínica d'Alt Risc de Càncer Colorectal, Servicio de Gastroenterología, Institut de Malalties Digestives i Metabòliques, Hospital Clínic de Barcelona, CIBEREHD, Universitat de Barcelona; 3Jefa de Enfermería de l'Institut Clínic de Malalties Digestives i Metabòliques, Hospital Clínic de Barcelona

#### **INTRODUCCIÓN:**

El cáncer colorectal (CCR) es uno de los tumores más prevalentes en nuestro medio y la segunda causa de muerte por cáncer. Paradójicamente, se trata de una de las neoplasias que más se puede beneficiar de medidas preventivas.

El Hospital Clínic de Barcelona puso en marcha, a principios del año 2007, un nuevo modelo asistencial dirigido a la atención específica y especializada de las personas con un riesgo incrementado para el desarrollo del CCR: la Clínica de Alto Riesgo de Cáncer Colorectal (CAR-CCR).

Este dispositivo asistencial esta formado por un equipo multidisciplinar coordinado desde el Servicio de Gastroenterología por dos médicos y una enfermera. Una de las principales funciones de la enfermera es la realización de la primera visita del Consejo Genético.

#### **OBJETIVO:**

Evaluar la aportación de enfermería en la realización de la primera visita de Consejo Genético en el contexto de una CAR-CCR.

#### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

Esta primera visita se realiza a personas derivadas desde Atención Primaria por tener antecedentes familiares de CCR. Se trata de una visita de aproximadamente 30' protocolizada de la siguiente manera: 1) conocer el origen y motivo de la consulta; 2) exponer los objetivos de la visita; 3) valorar la percepción del riesgo; 4) elaborar el árbol genealógico; 5) describir el papel de la herencia en la predisposición a CCR; 6) establecer el grupo de riesgo en base a los antecedentes familiares y/o personales; 7) informar sobre las medidas de prevención y detección precoz; 8) realizar una educación sanitaria en relación a estilos de vida saludables; 9) informar, si es preciso, de la necesidad de realizar estudios moleculares en el tumor (inmunohistoquímica o inestabilidad de microsátélites) y solicitarlos (tras la obtención del consiguiente consentimiento informado); y 10) valorar la necesidad de soporte psicológico.

#### **RESULTADOS:**

Durante el periodo junio 2007-marzo 2008, la enfermera ha realizado 101 primeras visitas según el protocolo establecido.

Conclusiones: El profesional de enfermería posee los conocimientos y las habilidades precisas para realizar la primera visita de Consejo Genético: informar y recoger la información necesaria para realizar un correcto asesoramiento de la probabilidad que puede tener la persona de desarrollar CCR en relación a sus antecedentes personales y/o familiares, recomendar las medidas preventivas más adecuadas en cada caso, y promover estilos de vida saludables.

**Palabras Clave:** enfermera, Consejo Genético, cáncer colorectal, prevención.

#### **Comunicación Oral 15**

#### **BENEFICIOS DE LA MUSICOTERAPIA EN LA MANOMETRÍA ESOFÁGICA.**

Villanueva Treviño A.

angela40es@yahoo.es

H. La Paz. Madrid

#### **INTRODUCCION:**

El miedo a lo desconocido durante exploraciones diagnóstico-terapéuticas, se manifiesta en el paciente mediante un

estado de ansiedad, que puede ser reducida o eliminada con tratamientos farmacológicos. En el caso de las pruebas funcionales no podemos recurrir a estos métodos, ya que necesitamos la mayor colaboración posible por parte del paciente.

Para realizar un óptimo estudio funcional, el estado físico y psicológico del paciente en el momento de la prueba, se debe asemejar a lo que para él es normal y cotidiano. Es por esto que debemos reducir la ansiedad recurriendo a técnicas de empatía y creando un ambiente agradable.

Según bibliografía consultada de la National Association for Music Therapy (NAMT), la musicoterapia es el uso de la música en la consecución de objetivos terapéuticos: la restauración, el mantenimiento y el acrecentamiento de la salud tanto física como mental.

La clasificación de intervenciones de enfermería (Nursing Interventions Classification, NIC) establece como intervención enfermera la terapia musical y la define como la "utilización de la música para ayudar a conseguir un cambio específico de conductas, sentimientos o a nivel fisiológico".

