



# PARANINFO DIGITAL

MONOGRÁFICOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

ISSN: 1988-3439 - AÑO VII – N. 19 – 2013

Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n19/333d.php>

**PARANINFO DIGITAL** es una publicación periódica que difunde materiales que han sido presentados con anterioridad en reuniones y congresos con el objeto de contribuir a su rápida difusión entre la comunidad científica, mientras adoptan una forma de publicación permanente.

Este trabajo es reproducido tal y como lo aportaron los autores al tiempo de presentarlo como COMUNICACIÓN DIGITAL en "CUIDADOS Y TECNOLOGÍA: UNA RELACIÓN NECESARIA" I Congreso Virtual, IX Reunión Internacional de Enfermería Basada en la Evidencia, reunión celebrada del 21 al 22 de noviembre de 2013 en Granada, España. En su versión definitiva, es posible que este trabajo pueda aparecer publicado en ésta u otra revista científica.

*Título* **Obesidad mórbida. Plan de cuidados y evolución de un caso tras cirugía bariátrica**

*Autores* **María Sandra Rojas Guzmán, Silvia Calvente Marín, Gema Belén Platero Navas**

*Centro/institución* Hospital Regional Universitario de Málaga

*Ciudad/país* Málaga, España

*Dirección e-mail* rojasguzmansandra@gmail.com

## RESUMEN

En la actualidad toda persona con un índice de masa corporal (IMC) superior a 30, es obesa y si este índice es superior a 40, estamos hablando de una obesidad mórbida. La obesidad es una enfermedad y hay que tratarla como tal. No sólo depende de la voluntad del paciente sino también del especialista en la materia que le asesore. Estamos hablando de una enfermedad de salud pública, con un gran riesgo de morbi-mortalidad, tanto por las complicaciones médicas asociadas como por el coste sanitario derivado de la misma.

Es una enfermedad grave que se acompaña de numerosas patologías con altas morbilidades que no se solucionan sin antes resolver la obesidad. Entre ellas, la diabetes mellitus tipo II, hipertensión arterial, dislipemias, síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS), ciertas formas de cáncer, y es motivo a incapacidades debido a enfermedades osteoarticulares. Para tratar la obesidad, se utiliza un tratamiento que combina medidas dietéticas con ejercicio físico con fármacos y con cambios en los hábitos de conducta [...]

## TEXTO DE LA COMUNICACIÓN

### Introducción

En la actualidad toda persona con un índice de masa corporal (IMC) superior a 30, es obesa y si este índice es superior a 40, estamos hablando de una obesidad mórbida. La obesidad es una enfermedad y hay que tratarla como tal. No sólo depende de la voluntad del paciente sino también del especialista en la materia que le asesore. Estamos hablando de una enfermedad de salud pública, con un gran riesgo de morbi-mortalidad, tanto por las complicaciones médicas asociadas como por el coste sanitario derivado de la misma.

Es una enfermedad grave que se acompaña de numerosas patologías con altas morbilidades que no se solucionan sin antes resolver la obesidad. Entre ellas, la diabetes mellitus tipo II, hipertensión arterial, dislipemias, síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS), ciertas formas de cáncer, y es motivo a incapacidades debido a enfermedades osteoarticulares. Para tratar la obesidad, se utiliza un tratamiento que combina medidas dietéticas con ejercicio físico con fármacos y con cambios en los hábitos de conducta.<sup>1</sup>

La mejor manera de reducir el IMC es un estilo de vida activo y mucho ejercicio, junto con una alimentación saludable. A muchas personas les parece muy difícil cambiar sus hábitos y comportamientos alimentarios. Dependiendo de las características propias de cada paciente y de los distintos profesionales, se va a orientar al enfermo a elegir el tratamiento más adecuado.

En pacientes con *obesidad mórbida* no mejorable al tratamiento médico, se recomienda realizar tratamiento quirúrgico, ya que conseguimos una importante pérdida de peso en un período no muy grande de tiempo, así como una mejoría en la calidad de vida. La cirugía bariátrica induce a cambios físicos y funcionales a nivel gastrointestinal que van a provocar una reducción de la ingesta alimentaria y/o una mala absorción de nutrientes que puede comprometer el estado nutricional del paciente, dando lugar a una malnutrición proteico-energética o al déficit selectivo de algunos micronutrientes. Para disminuir estas complicaciones, la cirugía bariátrica debe ser realizada por un equipo multidisciplinario, realizada con unas estrictas normas de selección de pacientes, protocolizada y con un riguroso seguimiento del paciente.

