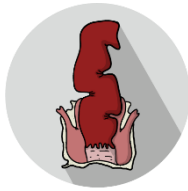


Cirugía de Recto: Resección Anterior Baja (Y Ultra Baja con Ileostomía)



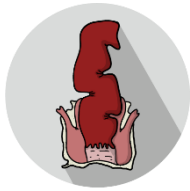
1	Previo al Ingreso Anestesiología, Cirugía, Enfermería, Nutrición, Estomaterapia
1.1	Información oral y escrita completa al preferiblemente mediante aplicaciones de ayuda ilustrada con material audiovisual
1.2	Valoración de la fragilidad
1.3	VALORACIÓN DEL RIESGO ANESTÉSICO-QUIRÚRGICO. Optimización nutricional, cardiológica, de anemia y comorbilidad <u>Evaluación por cardiólogo</u> si patología cardiaca activa de reciente aparición o descompensada <u>Evaluación nutricional:</u> -Test de Cribado nutricional (MUST) <u>Evaluación de la Diabetes Mellitus:</u> -glucemia y HbA1c - si diabetes mal controlada o no diagnosticada previamente remitir a Atención Primaria y/o Endocrinología <u>Evaluación de la anemia</u> (algoritmo manejo preoperatorio anemia)
1.4	Suplemento nutricional a paciente con criterios de desnutrición, (valorar inmunonutrición en pacientes oncológicos y desnutrición severa) 7 días antes y 5 días después de la intervención
1.5	<u>Abandonar consumo de tabaco y alcohol</u> al menos UN mes previo a la cirugía
1.6	Valorar la realización de ejercicios de prehabilitación trimodal
1.7	Incluir PROTEINA C REACTIVA (PCR), en la analítica preoperatoria
1.8	Firma de Consentimientos Informados
1.9	Remitir a la Consulta de Estomaterapia si ileostomía
2	Preoperatorio Inmediato Anestesiología, Cirugía, Enfermería
2.1	Dieta baja en residuos:al menos 48 horas antes de la cirugía
2.2	Continuar con tratamiento nutricional previo si desnutrición
2.3	Ayuno de 6 horas para sólidos y 2 horas para líquidos claros
2.4	Suplemento de bebida carbohidratada 12,5% de maltodextrinas 400 cc 2 horas antes de la cirugía (en caso de diabetes administrar junto con medicación antidiabética)
2.5	Iniciar profilaxis tromboembólica según protocolo del hospital



Cirugía de Recto: Resección Anterior Baja (Y Ultra Baja con Ileostomía)



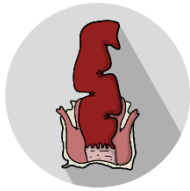
2.6	Se recomienda preparación intestinal mecánica cuando se vaya a realizar anastomosis
2.7	Baño completo
2.8	Marcar lugar de la ileostomía si procede
2.9	Rasurado con maquinilla eléctrica solo si se considera necesario
2.10	Enema de limpieza
2.11	Colocación de medias compresivas o de compresión neumática intermitente
2.12	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
2.13	Dosis única de glucocorticoides
2.14	Administración cuidadosa de sedantes de vida media corta
3	Intraoperatorio Anestesiología, Cirugía, Enfermería
3.1	Monitorización rutinaria: EKG, Presión Arterial no Invasiva (PANI), Pulsioximetría (%Sat O ₂), FiO ₂ , Capnografía, Temperatura, Glucemia intraoperatoria., Profundidad anestésica (BIS), Bloqueo neuromuscular.
3.2	Sondaje vesical
3.3	Monitorización invasiva: <ul style="list-style-type: none"> • Canalización arterial invasiva NO de forma rutinaria (potencialmente en pacientes con alteraciones cardiorrespiratorias graves) • Catéter venoso central NO de forma rutinaria
3.4	Inducción y mantenimiento anestésico con agentes de acción corta
3.5	Oxigenación FiO ₂ >50%
3.6	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)
3.7	No sonda nasogástrica de manera rutinaria
3.8	Calentamiento activo con manta térmica y calentador de fluidos



Cirugía de Recto: Resección Anterior Baja (Y Ultra Baja con Ileostomía)