En nuestro caso, analizaremos el impacto de la musicoterapia en la realización de la manometría esofágica.

#### **OBJETIVOS:**

- Analizar si el nivel de ansiedad disminuye durante la realización la Manometría esofágica, usando la musicoterapia como elemento distractor.
- Explicar sobre qué pacientes atendidos en nuestro hospital es más efectiva, si lo es.

#### **MATERIAL Y METODOS:**

- Equipo multidisciplinario compuesto por una enfermera del Servicio de Digestivo del Hospital de la Paz, con colaboración de la Supervisora de la Unidad y un médico residente pertenecientes al mismo Servicio, y una psicóloga del Área de Cuidados Paliativos del mismo Hospital.
- Área de trabajo: Unidad de Pruebas Funcionales del Hospital de la Paz.
- La muestra de pacientes tomada, incluye a aquellos que se realizaron una manometría esofágica en la unidad de pruebas funcionales del Hospital de la Paz, en un periodo de cuatro meses: de noviembre del 2007 a febrero de 2008

#### **RESULTADOS:**

- De un total de 46 pacientes que se realizaron la Manometría esofágica, 6 quedaron excluidos del estudio por haber ingerido las 72 horas previas a la exploración algún tipo de fármaco ansiolítico.
- De los 40 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión, a 26 se les realizó la prueba con música y a 14 sin ella; todos ellos con asignación de grupo al azar.
- Constantes vitales (tensión arterial y frecuencia cardiaca) antes y después de la prueba: en pacientes con música aumentaron en un 7'7% y disminuyeron en un 42'3%. Sin música, aumentaron en un 35'7% y disminuyeron en un 28'5%
- Encuesta de ansiedad antes y después de la prueba: en pacientes con música aumentó en un 15'4%, disminuyó en un 23'6% y se mantuvo constante en un 61%. Sin música, aumentó en un 14'3%, disminuyó en un 50% y se mantuvo constante en un 35'7%.
- El 73% de los pacientes a los que se les realizó la manometría esofágica con música, manifestó verbalmente que ésta, les ayudó a encontrarse más tranquilos y a tolerar mejor la prueba.

#### **CONCLUSIONES:**

Consideramos que la musicoterapia es beneficiosa para la realización de pruebas diagnóstico-terapéuticas cuando el tipo de intervención requiere de colaboración plena del paciente, ya que promueve la relajación y disminuye el estrés durante la misma, siendo un método sencillo y poco costoso.

**Palabras Clave:** Manometría esofágica, paciente, musicoterapia, ansiedad, profesional de enfermería

PONENCIA 2

**Moderador:** Francisco Álvarez Aragón. Enfermeiro do Traballo UPRL/Técnico Superior de PRL do CHUVI

6/6/2008 MAÑANA

12:00-12:30 h

["Cómo identificar el riesgo en la práctica enfermera. Estudio ENEAS"](#)

4. Víctor del Campo Pérez.

- Epidemiólogo
- Jefe de Sección Medicina Preventiva del Meixoeiro. CHUVI
- Profesor asociado a la Escuela de Enfermería del Hospital Meixoeiro

12:30-13:00 h.

**Modera: Tania Medal Conde. Enfermeira no CHUVI**

POENCIA 3

6/6/2008 MAÑANA

**“Cómo evitar los errores en la práctica enfermera”**

5. M<sup>a</sup> Antonia Muñoz Mella.

- Directora de Enfermería POVISA
- Experta en Calidad

13:00-14:00 h.

V SESION COMUNICACIONES ORALES

**Modera: Tania Medal Conde. Enfermeira no CHUVI**

**Comunicación Oral 16**

**MONITORIZACIÓN DE LA CALIDAD EN LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA: DESARROLLO DE INDICADORES EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DE DIGESTIVO RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD CLÍNICA**

Romero Hidalgo JA., Raya Muñoz A., González Aquilino A., González Pérez A., García Cabello J.,

jrh\_\_@hotmail.com

Hospital Virgen Macarena. Sevilla

**INTRODUCCIÓN:**

Nuestro Área Hospitalaria, se planteó que había muchos aspectos de cuidados que repercutían directamente en la calidad asistencial. A la hora de definir esta calidad nos encontramos que no teníamos elementos suficientes para valorar el grado de la calidad y de la “no calidad”. Por tanto, para no seguir valorando estos elementos de una manera empírica, se introdujo como objetivos y línea estratégicos el diseño y desarrollo de Indicadores de ciertos aspectos de la calidad.