La indicación principal de la *cirugía bariátrica* es la *obesidad mórbida*, pacientes con un IMC superior a 40. En los casos en los que el tratamiento con dieta, actividad física y apoyo psicológico fracasa, el único tratamiento realmente efectivo es la cirugía bariátrica. Ésta será realizada por un equipo multidisciplinar que determinará cuatro aspectos esenciales:

- No presencia de ninguna enfermedad endocrina que conlleve a una obesidad.
- Un análisis médico exhaustivo, para detectar posibles riesgos y complicaciones.
- Valorar la adaptación psicosocial personal del paciente.
- Detectar una visión positiva para con la cirugía.

Todas las intervenciones quirúrgicas conllevan riesgos, en esta cirugía nos podemos encontrar con: infecciones, pérdidas de líquido, anastomosis, problemas respiratorios,

sangrados, coágulos, problemas comunes de la anestesia e incluso la muerte. La causa más frecuente del fallecimiento del paciente puede ser el embolismo pulmonar o el fallo multisistémico.

### *Objetivos*

- Elaborar un plan de cuidados individualizado para una paciente concreta, en dos momentos diferentes y con procesos diferentes de salud.
- Comprobar que el plan de cuidados estandarizado de la unidad permite una implementación satisfactoria para el personal de enfermería y para la paciente.
- Unificar criterios dentro de la unidad.

### **Descripción del caso**

Mujer de 36 años de edad con *obesidad mórbida* intervenida de una *gastrectomía parcial* hace 3 meses y que presenta una pérdida de peso de 30 Kg. desde entonces.

### *Antecedentes personales*

- No alergias medicamentosas conocidas.
- Obesidad mórbida con elefantiasis en EEII.
- SAOS en tratamiento con CPAP nocturno.
- Hipotiroidismo.
- Insuficiencia venosa crónica.
- Síndrome ansioso-depresivo.
- Ingreso previo en E. Infecciosas por celulitis en MMII que precisó desbridamiento quirúrgico.
- Intervenciones quirúrgicas: Cirugía bariátrica (gastrectomía parcial) el 01/07/2013. Pérdida de 30kg. de peso desde entonces (de 240 kg a 210 kg).
- Tratamiento habitual: Eutirox 75, Cianocobalamina, Hierro, Calcio y Vitamina D.

### *Plan de cuidados estandarizado*

La aplicación del plan de cuidados a nuestra paciente exigía el abordaje del caso de forma conjunta, consensuada y guiada entre todos los profesionales de enfermería. Utilizamos para ello el modelo conceptual de Virginia Henderson para la valoración de las necesidades de salud y las taxonomías NANDA (para los DdE), NIC (para las intervenciones) y NOC (para los objetivos).

Durante la estancia de la paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos de nuestro hospital elaboramos una hoja de registro de actividades de enfermería para ser rellenada por el profesional encargado de la paciente cada día durante el turno de mañana. En dicha hoja se registran las siguientes actividades de enfermería:

- Control de signos vitales.
- Cambios posturales.
- Registro de vías (inserción de nuevos catéteres y cambio de los ya existentes).
- Cambio de sistemas.
- Registro de sondajes.
- Escala de Braden para valorar el riesgo de UPP.

- Registro de la aplicación de los protocolos NZ (Neumonía Zero) y BZ (Bacteriemia Zero).
- Evaluación psicológica continua (temores, preocupaciones, déficit de conocimientos, dificultades en el aprendizaje,...).

