

Cómo citar este documento

Rodríguez Alonso, J; Plaza del Pino, FJ; Puentes Sánchez, J. Cirugía Bariátrica y Atención Integral de Enfermería. Biblioteca Lascasas, 2006; 2(3). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0165.php>

Cirugía Bariátrica y Atención Integral de Enfermería

Joaquina Rodríguez Alonso¹, Fernando Jesús Plaza-del Pino², José Puentes Sánchez³

¹Enfermera del C. H. Torrecárdenas. Almería

²Licenciado en Enfermería. Doctorando en el Programa de Cultura de los Cuidados del Departamento de Enfermería de la Universidad de Alicante. Enfermero del C. H. Torrecárdenas. Almería

³Enfermero-Supervisor del C. H. Torrecárdenas. Almería

Correspondencia: C/ El Piamonte Nº 55, Bloque 4, 5º B, 04720 Aguadulce-Almería, España

Teléfono: 658145273

Correo electrónico: jesusdelpi@supercable.es

RESÚMEN

La obesidad es un problema de salud cada vez más presente en nuestra sociedad, siendo su origen multifactorial lo que precisa de un abordaje integral en el que la enfermería tiene un papel fundamental.

La obesidad suele acompañar al aumento de peso otras patologías, las comorbilidades, como son; muerte súbita, HTA, diabetes, artrosis de cadera, espondiloartrosis, alteraciones del sueño, etc. La obesidad mórbida también se acompaña de otros problemas de tipo psicosocial como dificultad en la higiene personal, problemas en las relaciones sexuales, incomprensión y rechazo social.

Para estos pacientes la única opción terapéutica es la cirugía, el grupo de investigación sobre la atención de enfermería a los/as pacientes que entran en el programa de cirugía bariátrica del Complejo hospitalario Torrecárdenas ha diseñado un Programa de Atención Integral de Enfermería que se alarga desde un mes previo a la intervención hasta dos años tras la cirugía. Programa que pretendemos presentar por primera vez en este Congreso.

Este programa abarca aspectos no sólo asistenciales sino también de educación sanitaria, seguimiento nutricional, etc. Es un ambicioso Programa que sin duda proporcionará unos mejores cuidados y atención a los pacientes que se someterán en nuestro hospital a esta cirugía que harán disminuir las complicaciones quirúrgicas y mejorará la satisfacción respecto de los cuidados enfermeros recibidos.

Dada la prácticamente inexistente bibliografía sobre el papel de la enfermería en este nuevo campo nos ha resultado enormemente complicado llegar a concluir este trabajo que, en nuestra opinión, consigue llenar un vacío que hasta ahora existía en la

atención a estos pacientes. Un trabajo innovador (y novedoso) en el campo de la Enfermería Médico-Quirúrgica.

Palabras clave: Cirugía bariátrica, atención integral, enfermería

Introducción: epidemia del siglo XXI

La Organización Mundial de la Salud, considera a la obesidad como la epidemia del s. XXI, En España el 14,5% de la población padece esta enfermedad. El 6% de estas personas padecen obesidad mórbida, es decir, obesidad que pone en serio riesgo la salud de las mismas. (1)

La obesidad mórbida en España alcanza niveles "alarmantes, supera la media europea y se acerca peligrosamente" a la tasa de EE.UU., el país con más incidencia de esta patología. La tasa española de obesidad infantil, con un 14%, se sitúa por encima de la media europea, e insisten en que la actividad física, una comida sana y determinados tratamientos farmacológicos garantizan una adecuada solución a este problema en aumento.

La vida sedentaria, el estrés crónico, una dieta mediterránea equivocada en cuanto a las cantidades ingeridas y la comida rápida, unido a cuestiones genéticas y sociosanitarias todavía por investigar, provocan la obesidad tanto en mayores como en niños y jóvenes, (2)

La obesidad en los últimos años ha dejado de ser considerada como un problema estético para ser concebida como una enfermedad de carácter crónico caracterizada por un exceso de tejido adiposo corporal consecuencia de un balance energético positivo y que se manifiesta por un aumento del peso corporal. Es una enfermedad cuyo origen multifactorial hace que precise un abordaje integral en el que Enfermería tendría un papel fundamental. (3)

Para conocer el grado de obesidad de una persona, recurrimos al denominado índice de masa corporal (IMC) que es la relación de dividir el peso (en kilos) entre la talla (en metros) al cuadrado.(4).

