

MATRIZ TEMPORAL CIRUGIA DE COLON: HEMICOLECTOMIA IZQUIERDA Y SIGMA

(Códigos CIE 9: 45.75; 45.76, 17.35, 17.36)

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>-Suplemento nutricional, preferentemente inmunonutrición 7 días antes y 5 días después de la intervención</p> <p><u>-Abandonar consumo de tabaco y alcohol</u> al menos UN mes previo a la cirugía</p> <p>-Suministrar incentivo respiratorio</p> <p>-Recomendar dieta pobre en residuos (al menos 5 días previos a la cirugía)</p> <p>*Valorar la realización de ejercicios de rehabilitación trimodal</p> <p>-Incluir PROTEINA C REACTIVA (PCR), en la analítica preoperatoria</p> <p>-Firma de Consentimientos Informados</p>	<p>ENFERMERÍA</p> <p>CIRUGÍA</p> <p>ANESTESIA NUTRICIONISTA (Si procede)</p>
Peroperatorio	<p>Preoperatorio Inmediato (si es posible programar el ingreso el mismo día de la cirugía)</p> <p>-Dieta baja en residuos al menos 48 horas antes de la cirugía.</p> <p>-Continuar con tratamiento nutricional previo si desnutrición</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 se recomienda preparación intestinal</p> <p>-Enema de Limpieza: 2 enemas de limpieza (500 cc SF) la tarde previa a la Cirugía</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>- 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>ENFERMERÍA</p> <p>ANESTESIA</p> <p>CIRUGÍA</p>

	<p>mmHg</p> <p>Coadyuvantes analgésicos endovenosos:</p> <p>AINEs</p> <p>Lidocaina durante la intervención quirúrgica</p> <p>Ketamina (si tratamiento con opiáceos mayores)</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 alcohólica al 2%</p> <p>Cirugía mínimamente invasiva (siempre que sea posible)</p> <p>En cirugía abierta, incisiones transversas bajas si es posible</p> <p>Evitar drenajes</p>	
	<p>Postoperatorio inmediato (Unidad de Reanimación-sala de hospitalización)</p> <p>Mantenimiento activo de temperatura</p> <p>Mantenimiento de FiO2 0.5 2 horas tras fin intervención</p> <p>Valoración del dolor: EVA (conseguir nivel de dolor 0-4)</p> <p>Analgesia pautada según intervención.</p> <p>Mínima administración de mórnicos. AINEs como terapia coadyuvante.</p> <p>Fluidoterapia restrictiva</p> <p>Inicio de tolerancia oral 6 horas tras cirugía</p> <p>Inicio de movilización a las 8 horas tras cirugía</p> <p>Fisioterapia respiratoria</p> <p>Profilaxis del tromboembolismo</p> <p>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 -Valorar retirada de drenajes, si existen -Analgesia endovenosa. Evitar la administración de mórnicos. -Movilización activa (cama/sillón/inicio deambulaci3n) -Si tolerancia oral correcta retirada de líquidos endovenosos. -Si sondaje vesical intraoperatorio: reitrar a las 24h. -Profilaxis NVPO. Profilaxis antiulcerosa -Profilaxis tromboemb3lica -Control estricto de glucemia manteniendo niveles < 110 mg/dl en no diabéticos, y entre 110-150 mg/dl en diabéticos <p>Analítica con PCR.</p>	<p>ENFERMERÍA</p> <p>CIRUGÍA</p>
<p>2º día postoperatorio</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Valorar retirada de sondaje vesical (si presenta) -Dieta semiblanda/blanda -Fisioterapia respiratoria -Movilización activa (deambulaci3n) -Analgesia endovenosa. Valorar analgesia oral -Retirada de líquidos endovenosos (si no se han retirado previamente) -Profilaxis del tromboembolismo -Profilaxis NVPO. Profilaxis antiulcerosa -Control estricto de glucemia -Laxante 	<p>ENFERMERÍA</p> <p>CIRUGÍA</p>
<p>3º día postoperatorio</p> <p>(y resto de hospitalizaci3n)</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Analgesia oral -Fisioterapia respiratoria -Retirada de la vía venosa -Movilización activa (deambulaci3n) -Profilaxis del tromboembolismo -Valorar alta a domicilio a partir de 3º día -Control estricto de glucemia -Control analítico de PCR <p>VALORAR CRITERIOS DE ALTA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Valoraci3n de posible alta si cumple los siguientes criterios: No complicaciones quirúrgicas, no fiebre, dolor controlado con analgesia oral, deambulaci3n completa, tolerancia oral correcta . 	<p>ENFERMERÍA</p> <p>CIRUGÍA</p>

AL ALTA	<ul style="list-style-type: none">-Información personalizada, comprensible y completa-Mantenimiento de tromboprofilaxis 28 días tras cirugía-Control telefónico tras alta-Seguimiento al alta/continuidad asistencial: 1, 3 y 6 meses tras el alta*Apoyo domiciliario-Coordinación con Atención Primaria	ENFERMERÍA CIRUGÍA MAP
----------------	--	---------------------------------------