

Implementación de un protocolo de manejo intestinal en UCI

María Teresa Bouza Vieiro

Facultativo Especialista de Área de Medicina Intensiva. Servicio de Medicina Intensiva
Xerencia de Xestión Integrada de A Coruña. A Coruña. España

E-mail: MA.Teresa.Bouza.Vieiro@sergas.es

Introducción

El abordaje multidisciplinar en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) está encaminado hacia un conjunto de actividades altamente complejas dirigidas al soporte de órganos. En este marco de acción, y de manera no intencionada, la prioridad que se le otorga al manejo y cuidado intestinal en estos pacientes es baja. No obstante, los pacientes críticos tienen un elevado riesgo de presentar disfunción intestinal, entendida ésta como la presencia tanto de estreñimiento como de diarrea, pudiendo dar lugar a complicaciones tales como deshidratación, alteraciones electrolíticas, escoriaciones cutáneas o contaminación de heridas, altera-

ción en la motilidad intestinal, obstrucción y perforación intestinal, aumento de la estancia hospitalaria y retraso en la emancipación de la ventilación mecánica.

La diarrea es un hallazgo frecuente, independientemente del motivo de ingreso en la UCI, con una incidencia descrita muy variable (del 16% al 35%). El estreñimiento también es una complicación intestinal en el paciente crítico, aunque ha recibido poca atención en la literatura, con una incidencia que oscila entre el 16% y 83%. Esta variación se pone en relación con las diferentes definiciones empleadas para describir la diarrea y el estreñimiento en esta población. No existe un consenso en la

actualidad, pero la diarrea se define por la consistencia, frecuencia y cantidad de heces. De la misma manera, la definición de estreñimiento varía en la literatura, pero ésta se centra en un aspecto que es la frecuencia de movimiento. El marco temporal más usado para diagnosticar la presencia de estreñimiento en el paciente crítico es la ausencia de deposición en tres días.

La insatisfacción por parte de los clínicos respecto al manejo de la función intestinal en las unidades de cuidados intensivos está bien descrita. Igualmente, la interpretación del clínico ante la presencia de disfunción intestinal es errática: la aparición de un cuadro diarreico suscita la necesidad de un abordaje terapéutico inmediato mientras que la prevención y tratamiento del estreñimiento no es un reto hasta que sus complicaciones se hacen presentes.

A pesar de que el manejo intestinal se percibe como un problema, existen muy pocos protocolos o guías de práctica clínica aplicables en los pacientes críticos (3% al 5% de las Unidades de Críticos en Reino Unido tienen un protocolo específico).

La elaboración de un protocolo de manejo intestinal tiene el potencial de mejorar la prácti-

ca clínica en los pacientes críticos y ofrece un camino para la estandarización tanto en la prevención como en el tratamiento de la disfunción intestinal. Las implicaciones positivas tras implementar este protocolo en la UCI han sido descritas en muy pocos artículos, entre las cuales destacan un mayor registro diario respecto al estado intestinal del paciente y una reducción en la incidencia tanto de diarrea como de estreñimiento.

Desarrollo del protocolo de manejo intestinal

Nuestro protocolo de manejo intestinal se ha desarrollado por un equipo multidisciplinar compuesto por personal de medicina, enfermería y técnicos auxiliares. El objetivo principal es que este equipo multidisciplinar encargado del manejo y cuidado del paciente crítico aprenda a monitorizar la función intestinal, a reducir las complicaciones con una actuación precoz e iniciar de manera activa las medidas profilácticas necesarias en aquellos pacientes con elevado riesgo de presentar estreñimiento durante su estancia en UCI (venti-

lación mecánica e inmovilización durante más de 24 horas y la necesidad de sedoanalgesia). Definimos estreñimiento como la ausencia de deposiciones durante tres días consecutivos y diarrea como heces líquidas superiores a 300 ml diarias o más de cuatro deposiciones cada 24 horas. La escala de heces Bristol es una herramienta validada para clasificar las heces y se recomienda su inclusión en el desarrollo de un protocolo (Anexo 1).

Nuestro protocolo de manejo intestinal incluye tres algoritmos de decisión en función de tres objetivos bien definidos. El primero de ellos está encaminado a obtener al menos una deposición durante las primeras 72 horas de ingreso en UCI (Figura 1). Para ello se inicia la administración de laxantes osmóticos (lactitol o lactulosa), pudiendo incrementar la dosis cada 24 horas al mismo tiempo que se intenta conseguir una alimentación enteral a dosis plenas lo más precozmente posible. Si tras 72 horas se consigue una deposición diaria, nuestro siguiente objetivo es la evaluación de las heces según la escala Bristol y evitar la aparición de un cuadro diarreico asociado al uso de laxantes (Figura 2). En el caso de que tras 72 horas no se haya producido ninguna deposi-

