

MATRIZ TEMPORAL CIRUGIA UROLÓGICA: CISTECTOMIA

(Códigos CIE 9: 57.7; 57.71)

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>-Firma de Consentimientos Informados</p>	<p>ENFERMERÍA</p> <p>CIRUGÍA</p> <p>ANESTESIA</p>
Peroperatorio	<p><u>Preoperatorio Inmediato</u></p> <p>-Adecuación dietética</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)</p> <p>-Iniciar profilaxis tromboembólica según protocolo del hospital</p> <p>-NO preparación intestinal mecánica (<i>empleo selectivo en caso de ureterosigmoidostomía</i>)</p> <p>-Enema de Limpieza: 2 enemas de limpieza (500 cc SF) la tarde previa a la Cirugía</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><u>Intraoperatorio</u></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>- Valorar relajación muscular profunda. Valorar uso de relajantes aminoesteroides como primera opción (si se dispone de Sugammadex).</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>-Catéter venoso central NO de forma rutinaria</p> <p>-Inducción y mantenimiento anestésico con agentes de acción corta</p> <p>-Oxigenación FiO2 >50%</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 basada en peso ideal en perfusión continua solución balanceada (3-5ml/kg/h para laparoscopia; 5-7ml/kg/h para laparotomía).</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>Cirugía mínimamente invasiva (siempre que sea posible)</p> <p>En cirugía abierta, incisiones transversas bajas si es posible</p> <p>Evitar drenajes excepto en casos de riesgo de colecciones pélvicas</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) Analgésica pautada según intervención. Mínima administración de mórnicos. AINEs como terapia coadyuvante. Fluidoterapia restrictiva Inicio de tolerancia oral precoz en las primeras 24 horas tras cirugía Inicio de movilización precoz tras cirugía Fisioterapia respiratoria Control estricto de glucemia manteniendo niveles < 110 mg/dl en no diabéticos, y entre 110-150 mg/dl en diabéticos</p>	<p>ENFERMERÍA</p> <p>ANESTESIA</p>
--	--	------------------------------------

<p>1º día postoperatorio</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Suplementación nutricional en casos seleccionados -Dieta líquida / semilíquida según tolerancia -Fisioterapia respiratoria -Analgésica endovenosa. Evitar la administración de mórnicos. -Movilización activa (cama/sillón/inicio deambulacón) -Si tolerancia oral correcta retirada de líquidos endovenosos. -Profilaxis NVPO. Profilaxis antiulcerosa -Profilaxis tromboembólica -Control estricto de glucemia manteniendo niveles < 110 mg/dl en no diabéticos, y entre 110-150 mg/dl en diabéticos 	<p>ENFERMERÍA</p> <p>CIRUGÍA</p>
<p>2º día postoperatorio</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Valorar retirada de drenajes según débito -Dieta normal progresiva -Fisioterapia respiratoria -Movilización activa (deambulacón) -Analgésica endovenosa. Valorar analgésica oral -Retirada de líquidos endovenosos (si no se han retirado previamente) -Profilaxis del tromboembolismo -Profilaxis NVPO. 	<p>ENFERMERÍA</p> <p>CIRUGÍA</p>
<p>3º día postoperatorio (y resto de hospitalización)</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Dieta normal -Analgésica oral -Fisioterapia respiratoria -Movilización activa (deambulacón) -Profilaxis del tromboembolismo -Valorar alta a domicilio a partir de 3º día <p>VALORAR CRITERIOS DE ALTA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Valoración de posible alta si cumple los siguientes criterios: No complicaciones quirúrgicas, no fiebre, dolor controlado con analgésica oral, deambulacón completa, tolerancia oral correcta . 	<p>ENFERMERÍA</p> <p>CIRUGÍA</p>
<p>AL ALTA</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Información personalizada, comprensible y completa -Mantenimiento de tromboprofilaxis 28 días tras cirugía -Retirada precoz de catéteres ureterales y sonda neovesical <p>-Control telefónico tras alta</p> <p>-Seguimiento al alta/continuidad asistencial: 1, 3 y 6 meses tras el alta</p> <p>*Apoyo domiciliario-Coordinación con Atención Primaria</p>	<p>ENFERMERÍA</p> <p>CIRUGÍA</p> <p>MAP</p>