

PROTOCOLO DE ACTUACION DE ENFERMERIA EN EL PACIENTE CON OBESIDAD MÓRBIDA QUE VA A SER INTERVENIDO DE CIRUGIA BARIÁTRICA.

1. Introducción

En los últimos años se ha hecho evidente el grave problema que representa la obesidad, tanto por el alarmante aumento en su prevalencia como por la magnitud de las complicaciones que conlleva. Paralelamente al incremento de las tasas de obesidad, hemos asistido en los últimos años a un notable aumento en el número de cirugías de la obesidad practicadas en España, así como en el número de centros en que estas técnicas se llevan a cabo. Ello se explica porqué, hasta el momento, la cirugía de la obesidad o cirugía bariátrica se ha mostrado como la técnica más eficaz a largo plazo en el manejo de la obesidad y en la corrección de las complicaciones metabólicas asociadas.

2. Justificación

La cirugía de la obesidad es una cirugía gastrointestinal mayor, no exenta de riesgos, que debe aplicarse a pacientes, cuidadosamente seleccionados y preparados, en centros correctamente dotados para tal fin, y que precisen un adecuado seguimiento tras la intervención.

Este documento pretende ser una guía práctica de manejo del paciente candidato a cirugía bariátrica en la consulta de enfermería, desde el momento de su evaluación inicial hasta el seguimiento a largo plazo que debe realizarse en estos pacientes. Este protocolo va dirigido tanto a los profesionales de enfermería directamente implicados en el tratamiento del paciente candidato a cirugía de la obesidad, como a todos aquellos profesionales de enfermería que tarde o temprano se encontraran, en su habitual práctica diaria, con pacientes intervenidos de cirugía bariátrica.

3. Objetivos

- a. Disminución del peso corporal
- b. Prevenir el establecimiento o recurrencia de hábitos alimentarios no saludables.
- c. Disminución de las comorbilidades.
- d. Aumentar la esperanza de vida.
- e. Mejoría de la calidad de vida.

4. Sujetos a quien va dirigido.

Pacientes que habiendo realizado toda la evaluación prequirúrgica y habiendo sido considerados aptos por el comité de cirugía, están cercanos a la intervención.

5 Vías de entrada

Pacientes que hayan sido aprobados en el comité de cirugía de la obesidad.

6. Vías de exclusión

Pacientes que hayan sido rechazados en el comité de cirugía de la obesidad o que en algún momento del programa salga del programa quirúrgico por alguna causa.

7. Actividad a realizar por enfermería de nutrición en primera visita.

- Valoración antropométrica
- Realización de Impedanciometría (Análisis de composición corporal). Se repetirá anualmente postcirugía.
- Inicio de ayuno modificado (Dieta de 800 Kcal asociado a un producto comercial hipocalórico e hiperproteíca). Explicar beneficios de la adherencia a la dieta:
 - Reducción del tamaño del hígado.
 - Mayor facilidad para el abordaje quirúrgico y menor tiempo de intervención.
 - Aumento de las probabilidades de elegir una técnica laparoscópica frente a cirugía abierta.
 - Reducción del riesgo de complicaciones quirúrgicas y del tiempo de recuperación.
 - Mayor pérdida de peso tras la cirugía.
 - Aumento de la adherencia del paciente a los cambios nutricionales y del estilo de vida tras la cirugía.
- Consentimiento informado para iniciar la dieta de ayuno modificado.
- Test del dolor (Se les pasa al inicio de la dieta hipocalórica, en la primera visita tras la cirugía, a los 6 y 12 meses posteriores a la cirugía.
- Se les cita para iniciar el aula educacional grupal (Anexo 1)

8. Visitas posteriores.

- Previas a la cirugía
 - Revisión una vez al mes para valorar pérdida de peso e IMC y revisar posibles dudas sobre la dieta hipocalórica, hasta la fecha de cirugía

- Posterior a la cirugía:
 - Visita diaria en el área de hospitalización durante el ingreso del paciente.
 - Las siguientes visitas se realizarán en el Hospital de Día Nutrición- Obesidad situado en la 8º Planta del edificio de Consultas Externas con la siguiente asiduidad:
 - Los tres meses primeros tras la intervención, las visitas serán cada mes.
 - Desde el tercer mes hasta el primer año, las visitas serán cada tres meses.
 - Desde el primer año al segundo, las visitas son cada seis meses.
 - Del segundo año al tercero las visitas son anuales.
 - Al tercer año, si no existe contraindicación sería dado de alta de la consulta.
 - A demanda según cada caso individual: por ejemplo gestación coincidiendo con postcirugía.

CREACIÓN DE UN AULA DE EDUCACIÓN GRUPAL DIRIGIDA AL PACIENTE QUE VA A SER SOMETIDO A CIRUGÍA BARIÁTRICA (Anexo 1)

1. Introducción.-

La Organización Mundial de la Salud, plantea la necesidad de la Educación para la Salud (EpS), como herramienta para afrontar los principales problemas de salud actuales. Existe un consenso generalizado sobre la utilidad tanto de la EpS grupal como individual. La elección de una u otra depende principalmente, de los grupos y/o problemas de salud de que se trate. Las ventajas más importantes de la EpS grupal son su mayor eficacia y eficiencia educativas.

Entendemos por educación el proceso intencional por el cual las personas son mas conscientes de su realidad y del entorno que les rodea, ampliando los conocimientos, valores, y habilidades que les permita desarrollar capacidades para adecuar, según estas, sus comportamientos a la realidad (Anzizu Irure 2000).

