

Cuidados en pacientes intervenidos de cirugía bariátrica

Artículo solicitado por la Federación Española de Sociedades de Nutrición, Alimentación y Dietética (FESNAD) a la Asociación Española de Diplomados en Enfermería de Nutrición y Dietética (ADENYD), cuya junta directiva era, en el momento de elaboración de este artículo, la siguiente: M^a Lourdes de Torres Aured, Mercedes López-Pardo Martínez, M^a Luisa Sanz Muñoz, M^a Teresa Motilla Valeriano, Natalia Ibáñez López, Concepción Vázquez González y Concha Ibáñez González. En la actualidad ver: www.adenyd.org

M. López-Pardo Martínez*, **M.L. de Torres Aured****, **J. Díaz Gómez*****

* H.U. Reina Sofía, Córdoba; ** H.U. Miguel Servet, Zaragoza; *** H.U. La Paz, Madrid

Correspondencia:

M^a Lourdes de Torres Aured
(marilurde@terra.es)

Resumen

La problemática que padecen los pacientes con obesidad es muy amplia, ya que ésta les afecta, no sólo en el aspecto físico, sino en el psíquico, social y laboral, con un importante impacto socio-económico.

La aplicación de técnicas quirúrgicas ha abierto un nuevo campo en el tratamiento de esta compleja enfermedad, siendo la única posibilidad de tratamiento efectiva a largo plazo en la obesidad mórbida. Con la mayor parte de las técnicas quirúrgicas el paciente debe controlar la ingesta de por vida y mantener unos hábitos de actividad física adecuados. Por este motivo se hace preciso que profesionales de diferente perfil trabajen en el desarrollo de las estrategias a seguir. Esta valoración de las necesidades físicas y psicológicas del paciente, condiciona la planificación de los cuidados más adecuados. El seguimiento en la consulta de enfermería se centra en educar, motivar, adiestrar y asesorar nutricionalmente al paciente, para que sea capaz de modificar sus hábitos alimentarios y mantener un estilo de vida saludable durante las etapas de pre y post cirugía.

La valoración por Patrones nos sirve de herramienta para analizar las alteraciones en el paciente. Una vez valorada la situación sobre las necesidades de Cuidados, podemos realizar los Diagnósticos Enfermeros de los que se derivan las intervenciones (CIE) y actividades pertinentes, que se suman a las realizadas por el resto del equipo pluriprofesional logrando así los mejores resultados.

Con toda la información obtenida, debidamente ordenada y confrontada entre el equipo, se puede personalizar la Planificación de Cuidados con el registro alimentario, la elección de alimentos, la elaboración de una dieta semanal, las recomendaciones dietéticas generales,... Cada uno de los Resultados obtenidos (CRE) se evalúan con los posibles Indicadores, dentro de la Escala de medición correspondiente.

Una buena instrucción acerca de los cambios en el estilo de vida y la necesidad de acatar el tratamiento y seguimiento posterior, además de la motivación por parte del paciente, son las claves de una buena colaboración con el equipo pluriprofesional de control en la aplicación de las estrategias.

Palabras clave: Obesidad mórbida. Cirugía bariátrica. Valoración por patrones de salud. Planificación de Cuidados. Equipo pluriprofesional. (CIE-Clasificación de Intervenciones Enfermeras) (CRE- Clasificación de Resultados Enfermeros).

Summary

A wide range of problems are caused by obesity, since patients are affected not only physically, but also psychologically, socially and in their working life, with major socio-economic consequences.

The application of technical surgical has opened a new field in the treatment of this complex illness, long term treatment being the only effective kind for morbid obesity. With most surgical techniques, the patient should control food intake for life and maintain some adapted habits of physical activity. For this reason it is necessary for professionals in different areas to help patients to develop strategies to persevere with their programs. Evaluation of the patient's physical and psychological needs should be carried out prior to the planning of appropriate measures. Outpatient follow-up must focus on educating, motivating, training and advising the patient nutritionally, so that he or she is able to modify his or her eating habits and maintain a healthy lifestyle during the pre- and postoperative phases.

