

# III CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA CIUDAD DE GRANADA

"Innovación y mejora en la calidad de los cuidados integrales al paciente como derecho del ciudadano"

## CUIDADOS MULTIDISCIPLINARES EN LA PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES EN CIRUGÍA DE COLON. PAPEL DE LA ENFERMERIA

**Autor principal** VIRGINIA TARÍN PEREIRA

**CoAutor 1** FERNANDO NUÑEZ CRESPO

**CoAutor 2** ELENA CAMPO

**Área Temática** Innovación y mejora en la calidad de los cuidados integrales en el Área Quirúrgica

**Palabras clave** Cirugía colorrectal                      Atención de Enfermería                      Complicaciones                      Autonomía Profesional

### » Resumen

La atención a los pacientes intervenidos de cirugía de colon requiere la implicación de todos los profesionales, por este motivo es necesario crear un protocolo consensuado (FAST-TRACK) que sirva de guía y permita mejorar los resultados. Se elaboro un protocolo desde un enfoque multidisciplinar con registro en formularios en la historia clínica informatizada (HCI).

El seguimiento inicial requiere monitorizar distintos aspectos del protocolo, que permita conocer el grado de cumplimiento en el pre-intraoperatorio, mostrar los resultados en el postoperatorio inmediato, complicaciones posteriores y comparar resultados respecto a estancia con la situación previa a la implantación.

La implantación requiere superar las adversidades, estas se centraron en: la resistencia al cambio, los cambios en la HCI, la curva de aprendizaje y la difusión del papel de cada profesional en el protocolo.

Los resultados iniciales son esperanzadores, durante los meses Octubre-Diciembre de 2011 se incluyeron 7 pacientes, 2 fueron excluidos.

La media de estancia postoperatoria fue 4,6 (3-7) en pacientes con protocolo FAST-TRACK frente a 9,8 (3-28) días de los pacientes susceptibles de aplicación durante el año 2010, con una moda de 4 y 8 días, respectivamente. El protocolo parece optimizar los cuidados perioperatorios, minimizar complicaciones y acortar la estancia hospitalaria.

Esta modalidad multiprofesional de asistencia implica una organización centrada en el paciente, contando con su participación desde el preoperatorio hasta el alta.

### » Contexto de partida. Antecedentes. Experiencias previas. ¿Dónde se realizó el trabajo? ¿En qué tipo de organización o departamento? ¿Cómo surge? ¿Hay experiencias previas en el área desarrollada?

La cirugía de colon tiene una tasa de complicaciones de 10-18% y estancia hospitalaria de 6-10 días.

Hasta hace una década a los pacientes intervenidos por técnica abierta se les sometía a reposo, ayuno, colocación de medidas invasivas. Todas estas medidas no eran retiradas hasta que no se comprobaba la ausencia de complicaciones y era prescrito por el médico. El papel de la enfermera era de vigilancia, cuidados y técnico.

Gracias a los avances en la aceleración de la recuperación de los pacientes que impulsó desde Dinamarca Henrik Kehle, creador del concepto FAST-TRACK (cirugía por vía rápida), se han producido importantes avances para el paciente que permite una rápida recuperación y una disminución de complicaciones.

Esto se debe a la rehabilitación multimodal, en el cual el papel de la enfermera ha pasado a ser fundamental, puesto que el desarrollo de este tipo de programas le da autonomía para tomar decisiones sobre los cuidados en función de la evolución del paciente.

En el Hospital Universitario de Fuenlabrada la atención a la cirugía de colon se realizaba de un modo tradicional, con variaciones respecto a la atención pre, intra y postoperatoria.

En el año 2011 se crea un grupo multidisciplinar que, apoyándose en: Bibliografía, experiencias previas en Dinamarca y el concepto de rehabilitación multimodal desarrollado en Zaragoza (España), pretende unificar esta atención y siguiendo las directrices de un protocolo FAST-TRACK, crea el documento de consenso: PROTOCOLO DE MEJORA DE RESULTADOS Y PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES (FAST-TRACK) EN CIRUGÍA DE COLON.