2. Justificación.-

En el tratamiento general de la obesidad, existe una gran evidencia de los efectos favorables que tiene para el paciente la creación de grupos de apoyo. Aunque mas escasos, también existen datos que demuestran que la creación de grupos de apoyo, aporta beneficios significativos en el paciente que va ser sometido a cirugía bariátrica (Moizé Arcone 2007).

Para la consecución de aprendizajes significativos se utilizarán enfoques de pedagogía activa, interactiva o integradora.

3. Objetivos generales:

- *Prevenir el establecimiento o recurrencia de hábitos alimentarios no saludables.*
- *Asumir el tratamiento de por vida de la enfermedad, manejando las variables que determinan su evolución.*
- *Trabajar aquellos comportamientos o actitudes que interfieren con las intervenciones cognitivas-comportamentales saludables.*

4. Objetivos específicos:

- *Fomentar la participación activa por parte de los asistentes.*
- *Implicar a la familia.*
- *Implicar al paciente en su propio tratamiento.*
- *Adquirir conocimientos sobre el manejo de alimento/nutriente.*
- *Conocer la cuantificación calórica y proteica de los alimentos.*

- *Aprender a interpretar el etiquetado de los alimentos.*
- *Conocer los cambios anatómicos que se van a producir tras la cirugía.*
- *Identificar posibles complicaciones.*
- *Adquirir habilidades para prevenir y resolver complicaciones.*
- *Incorporar estrategias que ayuden al cambio.*
- *Adquirir conocimientos sobre estrategias que ayuden a la modificación de hábitos.*
- *Ser capaces de identificar la sensación de hambre y saber diferenciarla de la ansiedad por comer.*
- *Planificar programas de actividad física.*

5. Sujetos a quienes va dirigido:

- Pacientes que habiendo realizado toda la evaluación prequirúrgica y habiendo sido considerados aptos por el comité de cirugía, están cercanos a la intervención (menos de tres meses).

6. Vía de entrada:

- Consulta de enfermería de obesidad.

7. Vía de exclusión:

- Pacientes que hayan sido rechazados en el comité de cirugía de la obesidad

8. Grupos:

- La frecuencia y el número de grupos dependerá del número de pacientes del programa quirúrgico.
- El número de pacientes por grupo será de un mínimo de 6 y un máximo de diez. Siempre se invita a participar del grupo a un familiar del entorno cercano del paciente.

9. Recursos:

- Humanos:
 - o 1 Enfermera.
 - o 1 Psicólogo.
- Materiales:
 - o 21 Sillas.
 - o 1 Pizarra
 - o 1 Mesa
 - o Estanterías
 - o Ordenador
 - o Cañón de proyección.
 - o Pantalla
- Estructurales:
 - o Aula adecuada en espacio y mobiliario.

10. Desarrollo del programa:

- El programa se desarrollará en seis clases, un día por semana (Lunes o Jueves), durante seis semanas consecutivas y finalizará dicha intervención. En horario de de 12 h a 14,30h.

11. Evaluación del programa:

- Indicadores de evaluación:
 - Test de inicio de programa
 - Test de fin de programa
 - Grado de satisfacción.

Se entregará al inicio del aula un test de conocimientos y otro al final del aula, compararemos ambos para evaluar la eficacia de los resultados. En el segundo test se incluye un apartado de observaciones para conocer el grado de satisfacción del paciente sobre el programa.

12. Anexos:

- Anexo 1
 - Recogida de datos epidemiológicos.
- Anexo 2
 - Test de inicio de Aula Educativa
- Anexo 3
 - Test final de Aula Educativa.



13. Bibliografía:

- Hildebrandt SE. Effects of participation in bariatric support group after Roux-en-Y gastric by-pass. *Obes Surg.* 1998;8:535-42.
- Marcus JD, Elkins GR. Development of a model for a structured support group for patients following bariátrica surgery. *Obes Surg.* 2004;14:103-6.
- Saunders R. Post-surgery group therapy for gastric by-pass patients. *Obes Surg.* 2004;14:1128-31.
- *Sociedad española para el estudio de la obesidad. Consenso SEEDO 2007 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica.*

- López-Prado M, Torres ML, Díaz J. Cuidados en pacientes intervenidos de cirugía bariátrica. *Rev Med Univ Navarra*/vol 50, nº4, 2006,15-22.
- Rubio MA, Martínez C, Vidal O, Larrad A, Salas-Salvadó J, Pujol J, Díez I, Moreno B. Miembros del grupo de trabajo sobre cirugía bariátrica, en representación de la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO) y de la Sociedad Española de Cirugía de la Obesidad (SECO). Documento de Consenso sobre Cirugía Bariátrica. *Rev Esp Obes* 2004;4:223-249.
- Rubio MA, Moreno C. Dietas de muy bajo contenido Calórico: adaptación a nuevas recomendaciones. *Rev Esp Ibs* 2004; 2:91-68.
- Rubio MA, Rico C, Moreno C. Nutrición y Cirugía Bariátrica. *Supl Rev Esp Obs* 2005; 2: XX-XX.
- Rubio Herrera MA; Salas Salvadó J, Moreno Lopera C. Pautas alimentarias postcirugía bariátrica. *Manual de Obesidad Mórbida. Ed. Panamericana* 2006.
- Breton I, Burguesa B, Fernandez-Escalante JC, Formigüera X, Lacy A, Martínez JF, Moizé V, Moreno B, Rubio MA. *Guía práctica de la cirugía de la obesidad: una visión interdisciplinar. Barcelona* 2007. ED Glosa.
- Metcalf B, Rabkin RA, Rabkin JM, Metcalf LJ, Lehman-Becker LB. Weight loss copositon: the effect of exercise following obesity surgery as measured by bioelectrical impedance analysis. *Obes Surg.* 2005;15:183-6.