

Comunicaciones Investigación

SECO 2014

O-002

DIETA DE AYUNO MODIFICADO EN CIRUGÍA BARIÁTRICA

P. Troncoso Pereira, I. Otero Martínez, I. Maruri Chimeno, M.H. Pardellas Rivera, V. Vigorita, P. Senra Del Río, B. Blanco Galego, B.A. De Urrutia Nadal, C. Samartín Toimil, J.E. Casal Nuñez.

Hospital do Meixoeiro, Vigo

OBJETIVOS:

Los pacientes con obesidad mórbida que se van a intervenir de cirugía bariátrica pueden beneficiarse de una dieta de ayuno modificado previa a la intervención, con reducción de peso, mejoría del síndrome metabólico y preparación psicológica a los cuidados dietéticos posteriores a la intervención. Se analizan los pacientes intervenidos de obesidad mórbida en nuestro servicio desde el año 2010 que se sometieron a una dieta de ayuno modificado.

MATERIAL Y MÉTODOS.

Se analizan 61 pacientes intervenidos de cirugía bariátrica desde 2010 en nuestro servicio.

La elevada presión asistencial del S. Cirugía General y Digestiva, no sólo de pacientes con obesidad mórbida, dificulta un planteamiento a medio plazo de la fecha quirúrgica, por lo que sólo se puede establecer la dieta en los dos meses previos a la posible intervención.

Se les administró una dieta proteica modificada en función de la presencia o no de DM, realizando controles analíticos durante la duración de la misma así como controles de peso.

RESULTADOS:

El 86.89% de los pacientes analizados fueron mujeres, con una media de edad de 48 años. El IMC medio inicial fue de 48 (38.8-64.97).

Tras la dieta de ayuno modificado, los pacientes perdieron una media de 7.33 kg, con un rango de -21.5 kg a +4 kg. Tres pacientes incrementaron su peso (4, 1.6 y 0.4 kg).

El IMC medio tras la dieta fue de 45.27, perdiendo de media 2.79 puntos de IMC.

A un 14.76% de los pacientes se le había colocado anteriormente un balón intragástrico que no fue efectivo a largo plazo.

Un 26% presentaban *Helicobacter pylori* en el estudio preoperatorio que fue erradicado, y un 11.5% asociaban hernia de hiato.

El 29.5% de nuestros pacientes presentaban HTA, un 27.8% DM y un 26% SAOS.

En un 91.8% de nuestros pacientes se realizó un bypass gástrico laparoscópico. En nuestra serie, se realizaron dos Sleeve laparoscópicos, dos gastrectomías tubulares abiertas en pacientes previamente intervenidos de obesidad mórbida, y una reconversión a cirugía abierta en un bypass gástrico laparoscópico por intenso síndrome adherencial.

CONCLUSIÓN:

La administración de una dieta de ayuno modificado antes de programar una cirugía de obesidad mórbida es un recurso que puede resultar favorable para el paciente, al conseguir una reducción de peso previa a la intervención y mejorar los parámetros nutricionales de éste, con la consiguiente disminución del riesgo quirúrgico.

Aunque la reducción de peso no siempre es la esperada, consideramos que es una práctica útil que se debe emplear en este tipo de pacientes.

O-027

DIFERENCIAS EN LA TOLERANCIA ALIMENTARIA DURANTE EL PRIMER AÑO POSTOPERATORIO, ENTRE LA GASTRECTOMÍA TUBULAR Y EL BYPASS GÁSTRICO EN Y DE ROUX.

L. Amador Martí, D. Hernando Almero, M.P. Avellaneda Portero, Y. Melero Puche, J.V. Ferrer Valls.

Hospital 9 de Octubre, Valencia,

Objetivo: Comparar diferencias de tolerancia alimentaria entre pacientes intervenidos de Gastrectomía Vertical (GVL) y de Bypass Gástrico en Y de Roux (BPGYRL) por laparoscopia, durante el primer año postoperatorio.

Pacientes y método: Estudio prospectivo mediante la recopilación de datos de los pacientes intervenidos entre febrero 2011 y noviembre 2013, a los 3, 6, 9 y 12 meses postoperatorios. Todos los pacientes con intervención multidisciplinar postoperatoria.