Evaluation using Patterns serves as a tool to analyze disorders in the patient. Once the situation has been evaluated, we can proceed to the nursing diagnoses (NIC) on which we will base the interventions and pertinent activities which, in combination with those carried out by other members of the multidisciplinary team, will achieve optimum results. With all the information obtained, properly organized and discussed by the team, it is possible to personalize the Planning of Care with food registration, food choice, elaboration of a weekly diet, and the general dietary recommendations. Each of the results obtained (NOC) is evaluated in terms of the possible indicators, on the corresponding scale of measurement.

In addition to patient motivation, effective instructions about changes in lifestyle and the need to accept treatment and follow-up are the key to positive collaboration with the multi-professional team in the application of strategies.

Key words: Morbid obesity. Bariatric surgery. Pattern Evaluation for Planning of Care. The multi-professional team. (NIC- Nursing Intervention Classification) (NOC- Nursing Object Classification).

Introducción

Entre los mayores retos de salud pública para el siglo XXI aparece la obesidad, etiquetada por primera vez como epidemia y para cuya prevención se desarrolla el marco de la estrategia global de "Dieta, actividad física y salud" aprobada por casi 200 países en la última Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en Ginebra en Mayo del 2004.

La problemática que padecen los pacientes con obesidad es muy amplia, ya que ésta les afecta, no sólo en el aspecto físico, sino en el psíquico, social y laboral. El impacto de la obesidad va más allá del propio paciente, esto hace que sea una enfermedad con un importante impacto socio-económico, debido tanto a los gastos directos como indirectos que genera. El éxito de las acciones relativas a alimentación y salud se basa en la complementariedad. Por este motivo se hace preciso que profesionales de diferente perfil trabajen en el desarrollo de las estrategias más oportunas que mejoren la actual situación de prevalencia de la obesidad.

La aplicación de técnicas quirúrgicas ha abierto un nuevo campo en el tratamiento de esta compleja enfermedad, siendo la única posibilidad de tratamiento efectiva a largo plazo en los pacientes con obesidad mórbida. Con la mayor parte de las técnicas quirúrgicas el paciente debe controlar la ingesta y mantener unos hábitos de actividad física adecuados de por vida, para lograr la reducción del peso. Está contraindicada la cirugía bariátrica, si el paciente no se compromete a realizar un seguimiento periódico. Frecuentemente tiene que cumplir tratamientos farmacológicos y/o nutricionales con suplementos orales y/o parenterales a largo plazo y debe mantener un seguimiento de su evolución por tiempo indefinido.

El equipo multiprofesional necesario para atender las demandas de atención sanitaria de estos pacientes, participa en el proceso de atención al paciente intervenido de cirugía Bariátrica. La relación con el paciente comienza con el intercambio de información lo que permite identificar la forma en la que la persona está viviendo la situación actual. Esta valoración de las necesidades físicas y psicológicas del paciente, condiciona la planificación de los cuidados más adecuados.

Objetivos

Con la cirugía bariátrica se pretende reducir la morbilidad ligada a la obesidad, perder un 50% del sobrepeso y mantenerlo a lo largo del tiempo, mejorar la calidad de vida y la autoestima del paciente y reducir los tratamientos farmacológicos.

Circuito perioperatorio

En primer lugar ha de ser estudiado por el equipo médico de especialistas en obesidad para diagnosticar el grado de la misma; descartar anomalías hormonales y patologías metabólicas y así valorar adecuadamente las comorbilidades. Posteriormente se realiza una consulta a psiquiatría, en la que se valora si será capaz de asumir los cambios de comportamiento nutricional que conlleva la intervención y detectar posibles trastornos del comportamiento alimentario. Quedan excluidos en principio los

que presentan, alcoholismo, bulimia nerviosa severa, algún tipo de psicopatía y/o drogodependencia.

A partir de este punto el paciente será valorado en consulta de enfermería en la que se realiza un plan de cuidados personalizados prequirúrgicos y postquirúrgicos, para conseguir que el paciente esté en disposición de mejorar el manejo del régimen terapéutico. Finalmente el equipo quirúrgico incluye al paciente en la lista de espera estableciendo el tipo de cirugía adecuado y valorando el grado de prioridad según la gravedad y número de complicaciones. El estudio de los anestesiólogos es fundamental para poder realizar finalmente la intervención quirúrgica.

