

**RECUPERACIÓN INTENSIFICADA CIRUGÍA ABDOMINAL DE URGENCIAS
(RICA): PROTOCOLO CIRUGÍA COLECISTITIS AGUDA - 574,01**

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
<ul style="list-style-type: none"> - Pacientes sometidos a intervención quirúrgica urgente de colecistitis aguda que cumplan los criterios: - Todos los pacientes con colecistitis aguda (según clasificación de Tokyo) ASA I y II con comienzo de los síntomas < 5 días - ASA I y II y valoración de los pacientes con ASA III 	<ul style="list-style-type: none"> - Paciente con colecistitis aguda Tokyo III - Pacientes ASA III restantes y ASA IV - Paciente en tratamiento con Anticoagulantes orales - Pacientes con colecistitis grave - Pacientes con Peritonitis biliar, absceso perivesicular / hepático, colecistitis gangrenosa / enfisematosa - Comienzo de los síntomas > 5 días - Enfermedad crónica hepática Child B y C

TIEMPO	PROTOCOLO	RESPONSABILIDAD
Preoperatorio	Valoración preoperatoria y analítica Ucias incluyendo PCR. Antibiótico profilaxis según protocolo Hospital (mantener hasta la intervención y retirar en el postop.) Todos los pacientes que cumplan los criterios para entrar en el protocolo serán ampliamente informados, con la entrega de consentimiento informado.	Cirujano + Anestesiólogo + Enfermería
Peroperatorio	Intraoperatorio Inducción anestésica Oxigenación FiO2 0.6-0.8 Optimización hemodinámica mediante fluidoterapia guiada por objetivos (FGO) Fluidoterapia en perfusión continua solución balanceada (3.5ml/kg/h para laparoscopia; 7ml/kg/h para laparotomía) Sondaje vesical sí precisa Cirugía mínimamente invasiva Calentamiento activo con manta térmica y calentador de fluidos Profilaxis de náuseas y vómitos postoperatorios según escala Apfel No drenajes, cuando sea posible. Infiltración de los puertos de laparoscopia o TAP Block según intervención	Cirujano + Anestesiólogo + Enfermería

TIEMPO	PROTOCOLO	RESPONSABILIDAD
Postoperatorio	<p>Postoperatorio inmediato</p> <p>Mantenimiento activo de temperatura</p> <p>Mantenimiento de FIO2 0.5 2 horas tras fin intervención</p> <p>Analgesia pautada según intervención. Mínima administración de mórficos</p> <p>Fluidoterapia restrictiva</p> <p>Inicio de tolerancia oral 6 horas tras cirugía (o la mañana siguiente si intervención tarde-noche)</p> <p>Inicio de movilización a las 8 horas tras cirugía</p> <p>Profilaxis del tromboembolismo a partir de 12 h tras intervención</p>	<p>Enfermería</p> <p>+</p> <p>Anestesiólogo</p>
1º día postoperatorio	<p>Dieta progresiva. Si tolerancia oral correcta retirada de líquidos endovenosos.</p> <p>Valorar retirada de drenajes, si existen</p> <p>Movilización activa (cama/sillón/inicio deambulación)</p> <p>Analgesia oral</p> <p>Valorar retirada de sondaje vesical, si lo tuviera</p> <p>Retirada de cateter epidural</p> <p>Analítica control con PCR</p> <p>Profilaxis del tromboembolismo</p> <p>Valorar Alta a domicilio</p>	<p>Enfermería</p> <p>+</p> <p>Cirujano</p>
2º día postoperatorio	<p>Dieta Normal</p> <p>Analgesia oral.</p> <p>Movilización activa (deambulación)</p> <p>Profilaxis del tromboembolismo</p> <p>Valorar alta a domicilio</p>	<p>Enfermería</p> <p>+</p> <p>Cirujano</p>
Al alta	<p>Control telefónico tras alta</p> <p>Criterios generales de alta: No complicaciones quirúrgicas, no fiebre, dolor controlado con analgesia oral, deambulación completa, aceptación por parte del paciente</p> <p>Seguimiento al alta/continuidad asistencial</p> <p>Apoyo domiciliario-Coordinación con Atención Primaria</p>	<p>Enfermería</p> <p>+</p> <p>Cirujano</p> <p>+</p> <p>MAP</p>

