



VÍA CLÍNICA

RICA

DE RECUPERACIÓN INTENSIFICADA EN CIRUGÍA DEL ADULTO

Puntos Clave



RED ESPAÑOLA DE AGENCIAS DE EVALUACIÓN
DE TECNOLOGÍAS Y PRESTACIONES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

IACS Instituto Aragonés de
Ciencias de la Salud

Tabla resumen de recomendaciones

Nº	RECOMENDACIÓN	NIVEL DE EVIDENCIA	GRADO DE RECOMENDACIÓN
PREPARACIÓN DEL PACIENTE (AMBULATORIO)			
1	Los pacientes deben recibir información oral y escrita completa de lo que se le solicita para mejorar su recuperación después de la cirugía.	Moderado	Fuerte
2	Se recomienda la valoración preoperatoria de la fragilidad del paciente para la identificación de los pacientes de mayor riesgo perioperatorio.	Alto	Fuerte
3	En pacientes con patología cardíaca aguda o descompensada deben ser valorados de forma multidisciplinar por el riesgo anestésico y quirúrgico.	Alto	Fuerte
4	Se recomienda la valoración del estado físico del paciente mediante la clasificación ASA en todos los pacientes sometidos a cirugía.	Alto	Fuerte
5	Es aconsejable dejar de fumar entre 4-8 semanas previas a la intervención quirúrgica, para disminuir las complicaciones asociadas.	Alto	Fuerte
6	Debe abandonarse el consumo de alcohol un mes previo a la intervención quirúrgica.	Moderado	Fuerte
7	Se recomienda la realización de terapia prehabilitadora trimodal con el fin de mejorar la capacidad funcional previa a la intervención quirúrgica.	Moderado	Fuerte
8	Se recomienda realizar un cribado nutricional a todos los pacientes que vayan a ser sometidos a cirugía mayor.	Moderado	Fuerte
9	Cuando se identifica a un paciente en riesgo de desnutrición se debe realizar una valoración nutricional completa, establecer un plan de tratamiento nutricional, con monitorización de la tolerancia y respuesta a ese plan.	Moderado	Fuerte
10	Todos los pacientes con riesgo nutricional severo o desnutrición severa deben recibir tratamiento nutricional al menos 7-10 días antes de la cirugía. Siempre que sea posible, se preferirá la vía oral/enteral.	Moderado	Fuerte

Nº	RECOMENDACIÓN	NIVEL DE EVIDENCIA	GRADO DE RECOMENDACIÓN
11	No hay suficiente evidencia para recomendar la inmunonutrición frente al empleo de suplementos orales estándares exclusivamente en el periodo preoperatorio.	Bajo	Débil
12	Se sugiere que en cuanto un paciente entre en lista de espera quirúrgica o desde el momento de realizarse la indicación quirúrgica se monitorice la posible aparición de anemia o cualquier déficit hemático, su estudio y manejo adecuado.	Bajo	Débil
13	Se recomienda la puesta en marcha de Programas de "Patient Blood Management" en todos los hospitales y áreas de salud. Sugerimos el Programa de PBM esté integrado con los protocolos ERAS.	Alto	Fuerte
14	Se recomienda no programar cirugía electiva con riesgo de sangrado en pacientes con anemia hasta realizar estudio diagnóstico y tratamiento adecuados.	Alto	Fuerte
15	Se recomienda la realización de al menos una determinación de hemoglobina en pacientes a los que se va a realizar cirugía electiva, al menos 28 días antes de la cirugía o del proceso invasivo.	Moderado	Fuerte
16	Se recomienda que en los casos de cirugía oncológica se utilice todo el tiempo disponible desde el diagnóstico hasta el momento de la cirugía para la detección anemia y su corrección, o al menos, mejorar la concentración de la hemoglobina.	Moderado	Fuerte
17	Se recomienda que la concentración de hemoglobina preoperatoria antes de la intervención quirúrgica se encuentre por encima de 13 g/dl, independientemente del género/sexo.	Moderado	Fuerte
18	Se recomienda la detección y tratamiento del déficit de hierro perioperatorio.	Moderado	Fuerte
19	Se recomienda la detección y tratamiento de la anemia preoperatoria, incluso en casos de cirugías preferentes o urgentes.	Moderado	Fuerte
20	Se recomienda el tratamiento con hierro oral en casos de déficit de hierro o anemia ferropénica leve-moderada, si se dispone de al menos 6 semanas hasta la cirugía.	Bajo	Fuerte
21	Se recomienda el tratamiento preoperatorio con hierro endovenoso (FEEV) en pacientes de cirugía electiva potencialmente sangrante con anemia ferropénica y/o déficit funcional de hierro, para mejorar los niveles de hemoglobina y/o reducir la tasa transfusional.	Moderado	Fuerte
22	Se recomienda la administración de hierro endovenoso, en lugar de hierro oral, en aquellos casos en que éste esté contraindicado o el tiempo disponible hasta la cirugía sea insuficiente.	Moderado	Fuerte
23	Se recomienda la administración de rHuEPO en pacientes de cirugía ortopédica electiva con riesgo de sangrado moderado-alto y anemia moderada no carencial (Hb entre 10 y 13 g/dL), para reducir la tasa de transfusión alogénica.	Alto	Fuerte
24	Se sugiere la administración de rHuEPO para reducir la tasa transfusional en pacientes anémicos sometidos a cirugía mayor electiva diferente a cirugía electiva ortopédica con riesgo de sangrado moderado-alto.	Moderado	Débil
25	Se recomienda el empleo de trombo profilaxis en todo paciente sometido a cirugía mayor u hospitalizado a causa de un proceso médico agudo.	Moderado	Fuerte