Personalización de un plan de cuidados estandarizados

El paciente es el personaje principal del proceso, de su cooperación depende el éxito o el fracaso del tratamiento. El seguimiento en la consulta de enfermería se centra en educar, motivar y asesorar al paciente para que sea capaz de modificar los hábitos alimentarios inadecuados, reforzar los correctos y lograr que mantenga un estilo de vida saludable durante las etapas de pre y post cirugía.

Personalizando un Plan Estandarizado de Cuidados se pretende conseguir:

- Determinar la prestación de unos cuidados que aseguren la continuidad durante todo el proceso.
- Recoger información sobre actividades e intervenciones a desarrollar.
- Desarrollar programas de enseñanza con una metodología homogénea y planificada con el uso de una terminología común.

Valoración inicial por patrones funcionales de salud

La valoración por patrones funcionales de salud nos sirve de herramienta para analizar minuciosamente las alteraciones provocadas la obesidad mórbida.

A. Percepción de salud - control de salud

Para valorar este patrón hay que conocer los tratamientos previos, averiguar cómo valora su salud y qué conocimientos tiene de su enfermedad y de los cuidados que necesita. Respecto de la conducta ante su salud se comprueba la adherencia al tratamiento y estilos de vida, si ha tenido accidentes o caídas, ingresos hospitalarios, cómo es su imagen personal con respecto a la capacidad de mantener la higiene.

B. Patrón nutricional – metabólico

Hay que medir y calcular los parámetros antropométricos, Peso, Talla, IMC y la pérdida o ganancia de peso en el tiempo. El registro alimentario nos permite conocer su patrón alimentario. Se realizará la recogida de datos de tres días de duración; dos de ellos laborables y uno de fin de semana. El primero se realiza en la consulta, con un recuerdo de 24 horas que sirve de entrenamiento al paciente para que pueda realizarlo después correctamente. Debe especificar el tipo de cocinado, la cantidad de alimento, y situarlos en el momento del día en el que se han

consumido. Los datos se introducen en un programa informático, para contabilizar la ingesta total de energía y el reparto de macro y micro nutrientes. Completado con una encuesta de frecuencia de consumo de los distintos alimentos y de hábitos alimentarios que incluya el horario de comidas, si hay picoteo entre horas, dónde come, con quien, la ingesta de líquidos al día.

Grupos de alimentos (frecuencia semanal)

Leche y derivados	Verduras y hortalizas	Grasas	Alcohol
Pan, cereales	Carnes y aves	Frutas	Refrescos
Arroz, pasta	Huevos	Patatas	Frutos secos
Legumbres	Pescados	Dulces	Chocolate

Hay que averiguar si existe dificultad de masticación, deglución o en la digestión. Si existen problemas de la piel o mucosas puede aplicarse la Escala de Norton modificada sobre el dolor, prurito, eritema, cicatrización, pelo, uñas y problemas dentales.

C. Patrón Eliminación

Es necesario contabilizar el número de deposiciones al día la consistencia y si necesita de ayuda de laxantes. Es fundamental conocer el número de micciones de día y noche.

D. Patrón actividad- ejercicio

Debemos conocer la actividad laboral (ligera, moderada, intensa) y la actividad de ocio. También debemos conocer el tipo y la frecuencia con que hace ejercicio físico y los problemas que interfieren (fatiga, dolor u otros). Y si éste le genera aumento desmesurado de la tensión arterial o de la frecuencia cardiaca. Las dificultades para la actividad de ejercicio en esta enfermedad son importantes y condicionan uno de los elementos principales del tratamiento como es el aumento del gasto energético. Las recomendaciones de ejercicio físico deben estar adaptadas a sus posibilidades y al riesgo de lesiones.

E. Patrón sueño-descanso

Hay que preguntar las horas de sueño durante la noche y el día, ya que en los obesos mórbidos es frecuente que esté alterado por la apnea del sueño; así como si debe ayudarse de medicación.

F. Patrón cognitivo-perceptual

Debemos evaluar la dificultad para aprender cosas nuevas o para tomar decisiones y la influencia de sus fobias o miedos. Asimismo también evaluaremos si su expresión y su lenguaje es comprensible y coherente. También debemos constatar el estado de conciencia en el que se encuentra de alerta, apático, confuso, estuporoso, comatoso; o si tiene problemas de audición, olfato, gusto, visión, tacto.

