

MATRIZ TEMPORAL CIRUGIA HEPÁTICA: RESECCIONES HEPÁTICAS

(CIE 10: oft10zz, oft14zz, oft20zz, oft24zz. ofb00zz y ofb04zz)

PERIODO	PROTOCOLO	ESPECIALISTA
Previo al Ingreso	<p>-Información oral y escrita completa al paciente</p> <p>-VALORACIÓN DEL RIESGO ANESTÉSICO-QUIRÚRGICO. Optimización nutricional, cardiológica, de anemia y comorbilidad</p> <p style="padding-left: 20px;"><u>Evaluación por cardiólogo</u> si patología cardiaca activa de reciente aparición o descompensada</p> <p style="padding-left: 20px;"><u>Evaluación nutricional:</u></p> <p style="padding-left: 40px;">-Test de Cribado nutricional (MUST)</p> <p style="padding-left: 20px;"><u>Evaluación de la Diabetes Mellitus:</u></p> <p style="padding-left: 40px;">-glucemia y HbA1c</p> <p style="padding-left: 40px;">- si diabetes mal controlada o no diagnosticada previamente remitir a Atención Primaria y/o Endocrinología</p> <p style="padding-left: 20px;"><u>Evaluación de la anemia</u> (algoritmo manejo preoperatorio anemia)</p> <p>-Abandonar consumo de tabaco y alcohol al menos UN mes previo a la cirugía</p> <p>Analitica Preoperatoria que incluya PCR</p> <p>-Firma de Consentimientos Informados</p>	<p>ENFERMERÍA</p> <p>CIRUGÍA</p> <p>ANESTESIA</p> <p>NUTRICIONISTA</p>
Peroperatorio	<p>Preoperatorio Inmediato (si es posible programar el ingreso el mismo día de la cirugía)</p> <p>-Ayuno de 6 horas para sólidos y 2 horas para líquidos claros</p> <p>-Suplemento de bebida carbohidratada 12,5% de maltodextrinas 400 cc / 12 horas (en caso de diabetes administrar junto con medicación antidiabética). Empezando la tarde previa.</p> <p>-Iniciar profilaxis tromboembólica según protocolo del hospital</p> <p>-Baño completo</p> <p>-Rasurado con maquinilla eléctrica si éste es necesario</p> <p>-Colocación de medias compresivas o de compresión neumática intermitente</p> <p>-Administración profiláctica de antibiótico 30-60 min antes de la incisión quirúrgica. En procedimientos prolongados repetir dosis de acuerdo a la vida media de los fármacos</p>	<p>ENFERMERÍA</p> <p>CIRUGÍA</p> <p>ANESTESIA</p>
	<p>Intraoperatorio</p> <p>-Monitorización rutinaria:</p> <p>-EKG, Presión Arterial no Invasiva (PANI), Pulsioximetría (%Sat O2), FiO2, Capnografía, Temperatura, Glucemia intraoperatoria., Profundidad anestésica (BIS), Bloqueo neuromuscular</p> <p>-Sondaje vesical</p> <p>-Monitorización invasiva:</p> <p>-Canalización arterial invasiva NO de forma rutinaria (potencialmente en pacientes con alteraciones cardiorrespiratorias graves)</p> <p>-Cáteter venoso central*</p> <p>-Inducción y mantenimiento anestésico con agentes de acción corta</p> <p>Fluidoterapia: Se recomienda optimización hemodinámica mediante fluidoterapia guiada por objetivos con dispositivos validados. En caso de no disponer de éstos, se recomienda fluidoterapia restrictiva basada en peso ideal en perfusión continua solución balanceada(3-5ml/kg/h para laparoscopia; 5-7ml/kg/h para laparotomía).</p> <p>-Fase resección: reponer sangrado con coloides 1:1.</p> <p>-No sonda nasogástrica de manera rutinaria.</p> <p>-Calentamiento activo con manta térmica y calentador de fluidos</p> <p>-Profilaxis de náuseas y vómitos postoperatorios según escala Apfel (según anexo RICA)</p> <p>-Analgésia epidural torácica a todos los pacientes sometidos a cirugía abierta. En cirugía laparoscópica no se recomienda de rutina. Pacientes con contraindicación para analgesia epidural podrían beneficiarse de TAP bilateral y/o infiltrar trócares con anestésico local</p> <p>Evitar niveles de glucemia > 180 mg/dl en paciente de riesgo de desarrollar insulinoresistencia (obesos, ancianos, larga duración quirúrgica)</p> <p>Desinfección de la piel en círculo de limpio a sucio con clorhexidina en solución alcoholica al 1%</p> <p>Cirugía mínimamente invasiva (siempre que sea posible)</p> <p>Evitar drenajes</p> <p>.....</p> <p>* Valorar no poner CVC si resección menor y ausencia de factores de riesgo para insuficiencia renal postoperatoria (recomendable forzar diuresis de forma empírica).</p>	<p>ENFERMERÍA</p> <p>ANESTESIA</p> <p>CIRUGÍA</p>