El programa de rehabilitación multimodal o Fast-Track, consiste en la aplicación de una serie de medidas para evitar la repercusión orgánica que tiene toda intervención quirúrgica, lo que minimiza la disfunción sistémica, reduce las complicaciones, acelera la recuperación y reduce la estancia hospitalaria.

### » Descripción del problema. ¿Sobre qué necesidades o problemáticas del contexto pretendía actuar el proyecto? ¿Cómo se analizaron las causas de esos problemas? ¿Qué tipo de intervención se realizó? ¿Cómo se cuantificó el problema?

Se analizaron los pacientes susceptibles de aplicación del protocolo en el año 2010, fueron en total 82, con estancia postoperatoria de 9,8 (3-28) días y moda de 8 días.

Se observó como la preparación y evolución postoperatoria era muy variable, con respecto a retirada de sondas y drenajes, inicio de la sedestación y tolerancia, complicaciones y estancia hospitalaria.

Por ello se desarrolló la aplicación de una serie de cuidados multidisciplinarios en el perioperatorio, destacando de forma importante la realización de un trabajo combinado entre todos los profesionales involucrados en el cuidado de estos enfermos.

De ahí la necesidad de creación de un protocolo consensuado detallando cada día postoperatorio para cumplir adecuadamente todas estas medidas y conseguir disminuir las complicaciones, mejorando los resultados en el proceso de cirugía colorrectal.

Entre las medidas que minimizan la repercusión orgánica destacamos aquellas sobre las que el equipo multidisciplinar podía actuar:

-Abordajes quirúrgicos poco agresivos

-Desarrollar técnicas analgésicas y anestésicas que minimicen la respuesta sistémica a la cirugía y que permitan un perfecto control del dolor, para favorecer la reanudación precoz de las actividades normales del paciente

-Evitar medidas invasivas, restringiendo el uso de sonda nasogástrica (SNG), drenajes, y retirada precoz de sonda vesical, vías venosas

-Evitar en lo posible la preparación mecánica del colon, disminuye la deshidratación.

-Insistir en una adecuada dieta preoperatoria, rica en hidratos, que reduce el catabolismo proteico y la resistencia a la insulina

En Octubre de 2011 se comienza la aplicación del protocolo siendo los criterios de EXCLUSIÓN:

- ASA IV o pacientes que se prevea que precisarán Cuidados Intensivos
- Cardiopatía con mala clase funcional
- Pacientes anticoagulados
- Obesos: IMC >30
- Desnutridos
- Cirugía de urgencia
- Enfermedad metastásica
- Diabéticos tipo I y II
- EPOC severo
- Enfermedad psiquiátrica o demencia
- Negativa del paciente o familia

Será excluido una vez iniciado el protocolo si: Complicaciones médicas o quirúrgicas graves; No colocación de catéter epidural en cirugía abierta.

**» Soluciones aportadas / Viabilidad / Aplicabilidad. Coste-Beneficio. ¿Cuáles fueron los efectos y cómo se midieron? ¿Hasta qué punto las soluciones aportadas resolvieron el problema?**

La figura de la enfermera pasa a ser clave en el proceso multimodal, por su proximidad con el paciente y por ser la encargada de hacer dinámica la evolución. En el protocolo se detallaron las siguientes actuaciones:

#### PREOPERATORIO

\*CONSULTA DE CIRUGÍA: Historia del paciente; entregar carpeta informativa con: tríptico e información sobre alimentación, ejercicios respiratorios, analgesia postoperatoria y video explicativo; buscar colaboración en familiar responsable para que se implique con el protocolo; entrega de inspirómetro; mantener la administración de los medicamentos habituales; aconsejar abandono de alcohol y tabaco; pautar tratamiento preparación de colon; contactar con enfermera de consulta de estomas si se prevé su realización,

\*ENFERMERIA HOSPITALIZACIÓN: Comprobar: constantes, glucemia, pruebas cruzadas, si ha sido instruido sobre el estoma (si precisa); preparación mecánica de colon (Si resección anterior baja); administrar medicación pautada; ayunas a sólidos desde las 00:00h y libertad para líquidos hasta 4 horas antes de la cirugía.