Durante la evolución de nuestra paciente tras la cirugía bariátrica existen *dos momentos bien diferenciados*:

- El primero tiene lugar cuando la paciente es intervenida de gastrectomía parcial, con una evolución satisfactoria y la aplicación de un plan de cuidados (*situación 1*).<sup>4</sup>
- El segundo tiene lugar cuando se produce un nuevo cambio en el estado de salud de la paciente, con un diagnóstico no dependiente del primero (*apendicitis complicada*) y con la aplicación de un plan de cuidados diferente (*situación 2*). Este período engloba el diagnóstico de la nueva situación de la paciente desde su paso por el servicio de UCI hasta su fatal desenlace, con la muerte de la misma.<sup>5</sup>

### *Situación 1*

Diagnósticos enfermeros más importantes resueltos tras la cirugía bariátrica:<sup>6,7</sup>

#### *00126. Conocimientos deficientes*

*NOC: 1813 Conocimiento régimen terapéutico:*

- 181304 Descripción de los efectos esperados del tratamiento.
- 181305 Descripción de la dieta prescrita.
- 181308 Descripción del ejercicio prescrito.

*NIC: 5614 Enseñanza: dieta prescrita:*

- 561401 Evaluar el nivel de conocimientos de la paciente acerca de la dieta.
- 561409 Ayudar a la paciente a acomodar sus preferencias de comida en la dieta prescrita.
- 561414 Proporcionar un plan escrito de comidas.

#### *00148. Temor*

*NOC: 1210 Nivel de miedo: (situado en la puntuación diana)<sup>5</sup>*

- 121009 Dificultades de aprendizaje.
- 121010 Dificultades para resolver problemas.

*NIC: 4920 Escucha activa*

- 492011 Favorecer la expresión de sentimientos.
- 492016 Verificar la comprensión del mensaje.

#### *5340 Presencia*

- 534003 Escuchar las preocupaciones de la paciente.
- 534005 Establecer una consideración de confianza y positiva.
- 534007 Estar físicamente disponible como elemento de ayuda.
- 534008 Mostrar una actitud de aceptación.

Diagnósticos enfermeros más importantes no resueltos tras la cirugía bariátrica:

*00146. Ansiedad*

*NOC: 1402 Control de la ansiedad:*

- 140215 Refiere ausencia de manifestaciones físicas de ansiedad.
- 140217 Controla la respuesta de ansiedad.

*NIC: 4920 Escucha activa:*

- 492005 Escuchar por si hay mensajes y sentimientos no expresados, así como el contenido de la conversación.
- 492011 Favorecer la expresión de sentimientos.
- 492012 Identificar los temas predominantes.
- 492013 Mostrar conciencia y sensibilidad a las emociones.
- 492014 Mostrar interés en la paciente.

*00085. Deterioro de la movilidad física*

*NOC: 0208 Nivel de movilidad:*

- 020802 Mantenimiento de la posición corporal.
- 020803 Movimiento muscular.
- 020804 Movimiento articular.

*NIC: 1811 Conocimiento: actividad prescrita:*

- 181101 Descripción de la actividad prescrita.
- 181103 Descripción de los efectos esperados de la actividad.

*00119. Baja autoestima crónica*

*NOC: 1200 Imagen corporal:*

- 120007 Adaptación a cambios en el aspecto físico.
- 120010 Voluntad para usar estrategias que mejoren el aspecto y la función.

*NIC: 5270 Apoyo emocional:*

- Ayudarla a expresar sentimientos de ansiedad, ira o tristeza.
- Apoyarla y animarla en la toma de decisiones.

*NIC: 5400 Potenciación de la autoestima:*

- Animarla a identificar sus capacidades.
- Mostrar confianza en las capacidades de la paciente para controlar una capacidad dada.
- Animar a la paciente a evaluar su conducta.

*00047. Riesgo de deterioro de la integridad cutánea*

*NOC: 1101 Integridad tisular:*

- 110110 Ausencia de lesión tisular.
- 110113 Piel intacta.

*NOC: 1902 Control del riesgo:*

- 190203 Supervisa los factores de riesgo de su conducta personal.

- 190216 Reconoce cambios en su estado de salud.
- 190201 Reconoce posibles riesgos para su salud.

*NIC: 3590 Vigilancia de la piel:*

- 359004 Observar si hay enrojecimiento y pérdida de la integridad de la piel.
- 359011 Vigilar el color de la piel.

*NIC: 3540 Prevención de las úlceras por presión:*

- 354003 Vigilar estrechamente cualquier zona enrojecida.
- 3654017 Hidratar la piel seca intacta.

