

# CUIDADOS DE ENFERMERÍA POST-CIRUGIA BARIÁTRICA

Jiménez Buendía, Irene\*; Conde Huerta, María\*; Crespo González, Juan\*; Crespo González, Miguel\*; Escribano Agudo, Silvia\*; Guillén Plaza, Sara\*; Letang Arévalo, Carmen\*; Pérez Alegre, Verónica\*.

\* Enfermero, Hospitalización Cirugía General y Digestivo, Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Madrid.

## INTRODUCCIÓN:

### Justificación/ Importancia del tema

En 2014, el 39% de los adultos tenían sobrepeso y el 13% eran obesos. La prevalencia mundial de la obesidad se ha multiplicado por más de dos entre 1980 y 2014. El 65% de la población mundial vive en países donde el sobrepeso y la obesidad causan más muertes que la insuficiencia ponderal. Cada año mueren 2.8 millones de personas a causa de la obesidad o sobrepeso.

La cirugía bariátrica se ha convertido en una actividad creciente y continua, determinada por dos factores: la elevada prevalencia de obesidad y la falta de respuesta efectiva al tratamiento médico, basado en dieta, actividad física, cambios conductuales y al tratamiento farmacológico. El tratamiento quirúrgico de la obesidad logra disminución de peso y control de las comorbilidades muy superiores a las logradas por el tratamiento médico y terapia farmacológica, por ello es el tratamiento de elección cuando el resto de medidas no han sido efectivas

### Objetivos

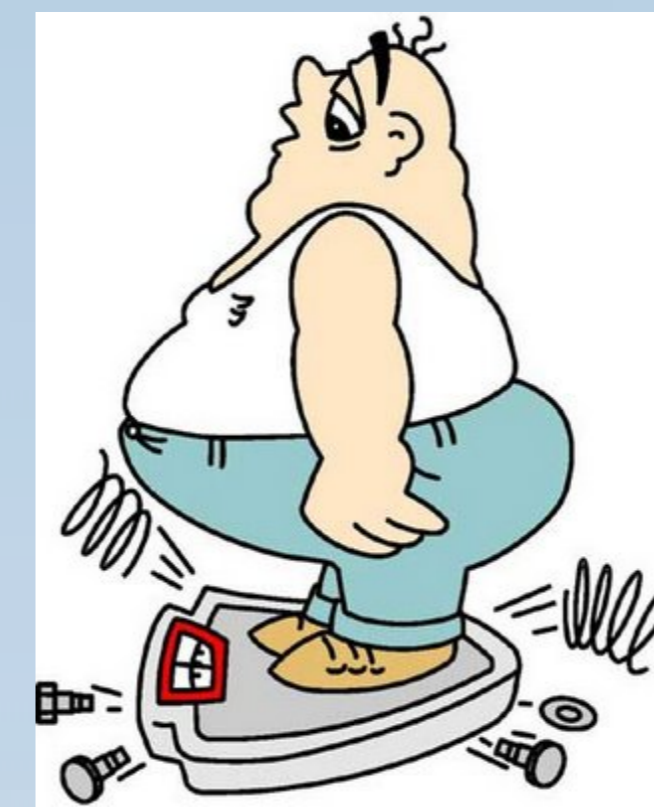
- Disminución de la obesidad en adultos
- Disminución de las comorbilidades asociadas a la obesidad
- Identificación temprana de las posibles complicaciones postquirúrgicas
- Valoración, tratamiento y seguimiento integral de los pacientes con obesidad que cumplan criterios de cirugía bariátrica

### MATERIAL Y MÉTODO:

Desde noviembre de 2012 a diciembre de 2015 se lleva a cabo un estudio observacional y descriptivo, con una muestra de 300 pacientes intervenidos de cirugía bariátrica en nuestro centro.

La recogida de datos se ha llevado a cabo a través de los registros del formulario quirúrgico y los formularios de hospitalización. La mediana de estancia hospitalaria fue de 3 días.

Los cuidados de enfermería juegan un papel fundamental para la óptima evolución clínica del paciente, la identificación temprana y prevención de complicaciones asociadas así como para asegurar el grado de cumplimiento de la adherencia terapéutica (continuidad de pautas y parámetros nutricionales).



### RESULTADO:

Complicaciones post-operatorias 11.77% (perforación gástrica e intestinales, dehiscencias, fístulas gástricas, hernias, HDA).

Reintervenciones (3.66%)

Reingresos (3.33%)

Exitus (0.33%)

### DISCUSIÓN:

La pérdida de peso inducida tras cirugía bariátrica se asocia a mejoría e incluso resolución de comorbilidades en el 75 a 100% de los pacientes y disminuye la mortalidad en comparación al tratamiento médico.