#### INTRAOPERATORIO

\*COMÚN ENFERMERA PREQUIRÓFANO-QUIRÓFANO (Qx): Comprobar identidad del paciente, historia, alergias, constantes

\*ENFERMERA PREQx: Administrar profilaxis antibiótica

\*ENFERMERA Qx: Normotermia, oxigenación; utilizar bolsa sin filtro si precisa estoma

\*CIRUJANO: Técnica laparoscópica, incisiones transversas; infiltrar incisiones con anestésico local sino se ha utilizado catéter epidural, restringir drenajes-SNG

\*ANESTESISTA: Catéter epidural torácico; evitar opiáceos; fluidoterapia restrictiva; restringir vías centrales-SNG; valorar antibioterapia si cirugía sucia; añadir tratamiento habitual del paciente; interconsulta a Unidad de Dolor Agudo.

#### POSTOPERATORIO INMEDIATO

Los pacientes permanecerán en Reanimación hasta el día siguiente a la cirugía, donde recibirán los cuidados iniciales que se han mostrado determinantes para el éxito del programa. El que precise ingreso en UCI será excluido.

\*ENFERMERA DE REANIMACION:

-Comprobar identidad del paciente, historia, alergias, constantes

-Retirar SNG

-Normotermia

-Oxígeno con gafas nasales

-Valorar estado general: distensión, taquicardia, nauseas

-Tolerancia con agua a las 4 horas de la cirugía si buen estado general (máximo 500cc, cuantificar)

-Levantar la tarde de la intervención, si cumple criterios: Hemodinámicamente estable, tolerancia positiva a líquidos y movilidad de MMII

-Ofrecer batido hiperprotéico la tarde de la intervención (cuantificar)

-Incentivador respiratorio

-Favorecer descanso nocturno

-Analgesia mixta por catéter epidural, antieméticos y profilaxis antitrombótica según protocolo

#### POSTOPERATORIO ENFERMERA HOSPITALIZACIÓN

\*COMÚN DIARIO: Constantes por turno, balance hídrico, peso; Valorar heridas quirúrgicas, estomas y presencia de flebitis; Incentivador respiratorio; Ducha del paciente levantar 2h y estimular para que pasee en todos los turnos; Enseñar manejo del estoma según guía; Valorar con médicos: retirada de medidas invasivas, retirada de sueros si hay buena tolerancia y paso de medicación a vía oral.

1ºDIA: Insistir ingesta hídrica, unos 2000cc (cuantificar-balances)

2ºDIA: Extraer muestra para hemograma y coagulación (07:00) SOLO si porta catéter epidural

3ºDIA: Valorar alta o comentar el alta próxima con el paciente, levantar AL MENOS 6h y estimular que pasee en todos los turnos, preparar informe de alta médico y enfermero.

CRITERIOS DE ALTA: Estabilidad clínica; analgesia oral y ausencia de: dolor, nauseas o vómitos; buena tolerancia a nutrición sólida; emisión de gases y/o heces; el paciente acepta irse a casa.

Para estudiar el éxito de la implantación y los primeros resultados, es necesario monitorizar el cumplimiento de distintos aspectos.

Se analizaron los datos registrados en formulario en la HCI, que permite su descarga y análisis. Realizamos análisis observacional transversal durante los meses de Octubre-Diciembre 2011 (3 primeros meses de implantación).

Nos planteándonos los siguientes objetivos:

Conocer el grado de cumplimiento del protocolo en el pre-intraoperatorio

Mostrar los resultados en el postoperatorio inmediato y complicaciones posteriores

Comparar los resultados respecto a estancia con la situación previa a la implantación

Durante el periodo se incluyeron 7 pacientes de los cuales 2 fueron excluidos en la etapa intraquirúrgica por: Embolia Aérea y Catéter Epidural no funcionante.