*00162. Disposición para mejorar la gestión de la propia salud*

*NOC: 1602 Conducta de fomento de la salud*

- 160201 Utiliza conductas para evitar los riesgos.
- 160202 Supervisa los riesgos de su conducta personal.

*NIC: 5510 Educación sanitaria:*

- Identificar los factores internos y externos que puedan mejorar o disminuir la motivación en conductas sanitarias.

*00003. Riesgo de desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades*

*NOC: 1841 Manejo del peso:*

- 184102 IMC óptimo.
- 184109 Prácticas nutricionales saludables.

*NIC: 1100 Manejo de la nutrición*

*NIC: 1260 Manejo del peso*

*00092. Intolerancia a la actividad*

*NOC: 0300 Autocuidado: actividades de la vida diaria (AVD)*

- 030002 Se viste.
- 030006 Higiene.
- 030008 Camina.
- 030012 Cambia de posición sola.

*NIC: 1800 Ayuda al autocuidado:*

Íntimamente relacionados con este diagnóstico encontramos los déficits de autocuidado: baño y vestido, que mejorarán al tiempo que mejore o se resuelva la intolerancia a la actividad.

A la paciente se le aplica el *protocolo de profilaxis tromboembólica* para pacientes quirúrgicos elaborado por la UGC de Cirugía General, Digestiva y Trasplantes de nuestro hospital, consistente en:

-Medidas generales:

- Ejercicios pasivos y activos en cama.
- Eleva MMII, no cruzar los pies.

- Incentivar el uso del Inspirón.
- Manipulación correcta de accesos venosos.
- Sentar a la paciente al día siguiente de la intervención.
- Deambulación precoz.

-Administración de HBPM:

- A las 20h del día anterior a la intervención, 60 mg de Clexane SC.
- Seguir la administración a partir del siguiente día de la intervención e instruir a la paciente para el alta.

-Colocación de medias compresivas:

- Antes de bajar a quirófano.
- Mantener hasta el alta hospitalaria.

-Colocación de fundas neumáticas en quirófano, recuperación y hospitalización.

El plan de cuidados en esta *situación 1* hace especial hincapié en el estado emocional de la paciente y sus familiares antes de la intervención. Tras la misma, tanto la paciente como su familia estuvieron informadas en todo momento por los cirujanos de la intervención realizada, de los efectos esperados y de las posibles complicaciones.

La paciente fue instruida previamente por endocrinos especialistas acerca de la necesidad de controlar la ingesta de por vida y mantener unos hábitos de actividad física adecuados tras su recuperación al alta después de la cirugía.

Nuestra labor como enfermeros en esta situación se centró en educar, motivar, adiestrar y asesorar nutricionalmente a la paciente, instruyéndola acerca de los cambios en el estilo de vida (ejercicio físico), la modificación de los hábitos alimentarios y la necesidad de acatar el régimen terapéutico y seguimiento posterior durante la etapa post cirugía y para el resto de su vida. También en promover el desarrollo de respuestas adaptadas a la nueva situación para que la paciente mejore su calidad de vida lo antes posible. Además, nuestra paciente requirió un gran apoyo emocional por parte del equipo de enfermería, debido a los sentimientos de miedo y temor con los que afrontó la nueva situación tras la cirugía.<sup>8</sup>

### *Situación 2*

En una segunda fase, y estando ingresada la paciente aún en el hospital, se le diagnostica una *apendicitis complicada* que evoluciona a *peritonitis*, produciéndole la posterior sepsis que tiene como resultado la muerte de la paciente.<sup>9</sup>

Durante este tiempo, no solo nos encontramos con multitud de nuevos diagnósticos enfermeros, sino que otros ya resueltos (00126 Conocimientos deficientes, 00148 Temor...) vuelven a aparecer, relacionados con un nuevo y diferente proceso de enfermedad.

Diagnósticos enfermeros desde el diagnóstico de *apendicitis complicada* hasta el fallecimiento de la paciente:

*00132. Dolor agudo*

*NOC: 1605 Control del dolor:*

- 160502 Reconoce el comienzo del dolor.
- 160507 Refiere síntomas al personal sanitario.
- 160509 Reconoce los síntomas de dolor.