La cirugía bariátrica produce mayor pérdida de peso que el tratamiento convencional en obesidad clase I (IMC > 30 Kg/m<sup>2</sup>) y en obesidad severa, acompañado por mejorías en las comorbilidades como DM II, HTA y mejoría de la calidad de vida.

PREVIO CIRUGIA	RESPONSABLE/ACCIÓN
Diagnóstico	Endocrinología/Primaria
Decisión candidato cirugía	Sesión multidisciplinar (endocrino/c. general)
Todos los pacientes	Valoración neumología Valoración psiquiatría
IMC > 50	Valoración cardiología
IMC > 50 + SAHS	Valoración rehabilitación
Consejos dietéticos. Suplementos nutricionales específicos	Endocrinología (revisión 30 días pre-cirugía)
Evaluación preanestésica	Anestesia
DIA -1	RESPONSABLE/ACCIÓN
NO preparación intestinal	
Clexane 40mg sc (IMC<50) o 60mg sc (IMC>50). 22:00 horas	
Lorazepam 1mg noche previa si ansiedad	
Ingreso mismo día de la cirugía	
DIA 0	RESPONSABLE/ACCIÓN
Ayuno 8 horas. Solución preop 2 horas antes	
Ingreso URPA	Admisión
Preparación quirúrgica (rasurado, ceftazolina 2gr iv, medias compresión)	Enfermería URPA
Inducción anestésica. Minimizar opioides. Profilaxis antiemética.	Anestesia
Normotermia	Anestesia
Restricción hídrica (3-5ml/kg/h). Doppler esofágico	Anestesia
Técnica mínimamente invasiva (laparoscópica)	Cirugía
Minimizar drenajes (1)	Cirugía
Extubación y traslado a UCI	Anestesia
Tolerancia oral a las 4-6 horas	Enfermería UCI
Analgesia: Paracetamol 1gr/6h iv. Nolotil 2gr/6h iv.	Enfermería UCI
Levantarse a las 6-8 horas de la cirugía	Enfermería UCI

DIA 1	RESPONSABLE/ACCIÓN
Alta a planta	UCI
Retirada sonda urinaria si presente	Enfermería UCI
Movilización mañana y tarde	Enfermería planta/UCI/Paciente
Aseo personal (ducha)	Paciente
Tolerancia oral. Dieta líquida	Enfermería planta/UCI
Profilaxis TYP. Clexane 40 mg/24h (IMC<50), 60mg/24h (IMC>50).	Enfermería planta/UCI
Retirada sonda urinaria si posee	Enfermería planta/UCI
Analgesia: Paracetamol 1gr/6h. Nolotil 575mg/6h vo	Enfermería planta/UCI
DIA 2 Y 3	RESPONSABLE/ACCIÓN
Profilaxis TYP	Enfermería planta
Movilización activa	Enfermería planta/Paciente
Aseo personal (ducha)	Paciente
Dieta líquida	Enfermería planta
Analgesia: Paracetamol 1gr/6h. Nolotil 575mg/6h vo	Enfermería planta
Retirada drenaje (si presente)	Cirugía/Enfermería planta
Alta si cumple criterios	
CRITERIOS ALTA	
Tolerancia adecuada	
Control dolor con analgesia oral	
Movilización adecuada	
Supervisión en domicilio	
SEMANA 1	RESPONSABLE/ACCIÓN
24 horas post-alta	Llamada telefónica enfermería
Dieta líquida	Día 4-7
SEMANA 2-4	
Dieta líquida	
Revisión 1 mes	Cirugía
Revisión en hospital por enfermería?	
SEMANA 5-12	
Dieta blanda	
Revisión 3er mes	Cirugía

## CONCLUSIONES:

La cirugía bariátrica siguiendo un programa multimodal es un procedimiento seguro, con una baja morbimortalidad. Hoy día representa el manejo de elección para el paciente sometido a cirugía bariátrica, reduciendo el impacto de la intervención y acelerando la reincorporación del paciente a su estilo de vida habitual. A su vez, un programa coste radio-efectivo, pues reduce gastos sanitarios y laborales.

## BIBLIOGRAFÍA:

- Protocolo de atención a pacientes candidatos a cirugía bariátrica. Hospital Universitario Rey Juan Carlos. 2012  
Fernando Maluenga G. Cirugía Bariátrica. Rev. Med. Clin. Condes: 2012. 23(2) 180-188  
10 Datos sobre la Obesidad. Organización Mundial de la Salud.  
Obesidad y Sobrepeso. Organización Mundial de la Salud. Centro de Prensa. Enero 2015