Nº	RECOMENDACIÓN	NIVEL DE EVIDENCIA	GRADO DE RECOMENDACIÓN
26	De forma general se recomienda mantener la profilaxis antitrombótica un mínimo de 7 días o hasta la deambulación del paciente.	Alto	Fuerte
27	En caso de cirugía abdominal mayor se extenderá la profilaxis hasta 4 semanas del postoperatorio. Situaciones concretas: <ul style="list-style-type: none"> • En cirugía general, urológica, ginecológica y neurocirugía: 8 días; en caso de inmovilización del paciente se debe prolongar hasta la deambulación. • En cirugía general, urológica y ginecológica en pacientes con cáncer: 4 semanas (28 días). • En cirugía de cadera: 4-6 semanas (28-42 días). • En cirugía de rodilla: 3-4 semanas (21-28 días). 	Moderado	Fuerte
28	Se recomienda la movilización precoz y empleo de medias elásticas de compresión gradual mientras dure el período de inmovilización.	Alto	Fuerte
29	Las medias de compresión son efectivas para prevenir la enfermedad tromboembólica en pacientes quirúrgicos, reduciendo el riesgo, aún más, si se combina con agentes farmacológicos.	Alto	Fuerte
30	Los dispositivos de compresión neumática intermitente disminuyen la incidencia de trombosis venosa profunda, siendo más efectivo el método combinado con medidas farmacológicas, fundamentalmente para pacientes neuroquirúrgicos y/o cirugías con alto riesgo TEV.	Moderado	Fuerte
31	Los esquemas de profilaxis incluyen anticoagulantes orales de acción directa (dabigatran, apixaban, rivaroxaban) o heparinas de bajo peso molecular (enoxaparina, bemiparina, tinzaparina).	Alto	Fuerte
32	Se recomienda la realización de baño completo previo a la cirugía.	Moderado	Fuerte
33	En la mayor parte de los pacientes que van a ser sometidos a un procedimiento quirúrgico electivo, se deberá permitir la ingesta de alimentos sólidos hasta 6 horas antes de la inducción anestésica, y de líquidos claros hasta 2 horas antes de la anestesia.	Alto	Fuerte
34	En aquellos pacientes que presentan un retraso del vaciamiento gástrico y en la cirugía de urgencia se recomienda permanecer en ayuno desde la medianoche o 6-8 horas antes de la cirugía.	Moderado	Fuerte
35	La ingesta oral de bebidas ricas en hidratos de carbono hasta 2 horas antes de la cirugía es segura y no se asocia con mayor riesgo de aspiración.	Moderado	Fuerte
36	Se debiera permitir la administración oral de 200-400 ml de una bebida que contenga 50 gr de carbohidratos hasta dos horas antes de la intervención quirúrgica puesto que este tratamiento mejora la sensación de bienestar del paciente y puede reducir la estancia hospitalaria y la insulinoresistencia.	Moderado	Fuerte
37	En pacientes obesos y/o diabéticos tipo 2 con buen control glucémico sin complicaciones crónicas asociadas, podría considerarse el empleo de bebidas ricas en hidratos de carbono 3 horas antes de la cirugía. Esta puede administrarse junto con su medicación antidiabética habitual.	Bajo	Débil