*NIC: 2102 Nivel del dolor*

- 210201 Dolor referido.
- 210204 Duración de los episodios de dolor.
- 210206 Expresiones faciales de dolor.

*NIC: 1400 Manejo del dolor*

- 140004 Asegurarse de que la paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes.
- 140016 Evaluar la eficacia de las medidas de alivio del dolor a través de una valoración continua de la experiencia dolorosa.

*2210 Administración de analgésicos*

- 221001 Administrar analgésicos y/o fármacos complementarios cuando sea necesario para potenciar la analgesia.
- 221002 Administrar los analgésicos a la hora adecuada para evitar picos y valles de la analgesia, especialmente con el dolor severo.
- 221007 Corregir los conceptos equivocados o mitos de la paciente o miembros de la familia sobre los analgésicos, especialmente los opiáceos (adicción y riesgo de sobredosis).

*00047. Riesgo de deterioro de la integridad cutánea*

*NOC: 1101 Integridad tisular:*

- 110110 Ausencia de lesión tisular
- 110113 Piel intacta

*NIC: 3590 Vigilancia de la piel:*

- 359004 Observar si hay enrojecimiento y pérdida de la integridad de la piel.
- 359011 Vigilar el color de la piel.

*NIC: 3540 Prevención de las úlceras por presión:*

- 354003 Vigilar estrechamente cualquier zona enrojecida.
- 354017 Hidratar la piel seca intacta.

*00155. Riesgo de caídas:*

*NOC: 1912 Caídas*

*NIC: 0840 Cambio de posición*

*NIC: 6486 Manejo ambiental: seguridad*

*NIC: 6490 Prevención de caídas*

- 649037 Identificar déficits cognitivos o físicos del paciente que puedan aumentar la posibilidad de caídas en un ambiente dado.

-649052 Utilizar barandillas laterales de longitud y altura adecuadas para evitar caídas de la cama.

*NIC: 6610 Identificación de riesgos*

*NIC: 6654 Vigilancia: seguridad*

*00004. Riesgo de infección*

*NOC: 0702 Estado inmune:*

-070202 Estado respiratorio.

-070203 Estado genitourinario.

-070204 Temperatura corporal.

-070205 Integridad cutánea.

*NIC: 2300 Administración de medicación:*

-230002 Administrar la medicación con la técnica y vía adecuadas.

-230013 Preparar los medicamentos utilizando el equipo y técnicas apropiados para la modalidad de administración de medicación.

-230017 Seguir los cinco principios de la administración de medicación.

*NIC: 6550 Protección contra las infecciones:*

-655014 Inspeccionar el estado de cualquier incisión/herida quirúrgica.

-655015 Inspeccionar la existencia de enrojecimiento, calor extremo o drenaje en la piel y las membranas mucosas.

-655020 Observar los signos y síntomas de infección sistemática y localizada.

*NIC: 6650 Vigilancia*

*00148. Temor*

*NOC: 1210 Nivel del miedo*

*NIC: 4920 Escucha activa*

-492011 Favorecer la expresión de sentimientos.

*NIC: 5340 Presencia:*

-534003 Escuchar las preocupaciones de la paciente.

-534007 Estar físicamente disponible como elemento de ayuda.

-534008 Mostrar una actitud de aceptación.

*000146. Ansiedad*

*NOC: 1402 Control de la ansiedad*

-140215 Refiere ausencia de manifestaciones físicas de ansiedad

*NIC: 4920 Escucha activa:*

-492011 Favorecer la expresión de sentimientos.

-492013 Mostrar conciencia y sensibilidad a las emociones.

-492014 Mostrar interés en la paciente.

*00074. Afrontamiento familiar comprometido*

*NOC: 2600 Superación de problemas en familia*

-2604 Normalización de la familia.

-2205 Rendimiento del cuidador principal: cuidados directos.

-2206 Rendimiento del cuidador principal: cuidados indirectos.

*NIC: 5270 Apoyo emocional*

*NIC: 7040 Apoyo al cuidador principal*

*NIC: 5230 Aumentar el afrontamiento*

*NIC: 5520 Facilitar el aprendizaje*

*00126. Conocimientos deficientes*

*NOC: 1803 Conocimiento: proceso de la enfermedad*

*NOC: 1824 Conocimiento: asistencia médica*

*NIC: 5602 Enseñanza del proceso de la enfermedad*

*NIC: 5510 Educación sanitaria*

*00069. Afrontamiento ineficaz*

*NOC: 0906 Toma de decisiones:*

-090601 Identifica información relevante.