ción, nuestra línea de actuación cambia, siendo necesario llevar a cabo una exploración de la ampolla rectal. Si ésta se encuentra vacía es necesario saber si existe un peristaltismo aumentado en relación con el uso de laxantes fermentadores o no, ya que su presencia nos indica que es adecuado cambiar a un laxante no fermentador, e intensificar las dosis del laxante escogido con el objetivo de obtener una deposición cada 48 horas. Si nos encontramos ante una exploración rectal con presencia de heces, se aúna al tratamiento laxante el uso de enemas, los cuales se administran cada 48 horas hasta obtener una deposición. Si a pesar de todas estas medidas instauradas no se soluciona la situación de estreñimiento, es necesario realizar una prueba de imagen complementaria que descarte alteraciones estructurales.

Con la elaboración de este protocolo de manejo intestinal en el paciente crítico hemos intentado dirigir el foco de atención a la necesidad de tomar una mayor conciencia del cuidado intestinal que precisa el paciente crítico, integrar en nuestra práctica clínica diaria la evaluación de la presencia de disfunción intestinal, así como buscar una guía de actuación que nos permita estandarizar el manejo

Implementación de un protocolo de manejo intestinal en UCI

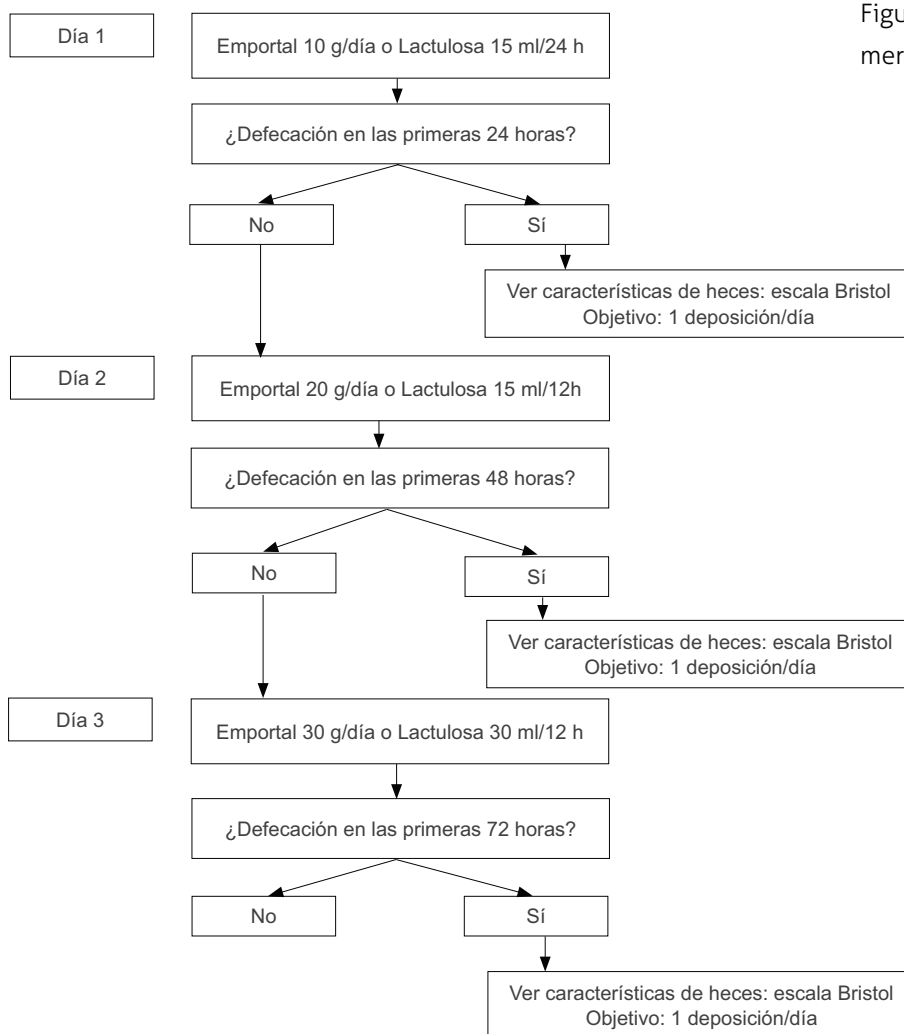


Figura 1. Protocolo de actuación en las primeras 72 horas.