IMC se encuentra entre 25-27= Sobrepeso

IMC se encuentra entre 27-30= Obesidad leve.

IMC se encuentra entre 30-35=Obesidad moderada.

IMC se encuentra entre 35-40=Obesidad severa.

IMC se encuentra entre 40-45=Obesidad mórbida.

IMC se encuentra entre 50-60=Superobesidad.

Por lo tanto cuando el IMC supera la cifra de 40, se habla de obesidad mórbida.

Este tipo de obesidad es una enfermedad crónica que no tiene curación. Con el paso de los años, este exceso de peso suele condicionar una disminución en la capacidad para desarrollar con normalidad las actividades de la vida diaria.

Junto con el aumento de peso, aparecen otras patologías, las denominadas **comorbilidades**: muerte súbita, HTA, diabetes, artrosis de cadera, espondiloartrosis, alteración del sueño, reflujo gastroesofágico, periodos menstruales irregulares, dificultad para concebir y cáncer de útero con mayor frecuencia.

La obesidad mórbida también se acompaña de otros problemas de tipo psicosocial como dificultad en la higiene personal, problemas en las relaciones sexuales, incompreensión y rechazo social.

Para estos pacientes la única opción terapéutica es la cirugía, llamada cirugía bariátrica (esta denominación precede de los términos griegos "peso" e "iatren" tratamiento).

El Programa Quirúrgico para la Obesidad Mórbida

La cirugía para tratar la obesidad está aceptada solamente en el caso de:

- Adultos entre 18-60 años.
- Obesos mórbidos.
- Superobesos.
- Pacientes con IMC > o igual a 35 acompañados de comorbilidades graves.
- Duración de la obesidad mórbida al menos 5 años.
- Fracasos continuados a tratamientos conservadores debidamente supervisados.
- Estabilidad psicológica.

La cirugía está contraindicada en los siguientes casos:

- La presencia de valvulopatía cardíaca o angina de pecho.
- Úlceras gástricas o duodenales.
- Enfermos con un comportamiento alimentario de tipo bulímico.
- Embarazo o periodo de lactancia.
- Pacientes con trastornos psiquiátricos graves o pacientes con dependencia al alcohol u otras drogas. (5)

Hasta ahora antes de ser incluido en el programa de cirugía bariátrica el paciente ha de ser valorado por:

- Endocrino. Quien descartará que el origen de la obesidad resida en alteraciones de glándulas endocrinas.
- Nutricionista. El paciente debe haber intentado hacer dieta controlada por un especialista y haber fracasado.
- Psicólogo. Que descarte trastorno o patología psicológica relacionada con la obesidad.
- Cirujano que elige la técnica quirúrgica.

Los procedimientos quirúrgicos

Se han descrito múltiples procedimientos quirúrgicos, pero básicamente existen tres grandes grupos: los restrictivos, los derivativos y los mixtos.

5.1. PROCEDIMIENTOS RESTRICTIVOS.

Tienen como objetivo disminuir la capacidad del estómago en la recepción de alimentos. El enfermo se ve saciado con poca cantidad de alimento, no tendrá sensación de hambre y disminuirá en gran medida su ingesta.

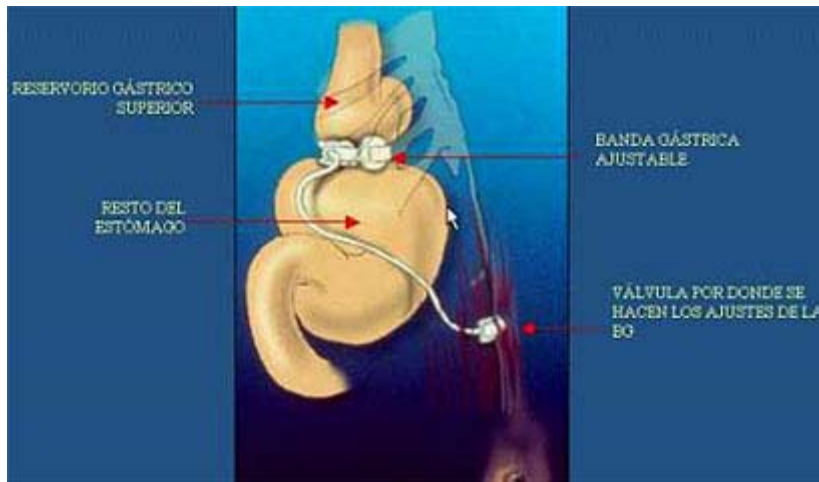
Esto se consigue colocando anillos en el cuerpo del estómago o suturando parte del estómago. Las más comúnmente efectuadas son las gastroplastias.