-090605 Reconoce contradicción con los deseos de los demás.

*NOC: 1302 Afrontamiento de problemas:*

-130201 Identifica patrones de superación eficaces.

-130204 Refiere disminución del estrés.

-130205 Verbaliza aceptación de la situación.

-130217 Refiere disminución de los sentimientos negativos

*NOC: 1405 Autocontrol de los impulsos:*

-140501 Identifica conductas impulsivas perjudiciales

*NIC: 5230 Aumentar el afrontamiento:*

-523001 Alentar a la familia a comunicar sus sentimientos por el miembro familiar enfermo.

-523002 Alentar al paciente a encontrar una descripción realista del cambio de papel.

*NIC: 5250 Apoyo en la toma de decisiones:*

-525007 Facilitar la toma de decisiones en colaboración.

*NIC: 5270 Apoyo emocional:*

-527002 Ayudar a la paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza.

-527008 Favorecer la conversación o el llanto como medio para disminuir la respuesta emocional.

*NIC: 5820 Disminución de la ansiedad:*

-582012 Escuchar con atención.

*00040. Riesgo de síndrome de desuso*

*NOC: 0204 Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas:*

- 020401 Úlceras por presión.
- 020411 Disminución de la fuerza muscular.
- 020412 Disminución del tono muscular.
- 020421 Capacidad vital disminuida.

*NOC: 0205 Consecuencias de la inmovilidad: psico-cognitivas:*

- 020501 Alerta disminuida.
- 020503 Atención disminuida.

*NIC: 0224 Terapia de ejercicios: movilidad articular:*

- 022412 Explicar a la familia el objeto y el plan de ejercicios de las articulaciones.

*0804 Cambio de posición*

*6610 Identificación de los riesgos*

*00072 Negación ineficaz*

*NOC: 1300 Aceptación: estado de salud*

*NOC: 1402 Control de la ansiedad*

*NOC: 1404 Control del miedo*

*NIC: 5270 Apoyo emocional*

*NIC: 5230 Aumentar el afrontamiento*

*NIC: 4920 Escucha activa*

*00172. Riesgo de duelo complicado*

*NOC: 2601 Clima social de la familia*

*NOC: 1304 Resolución de la aflicción*

*NIC: 7140 Apoyo a la familia*

*NIC: 5290 Facilitar el duelo*

*NIC: 5230 Aumentar el afrontamiento*

*NIC: 5270 Apoyo emocional*

*NIC: 5950 Apoyo en la toma de decisiones*

*NIC: 5420 Apoyo espiritual*

En esta nueva situación y durante el tiempo que la paciente estuvo ingresada en UCI en estado de coma inducido también se mantuvo informada a la familia en todo momento por parte del equipo de enfermería del plan de cuidados establecido y de los pasos a seguir en nuestra labor hacia la paciente, así como de los avances y retrocesos con los que nos íbamos encontrando.

## **Discusión**

Los problemas que padecen los pacientes obesos afectan tanto a su aspecto físico como psíquico y social. La *cirugía bariátrica* resulta la única posibilidad de tratamiento efectivo a largo plazo para la *obesidad mórbida*. Por ello se hace necesario que un

equipo multidisciplinar de profesionales de la salud trabaje conjuntamente para atender a estos pacientes. Esta valoración conjunta de las necesidades físicas y psicológicas de este tipo de pacientes condiciona el éxito del plan de cuidados establecido. Por este motivo nos pareció interesante el abordaje de nuestra paciente por parte de un equipo multidisciplinar integrado por diversos profesionales de enfermería, cirujanos y médicos intensivistas.

A pesar de la muerte de la paciente como peor pronóstico no esperado tras la complicación surgida en el postoperatorio (apendicitis que evolucionó a peritonitis), la implementación de un plan de cuidados individualizado dio como resultado una evolución satisfactoria en cuanto a lo que diagnósticos de enfermería se refiere, tales como el riesgo de deterioro de la piel, el riesgo de infección o el de caídas.