G. Manejo del Patrón autopercepción – autoconcepto – autoconfianza

Se debe valorar la preocupación por la operación y el sentimiento de: temor, ansiedad, preocupación, desesperanza, falta de control, tristeza y sentimiento de culpa. Durante la entrevista es fundamental observar la voz, la postura, si mantiene contacto

ocular, si su estado es nervioso o relajado, si es asertivo o pasivo y su nivel de atención o distracción.

H. Patrón de rol-relaciones

Hay que conocer la composición del grupo familiar y su responsabilidad en la familia. Él debe manifestar el nivel de satisfacción en la familia y el trabajo, con los amigos y la comunidad. Hay que comprobar que el manejo del idioma es suficiente (extranjeros)

I. Patrón sexualidad-reproductividad

Es necesario averiguar si existen problemas de fertilidad y cuál es su nivel de satisfacción en las relaciones sexuales.

J. Patrón adaptación-tolerancia al estrés

Hay que comprobar cómo reacciona ante el estrés en acontecimientos importantes en su vida y su entorno.

Cuidados más frecuentes según diagnósticos enfermeros

Una vez valorada la situación con los conocimientos suficientes sobre las necesidades de cuidados, podemos realizar los diagnósticos enfermeros de los que se derivan las intervenciones y actividades pertinentes, que se suman a las realizadas por el resto del equipo pluriprofesional y así lograr los mejores resultados.

Diagnósticos enfermeros más frecuentes

1. Manejo inefectivo del régimen terapéutico por su complejidad y déficit de conocimientos.
2. Deterioro de la movilidad física.
3. Deterioro del patrón del sueño
4. Estreñimiento
5. Diarrea

¿Cómo se planifican los cuidados de enfermería?

El plan de cuidados se elabora una vez identificados los problemas del paciente, según el patrón de comportamiento donde quedan registrados todos los datos objetivos y subjetivos que obtenemos de las entrevistas y de cualquier método indirecto; y muestra los factores relacionados y las posibles manifestaciones. Con toda la información obtenida y debidamente ordenada y confrontada entre el equipo, se pueden personalizar los cuidados estandarizados.

Resultados esperados

Cada uno de los resultados obtenidos se evalúan con los posibles indicadores y la escala de medición correspondiente.

Registro de evaluación de los resultados

Para diseñar estos registros se utiliza la Clasificación de Resultados de Enfermería CRE (NOC). La taxonomía de los CRE (NOC) es la organización sistemática de resultados en grupos o categorías basados en semejanzas, diferencias y relaciones entre los resultados.

- Resultado: Conocimiento del régimen terapéutico
- Indicador: Descripción de los procedimientos prescritos.
- Resultado: Control de peso
- Indicadores: Equilibrio entre ejercicio e ingesta calórica.

Mantiene un patrón alimentario recomendado. Retiene las

comidas ingeridas. Alcanza el peso óptimo. Mantiene el peso óptimo

- Resultado: Control de náuseas y vómitos
- Indicadores: Reconoce estímulos precipitantes. Evita factores causales cuando es posible