Ventajas:

- No altera el funcionamiento normal del tubo digestivo.
- No se corta ni mutila ninguna víscera y no requiere anastomosis intrabdominal.
- Es una operación reversible.

Inconvenientes:

- Vómitos tras la ingesta.
- Si no se mastican bien los alimentos pueden producir oclusiones.



5.2. PROCEDIMIENTOS DERIVATIVOS.

Consiguen desviar el alimento de parte del tubo digestivo de tal manera que en su recorrido hacia el intestino grueso eviten el paso por amplias porciones del intestino delgado, con el fin de que la absorción de efectúe en una pequeña porción de todo el tramo intestinal.

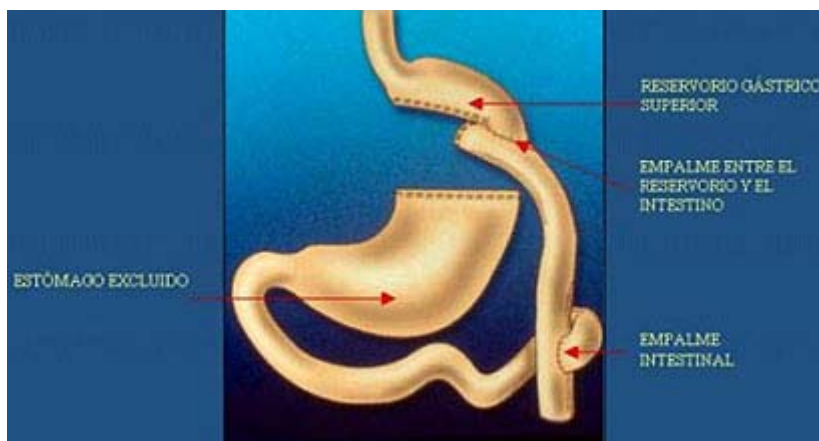
A estas operaciones se las denomina by-pass gástricos.

Ventajas:

- Adelgazamiento más rápido.
- No vómitos.

Inconvenientes:

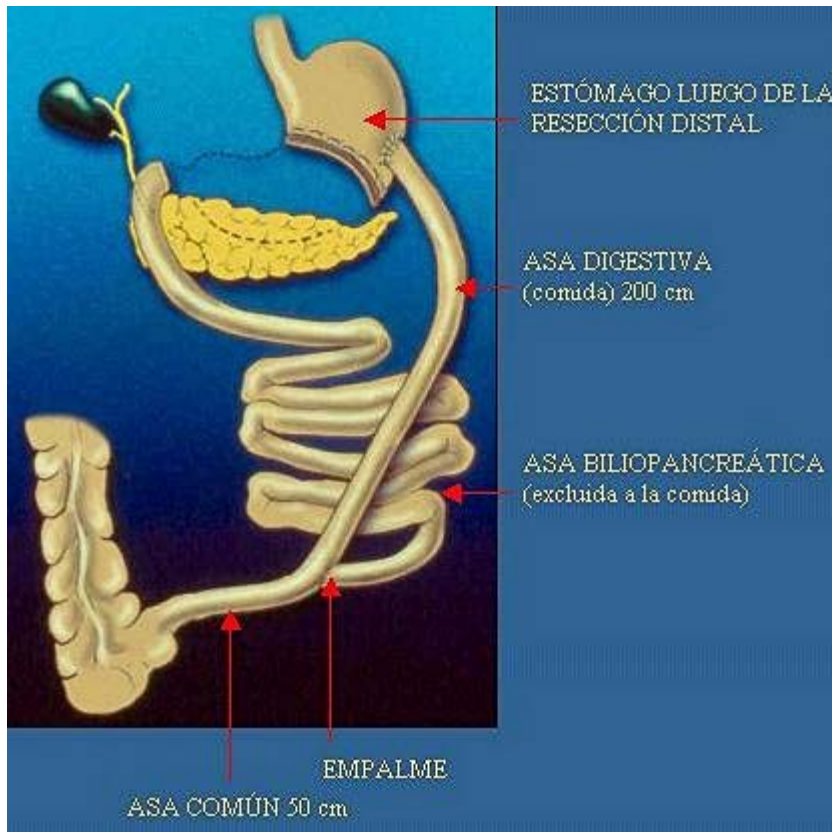
- Diarreas.
- Carencias nutricionales por falta de absorción de algunos elementos necesarios como el calcio.