En la *situación 1*, resultó muy importante para nuestra paciente la necesidad de acatar normas que cambiarían de forma importante su vida. Para ello resultó imprescindible la intervención de profesionales centrados en conseguir un índice óptimo de adherencia al tratamiento. La clave, una adecuada colaboración entre todos los miembros del equipo.

En lo que a la *situación 2* se refiere, a la hora de implantar el plan de cuidados en la UCI nos encontramos numerosas dificultades. Entre ellas y como principales debemos reseñar:

- Una gran diversidad de profesionales: enfermeros que colaboraban y registraban los datos y enfermeros que no colaboraron.
- Una infraestructura inadecuada para este tipo de pacientes: cama inadecuada (hubo que pedir una cama con medidas especiales), material fungible no adaptado por la obesidad...
- Tiempo escaso de visita de los familiares en la UCI (apenas 2 horas al día, una por la mañana y otra por la tarde), lo cual nos hacía muy dificultoso proporcionar un apoyo emocional y un aprendizaje adecuado a la familia de nuestra paciente.

## **Conclusión**

Con nuestro plan de cuidados individualizado conseguimos los objetivos fijados. La elaboración de un plan de cuidados con dos momentos diferenciados, la puesta en práctica del plan de cuidados individualizado en una paciente intervenida de gastrectomía parcial que dio como resultado la prestación de unos cuidados de calidad y la implementación factible de dicho plan en nuestra unidad, que facilitó el trabajo en equipo y fue una forma de objetivar nuestra práctica clínica diaria.

En la primera fase del estudio pudimos percibir la satisfacción de la paciente en cuanto a cuidados se refiere, y respecto a la evolución en su proceso de enfermedad. No así en una segunda fase, en la que a la paciente se le diagnostica de apendicitis, con evolución a peritonitis y posteriores complicaciones, que derivan con su ingreso en UCI y posterior muerte.

Comprobamos que el plan de cuidados de nuestro centro es aplicable, reduce la variabilidad asistencial y mejora la motivación del personal, pese a las dificultades que nos fuimos encontrando.

Pese a que analizamos las dificultades encontradas al implantar el plan de cuidados durante la estancia de nuestra paciente en UCI, no nos resultó posible subsanarlas debido a la muerte de la misma.

### **Bibliografía**

1. Lavie, C.J.; Milani, R.V.; Ventura, H.O. Obesidad y enfermedad cardiovascular. *Journal of the American College of Cardiology*. 2009; 53(21).
2. Maluenda, F. Bariatric surgery. *Rev. Med. Clin. Condes*. 2012; 23(2):180-188.
3. Colquitt, JL; Picot, J; Loveman, E; Clegg, AJ. Surgery for obesity. *Cochrane Database Syst Rev* 2009; 2. CD003641.
4. López-Pardo Martínez, M.; de Torres Aured, M.L.; Díaz Gómez, J. Cuidados en pacientes intervenidos de cirugía bariátrica. *Revista de Medicina*. 2006; 50(4):15-22.
5. García Lorda, P.; Hernández González, M.; Blanco Blasco, J.S., et al. Seguimiento postoperatorio de la obesidad mórbida: aspectos quirúrgicos y nutricionales. *Rev. Cirugía Española*. 2004; 75(5):305-311.
6. Román Cereto, M.; Campos Rico, A.; Viñas Heras, C., et al. Las taxonomías enfermeras NANDA, NOC y NIC en la práctica asistencial hospitalaria. *Enfermería Clínica*. 2005; 15(3):163-166.
7. Mesa García, C.; Muñoz del Castillo, M.D. Plan de cuidados estandarizado en cirugía bariátrica. *Nure Investigación*. 2006 ene-feb; 20.
8. Prida Villa, E.; Ronzón Fernández, M.A.; Sandoval González, V., et al. Necesidad de abordar la obesidad en Asturias. Propuesta de actuaciones de enfermería en atención primaria. *Enfermería Clínica*. 2010; 20(6): 366-369.
9. Csendes, A; Maluenda, F. Morbimortalidad de la Cirugía Bariátrica. Experiencia chilena en 10 centros quirúrgicos. *Rev Chil Cir*. 2006; 58:208-212.