Implementación de un protocolo de manejo intestinal en UCI

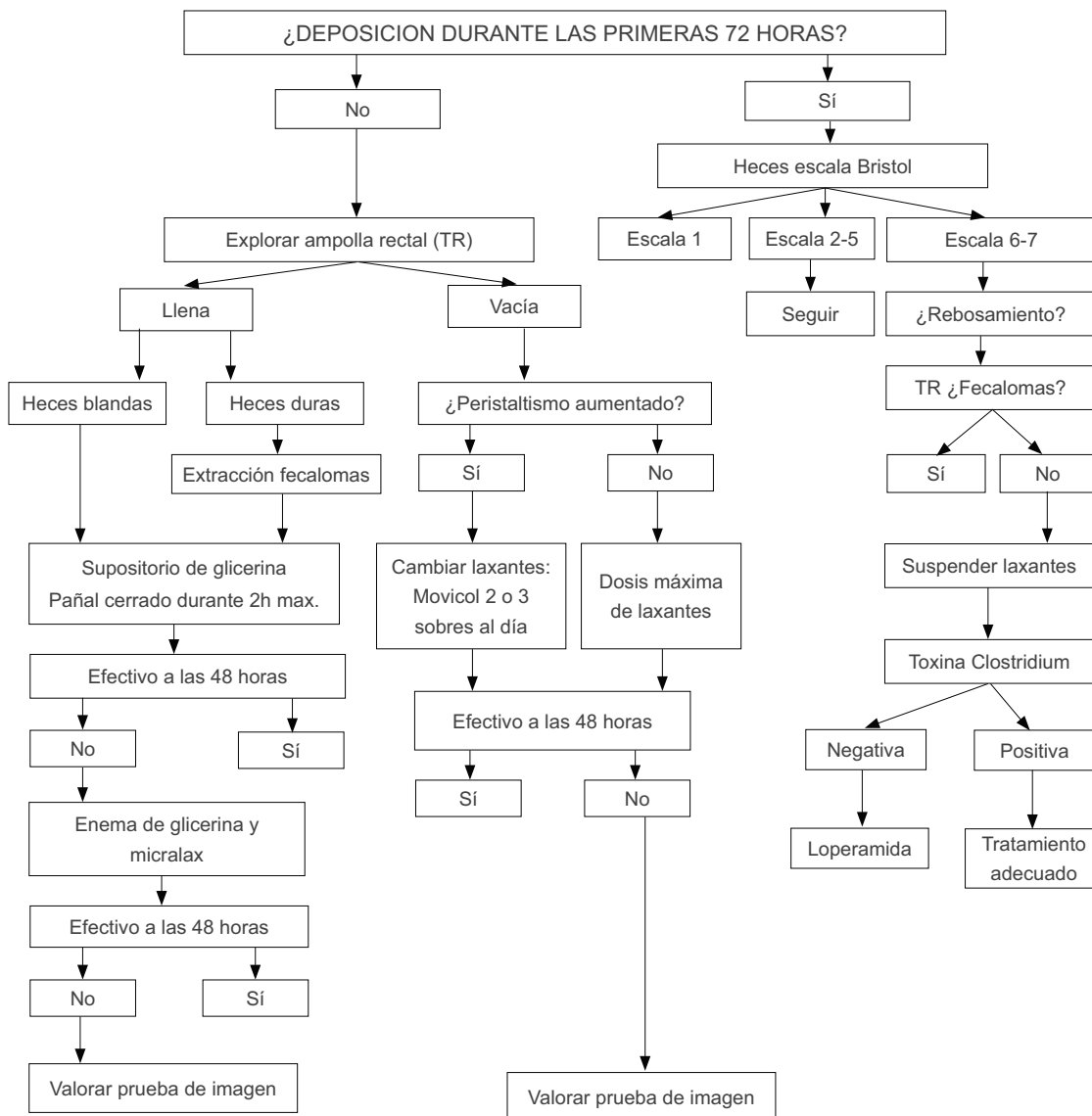









Figura 2. Protocolo de actuación tras 72 horas del ingreso.

ESCALA DE HECES DE BRISTOL		
	TIPO 1: Trozos duros separados, que pasan con dificultad.	ESTREÑIMIENTO
	TIPO 2: Como una salchicha compuesta de fragmentos.	ESTREÑIMIENTO
	TIPO 3: Con forma de salchicha con grietas en la superficie.	NORMAL
	TIPO 4: Como una salchicha, lisa y blanda.	NORMAL
	TIPO 5: Trozos de masa pastosa con bordes definidos, que son defecados fácilmente.	DIARREA
	TIPO 6: Fragmentos blandos y esponjosos con bordes irregulares y consistencia pastosa.	DIARREA
	TIPO 7: Acuosa, sin pedazos sólidos, totalmente líquida.	DIARREA

* El tipo 5 puede causarse por falta de fibra en la dieta

Anexo 1. Escala de heces de Bristol.

por parte del equipo multidisciplinar implicado en el cuidado del paciente crítico.

clinician practices and patient outcomes. J Clin Nurs. 2014;23:716-30.

Más información en:

Knowles S, McInnes E, Elliott D, et al. Evaluation of the implementation of a bowel management protocol in intensive care: effect on

Los autores de este artículo declaran no tener conflicto de intereses