Nº	RECOMENDACIÓN	NIVEL DE EVIDENCIA	GRADO DE RECOMENDACIÓN
38	Se recomienda evitar el uso de benzodiazepinas y opioides de vida media larga previas a la inducción en pacientes de alto riesgo por edad y comorbilidad.	Bajo	Fuerte
PREOPERATORIO			
39	Se recomienda utilizar profilaxis antibiótica si las probabilidades de infección son altas o si las consecuencias de una infección postoperatoria son potencialmente graves para el paciente (endocarditis, endoftalmítis, infección protésica).	Moderado	Fuerte
40	En cirugía limpia con factores de riesgo de infección se recomienda utilizar antibióticos que cubran microorganismos de la microbiota cutánea (<i>S. aureus</i> y estafilococos coagulasa negativos) y en la cirugía limpia-contaminada además bacilos gramnegativos y los enterococos así como anaerobios.	Moderado	Fuerte
41	Se recomienda administrar la profilaxis antibiótica durante los 120 minutos previos a la incisión quirúrgica.	Alto	Fuerte
42	Se recomienda utilizar como profilaxis la misma dosis que la utilizada para el tratamiento de la infección, aunque en pacientes obesos debe utilizarse el peso ajustado para calcular la dosis.	Moderado	Fuerte
43	Se recomienda administrar una dosis adicional en casos de cirugías prolongadas o si hay pérdida de sangre significativa.	Moderado	Débil
44	Se recomienda no prolongar la duración de la profilaxis antibiótica más allá de lo que dure la propia intervención quirúrgica.	Alto	Fuerte
45	Se recomienda la administración de una única dosis de glucocorticoides por tener un impacto significativo en la duración del ingreso hospitalario sin incrementar la tasa de complicaciones.	Moderado	Fuerte
46	La glucemia se monitorizará durante el preoperatorio, dado que la hiperglicemia intraoperatoria puede dar lugar a un aumento de las complicaciones en el postoperatorio aunque debe ser evitado el uso de una terapia intensiva con insulina, debido al riesgo de hipoglucemia.	Alto	Fuerte
47	La glucemia perioperatoria debe ser monitorizada y tratada adecuadamente con insulina, evitando glucemias > 180 mg/dl	Moderado	Fuerte
48	Objetivos más ambiciosos de glucemia perioperatoria entre 110 y 140mg/dL (6.1-7,8 mmol/L), pueden ser apropiados en pacientes seleccionados si pueden conseguirse sin hipoglucemia significativa.	Bajo	Débil
49	No se debe eliminar el vello en el preoperatorio a no ser que sea estrictamente necesario. El rasurado convencional se debe evitar, tanto en el preoperatorio como en el quirófano.	Alto	Fuerte
50	En caso de realizar eliminación del vello se pueden utilizar maquinillas eléctricas lo más próximo posible a la intervención, pero siempre fuera del quirófano.	Moderado	Fuerte
INTRAOPERATORIO			
51	Se recomienda la utilización de la lista de verificación quirúrgica para la prevención de eventos adversos y mortalidad relacionados con la intervención.	Moderado	Fuerte
52	Se recomienda la utilización de Clorhexidina alcohólica al 2% como antiséptico para la piel intacta del campo quirúrgico.	Alto	Fuerte
53	Se recomienda minimizar el uso de benzodiazepinas previas a la inducción y utilizar agentes hipnóticos con mínimo efecto residual, que permitan una rápida recuperación tras la anestesia.	Bajo	Fuerte