**OBJETIVOS:**

- Diseñar indicadores que permitan monitorizar la evolución de ciertos aspectos de calidad de los cuidados
- Poder tener elementos objetivos que nos indiquen con que grado de seguridad clínica estamos trabajando
- Conociendo estos parámetros, poder incidir en ellos, mejorando los elementos de no calidad que repercuten de manera importante en la seguridad

**MATERIAL Y METODO:**

Desde la Dirección de enfermería se lleva a cabo sesiones formativas sobre el diseño y manejo de indicadores para los Mandos intermedios. Igualmente se incluyen los indicadores como objetivos estratégicos de la dirección, vinculados incluso a Incentivos.

Mediante la parrilla recomendada por Fundación Abedis Donabedian, se diseñan las fichas técnicas de los distintos indicadores, a saber: Flebitis, Caídas y UPP.

Igualmente se diseñan los distintos registros que van a soportar las distintas mediciones que se realizan de los indicadores propuestos.

Periódicamente se analizan los datos y se publican en el cuadro de mando correspondiente.

**RESULTADOS:**

El resultado más llamativo es que se ha creado una conciencia, que no existía, sobre la necesidad de poner en marcha sistema de medición y de monitorización de ciertos aspectos que afectan a la calidad de los cuidados de enfermería.

En nuestra unidad estamos en condiciones de poder aportar datos del año 2007 y 2º semestre del 2006, acerca de la medición de los indicadores propuestos.

**CONCLUSIONES:**

La calidad no puede expresarse de forma empírica. Los datos y las mediciones cuantitativas nos acercan al conocimiento de la realidad. Lo que no se mide no se conoce. Por todo ello la obtención de resultados que hemos obtenido, y por tanto el conocimiento de la realidad, nos pone en camino de realizar acciones de mejoras que redunden la seguridad del paciente.

**Palabras Clave:** Indicadores, Control de calidad, calidad en cuidados

**Comunicación Oral 17**

**UNIDAD DE DIA: MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL EN PACIENTE CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL. CASO CLÍNICO**

14:00

COMIDA DE TRABAJO

16:00-18:00 h.

TALLER 2

**Modera: Severino Seguin Cid. Enfermeiro no CHUVI**

**“Rol del paciente en la prevención de eventos adversos”**

6. Servando Pérez Domínguez.

- Facultad de Ciencias de la Educación. Universidad de Santiago de Compostela

18:00-19:00

TALLER 3

Avances en Endoscopia Digestiva. Nuevos productos.

21:00

CENA DE GALA

SABADO, 7 DE JUNIO 2008

10:00-10:30 h

PONENCIA 4

**Modera: Carlos Salgado Álvarez. Enfermeiro no CHUVI**

**“El efecto “iceberg” del cuidado enfermero”**

7. Benjamín Porto

- Enfermero.

- Sociólogo.

- Profesor asociado a la Universidad de Vigo.

10:30-11:30

ASAMBLEA AEEPD

11:30-12:00 h.

Pausa café

12:00-12:30 h.

PONENCIA 5

**Modera: José González Castro. Enfermeiro no CHUVI**

**“Pasos para mejora la seguridad. Factores que influyen en las decisiones judiciales. sumarios, etc. de los errores sanitarios”**

8. José Manuel Couñago Garrido.

- Magistrado-Juez del Juzgado de 1ª Instancia Nº 6 de Vigo

12:00-13:30 h.

CONFERENCIA CLAUSURA

**Modera: José González Castro. Enfermeiro no CHUVI**

**“Exposición de casos actuales de denuncias a enfermería: proceso, repercusiones y consecuencias”**

9. Javier Pérez Estévez

- Abogado Especialista en Derecho Sanitario del Colegio de Enfermería de Vigo

13:30-14:00 h.

Lectura de Conclusiones por el Comité Científico

Acto de Clausura

14:00 h.

APERITIVO DE DESPEDIDA