Grupo de GVL: 37 mujeres, 6 varones, edad media 39 años (17-70), IMC medio 39,1 Kg/m² (31,3-60,4). Grupo de BPGYRL. 20 mujeres, 2 varones, edad media de 39 años (26-60), IMC medio 50 Kg/m² (39,1-65,2).

Los datos se recaban mediante un Test que consiste en un listado de 37 alimentos, donde indican su tolerancia en una escala descriptiva compuesta por los ítems “muy mal”, “mal”, “bien” y “muy bien”. También se recopilan los alimentos no consumidos y su motivo.

Resultados:

El grupo de GVL presenta inicialmente niveles de tolerancia de 8,15 que aumentan ligeramente a 8,20 al año postoperatorio (Escala 1-10), suponiendo una mejora de tolerancia del 0,5%.

El grupo de BPGYRL presenta niveles iniciales de 7,37 que aumentan progresivamente a 9,08 al año de la intervención, mejorando un 17%.

La GVL presenta inicialmente niveles de tolerancia ligeramente mayores que el BPGYRL (8,15 frente a 7,37). Ambos grupos alcanzan al año postoperatorio niveles de tolerancia elevados (8,20 en GVL y 9,08 BPGYRL) siendo un poco mayores en el último.

En ambas intervenciones, hubieron alimentos en similar proporción que no se ingerían inicialmente (18,38%). Al año de la operación, no se ingerían un 8,70% de alimentos en la GVL y un 9,30% en el BPGYRL. Esto supone una mejora del 9,68% en GVL y del 9,08% en BPGYRL.

Los alimentos que coinciden en ambos grupos como peor tolerados hasta el año postoperatorio, fueron la carne roja a la plancha, embutidos grasos, arroz en paella y lechuga. Los mejor tolerados fueron el pescado blanco y los quesos.

La leche destaca, porque se tolera peor en el BPGYRL que en la GVL.

Conclusiones:

1º La GVL parte de una tolerancias inicial mayor que el BPGYR.

2º Al año de la intervención, el nivel de tolerancia es similar en ambas operaciones, permitiendo una dieta adecuada y suficientemente variada.

3º En ambos grupos hay un número similar de alimentos no consumidos al año de la intervención.

4º En GVL y BPGYRL los alimentos peor tolerados son la carne roja a la plancha, embutidos grasos, arroz en paella y lechuga. Los alimentos mejor tolerados son el pescado blanco y los quesos.

O-043

ADHERENCIA PRE Y POSTOPERATORIA A LA DIETA MEDITERRÁNEA TRAS GASTRECTOMÍA VERTICAL Y SU EFECTO SOBRE LA PÉRDIDA DE PESO Y LA MEJORÍA DEL PERFIL LIPÍDICO

J. Ruiz-Tovar, L. Zubiaga, M. Diez, E. Boix, R. Martinez, J.M. Bonete, R. Calpena, G. Obelche.

Hospital General Universitario, Elche

Introducción: A pesar de que la dieta mediterránea está considerada como una de las dietas más saludables que existen, la adherencia a la misma es cada día menor, incluso en países mediterráneos. El objetivo de este estudio es evaluar la adherencia a la dieta mediterránea en pacientes obesos mórbidos antes y después de ser sometidos a una gastrectomía vertical como procedimiento bariátrico.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional prospectivo de todos los pacientes sometidos a una gastrectomía vertical laparoscópica entre Octubre de 2007 y Mayo de 2012. Todos los pacientes rellenaron el test KIDMED de evaluación de adherencia a la dieta mediterránea, antes de la cirugía y 1 año después de la misma.

Resultados: Se incluyeron 50 pacientes en el estudio. Antes de la cirugía, el 30% presentaban una adherencia escasa, el 64% una adherencia moderada y sólo un 6% una buena adherencia. Al año de la intervención, sólo un 2% presentaba una mala adherencia, el 58% una adherencia moderada y un 40% una buena adherencia ($p=0,002$). Se demostró una correlación inversa entre los cambios en la puntuación del test KIDMED y la pérdida de peso (Spearman -0.357 ; $p=0.008$), el descenso de colesterol total (Spearman -0.442 ; $p=0.003$) y de LDL-colesterol (Spearman -0.464 ; $p=0.002$). Se observó una correlación directa entre la mayor adherencia a la dieta mediterránea y el aumento del HDL-colesterol (Spearman 0.562 ; $p=0.001$).