Nº	RECOMENDACIÓN	NIVEL DE EVIDENCIA	GRADO DE RECOMENDACIÓN
54	Se recomienda durante la anestesia general el uso de ventilación protectora, que incluya un volumen corriente de 6-8ml/kg peso ideal, la utilización de PEEP individualizada generalmente por encima de 5 cm de H2O y la aplicación de maniobras de reclutamiento.	Moderado	Fuerte
55	En cirugías que precisen ventilación unipulmonar, recomendamos las anteriores medidas de ventilación protectora, pero disminuyendo el volumen corriente al pulmón dependiente a 4-6mL/kg de peso ideal.	Moderado	Fuerte
56	La monitorización del CO2 mediante capnografía, debe ser obligada en toda cirugía, especialmente en la laparoscópica.	Alto	Fuerte
57	La monitorización de la temperatura debe ser central.	Alto	Fuerte
58	La profundidad anestésica se monitorizará mediante el índice biespectral (BIS).	Alto	Fuerte
59	El uso de la monitorización de la nocicepción podría disminuir el consumo de opioides intraoperatorio en comparación con la monitorización estándar.	Moderado	Débil
60	Cuando se coloque sondaje vesical, se hará con las medidas de asepsia oportunas, y, si es posible, se retirará a las 24 horas de la cirugía.	Moderado	Débil
61	Se recomienda la retirada del sondaje uretral a las 24 h, salvo en riesgo moderado de retención aguda de orina: varones, anestesia epidural y cirugía pélvica que se recomienda mantenerlo 3 días	Alto	Fuerte
62	La monitorización hemodinámica invasiva no está indicada de forma rutinaria, siendo útil la canalización arterial en aquellos pacientes que presenten alteraciones cardiorrespiratorias graves y que puedan presentar problemas en el postoperatorio.	Bajo	Fuerte
63	La inserción de catéter venoso central (CVC) no está indicada de forma rutinaria y está limitado a pacientes con enfermedades cardiorrespiratorias severas con hipertensión pulmonar o en los que se prevea que puedan necesitar administración de vasopresores o inotrópicos en perfusión continua.	Bajo	Fuerte
64	Es necesario el uso de monitorización cuantitativa del bloqueo neuromuscular (BNM) siempre que se utilicen fármacos bloqueantes neuromusculares durante todo el procedimiento quirúrgico.	Alto	Fuerte
65	Se recomienda el uso de bloqueo neuromuscular profundo (PTC 1-2) para mejorar la visualización del campo quirúrgico, tanto en cirugía abierta como laparoscópica, y utilizar en laparoscopia las menores presiones intraabdominales posibles, favoreciendo la recuperación postoperatoria.	Alto	Fuerte
66	Se recomienda comprobar la reversión del BNM hasta obtener un TOF ratio mayor o igual a 0,9 en el en el músculo abductor pollicis durante la educación anestésica previa a la extubación para evitar el bloqueo neuromuscular residual y disminuir las complicaciones respiratorias.	Alto	Fuerte
67	Se recomienda realizar la reversión del BNM con sugammadex en lugar de neostigmina cuando se haya utilizado bromuro de rocuronio, por ser más rápida y segura.	Alto	Fuerte