	<p>Postoperatorio inmediato (Unidad de Reanimación-sala de hospitalización)</p> <p>Mantenimiento activo de temperatura Mantenimiento de FiO2 0.5 2 horas tras fin intervención Valoración del dolor: EVA (conseguir nivel de dolor 0-4) Analgésia pautada según intervención. Mínima administración de mórficos. AINES como terapia coadyuvante. Fluidoterapia restrictiva Inicio de tolerancia oral la tarde tras cirugía Inicio de movilización la misma tarde tras cirugía Fisioterapia respiratoria Dieta líquida/blanda baja en residuo + Suplemento nutricional.</p>	<p>ENFERMERÍA</p> <p>ANESTESIA</p>
--	--	------------------------------------

<p>1º día postoperatorio</p>	<p>-Suplementación nutricional hiperprotéico estándar (salvo contraindicación por riesgo de encefalopatía) -Dieta blanda/normal -Fisioterapia respiratoria -Valorar retirada de drenajes, si existen -Analgésia endovenosa. Evitar la administración de mórficos. -Movilización activa (cama/sillón/inicio deambulaci3n) -Si tolerancia oral correcta retirada de líquidos endovenosos. -Valorar la retirada de Sondaje vesical -Profilaxis NVPO. Profilaxis antiulcerosa -Profilaxis tromboemb3lica Analítica con PCR .</p>	<p>ENFERMERÍA CIRUGÍA</p>
<p>2º día postoperatorio</p>	<p>Dieta normal + suplemento nutricional. Analgésia oral ± epidural. NO Mórficos. Movilizaci3n activa (deambulaci3n). Profilaxis de TVP: HBPm +Medias compresivas. Analítica de sangre (bioquímica, hemograma, coagulaci3n y PCR). Valorar alta hospitalaria.</p>	<p>ENFERMERÍA CIRUGÍA</p>
<p>3º día postoperatorio (y resto de hospitalizaci3n)</p>	<p>Dieta normal + suplemento nutricional. Analgésia oral (AINES + Paracetamol/ Metamizol). Movilizaci3n activa (deambulaci3n). Profilaxis de TVP: HBPm +Medias compresivas. Analítica opcional. Valorar alta hospitalaria. VALORAR CRITERIOS DE ALTA Valoraci3n de posible alta si cumple los siguientes criterios: No complicaciones quirúrgicas, no fiebre, dolor controlado con analgésia oral, deambulaci3n completa, tolerancia oral correcta .</p>	<p>ENFERMERÍA CIRUGÍA</p>
<p>AL ALTA</p>	<p>-Informaci3n personalizada, comprensible y completa -Control telef3nico tras alta -Seguimiento al alta/continuidad asistencial: 1, 3 y 6 meses tras el alta *Apoyo domiciliario-Coordinaci3n con Atenci3n Primaria</p>	<p>ENFERMERÍA CIRUGÍA MAP</p>