Conclusiones: Los pacientes con una mejor adherencia a la dieta mediterránea presentan mayor pérdida de peso postoperatoria y mayor mejoría de los parámetros del perfil lipídico.

O-039

¿INFLUYE EL PERFIL DIETÉTICO Y PSICOLÓGICO PREOPERATORIO, EN EL RESULTADO DE LA GASTRECTOMÍA VERTICAL?

L. Amador Martí, J.V. Ferrer Valls, Y. Melero Puche, A. Sanahuja Santafé, S. Lorente Boix, D. Hernando Almero.

Hospital 9 de Octubre, Valencia

Objetivo: Valorar si el perfil dietético y psicológico preoperatorio, influye en los resultados de pacientes intervenidos de gastrectomía vertical por laparoscopia (GVL).

Pacientes y método: Estudio retrospectivo sobre 86 pacientes operados de GVL entre enero de 2010 y octubre de 2012, con seguimiento multidisciplinar de un año. 64 eran mujeres y 22 varones, edad media de 39,5 años (18-73), IMC medio preoperatorio de 42,7 (33,3-69,4). Hemos clasificado a los pacientes según el perfil preoperatorio en: 1- Perfil positivo: Realiza de 4-6 ingestas diarias, ausencia de picoteos o consumo de dulces relevante, ausencia de compulsión alimentaria, no antecedentes de dietas estricta, ni de gran insatisfacción corporal. 2- Perfil negativo: Realizan menos de 4 ingestas, picotean salado o dulces habitualmente, antecedentes de dietas estrictas, compulsión alimentaria o insatisfacción corporal.

Resultados: De los 86 pacientes estudiados se obtienen 4 grupos: Grupo 1: Perfil dietético y psicológico negativo (n=47), Grupo 2: perfil dietético y psicológico positivo (n=7), Grupo 3: perfil dietético positivo y psicológico negativo (n=23), y Grupo 4: Perfil dietético negativo y psicológico positivo (n=9). No existieron diferencias significativas entre los grupos con respecto al porcentaje de sobrepeso perdido (%SPP), aunque se observa una clara tendencia a una mayor pérdida de peso en el Grupo 2 (83% SPP), frente al grupo 3 (74% SPP). Un 32,5% de los pacientes mejoraron sus hábitos alimentarios y un 46,5% su relación emocional con los alimentos.

Conclusiones: El perfil inicial dietético y psicológico, no influye en el resultado de pérdida de peso tras GVL. La intervención de GVL asociada a tratamiento multidisciplinar, mejora el perfil dietético y psicológico de los pacientes.

P-041

LA EDUCACION NUTRICIONAL EN EL CENTRO DE SALUD COMO METODO PREVENTIVO DE LA OBESIDAD INFANTIL

M. Ferrer Marquez, M.D.R. Ayala Maqueda, A.M. Alcaraz Garcia.

Hospital Torrecárdenas, Almería

OBJETIVO.

- Evaluar la asistencia de los padres de los niños obesos o con sobrepeso a las charlas de educación nutricional.

MATERIAL Y METODO.

MATERIAL.

Padres y/o tutores de niños con sobrepeso y obesidad, que se encuentran cursando 1º y 6º de Educación Primaria y 2º de Educación Secundaria Obligatoria (ESO) de la zona básica de Almería Periférica, exceptuando a los representantes de los niños que están repitiendo 2º de ESO.

METODO.

- Programa de Salud del Servicio Andaluz de Salud (SAS).
- Programa PIOBIN.
- Tabla Orbegozo.
- Tablas de crecimiento.
- Programa nutricional de la Unidad de Gestión Clínica de Almería Periférica.
- Programa estadístico SPSS 15.0.

RESULTADOS.