Nº	RECOMENDACIÓN	NIVEL DE EVIDENCIA	GRADO DE RECOMENDACIÓN
68	Se recomienda prevenir y evitar la hipotermia perioperatoria involuntaria.	Alto	Fuerte
69	Se debe controlar la temperatura de los pacientes con el objetivo de garantizar la normotermia en el perioperatorio.	Alto	Fuerte
70	Las estrategias de calentamiento activo deben iniciarse de forma previa a la cirugía.	Alto	Fuerte
71	La temperatura ambiente del quirófano debe ser de al menos 21°C para pacientes adultos.	Alto	Fuerte
72	Durante el periodo perioperatorio, se debe aislar térmicamente la superficie más grande posible del cuerpo.	Alto	Fuerte
73	Las perfusiones, infusiones de líquidos en cavidades y las transfusiones de sangre que se administran a dosis > 500 ml/h deben calentarse primero.	Alto	Fuerte
74	Están indicadas las medidas de calentamiento activo intraoperatorias mediante la administración de calor convectivo o conductivo para mantener la normotermia.	Alto	Fuerte
75	La educación de la anestesia general debe tener lugar a temperatura corporal normal.	Alto	Fuerte
76	Se recomienda la utilización de monitorización adecuada (VS o VVS) para guiar la administración intraoperatoria de fluidos en pacientes de riesgo.	Alto	Fuerte
77	En los casos en que haya una caída de VS > 10% o una VVS >10%, está indicada la resucitación con fluidos (no hay una preferencia entre coloides o cristaloides).	Alto	Fuerte
78	Se recomienda una perfusión continua de fluidos moderada que arroje un balance positivo al final de la cirugía de 1 a 2 L. con el fin de evitar el daño renal agudo postoperatorio.	Alto	Fuerte
79	En los pacientes de alto riesgo, se recomienda mantener una fluidoterapia individualizada con balance moderadamente positivo y monitorización continua de VS o VVS.	Moderado	Fuerte
80	La hipotensión intraoperatoria sin respuesta al levantamiento pasivo de las piernas debe ser tratada con vasopresores (comprobando las variaciones de presión arterial, VS y VVS).	Moderado	Fuerte
81	Se debe establecer un rango de tensión arterial media superior o igual a 65 mm de Hg.	Alto	Fuerte
82	Se debe mantener un índice cardiaco (IC) > 2,5 l/min/m ² , utilizando inotropos en casos de no respuesta a volumen.	Alto	Fuerte
83	Se prefiere la monitorización mediante Doppler esofágico o métodos basados en análisis de contorno de pulso validados.	Alto	Fuerte
84	El líquido intravenoso de mantenimiento primario debe ser una solución cristalóide isotónica y balanceada.	Alto	Fuerte
85	Para la fluidoterapia en la resucitación se recomienda el uso de cristaloides balanceados, 2-3 litros para la reanimación inicial en shock hipovolémico y monitorización hemodinámica para guiar la administración adicional de fluidos.	Moderado	Fuerte
86	Se recomienda que a todos los adultos que se sometan a cirugía y se espere que tengan una pérdida de sangre moderada-grave se les ofrezca la administración de ácido tranexámico.	Alto	Fuerte

Nº	RECOMENDACIÓN	NIVEL DE EVIDENCIA	GRADO DE RECOMENDACIÓN
87	No se recomienda la utilización suplementaria de oxígeno inspirado en pacientes sometidos a anestesia general.	Moderado	Débil
88	Se recomienda la Cirugía mínimamente invasiva, siempre que los resultados quirúrgicos y oncológicos no difieran entre las técnicas quirúrgicas.	Alto	Fuerte
89	Se recomienda la incisión transversa en cirugía laparotómica.	Moderado	Fuerte
90	Se recomienda la no utilización de drenajes de forma rutinaria.	Alto	Fuerte
91	No se recomienda el uso de sonda nasogástrica de forma rutinaria.	Alto	Fuerte
92	Se debe realizar analgesia epidural dentro de una anestesia combinada a todos los pacientes sujetos a procedimientos de cirugía mayor abdominal abierta.	Alto	Fuerte
93	La cateterización del espacio epidural para infusión de anestésicos locales para analgesia en cirugía abdominal mayor abierta debe ser realizado a nivel torácico.	Alto	Fuerte
94	Se deben añadir pequeñas dosis de opiáceos a las dosis de anestésico local que se vayan a suministrar por vía epidural en cirugía mayor abierta.	Moderado	Fuerte
95	Cuando no sea posible la disposición de catéter epidural en cirugía mayor abierta, se debe individualizar la estrategia analgésica disminuyendo la utilización de opiáceos y favoreciendo la utilización de bloqueos locorreregionales, analgesia espinal o infiltración de puertos con anestésicos locales, considerando especialmente el bloqueo del plano transversal del abdomen.	Moderado	Fuerte
96	La realización de un bloqueo del plano transversal bilateral con anestésicos locales podría beneficiar a aquellos pacientes que precisan cirugía abdominal mayor abierta y que no se pudieran beneficiar de analgesia epidural.	Moderado	Fuerte
97	La anestesia libre de opioides en un entorno multimodal puede ser una alternativa al uso de opioides intravenosos.	Moderado	Débil
98	Se recomienda el uso de lidocaína intravenosa intraoperatoria como medicación coadyuvante en la reducción del dolor postoperatorio y mejorar la recuperación de la función intestinal en el postoperatorio inmediato, siendo una alternativa al uso de opioides intravenosos.	Moderado	Débil
99	Se debe suministrar ketamina iv a aquellos pacientes en tratamiento con opiáceos mayores para analgesia en cirugía mayor abdominal.	Moderado	Débil
100	Se recomienda la utilización de sulfato de magnesio iv intraoperatoria como coadyuvante analgésico para la mejora del control del dolor de aquellos pacientes sujetos a cirugía abdominal.	Moderado	Débil
101	Se recomienda el uso de dexmetomidina intravenosa intraoperatoria por contribuir a la disminución del riesgo de eventos adversos asociados a los opiáceos y mejorar el control del dolor en el periodo intra y postoperatorio.	Moderado	Débil
102	En cirugía abdominal mayor abierta se podría valorar una dosis preoperatoria de gabapentina o pregabalina por vía oral antes de la intervención para control analgésico postoperatorio.	Alto	Débil