5.3. PROCEDIMIENTOS MIXTOS.

Son los más empleados. Combinan las dos ideas anteriores: reducen el estómago y a la vez hacen que los alimentos pasen desde la pequeña cámara del estómago a las asas terminales del ileon.

La técnica utilizada actualmente en el C.H. Torrecárdenas (Almería) es la técnica de SCOPINARO O DERIVACIÓN BILIOPANCREÁTICA.



Esta técnica consiste en efectuar una gastrectomía y abocar a varios cm. de la unión del intestino delgado con el grueso un asa del intestino delgado, que será portadora de la bilis y el jugo pancreático.

También se quita vesícula biliar, el apéndice y se hace una biopsia hepática.

Ventajas:

- Pérdida de peso de forma progresiva y continuada.
- No vómitos.
- Puede comer lo que quieran.

Inconvenientes:

- Riesgo de fugas y peritonitis por las suturas intestinales que se requieren.
- Existencia de diarreas.
- Mala absorción de algunos minerales. (6)

El Programa Integral de Atención de Enfermería a estos pacientes.

Tras realizar una revisión bibliográfica resulta enormemente complicado recoger información sobre el papel de la enfermería en este nuevo campo de la cirugía bariátrica.

En nuestro centro hospitalario y contando con el apoyo de supervisión, jefaturas y el cirujano D. Manuel Ferrer, hemos diseñado un programa de atención integral de Enfermería que se alarga desde un mes previo a la intervención hasta dos años tras la cirugía. (8)

El programa se divide en tres fases:

1-Fase previa al ingreso:

Aproximadamente un mes antes de la intervención se citará al paciente a la consulta de enfermería de Cirugía Bariátrica para tener una primera entrevista y realizar la Valoración Inicial específica que hemos desarrollado para estos pacientes.

En esta valoración, además de obtener las constantes vitales, perímetros corporales y parámetros antropométricos, se preguntan antecedentes de interés y se valora al paciente según los diferentes patrones haciendo especial hincapié en el patrón de alimentación, actividad-ejercicio y autoimagen-autoconcepto.

Como hemos resaltado, el origen de la obesidad es multifactorial lo que precisa de un abordaje integral. Con la valoración inicial pretendemos conseguir:

1-Una valoración holística del paciente que nos sirva para detectar aquellos factores que puedan ayudar o dificultar el éxito de la cirugía.

2-Determinar los déficit de conocimientos del paciente para marcar la prioridades en la educación sanitaria que desarrollaremos.

3-Establecer desde el principio del proceso una relación de confianza enfermero-paciente que facilite la comunicación entre ambos y consiga crear un referente de enfermería para ese paciente.

2-Fase de ingreso.

Esta fase va desde el ingreso en planta, preparación del paciente antes de ir a quirófano y recepción del paciente tras la intervención, hasta el alta hospitalaria. Dentro de esta fase se englobarían:

-Plan de cuidados estandarizados para pacientes sometido a cirugía bariátrica.

Todos los diagnósticos enfermeros están enunciados según N.A.N.D.A, las intervenciones según N.I.C. y los resultados según N.O.C.

El plan de cuidados estandarizados al paciente sometido a cirugía bariátrica hace hincapié en el estado emocional previo a la intervención, tanto del paciente como de la familia y en promover el desarrollo de respuestas adaptadas a su nueva situación que le permita cuanto antes mejorar su calidad de vida, entendida como "Percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro de su contexto cultural y del sistema de valores en que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses"(OMS,1994).

Por este motivo las intervenciones enfermeras están orientadas a disminuir el temor ante una intervención no exenta de riesgos, hacia la educación para que el paciente maneje correctamente su régimen terapéutico y hacia la prevención.