El 73% del total de los padres y/o tutores de los niños obesos y con sobrepeso, acudieron a las charlas sobre educación nutricional destinadas a evitar y/o disminuir el exceso de peso infantil.

CONCLUSIONES.

Es importante realizar una correcta educación nutricional proporcionando información sobre la dieta mediterránea, la pirámide nutricional, el ejercicio físico... a padres y/o tutores de los niños obesos o con sobrepeso, puesto que es a edades tempranas cuando se forjan los hábitos de vida saludables.

Inciendo en los padres, los niños pueden aprender a llevar una vida sana, basada en una correcta alimentación, ejercicio físico adecuado y cambios conductuales, para que estos últimos se encuentren en el rango de normopeso.

P-012

EFFECTO DE LOS PATRONES DE CONDUCTA ALIMENTARIA PREOPERATORIOS SOBRE LOS RESULTADOS A CORTO Y MEDIO PLAZO EN PÉRDIDA DE PESO TRAS GASTRECTOMÍA VERTICAL LAPAROSCÓPICA

L. Zubiaga Toror, J. Ruiz Tovar Polo, M. Díez Tabernilla, E. Boix, J.M. Bonete, R. Martínez, R. Calpena Rico.

Hospital General Universitario, Elche

Introducción: En la gastrectomía vertical, la pérdida de peso depende directamente de la adherencia a la dieta postoperatoria. El objetivo de este estudio es evaluar el efecto de los patrones alimentarios preoperatorios sobre la pérdida de peso a corto y medio plazo.

Material y métodos: Se realizó un estudio prospectivo de todos los pacientes obesos mórbidos sometidos a una gastrectomía vertical laparoscópica como procedimiento bariátrico entre 2008 y 2012. Se evaluaron los hábitos alimentarios preoperatorios de los pacientes y se registró la pérdida de peso postoperatoria a los 12 y 24 meses de la cirugía.

Resultados: Se incluyeron 50 pacientes en el estudio con un IMC preoperatorio medio de $51,2 \pm 7,9$ Kg/m². Todos los pacientes presentaban un patrón alimentario de grandes comedores. Además, el 44% de los pacientes presentaba un patrón de picoteador, el 40% reconocían ingesta abundante de dulces y el 48% tomaban refrescos “light” como bebida en las comidas. Al año el porcentaje de exceso de peso perdido (PEP) era de 83,7% y a los 2 años de 82,4%. El PEP medio a los 12 y 24 meses fue significativamente peor en pacientes picoteadores, tomadores de dulces y bebedores de refrescos “light”.

Conclusión: Aquellos pacientes que, además de grandes comedores, también son picoteadores, tomadores de dulces o de bebidas “Light”, logran una menor pérdida de peso tras gastrectomía vertical.

O-025

COMPARATIVA DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA PERIOPERATORIOS EN DOS HOSPITALES DE LA COMUNIDAD DE MADRID

S. Bravo Castañeda ⁽¹⁾, M.D.L.A. Durán García ⁽²⁾, A. Sanchón Amador ⁽¹⁾, S. Suárez Peces ⁽¹⁾, S. Rubio Antonio ⁽²⁾, E. Fernández Carrasco ⁽²⁾, A. Pereda Gil ⁽²⁾, G. Roldán Pérez ⁽²⁾, M.D.M. Fincias Alonso ⁽²⁾.

⁽¹⁾ Príncipe Asturias, Alcalá de Henares; ⁽²⁾ Clínico Madrid, Madrid

OBJETIVOS: El principal objetivo de este trabajo es el de estandarizar los cuidados de enfermería aplicados a pacientes que se someten a cirugía bariátrica o metabólica, durante el procedimiento quirúrgico. Vamos a poner en común las actividades realizadas en dos hospitales diferentes de la comunidad de Madrid, compartir y comparar los diferentes métodos de trabajo para aprender y enriquecernos mutuamente. Analizaremos los retos a los que se enfrentan las enfermeras en la cirugía bariátrica por laparoscopia, tanto por el tipo de pacientes tratados como por las distintas técnicas y tecnologías empleadas. Promover la seguridad del paciente y del equipo quirúrgico con prácticas seguras y de calidad. Fomentar esta cultura de seguridad y transmitirla a todo el personal del bloque quirúrgico.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se describen todas las actividades realizadas por el personal de enfermería en ambos hospitales, guiadas por NANDA, NIC, NOC.