En el periodo preoperatorio el 100% de los pacientes recibieron la hoja informativa y la preparación fue correcta.

Durante la técnica quirúrgica todos comenzaron por técnica laparoscópica y el 80% finalizó en cirugía abierta.

El 1º día postoperatorio (tarde-noche): el 60% inició sedestación precoz; 100% tolerancia a líquidos; Dolor (EVA) entre 0-1 y retirada de sonda vesical. El % de complicaciones y reintervenciones fue 0%.

La media de estancia postoperatoria fue 4,6 (3-7) en pacientes con protocolo FAST-TRACK frente a 9,8 (3-28) días de los pacientes con protocolo tradicional, con una moda de 4 y 8 días, respectivamente.

El protocolo muestra que el reposo en cama y la abstinencia alimentaria deben ser sustituidos por nuevas formas de recuperación multimodal, en la cual el papel de la enfermera es fundamental para evitar complicaciones.

#### » **Barreras detectadas durante el desarrollo.**

Cualquier cambio introducido en una organización siempre requiere de un tiempo para superar la resistencia al cambio existente y adaptarse al nuevo papel de cada profesional, precisando de una curva de aprendizaje.

Los comienzos de la aplicación nunca son fáciles. El primer paciente que incluimos en el protocolo, fue excluido por una embolia gaseosa en el periodo intraoperatorio que obligó a su traslado a UCI. Sin embargo pese a esta complicación se continuó con la aplicación en otros pacientes.

En algunos momentos de la aplicación algunos profesionales médicos insistían en el inicio precoz de la ingesta de líquidos. Se realizó formación explicando que no se pueden aplicar los criterios FAST-TRACK parcialmente. Para poder dar tolerancia es necesario que la preparación previa a la intervención, el tipo de anestesia y analgesia sean los descritos en el protocolo.

Hubo que solucionar problemas informáticos, que no permitían identificar a los pacientes a los que se les estaba aplicando el protocolo.

No todos los profesionales de anestesia están formados en anestesia intratorácica, por lo que mientras todos se forman, su aplicación queda limitada.

Gracias a la difusión del protocolo y a su disposición en formato electrónico, el profesional de enfermería sabe en todo momento lo que tiene que realizar, lo que le confiere autonomía para realizarlo.

#### » **Oportunidad de participación del paciente y familia.**

La rehabilitación multimodal requiere de múltiples profesionales, coloca al paciente en el centro de la atención, siendo necesaria su colaboración para: Preparación previa a la intervención, inicio de tolerancia precoz e ingesta adecuada, realización de ejercicios respiratorios con inspirómetro, sedestación y deambulación precoz.

En el preoperatorio se busca contar con el paciente y con un familiar responsable, en el caso del paciente firma un consentimiento específico en el que se compromete a realizar la preparación según la indicación.

También se busca la colaboración en un familiar responsable para que se implique con el paciente en el seguimiento de las pautas, siendo esto necesario para participar en el protocolo.

En el preoperatorio se entrega a paciente y familiar una carpeta informativa e inspirómetro, y antes de la intervención se le adiestra y realiza ejercicios en su domicilio, esto posibilita que en el postoperatorio inmediato conozca que es lo que tiene que hacer y como hacerlo.

#### » **Propuestas de líneas de investigación.**

En los resultados iniciales del protocolo parece reducirse la estancia hospitalaria y las complicaciones.

Sin embargo hay líneas de desarrollo e investigación futuro que debemos abordar: Valorar la disminución y control del dolor postoperatorio con respecto a los datos disponibles en la HCI de pacientes tratados sin protocolo FAST- TRACK; Conocer la percepción del paciente postintervención y recuperación. Para ello nos planteamos utilizar investigación cualitativa, basada en grupos focales y entrevistas; Análisis cuantitativo multivariable de la asociación y significación estadística de las distintas intervenciones del protocolo, y la disminución de