Tabla 1. Detección de problemas, prevención y actuación

Náuseas y vómitos	<p>Producido por:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Ingerir un alimento nuevo: esperar varios días antes de probarlo de nuevo. Intentar ingerir más líquidos o purés durante un tiempo. – Comer demasiado rápido: invertir entre 20-30 minutos en cada toma. – Masticación insuficiente: triturar bien la comida en la boca antes de tragarla. – Ingesta excesiva: disminuir el volumen de alimentos y no llegar al límite de capacidad del reservorio.
Síndrome Dumping	<p>Evitar la ingesta de azúcares simples. Valorar intolerancia a la lactosa. Ingerir comidas sólidas con alto contenido en carbohidratos complejos.</p>
Dolor en el hombro o el cuadrante torácico superior	<p>Debe aconsejarse al paciente que deje de comer, si el dolor coincide con la deglución e intentar reanudarla, una vez desaparecido el dolor.</p>
Diarrea	<p>Limitar el consumo de alimentos con alto contenido en fibra, grasas, leche y alimentos muy calientes o muy fríos. Ingerir comidas frecuentes y poco copiosas. Beber gran cantidad de líquido.</p>
Estreñimiento	<p>Puede producirse en los primeros meses del postoperatorio, resolviéndose con la adaptación a los cambios del volumen de los alimentos. El consumo regular de legumbres, frutas y verduras reduce el riesgo de estreñimiento.</p>
Deshidratación	<p>Puede ser consecuencia de una ingesta insuficiente de líquidos, especialmente si existen náuseas, vómitos o diarrea persistente. Se recomiendan al menos 1,5 litros de líquido al día.</p>
Bloqueo del estoma	<p>Si se consumen alimentos de gran tamaño sin masticar suficientemente o medicación en forma de comprimidos, puede existir un bloqueo transitorio. Si persisten los síntomas de dolor, náuseas y vómitos, debe contactarse con el médico. La medicación se recomienda tomarla en forma de solución o jarabe, y los comprimidos machacados y disueltos en agua.</p>
Rotura de la línea de fijación	<p>Debe desaconsejarse un volumen excesivo de alimento en una sola comida.</p>
Distensión del estómago	<p>El riesgo de distensión del reservorio gástrico puede producirse evitando la ingesta de grandes cantidades en una toma y modificando la textura de los alimentos gradualmente durante los primeros meses del postoperatorio.</p>
Incremento de peso o interrupción de la pérdida de peso	<p>Producido por un consumo excesivo de bebidas, helados y tentempiés con alto contenido calórico y vida sedentaria.</p>

Rico Hernández, M.A.; Calvo Viñuela, I; Díaz Gómez, J. Enfermeras. Nutrición Clínica y Dietética. H.U. La Paz. Madrid

- Resultado: Continencia intestinal
- Indicadores: Ingiera una cantidad de líquidos adecuada.
- Ingiera una cantidad de fibra adecuada
- Resultado: Conducta de cumplimiento
- Indicadores: Realiza las actividades de la vida diaria según prescripción y asiste regularmente a las citas de seguimiento.

Todas las preguntas están medidas con escala tipo Likert de cinco puntos, que cuantifica el estado indicador del resultado sobre un continuo del paciente.

Intervenciones de cuidados

Cada uno de los problemas diagnosticados necesitan intervenciones y actividades; en este caso las más comunes son:

Información

- Qué es y qué resultados esperan obtenerse, así como las posibles complicaciones. (Tabla 1)

Asesoramiento nutricional

– Durante la preparación del proceso quirúrgico

- Prevención de riesgos nutricionales y no hacer dietas extrañas.

– Para comenzar el adiestramiento en el cambio de hábitos

- Conocer el significado de la comida para el paciente
- Ayudar al paciente a expresar sentimientos e inquietudes acerca de la consecución de metas.
- Determinar actitudes y creencias de los seres queridos acerca de la comida, el comer y los cambios necesarios.

– En la post-cirugía

- Adiestramiento y cumplimentación sobre el plan terapéutico.
- Control hidroeléctrico

Manejo de la medicación

- Conseguir la adherencia al tratamiento farmacológico

Ayuda para disminuir el peso

- Planificar un programa de ejercicios teniendo en cuenta las limitaciones del paciente.
- Ayudar a la selección de actividades de acuerdo con la cantidad de gasto energético deseada.
- Enseñar a identificar los alimentos más adecuados para controlar la cantidad de grasa y calorías de los alimentos obtenidos.
- Desarrollar un plan de alimentación individualizado si fuera necesario.
- Animar al paciente a que acuda a las revisiones.
- Fomentar la corrección de hábitos inadecuados y reforzar los hábitos favorables
- Pesar al paciente regularmente.
- Establecer metas realistas.