Protocolos de actuación disponibles en cada hospital, vías clínicas, guía de procedimientos, instrucciones técnicas...

Se revisa bibliografía disponible de AORN y AEC.

Los constantes avances tanto en procedimientos quirúrgicos como en electrocirugía hacen indispensable la actualización constante de conocimientos.

RESULTADOS: Hemos obtenido una comparativa de los cuidados aplicados en los dos hospitales, teniendo en cuenta las diferencias, tanto de infraestructura como de materiales disponibles; quién lo realiza, en qué momento, dónde.

Las diferencias entre ambos son debidas, en ocasiones a las diferencias en cuanto a estructura funcional de cada uno y los materiales de que se disponen.

CONCLUSIONES: La formación del personal es fundamental, tanto en las distintas técnicas quirúrgicas como en la atención a este tipo de pacientes por sus características.

Son muchos los cuidados aplicados a este tipo de pacientes. Debemos trabajar para estandarizarlos y ofrecer una atención segura y de alta calidad, elaborando protocolos de actuación en el área quirúrgica.

Las nuevas tecnologías deben usarse de un modo eficiente,

Los cuidados de enfermería siempre deben estar centrados en el paciente, en su bienestar, en su seguridad, minimizando así los riesgos del proceso quirúrgico.

Bibliografía: - Cirugía de la obesidad mórbida. Juan Carlos Ruíz de Adana. Raquel Sánchez Santos. 2ª Edición. Ed. Arán. Guías Clínicas de la AEC.

- Guía de actuación en situaciones de sobrepeso. Consejería de Sanidad y Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid.
- Estadísticas Sanitarias Mundiales 2013. Programas y proyectos (factores de riesgo: Obesidad) OMS.
- Cirugía AEC. 2ª Edición. P. Parrilla Paricio. J. I. Landa García. Ed. Panamericana.

O-028

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PERIOPERATORIA, EN EL PACIENTE OBESO

D. Hernando Almero, L. Amador Martí, Y. Melero Puche, A. Sanahuja Santafé, J.V. Ferrer Valls.

Hospital 9 de Octubre, Valencia

OBJETIVOS

Descripción detallada del “Protocolo de Actuación de Enfermería” en las distintas fases de la preparación preoperatoria del paciente, cuidados hospitalarios, y cuidados postoperatorios hasta el mes postoperatorio.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo sobre los pacientes intervenidos desde la puesta en marcha del “Protocolo de Actuación de Enfermería”: 56 pacientes operados de Gastrectomía Vertical por Laparoscopia (GVL), (44 mujeres, 12 varones, edad media 39 años (17-70)). 37 pacientes operados de Bypass Gástrico en Y de Roux por Laparoscopia (BPGYRL) (31 mujeres, 6 varones, edad media 40,6 años (18-60)). Todos los casos, además, estaban incluidos dentro de un protocolo multidisciplinar. *Preoperatorio*: control de una adecuada pérdida de peso tras dieta con suplementos alimenticios, indicación ejercicio físico, ejercicios respiratorios con inspirómetro incentivado, control de constantes (hipertensos, diabéticos) para seguimiento de su optimización terapéutica, prevención de trombosis venosa profunda, y otros tratamientos (ansiolíticos, antidepresivos, antiinflamatorios...). Valoración inicial, preparación física e información detallada de los cuidados y del procedimiento quirúrgico al paciente y acompañantes. *Intrahospitalaria*: Recuperación anestésica, vigilancia constantes vitales, heridas quirúrgicas, drenaje, posible hemorragias, pruebas de estanqueidad, manejo del dolor, náuseas o vómitos, prevención tromboflebitis (deambulación precoz, medias antitrombóticas, HBPM), fisioterapia respiratoria y control analítico postoperatorio. Tolerancia a las 24 horas en ambos casos. *Ambulatoria*: control de constantes, dieta progresiva, retirada de puntos de sutura, ejercicio físico, tratamiento médico protocolizado para cada caso.