Nº	RECOMENDACIÓN	NIVEL DE EVIDENCIA	GRADO DE RECOMENDACIÓN
103	Se recomienda el manejo multimodal mediante uso de alternativas a los opioides (catéter epidural torácico, bloqueos, cirugía mínimamente invasiva, evitar el uso rutinario de sonda nasogástrica y evitar un exceso de fluido terapia iv) como medidas para prevenir la aparición de ileo paralítico postoperatorio.	Alto	Fuerte
104	Se debe estratificar el riesgo de náuseas y vómitos postoperatorios (NVPO) en todos los pacientes mediante la escala de Apfel y realizar profilaxis proporcional al riesgo previsto. Se puede realizar una profilaxis con más fármacos combinados en cirugías en las que las NVPO supongan un riesgo relevante de complicaciones.	Alto	Fuerte
105	Se recomienda la anestesia regional antes que anestesia general para disminuir la incidencia de NVPO.	Alto	Fuerte
106	Se recomienda el uso de propofol para la inducción y el mantenimiento de la anestesia en pacientes de riesgo elevado de NVPO.	Alto	Fuerte
107	Se debe evitar el uso de óxido nitroso en pacientes con alto riesgo de NVPO o cirugías prolongadas.	Alto	Fuerte
108	Conviene evitar el uso de anestésicos inhalatorios en pacientes con alto riesgo de NVPO.	Moderado	Fuerte
109	Se aconseja minimizar el uso de opioides intraoperatorios y especialmente los postoperatorios.	Alto	Fuerte
110	Se aconseja realizar profilaxis antiemética en monoterapia en pacientes de Apfel 0-1 pero cirugía de mayor riesgo de NVPO.	Moderado	Fuerte
111	Se debe realizar profilaxis antiemética en monoterapia en pacientes con valoración Apfel 2-3 y doble terapia si cirugía de mayor riesgo de NVPO.	Alto	Fuerte
112	Se recomienda realizar profilaxis antiemética en doble terapia combinada en pacientes con valoración Apfel 4 y triple terapia si cirugía de mayor riesgo de NVPO.	Alto	Fuerte
113	Se recomienda el uso de antagonistas de receptores opioides periféricos por prevenir la aparición de ileo en el postoperatorio.	Moderado	Débil
POSTOPERATORIO			
114	La hipotermia postoperatoria debe tratarse mediante la administración de calor convectivo o conductivo hasta que se logre la normotermia.	Alto	Fuerte
115	Los anti-inflamatorios no esteroideos (AINEs) se deben utilizar como terapia coadyuvante para el control del dolor en aquellos pacientes a los que se haya realizado cirugía abdominal mayor.	Alto	Fuerte
116	No se recomienda el uso de chicle de forma rutinaria.	Bajo	Débil
117	En náuseas y vómitos establecidos los antagonistas selectivos 5-HT3 (ondasetrón) son el tratamiento de elección, seguidos de una familia de fármaco antiemético diferente si no responde a excepción de dexametasona.	Alto	Fuerte
118	Uso de laxantes como bisacodilo (en cirugía Colorrectal), oxido de magnesio oral (en histerectomía), daikenchuto (infusión de hierbas japonesa, en gastrectomía), café (en cirugía Colorrectal) como elementos que podrían prevenir la aparición de ileo.	Baja	Débil