Enseñanza de la dieta prescrita

- Educación nutricional. (Tabla 2)
- Manejo de líquidos
- Post operatorio inmediato con dieta líquida y semisólida seguidamente
- Técnicas culinarias más adecuadas.
- Recetas alternativas
- Diseño de un menú semanal (Ejemplos):

– *Dieta hospitalaria tras tolerancia*

Desayuno: Vaso de leche semidesnatada sin azúcar (edulcorante)

Almuerzo: Vaso de zumo de frutas

Comida: 200 cc Dieta enteral comercial + yogur natural sin azúcar (edulcorante)

Merienda: Vaso de leche semidesnatada o zumo de frutas

Cena: 200 cc Dieta enteral comercial + yogur natural sin azúcar (edulcorante)

– *Dieta al alta hasta revisión clínica*

Desayuno: Vaso de leche semidesnatada sin azúcar + 5 galletas María desmigadas

Almuerzo: Vaso de zumo de frutas o pieza de fruta triturada

Comida: 200 cc Dieta enteral comercial + yogur natural sin azúcar (a elegir)

- 200 cc de puré de legumbres

- 100 g de carne o pescado triturado

- Puré de patata o de zanahoria + 100 g de carne o pescado triturado (200 cc en total)

Merienda: Vaso de leche semidesnatada o de zumo de frutas o yogur natural sin azúcar

Cena: Puré de verduras + 100 g de carne o pescado triturado (200 cc en total)

Recomendaciones dietéticas generales en el postoperatorio

- Evitar alimentos ricos en grasa
- No ingerir raciones grandes para evitar sensación de plenitud
- Cada ingesta debe de hacerse en + 20 minutos.
- No consumir bebidas carbónicas
- No beber durante la comida

Elección de alimentos:

Carne: evitar las carnes grasas y los embutidos. El lomo y el solomillo, son las partes más magras de cualquier animal. Las aves (pollo, pavo, codorniz, etc.) deben ser cocinadas sin piel; el conejo, el jamón cocido, el lomo embuchado son bajos en grasa.

Pescado: Se puede comer todo tipo de pescados frescos o congelados, cocinados de forma sencilla, sin limitar el consumo de pescados azules, pero evitando los conservados en aceite.

Leche y derivados: Consumir la leche semidesnatada, los yogures desnatados y los quesos frescos.

Grasas: El aceite se debe consumir con moderación, preferentemente el de oliva o de girasol. Deben evitarse las margarinas, la mantequilla y los alimentos muy grasos, como tocino, panceta, etc.

Tabla 2. Educación alimentaria-Resumen

NUTRIENTES		ALIMENTOS		RACIONES RECOMENDADAS
Hidratos de carbono 55-60% VCT Kcal/g	Complejos (Absorción lenta) Fibra	Cereales, legumbres, verduras, frutas, patatas	Trigo, arroz y maíz, Lentejas, garbanzos, judías La mayor variedad	Pan: 4-5 rac./día Pasta-Arroz: 2-3 semana Legumbres: 2-3 semana Verdura: cruda y cocin./día fruta: mínimo 3/día Patata: diariamente
	Simples (Absorción rápida)	Azúcar, miel		Restringir consumo
Lípidos 30-35 VCT 9 Kcal/g	Grasas (Saturadas)	Mantequilla, nata, tocino, bacon, embutidos, fiambres	Margarina: Aceite vegetal solidificado	Restringir consumo
	Aceites (Monoinsaturados) Poliinsaturados- W ₃ W ₆)	Oliva girasol, soja, maíz frutos secos, Ac. pescado	Él más recomendado es el aceite de oliva. Más sano y mayor reutilización	Diariamente con moderación
Proteínas 12-15% VCT 4 kcal/g	Animales (Completas)	Huevo, carne, pescado, leche	Si colesterol alto, no más de 2 yemas/semana Pollo, conejo, pavo: Menos grasa Más sano que la carne Yogur, requesón, queso	Carne: 3-4 rac./semana Pescado: 6-7 rac./semana
	Vegetales (Incompletas)	Cereales, legumbres	Complementación: Cereales - legumbres, cereales y legumbres + leche o carne o pescado o huevo	Según cereales y legumbres
Vitaminas 0 Kcal/g.	Hidrosolubles Grupo B y C	C: Pomelo, naranja, limón, kiwi, fresón, patata B: Cereales, vegetales, legumbres (B ₁₂ : Carnes)		Diariamente
	Liposolubles: A, D, E, K	D: Hígado, sardina, mantequilla A: Leche y yema de huevo. Provit. A: Zanahoria, pimiento, albaricoque ... E: Aceites: oliva, frutos secos, semillas, vegetales de hoja verde, etc. K: Síntesis intestinal. Verduras de hoja verde: espinacas, brocoli, lechuga ...		Diariamente
Minerales 0 Kcal/g	Calcio Hierro	Calcio: Leche y derivados (en los desnatados se pierde grasa no Calcio) Hierro: Hígado, carne roja, mejillones, almejas, berberechos, (el de las fuentes vegetales se absorbe poco)		750 cc leche o derivados/día
	Iodo Zinc	Iodo: Marisco, pescados, agua Zinc: Ostras, carnes, hígado, huevo, leche, cereales integrales, legumbres		Resto de los minerales con una alimentación variada no carencias
	Sodio	Sodio: Sal común, ahumados, conservas (NO ABUSAR)		
Agua 0 Kcal/g	En todos los líquidos y alimentos			Mínimo, 2 litros/día