RESULTADOS

Los cuidados de enfermería protocolizados dentro de un equipo multidisciplinar, favorecen la seguridad en el desarrollo técnico quirúrgico, disminuyendo posibles complicaciones postoperatorias. Sobre el grupo de los intervenidos de GV, la preparación preoperatoria ha permitido una pérdida media de peso de 5,37 kg. Sobre el grupo de BPGYR, la pérdida media preoperatoria llegó a los 7 Kg. El tiempo medio quirúrgico fue de 90 a 120 minutos en la GVL y de 120 a 180 minutos en el BPGYRL, sin ninguna conversión a cirugía abierta. La estancia media hospitalaria fue de 48 horas para ambas intervenciones. Las prueba de estanqueidad con azul de metileno, siempre han sido negativas, sin que se hayan producido fugas o fístulas. No se han producido TVP/TEP, no infecciones de heridas quirúrgicas, no infecciones respiratorias, no íleos postoperatorios. Se produjeron 2 hemorragias en GV y 1 hemorragia en el pie de asa del BPGYR. No mortalidad. La formación de enfermería, tanto a los pacientes como a acompañantes durante el ingreso, facilitó la movilidad precoz, la fisioterapia respiratoria y la ingesta cuidadosa de líquidos, el manejo adecuado del drenaje en su caso, etc. También la actividad física temprana y adecuada tras el alta.

CONCLUSIONES

1. Asesorar al paciente y familiares con un protocolo multidisciplinar en la preparación preoperatoria es crucial para mejorar el estado emocional de los pacientes, facilitar el desarrollo técnico y evitar complicaciones postoperatorias.
2. La intervención de enfermería es importante para valorar, evaluar e insistir a los pacientes a realizar adecuadamente todas las recomendaciones descritas en el proceso de preparación.

Un seguimiento multidisciplinar postoperatorio después de una cirugía bariátrica es esencial para garantizar el éxito de la intervención.

P-031

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA DE HOSPITALIZACIÓN EN PACIENTE SOMETIDO A CIRUGÍA BARIÁTRICA

B. Osés, P. Martínez, S. Chocarro, E. Labairu, E. Alvarez, E. Lacosta, L. Guindano, R. Moncada, F. Rotellar, V. Valentí.

Clinica Universitaria de Navarra, Pamplona

Introducción: La cirugía bariátrica se ha consolidado como una subespecialidad quirúrgica con alto volumen de intervenciones dadas la situación actual de la población. La demanda de cuidados en estos pacientes por parte del personal de enfermería especializada es fundamental, pues además de las actividades que se realizan en cualquier paciente quirúrgico se suman los específicos previos de educación y los propios postoperatorios de este tipo de intervenciones.

Material y métodos: Se divide el proceso de atención al paciente candidato a cirugía bariátrica en tres momentos.

1. Atención al paciente en la planta de hospitalización en el momento del ingreso. (historia de enfermería, toma de constantes, peso y talla, información a los familiares, ducha completa, comprobación preoperatorio, ayunas desde las 24.00 horas, consentimientos, comprobación medicación, colocación de medias compresoras en EEII).
2. Atención al paciente en la planta de hospitalización tras ingreso procedente de la sala de reanimación. (Toma de constantes, valoración de drenaje, vías y apósitos, valoración oxigenación, dolor, fluidoterapia, medicación, prevención de trombosis, movilización precoz, fisioterapia respiratoria).
3. Atención del paciente en planta durante el ingreso hospitalario. (Vía clínica paciente hospitalizado y pautas de alimentación).

Resultados: Se muestran los resultados de este trabajo según las secciones definidas en material y métodos. Los resultados mostrados han sido evaluados como parte del examen al que la IFSO-EU (International Federation of Surgical Obesity) realizó en nuestro centro en 2011.

Conclusiones: El éxito del paciente intervenido de cirugía bariátrica comienza con la atención de enfermería previa a la intervención así como el seguimiento y cuidado estrecho durante el ingreso hasta el momento del alta. La sistematización en estos cuidados asegura el buen resultado y la posibilidad de acreditación por organismos de calidad.

P-032

PROTOCOLO DE ENFERMERÍA PARA ANESTESIA EN CIRUGÍA BARIÁTRICA

E. Goñi, A. Arana, P. Rodriguez, M. Sanz, C. Sanchez Justicia, M. Marteles, T. Secyugu, R. Moncada, V. Valentí.

Clinica Universitaria de Navarra, Pamplona

Introducción: El paciente sometido a cirugía bariátrica, posee unas características basales de riesgo que requieren cuidados específicos tanto en la inducción, procedimiento y despertar de la intervención. El manejo anestésico en estos casos se considera un procedimiento exigente que requiere destreza y entrenamiento. Todo ello, precisa una especialización por parte del equipo multidisciplinar que le atiende. En el ámbito de la Anestesia, la enfermería, debe tener unos conocimientos principales con el objeto de evitar las posibles complicaciones.

Objetivos: Presentamos nuestro protocolo actual de trabajo intra-operatorio elaborado con la colaboración del personal médico y de enfermería como consecuencia de la experiencia que nos aporta la realización de más de 600 intervenciones de este tipo. De igual modo analizamos los factores que hemos ido modificando a lo largo de los años con el objetivo de valorar las posibles mejoras futuras.

Material y métodos: Se divide la actuación de enfermería en quirófano en los siguientes aspectos:

- Fisioterapia respiratoria incentivada con inspirón al ingreso en el bloque quirúrgico y en el despertar inmediato
- Inducción anestésica en camilla, sobre colchón de aire para movilización en posición semisentado
- Preparación de material para intubación y fármacos mas sonda orogastrica.
- Una vez intubado, traslado seguro a mesa quirúrgica mediante colchón de aire
- Posición y Protección de zonas de decúbito con venda de algodón y flexión de codo en 160°
- Garantizar la seguridad y el confort del paciente durante el proceso quirúrgico.
- Disminuir el tiempo de preparación cooperando eficazmente en los procedimientos.
- Prever las complicaciones derivadas de la posición quirúrgica durante la intervención y la función respiratoria tras anestesia
- Traslado a su cama y extubación en 45 ° de inclinación previa aspiración de secreciones
- Traslado a URPA y fisioterapia respiratoria activa con botas de compresión neumática.

Resultados: Los resultados se muestran en texto escrito, fotos y gráficos. Se basan principalmente en nuestra experiencia profesional con este protocolo y la ausencia de complicaciones asociadas durante el procedimiento.

Conclusiones: La actuación de enfermería basada en protocolos de actuación de quirófano consigue resultados de calidad, mejorando el confort del paciente tras el proceso quirúrgico y contribuyendo de este modo a la temprana alta hospitalaria.

La consecución de buenos resultados produce satisfacción y motivación en el personal implicado en el cuidado del enfermo.

La creación de protocolos hace más fácil el trabajo en equipo y la coordinación entre los profesionales, disminuyendo la probabilidad de complicaciones relacionadas con el proceso anestésico.

P-033

INTUBACION Y VENTILACION EN POSICION DE SENTADO EN PACIENTE SOMETIDO A CIRUGIA BARIATRICA. IMPLICACIONES DE ENFERMERIA.

P. Rodriguez, E. Goñi, A. Arana, P. Villaverde, G. Rosso, G. Echarri, M. Bellver, R. Moncada, V. Valentí.

Clinica Universitaria de Navarra, Pamplona

Introducción: El paciente candidato a cirugía bariátrica presenta alta incidencia de vía aérea difícil por la dificultad de intubación, ventilación y rápida desaturación de oxígeno. Este hecho ofrece un reto para el equipo anestésico que le va a atender. Para poder llevar a cabo este procedimiento es imprescindible conseguir las condiciones idóneas que nos permitan realizar la ventilación e intubación del obeso con la máxima seguridad y eficacia.

Objetivos: El presente trabajo muestra los efectos beneficiosos de la inducción e intubación en posición de confrontación y semisentado frente a la posición de intubación tradicional en la cabecera del paciente con laringoscopia directa.

Material y métodos: Se comparan los tiempos de inducción de dos técnicas distintas de intubación, la clásica frente a la de semisentado con dispositivo "Airtrac". De igual modo se analiza la dificultad requerida en ambas técnicas y la posibilidad de ventilación con mascarilla facial pre-intubación. El presente trabajo, ha sido realizado con la colaboración del personal médico y de enfermería como consecuencia del trabajo conjunto desde la creación de la unidad de cirugía bariátrica en nuestro centro.

Resultados: Los pacientes ventilados en posición tradicional, se desaturaban antes que los pacientes ventilados en posición semisentado durante la inducción anestésica. La dificultad de intubación fue similar, con una ligera ventaja de los pacientes intubados por confrontación y dispositivo Air-raq, respecto a los pacientes intubados bajo laringoscopia directa en posición tradicional.

Conclusiones:

La técnica de intubación en posición de confrontación y semisentada, facilita enormemente la intubación del paciente bariátrico, disminuyendo los fallos de intubación y los riesgos de aspiración bronquial.

Así mismo, la ventilación con mascarilla facial y cánula de guedel, favorecida por la posición, consigue iniciar la intubación con un O₂ expirado por encima de 90% de O₂ y relajación completa.

La estandarización de esta técnica disminuye el tiempo en el conjunto de actuaciones anestésicas a realizar para la consecución de una cirugía bariátrica en condiciones.

La sub-especialización en la enfermería quirúrgico-anestésica, consolida la atención y seguridad en el paciente sometido a cirugía bariátrica, produciendo alta satisfacción y motivación por parte del personal implicado en el cuidado de estos enfermos durante su estancia en el área quirúrgica.

P-038

VIA CLINICA DE CUIDADOS DE ENFERMERIA POSTOPERATORIOS EN PACIENTE SOMETIDO A CIRUGIA BARIATRICA

B. Larrea, L. Granero, E. De Goñi, S. Izquierdo, M. Portas, A. Redin, S. Perez, R. Moncada, F. Rotellar, V. Valentí.

Clinica Universitaria de Navarra, Pamplona

Introducción: La cirugía bariátrica se ha consolidado como una subespecialidad quirúrgica con alto volumen de intervenciones dadas la situación actual de la población. Los objetivos de la cirugía son la pérdida de peso mantenida en el tiempo y la resolución de las co-morbilidades acompañantes. Para la consecución de buenos resultados es necesario contar con unidades multidisciplinares con experiencia en el tratamiento de estos pacientes y protocolos de trabajo conocidos por todo el personal sanitario. Como parte del equipo multidisciplinar, la enfermería de hospitalización juega un papel fundamental en la buena evolución de los pacientes intervenidos.

Material y métodos: Se presenta en este trabajo la vía clínica (plan estandarizado de cuidados postoperatorios) del paciente hospitalizado para cirugía bariátrica de nuestro centro. Esta vía clínica ha sido realizada con la colaboración y consenso del personal médico y de enfermería como consecuencia del trabajo conjunto desde la creación de la unidad de cirugía bariátrica hace ya más de 15 años. En este trabajo se comentan las sucesivas modificaciones que ha sufrido esta vía con el paso de los años hasta conseguir una herramienta de trabajo consolidada.

Resultados: Se obtienen los resultados del algoritmo de actuación del paciente candidato a cirugía bariátrica mediante la creación de una matriz temporal con determinaciones sobre las actuaciones de enfermería y medicina. Los resultados de este trabajo han sido evaluados como parte del examen al que la IFSO-EU (International Federation of Surgical Obesity) realizó en nuestro centro en 2011. El hospital está acreditado como centro de excelencia en cirugía de la obesidad.

Conclusiones:

La actuación de enfermería basada en protocolos de trabajo y vías clínicas consigue resultados de calidad en la atención del paciente con estancias hospitalarias cortas y baja morbilidad.

La consecución de estos buenos resultados produce de igual modo alta satisfacción y motivación por parte del personal implicado en el cuidado de estos enfermos durante su estancia hospitalaria.

La creación de una vía clínica según la experiencia del equipo y la evidencia científica disponible, supone la consolidación de los grupos de trabajo y la acreditación por los organismos correspondientes.