La prevención adquiere mas relevancia cuando sabemos por la literatura científica que en la mayoría de los casos las expectativas que tienen puestas los propios usuarios en la intervención pueden ser muy elevadas. El objetivo propuesto se alcanza aproximadamente 18 meses después de la intervención, en los primeros 6 meses apenas hay una reducción significativa de peso.

El esfuerzo es grande y los resultados no siempre tan rápidos como se desea por lo cual no es extraño momentos de desánimo y de baja autoestima.

Por otra parte son personas sometidas a una técnica quirúrgica que implica numerosos riesgos desde el punto de vista fisiológico, por este motivo es imprescindible establecer acciones de vigilancia y prevención, claramente definidas, ante las complicaciones potenciales más frecuentes (atelectasias pulmonares, tromboembolismos, infección de la herida, hemorragias, la alteración del peristaltismo y el dolor). (7)

-Seguimiento protocolizado de pacientes sometidos a Cirugía Bariátrica.

Hemos protocolizado todos los cuidados del paciente desde que llega de reanimación en planta hasta que se va de alta, de tal manera que en unos ocho días un paciente que se ha sometido a esta intervención, se va a su domicilio con el menor número de complicaciones posibles, tolerando líquidos generales y con herida quirúrgica en fase de cicatrización.

- Informe de Prescripciones y cuidados Cirugía-Enfermería al alta.

Este informe se ha realizado conjuntamente con el cirujano. Se le informa al paciente que gran parte del éxito de la intervención va a depender de que siga nuestras indicaciones. Básicamente son prescripciones respecto al ejercicio, la alimentación que debe realizar de forma estricta (en un mes aproximadamente el paciente podrá comer de todo), medicación que deber tomar y revisiones periódicas que debe realizar.

3-Fase tras el alta hospitalaria.

Durante los dos primeros años tras la intervención y cada tres meses es necesario hacer un seguimiento de la evolución del paciente en la consulta.

Además de los controles antropométricos pertinentes es imprescindible en estas visitas someterse a un análisis muy específico que nos encargaremos de solicitar.

Previa coordinación dentro de la unidad de cirugía bariátrica estas citas se alternarán entre el enfermero de la unidad y el cirujano.

Tras los dos años de controles periódicos en consulta se le dará el alta definitiva al paciente.

Conclusiones

Este programa que acabamos de presentar está iniciando su andadura y dado que no existe un programa similar en ningún hospital de nuestro entorno, no podemos presentar resultados sobre su aplicación en cuanto a mejora de la evolución de estos pacientes, disminución de las complicaciones postquirúrgicas, incremento en el éxito de la intervención o la mejora en la adaptación de los pacientes a su nueva vida tras la cirugía.

Lo que si estamos seguros es que la enfermería tiene que explorar nuevos campos de actuación y ha de ser lo suficientemente dinámica para saber adaptarse y buscar su espacio propio y diferenciado de otros profesionales. Con este programa se abre una puerta a la enfermería llenando un vacío que hasta ahora existía en la atención a estos pacientes dentro de la enfermería médico-quirúrgica.

BIBLIOGRAFIA

- 1-Cirugía bariátrica. Disponible en <http://www.polclínicalondres.com/index.php?id=1509>.
- 2-La incidencia de la obesidad mórbida en España se acerca a los niveles de E.E.U.U. disponible en <http://www.consumer.es/web/es/salud/2005/10/21/146345.php>.
- 3-E. Elizagárete Zabala, J. Ezcurra Sánchez y R.M. Sánchez Gómez: Obesidad. Aspectos psiquiátricos del tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida. Salud Global. Pag. 1-8. 2001.
- 4-Obesidad mórbida y cirugía de la obesidad. Disponible en <http://www.seedo.es/CIRUGIA-DE-LA-OBESIDAD.pdf>.
- 5-Cirugía por obesidad mórbida. Información para el paciente. Disponible en www.imasbcn.org.
- 6-Cirugía de la obesidad por el Dr. Jesús Álvarez Fernández-Represa. Disponible en <http://larebotica.es/larebotica/secciones/expertos/obesidad/index.htm/>
- 7-Johnson, M, Maas M y Morrhead, S. Clasificación de resultados de enfermería (CRE). 2003. Harcourt-Mosby.
- 8-Rodríguez, J. y Plaza-del Pino FJ. Propuesta de programa de atención integral de enfermería a pacientes sometidos a cirugía bariátrica. II Congreso de Enfermería del Mediterráneo. Almería, 2005.