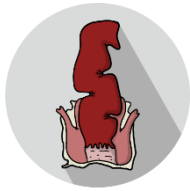
3.9	Profilaxis de náuseas y vómitos postoperatorios según escala Apfel (según anexo RICA)
3.10	Analgesia epidural torácica a todos los pacientes sometidos a cirugía abierta. En cirugía laparoscópica no se recomienda de rutina. Pacientes con contraindicación para analgesia epidural podrían beneficiarse de TAP bilateral y/o infiltrar trócares con anestésico local
3.11	En cirugía laparoscópica se recomienda presión de neumoperitoneo entre 8 y 12 mmHg
3.12	Coadyuvantes analgésicos endovenosos: <ul style="list-style-type: none"> • AINEs • Lidocaina durante la intervención quirúrgica • Ketamina (si tratamiento con opiáceos mayores) • Sulfato de magnesio
3.13	Evitar niveles de glucemia > 180 mg/dl en paciente de riesgo de desarrollar insulinorresistencia (obesos, ancianos, larga duración quirúrgica)
3.14	Desinfección de la piel en círculo de limpio a sucio con clorhexidina en solución alcohólica al 2%
3.15	Cirugía mínimamente invasiva (siempre que sea posible)
3.16	En cirugía abierta, incisiones transversas bajas si es posible
3.17	Evitar drenajes excepto en casos de riesgo de colecciones pélvicas
4	Postoperatorio Inmediato Anestesiología, Enfermería Unidad de reanimación – Sala de hospitalización
4.1	Mantenimiento activo de temperatura
4.2	Mantenimiento de FiO ₂ 0.5 2 horas tras fin intervención
4.3	Valoración del dolor: EVA (conseguir nivel de dolor 0-4)
4.4	Analgesia pautada según intervención
4.5	Mínima administración de mórnicos. AINEs como terapia coadyuvante
4.6	Fluidoterapia restrictiva
4.7	Inicio de tolerancia oral 6 horas tras cirugía
4.8	Inicio de movilización a las 8 horas tras cirugía
4.9	Fisioterapia respiratoria
4.10	Control estricto de glucemia manteniendo niveles < 180 mg/dl



Cirugía de Recto: Resección Anterior Baja (Y Ultra Baja con Ileostomía)



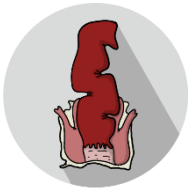
5	1º Día Postoperatorio Cirugía, Enfermería, Estomaterapia
5.1	Suplementación nutricional en casos seleccionados
5.2	Dieta líquida / semilíquida según tolerancia
5.3	Fisioterapia respiratoria
5.4	Valorar retirada de drenajes, si existen
5.5	Analgesia endovenosa. Evitar la administración de mórnicos.
5.6	Movilización activa (cama/sillón/inicio deambulaci3n)
5.7	Si tolerancia oral correcta retirada de líquidos endovenosos.
5.8	Valorar la retirada de Sondaje vesical
5.9	Profilaxis NVPO. Profilaxis antiulcerosa
5.10	Profilaxis tromboemb3lica
5.11	Control estricto de glucemia manteniendo niveles < 180 mg/dl
5.12	Cuidados de ileostomía si procede
5.13	Inicio de educaci3n para manejo del estoma si procede
5.14	Analítica con PCR .
6	2º Día Postoperatorio Cirugía, Enfermería, Estomaterapia
6.1	Valorar retirada de sondaje vesical (si presenta)
6.2	Dieta semiblanda/blanda
6.3	Fisioterapia respiratoria
6.4	Movilizaci3n activa (deambulaci3n)
6.5	Analgesia endovenosa. Valorar analgesia oral
6.6	Retirada de líquidos endovenosos (si no se han retirado previamente)
6.7	Profilaxis del tromboembolismo
6.8	Profilaxis NVPO. Profilaxis antiulcerosa
6.9	Control estricto de glucemia



Cirugía de Recto: Resección Anterior Baja (Y Ultra Baja con Ileostomía)



6.10	Cuidados de ileostomía (si procede)
6.11	Educación para manejo del estoma si procede
7	<p style="text-align: center;">3º Día Postoperatorio Y resto de hospitalización</p> <p style="text-align: center;">Cirugía, Enfermería, Estomaterapia</p>
7.1	Dieta específica pacientes con ileostomía
7.2	Analgesia oral
7.3	Fisioterapia respiratoria
7.4	Retirada de la vía venosa
7.5	Movilización activa (deambulación)
7.6	Profilaxis del tromboembolismo
7.7	Valorar alta a domicilio a partir de 3º día
7.8	Control estricto de glucemia
7.9	Control analítico de PCR
7.10	Cuidados de ileostomía (si procede)
7.11	Educación para manejo del estoma si procede
7.12	<p>VALORAR CRITERIOS DE ALTA Valoración de posible alta si cumple los siguientes criterios: No complicaciones quirúrgicas, no fiebre, dolor controlado con analgesia oral, deambulación completa, tolerancia oral correcta</p>
8	<p style="text-align: center;">Al Alta</p> <p style="text-align: center;">Cirugía, Enfermería, Estomaterapia, MAP</p>
8.1	Información personalizada, comprensible y completa
8.2	Adjuntar recomendaciones dietéticas para pacientes portadores de ileostomía
8.3	Mantenimiento de tromboprolifaxis 28 días tras cirugía
8.4	Control telefónico tras alta
8.5	Seguimiento al alta/continuidad asistencial: 1, 3 y 6 meses tras el alta
8.6	Seguimiento en Consulta de Estomaterapia si procede
8.7	Apoyo domiciliario-Coordinación con Atención Primaria



Cirugía de Recto: Resección Anterior Baja (Y Ultra Baja con Ileostomía)