VCT: Valor Calórico Total de la dieta. Alcohol: 7 Kcal/g. Por Díaz J, Ibáñez N, Armero M, Calvo I, Rico M.A.: Enfermeras. U. Nutrición Clínica y Dietética. H.U. La Paz. Madrid

Dulces: Son muy ricos en grasa y azúcar; por tanto, se deben evitar alimentos como bollos, helados, pasteles, confituras, chocolates, gominolas, etc. El azúcar común debe sustituirse por edulcorantes acalóricos como la sacarina o el aspartamo.

Frutos secos: Son alimentos con alta concentración calórica y ricos en grasas. Su consumo debe ser muy esporádico e incluso suprimirlos de la dieta.

Recomendaciones dietéticas generales de por vida

Con este tipo de intervención, independientemente de la técnica empleada, se puede llegar a comer de todo, evitando solamente los alimentos con elevada concentración calórica, ricos en grasa y azúcar (y los que tienen un alto contenido en fibra insoluble en los portadores de anilla).

1. Comer despacio y masticando bien, permaneciendo sentado y con la espalda bien recta
2. Repartir en 6 ingestas la dieta del día, dejando entre ellas al menos 2h.
3. No tomar productos integrales hasta pasado bastante tiempo, ni frutos secos ni alimentos muy duros o correosos.
4. Dejar de comer en cuanto se comience a tener sensación de saciedad
5. Evitar los alimentos grasos y el consumo de alimentos fritos, rebozados o empanados; eligiendo maneras de cocinado simple y sin grasas utilizando para ello plancha, horno, olla a vapor o microondas.
6. Elegir aceite de oliva o de girasol para aderezar los alimentos y evitar mantequillas y margarinas
7. No consumir bollería, pasteles, helados cremosos, evitando el azúcar o consumirla con moderación
8. Tomar los líquidos en pequeñas cantidades y fuera de las comidas

Manejo del estreñimiento impactación

- Vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento, comprobando los movimientos intestinales, y las características de las deposiciones.
- Fomentar el aumento de la ingesta de líquidos, en pequeñas cantidades.
- Enseñar al paciente cómo ingerir fibra sin aumentar excesivamente el volumen de los alimentos.
- Instruir al paciente sobre el uso correcto de los laxantes así como de sus peligros; enseñándole los principios de la educación intestinal.

Manejo de las diarreas

- Explicar la diferencia entre diarrea y deposición diarreica.
- Advertir que la consistencia de las heces es más pastosa y maloliente.

Indicadores de eliminación intestinal

- Patrón de eliminación (gravemente comprometido o no comprometido)
- Cantidad de heces en relación con la dieta (gravemente comprometido o no comprometido)
- Grasa en heces (gravemente comprometido o no comprometido)
- Estreñimiento (de grave hasta ninguno)
- Diarrea (de grave hasta ninguno)
- Facilidad de eliminación de las heces (gravemente comprometido o no comprometido).

Modificación de la conducta

- Actitud ante los cambios en su vida, por lo que se le proporciona apoyo emocional para minimizar la ansiedad ante lo desconocido
- Adiestramiento en los autocuidados

Fomento de los autocuidados:

- Riesgo de deterioro cutáneo
- Eliminación
- Higiene
- Movilidad
- Alteraciones del sueño
- Protección contra las infecciones
- Fisioterapia respiratoria

Fomento del ejercicio

- Inicio de la deambulacion, previniendo caídas
- Ejercicio moderado sin esfuerzos importantes ni coger peso, para prevenir las hernias

Conclusiones

La cirugía bariátrica está indicada en pacientes con IMC > 40. Existen diferentes técnicas, aunque todas ellas necesitan de:

- Selección escrupulosa de pacientes subsidiarios de estas técnicas.
- Motivación y cooperación del paciente
- Plan de Cuidados Estandarizados
- Educación y adiestramiento nutricional personalizado
- Modificación de los hábitos alimentarios y estilo de vida con un estilo de vida saludable
- Valoración inicial por Patrones de Salud y manejo de las necesidades
- Evaluación sucesiva del Plan de Cuidados
- Control del peso, para lograr una disminución del 50% del sobrepeso
- Prevención de las complicaciones que con más frecuencia aparecen: náuseas y vómitos, estreñimiento, diarreas, pirosis, fistulas, eventraciones, hemorragias digestivas altas, déficit de Fe, vitaminas y minerales, infecciones de la herida quirúrgica, etc.

La necesidad de acatar normas que cambiarán de forma importante la vida del paciente, hace imprescindible la ayuda de profesionales que centren su actividad en conseguir un índice óptimo de adherencia al tratamiento. La clave es una buena colaboración entre todos los miembros del equipo.

Bibliografía

1. OMS. Estrategia mundial sobre el régimen alimentario, actividad física y salud. Ginebra. 2004.
2. Banegas JR, López García Gutiérrez-Fisac JL, Guayar-Castillón P, Rodríguez Artalejo F. A simple estimate of mortality attributable to excess weight in the European Union. Eur J Clin Nutr; 2003-57: 201-208.
3. Prevalencia de obesidad en España: Estudio SEEDO 2000. Medicina Clínica. (Barcelona). 2003; 120:608.
4. Jiménez Cruz A., Bacardi-Gascon M, Pérez-Morales M. E Obesidad infantil ¿son eficaces los programas de prevención y control? Rol de enfermería. Marzo2004 V:27-N:3, Pag: 24-28.

5. D. de Luis Román, O. Izaola y R. Aller. Evaluación del cumplimiento de una dieta de 1500 K calorías en una población de diabéticos tipo 2 con sobrepeso. *Nutrición Hospitalaria*; 2001; XVI(4); 122-125.
6. Arrazola Saniger M. Atención de enfermería en el cumplimiento terapéutico. *Rol de enfermería*. Diciembre 2002- V:25-N:12, Pg:70-74.
7. Agencia Española de Seguridad Alimentaria del Ministerio de Sanidad y consumo. Estrategia NAOS: Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad.
8. Rico Hernández, M A; Calvo Viñuela, I; Díaz Gómez, J. *Enfermería S 21*; vol VI; cap.26. Madrid. 2004.
9. *Diagnósticos de Enfermería según taxonomía NANDA: Definiciones y clasificación* 2004.
10. *Clasificación de intervenciones enfermeras CIE (NIC)*. Consejo General de Enfermería. Madrid 2004.
11. *Clasificación de resultados enfermeros (CRE) (NOC)*. Consejo General de Enfermería. Madrid 2004.
12. Mesa García, C. Plan de Cuidados estandarizados en cirugía bariátrica. *Nure investigación* nº 20; Enero-Febrero 2006. Madrid.
13. *Patrones funcionales de Gordon*, M. Ed. Rol. Barcelona .
14. *Sociedad Española de Cirugía de la obesidad* (consultado 30/5/2006). Disponible en: www.seco.org.
15. Pérez-Blanco V, Morant C, García-Caballero J, Vesperinas G, Cos AI, Royo C, Rico MA, Díaz J, Armero M, Gómez C. Desarrollo e implementación de una vía clínica para la cirugía bariátrica. *Rev Calidad Asistencial* 2004;19(4):246-56.



Alumni Navarrens
Universidad de Navarra

“En la Alumni nos falta algo... nos faltas TÚ”

Hazte miembro-Alumni