Nº	RECOMENDACIÓN	NIVEL DE EVIDENCIA	GRADO DE RECOMENDACIÓN
119	La inmunonutrición parece recomendable en pacientes desnutridos sometidos a cirugía gastrointestinal por cáncer, por la disminución de complicaciones infecciosas, y un posible acortamiento de la hospitalización.	Bajo	Fuerte
120	Se recomienda el uso de analgesia epidural durante las primeras 24-48 h tras la cirugía y su retirada tras este periodo inicial de control del dolor, disminuyendo las concentraciones de los anestésicos locales con opioides epidurales para disminuir el bloqueo motor y permitir la deambulación.	Alto	Fuerte
121	Se recomienda el uso de paracetamol y AINES para el control del dolor postoperatorio con rescates de opioides en caso de dolor intenso no controlado con analgesia epidural o con otras técnicas de analgesia local o regional.	Alto	Fuerte
122	La alimentación precoz postoperatoria debe iniciarse lo antes posible, en horas tras la cirugía en la mayoría de pacientes.	Moderado (alto en cirugía colo-rectal)	Fuerte
123	Se recomienda la movilización precoz a través de la educación y el estímulo del paciente para reducir el número de efectos adversos.	Moderada	Fuerte
124	Se recomienda la realización de fisioterapia respiratoria preoperatoria y postoperatoria.	Alto	Fuerte
125	No se recomienda la administración oral de sales de hierro en el postoperatorio inmediato para mejorar el nivel de hemoglobina y disminuir la tasa transfusional.	Moderado	Fuerte
126	Se sugiere el tratamiento postoperatorio con FEEV para mejorar los niveles de hemoglobina y reducir la tasa transfusional, sobre todo en pacientes con depósitos bajos de hierro y/o anemia post-sangrado moderada-grave.	Moderado	Fuerte
127	Se recomienda la aplicación de criterios "restrictivos" de transfusión de concentrado de hematíes (CH) (si síntomas o nivel de Hb <70 g/L), en la mayoría de los pacientes hospitalizados (médicos, quirúrgicos o críticos), sin sangrado activo y hemodinámicamente estables (incluyendo sépticos, hemorragia digestiva alta y anemia postparto).	Alto	Fuerte
128	Se recomienda la aplicación de criterios "restrictivos" de transfusión de CH (Hb ≤75 g/L) en pacientes de cirugía cardíaca.	Moderado	Fuerte
129	Se recomienda la aplicación de criterios restrictivos de transfusión de CH (Hb <80 g/L) en pacientes con antecedentes de patología cardiovascular intervenidos de cirugía ortopédica o cirugía reparadora de fractura de cadera.	Moderado	Fuerte
130	Limpiar la herida quirúrgica con solución salina isotónica estéril, agua potable, o agua destilada.	Moderado	Fuerte
131	Los antibióticos tópicos pueden aplicarse en las heridas quirúrgicas con cierre primario después de la cirugía para prevenir la infección del sitio quirúrgico.	Bajo	Débil
132	En heridas con cierre por primera intención, siempre que sea posible, se sugiere no levantar el apósitos durante las primeras 24-48 horas.	Bajo	Débil

Nº	RECOMENDACIÓN	NIVEL DE EVIDENCIA	GRADO DE RECOMENDACIÓN
133	El uso de TPN puede disminuir el riesgo de infección de sitio quirúrgico y acortar la curación en heridas quirúrgicas abiertas, principalmente en cirugías abdominales o torácicas.	Bajo	Débil
134	Los pacientes y sus cuidadores deben recibir, al alta, información personalizada, comprensible y completa. Planificar el alta e informar adecuadamente sobre cuidados tras el alta influye en la estancia media y en reingresos.	Alto	Fuerte
135	Se aconseja la realización de audits en procedimientos de recuperación intensificada para evaluar la adecuación y la efectividad clínica.	Moderado	Fuerte



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD

