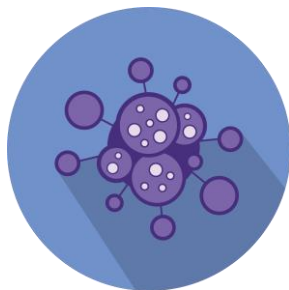


Matriz Temporal Carcinomatosis



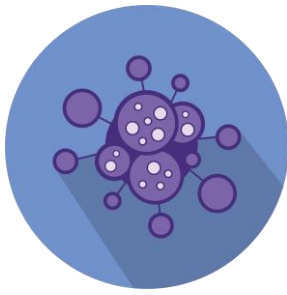
1	Primera Visita Consultas Cirugía, Enfermería, Geriatría
1.1	Historia clínica y solicitud pruebas complementarias
1.2	Con resultados, presentación del caso en el Comité Multidisciplinar de Tumores. La derivación a los servicios de endocrino, nutrición, rehabilitación, psicología tras decisión del comité de tumores.
1.3	A partir de los 75 años derivar a consulta de Geriatría para valoración geriátrica integral, con especial atención a la detección y tratamiento de fragilidad y síndromes geriátricos, manejo de comorbilidades y valoración de prescripción farmacológica. Se decidirá en Comité Multidisciplinar de Tumores el mejor tratamiento adaptado a la situación individual de cada paciente.
1.4	Educación sanitaria al paciente y familiares sobre: duración del procedimiento, lugar de estancia durante la cirugía, control del dolor, deambulación temprana, cuidados heridas y posibles estomas ³ Asesoramiento preoperatorio, idealmente mediante información de tipo mitxo ¹
1.5	Analítica completa con: hemograma, coagulación, función renal, estudio metabólico
2	Segunda Visita Consultas <i>Información del proceso asistencial al paciente y a los familiares</i> <i>Enfermería, Cirugía, Anestesiología, Rehabilitación, Psicología,</i> <i>Especialidades Nutricionales</i>
2.1	Valoración anestesia <ul style="list-style-type: none"> - Antecedentes médico/quirúrgicos. Optimización comorbilidades. - Historia oncológica - ECG. Actualmente no se recomienda la radiografía de tórax de rutina. - Información al paciente: circuito preoperatorio, tipo de anestesia y monitorización invasiva, ingreso postoperatorio en UCI. - Obtención del consentimiento informado
2.2	Derivación a prehabilitación (según circuito del centro): <ul style="list-style-type: none"> - Valoración de hábitos tóxicos y derivación a medicina preventiva o programa de deshabituación tabáquica y/o un programa intensivo de abandono de alcohol que incluya farmacología, consejos y entrevistas según centro, si precisa. Al menos 4 semanas antes de la cirugía



Matriz Temporal Carcinomatosis



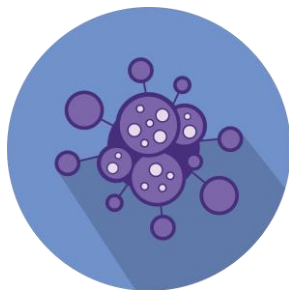
2.3	Valoración de situación social y derivación a trabajo social si precisa
2.4	Explicación del circuito pre quirúrgico: <ul style="list-style-type: none">- Admisión- Rasurado y ducha antiséptica- Ropa y material necesario de domicilio (zapatillas cerradas, pijama abierto, neceser con material de aseo, etc)- Ayuno de 6h para sólidos y 2 horas para líquidos
2.5	Educación sanitaria
2.6	Medicina física y rehabilitación Evaluación funcional <ul style="list-style-type: none">- Screening fragilidad- Evaluación de la condición física y estado cardiorrespiratorio- Evaluación de sarcopenia
2.7	Prehabilitación (2-4 semanas pre intervención) <ul style="list-style-type: none">- Educación manejo postoperatorio- Entrenamiento cardiovascular- Entrenamiento de la musculatura periférica- Entrenamiento de la musculatura respiratoria y ejercicios respiratorios- Promoción de la actividad física
2.8	Unidad de soporte nutricional <ul style="list-style-type: none">- Hacer cribado nutricional rutinario a los pacientes candidatos a CRS HIPEC: MUST- Recomendamos valoración del estado nutricional en todos aquellos pacientes con cribado nutricional de riesgo nutricional: criterios GLIM- Se recomienda iniciar tratamiento médico nutricional en todos los pacientes con riesgo nutricional severo o desnutrición severa al menos 7-10 días antes de la cirugía. Siempre que sea posible, se preferirá la vía oral/enteral.- Ayuno antes de la inducción anestésica: 6 horas sólido y 2 horas líquido claro si no hay problemas de vaciamiento gástrico.- Valorar la administración oral de 200-400 ml de una bebida que contenga 50 gr de carbohidratos hasta dos horas antes de la intervención quirúrgica<ul style="list-style-type: none">- excepto en pacientes con diabetes de cualquier tipo- Dieta baja en residuos 3-5 días antes de la cirugía- Se recomienda el estudio de composición corporal con ecografía nutricional y/o bioimpedancia eléctrica y/o TAC) para determinar la masa muscular ya que es un marcador pronóstico de la evolución clínica
2.9	Enfermería



Matriz Temporal Carcinomatosis



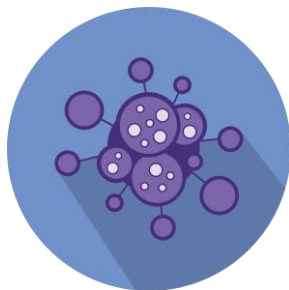
	- Gestión marcaje de estoma según protocolo del hospital
2.10	<p>Psicología - Primera visita psicología</p> <p>Evaluación psicológica</p> <p>Anamnesis:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Historia oncológica. - Historia psicológica previa. - Tratamiento con psicofármacos. - Ámbito laboral. - Experiencias previas enfermedad oncológica - Organigrama familia. - Experiencias estresantes previas y afrontamiento en las mismas. - Apoyo social - Problemática actual (si la hubiere) <ul style="list-style-type: none"> - Screening de distrés - HADS - FACT - Entrenamiento en relajación - Refuerzo información - Refuerzo de la auto-implicación en el proceso <p>Psicología - Segunda visita psicología <i>Previa a la cirugía</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Entrenamiento en técnica de relajación. - Abordaje de necesidades específicas. - Intervención sobre la problemática actual que presente. - Terapia cognitiva para disminuir síntomas de ansiedad y depresión.
2.11	Optimización hematológica según protocolo de cada centro
3	Perioperatorio
3.1	Preoperatorio Inmediato Anestesiología, Enfermería
3.1.1	Lista de verificación preoperatoria
3.1.2	Si paciente precisa ansiolisis priorizar benzodicepinas de vida media/corta
3.1.3	Colocación de medias compresivas o compresión neumática intermitente, según riesgo tromboembólico y protocolo de cada centro



Matriz Temporal Carcinomatosis



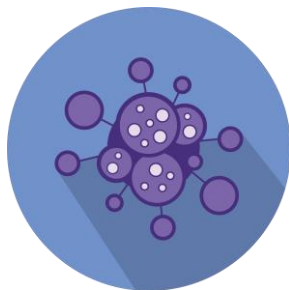
3.1.4	Colocación de acceso venoso periférico
3.1.5	<p>La glucemia se monitorizará durante el preoperatorio, aunque debe ser evitado el uso de una terapia intensiva con insulina, debido al riesgo de hipoglucemia. La glucemia perioperatoria debe ser monitorizada y tratada adecuadamente con insulina, evitando glucemias > 180 mg/dl</p> <p>Objetivos más ambiciosos de glucemia peroperatoria entre 110 y 140mg/dL (6.1-7,8 mmol/L), pueden ser apropiados en paciente seleccionados si pueden conseguirse sin hipoglucemia significativa</p>
3.1.6	<p>Premedicación: Profilaxis antibiótica, 60min previos a la cirugía (según protocolo de cada centro)</p>
3.2	<p>Intraoperatorio</p> <p>Anestesiología, Cirugía, Enfermería</p>
3.2.1	Lista de verificación de quirófano
3.2.2	Colocación de catéter peridural torácico para analgesia postoperatoria. Valorar otras técnicas de anestesia locorregional si no se consigue peridural
3.2.3	Monitorización estándar (ECG, PANI, SpO2 <, temperatura central y monitor de hipnosis, monitorización del bloqueo neuromuscular)
3.2.4	Inducción anestésica según protocolo de cada centro
3.2.5	En cirugía de citorreducción se recomienda, además de la estándar, una monitorización hemodinámica mínimamente invasiva con análisis de onda de pulso de manera rutinaria
3.2.6	Catéter venoso central si se prevé la necesidad de nutrición parenteral
3.2.7	Posición intraoperatoria del paciente y protección de zonas de presión
3.2.8	Profilaxis tromboembolismo, medias de compresión o medias de compresión neumática intermitente)
3.2.9	No se recomienda colocación de sonda nasogástrica de forma rutinaria
3.2.10	No se recomienda colocación de catéter doble J ureteral de manera profiláctica
3.2.11	Desinfección de la zona quirúrgica con clorhexidina alcohólica al 2% (si piel intacta) o acuosa si afectación cutánea o mucosas



Matriz Temporal Carcinomatosis



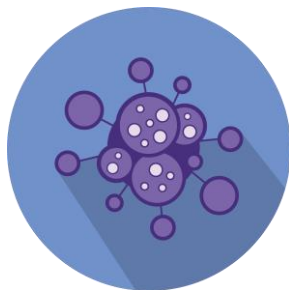
3.2.12	Prevención de la hipotermia. Calentamiento activo y de fluidos
3.2.13	Fluidoterapia guiada por objetivos (FGO), con el finde conseguir optimización de la perfusión tisular
3.2.14	Se recomienda el uso de infusión de cristaloides a 8-12 mL/Kg/h en la reposición del volumen intravascular, dependiendo de la amplitud de la resección quirúrgica
3.2.15	Dada la necesidad de reposición en estas pacientes de hasta 700 gr de proteínas por día, especialmente en aquellos casos en los que se drena abundante ascitis o hay un debulking extenso, la evidencia científica defiende también el uso combinado de seroalbúmina
3.2.16	Algoritmo de administración de catecolaminas guiado por monitorización invasiva/avanzada
3.2.17	Profilaxis náuseas y vómitos según escala Apfel
3.2.18	Uso de agentes anestésicos de acción corta. Valorar relajación muscular profunda
3.2.19	Estrategias ventilatorias: Se establecerá de manera rutinaria una estrategia de ventilación pulmonar protectora basada en bajos volúmenes corriente (6-8 mL/Kg), junto con niveles moderados de PEEP y maniobras de reclutamiento alveolar repetidas a lo largo del procedimiento quirúrgico
3.2.20	Extubación precoz
3.2.21	Drenajes abdominales No uso sistemático Se recomienda la no utilización de drenajes abdominales de forma rutinaria en cirugías abdominales mayores
3.2.22	Se recomienda no emplear drenajes torácicos de manera habitual aún incluso tras peritonectomía diafragmática y/o resección diafragmática
3.2.23	No se recomienda tratamiento antibiótico postoperatorio
3.2.24	Anastomosis intestinales antes o después de HIPEC. No hay evidencia de ventaja de una técnica sobre la otra
3.2.25	Evitar la realización de estomas
3.2.26	Petición del citostático realizando un check-list de comprobación
3.3	Fase HIPEC



Matriz Temporal Carcinomatosis



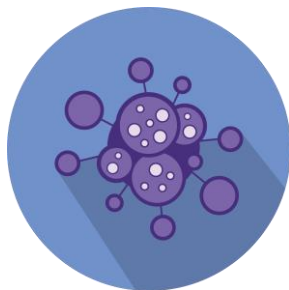
Anestesiología, Cirugía, Enfermería	
3.3.1	Verificación de la quimioterapia: verificar con personal médico el tipo de medicación, la dosis ordenada, dosis recibida, NHC paciente y datos del paciente según protocolo de seguridad del protocolo de cada centro
3.3.2	Equipo de protección ambientales y personales de citotóxicos y manejo de citotóxicos según protocolos de seguridad
3.3.4	Termorregulación: Disponer de las medidas necesarias para el control de la hipertermia
3.3.5	Manejo adecuado de citotóxicos: contenedores amarillos rígidos + EPP
3.3.6	Prevención de nefrotoxicidad con la administración de cisplatino en HIPEC mediante perfusión de tiosulfato sódico
3.3.7	No se recomienda el uso de solución de glucosado al 5% como solución vehiculizante de HIPEC
3.3.8	No se recomienda el empleo de factores estimulantes de colonias (GCSF) de forma rutinaria
3.4	Fase de Cierre
3.4.1	Cierre de pared: Se recomienda el cierre de la laparotomía mediante sutura de monofilamento de absorción lenta, sutura continua y puntos cercanos
3.4.2	Se recomienda indistintamente el uso de grapas o sutura intradérmica para el cierre cutáneo tras cirugía de citorreducción
3.4.3	Valorar la utilización de terapia de presión negativa sobre herida quirúrgica
3.5	Postoperatorio Inmediato
	<i>Unidad de Reanimación. Valorar Unidad de Cuidados Intermedios en casos seleccionados</i>
	Anestesiología, Cirugía, Enfermería
3.5.1	Mantenimiento de FiO ₂ 0,5% 2 horas tras finalizar la intervención
3.5.2	Monitorización: Vigilar signos de alerta*
3.5.3	Control adecuado del dolor mediante analgesia multimodal



Matriz Temporal Carcinomatosis



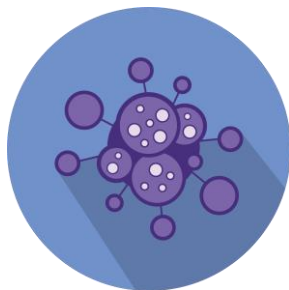
3.5.4	Control adecuado de temperatura, CV, diuresis, náuseas y vómitos
3.5.5	Se recomienda la cobertura de los requerimientos nutricionales por vía oral o enteral y si no es posible, a través de nutrición parenteral, en este caso de forma precoz La indicación de nutrición parenteral no debería ser sistemática, se ha de plantear en aquellos casos en los que no se prevea que el paciente vaya a poder retomar la dieta oral/enteral en los oral en 7-10 días tras la cirugía (en pacientes desnutridos) y 3-5 días en pacientes desnutridos y con elevado estrés
3.5.6	Inicio de rehabilitación si cumple criterios de estabilidad hemodinámica ventilatoria y neurológica para inicio de rehabilitación. Generar interconsulta a rehabilitación
3.5.7	Respetar el descanso nocturno
3.5.8	Profilaxis tromboembólica a las 6h si no hay riesgo hemorrágico
4	1º Día Postoperatorio <i>Unidad de Reanimación</i> <i>Valorar Unidad de Cuidados Intermedios en casos seleccionados</i> Anestesiología, Cirugía, Enfermería, Nutrición, Rehabilitación
4.1	Dieta progresiva según tolerancia
4.2	Control náuseas y vómitos
4.3	Fluidoterapia según tolerancia oral
4.4	Movilización: sedestación
4.5	Valorar retirada de sondaje vesical
4.6	Asegurar buen control del dolor (EVA <3): analgesia multimodal
4.7	Fisioterapia respiratoria y funcional
4.8	Oxigenoterapia según necesidades
4.9	Profilaxis tromboembólica según protocolo de cada centro



Matriz Temporal Carcinomatosis



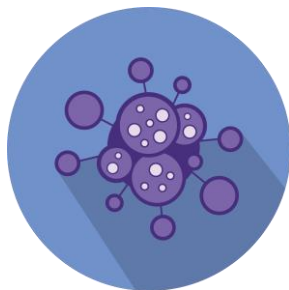
4.10	Pruebas control: (según estado clínico) - Analítica sanguínea - Gasometría arterial
5	2º Día Postoperatorio <i>Unidad de Reanimación – Unidad de Cuidados Intermedios – Sala de hospitalización</i> Anestesiología, Cirugía, Enfermería, Nutrición, Rehabilitación
5.1	Dieta progresiva según tolerancia
5.2	Suplementación nutricional si previamente precisaba (hasta alta y posteriormente)
5.3	Control náuseas y vómitos
5.4	Fluidoterapia intravenosa restrictiva
5.5	Control de estabilidad hemodinámica y perfusión de los órganos: vasopresores si precisa, manejo de fluidos postoperatorios, control hemodinámico, control de diuresis, control de sangrado
5.6	Continuar movilización
5.7	Asegurar buen control del dolor (EVA <3): analgesia multimodal. Valorar retirada catéter peridural
5.8	Fisioterapia respiratoria y funcional
5.9	Retirada de sondaje vesical (según catéter peridural)
5.10	Profilaxis tromboembólica: movilización + HBPM
5.11	Pruebas control según estado clínico - Interconsulta geriatría si el paciente ha sido evaluado previamente por el dicho equipo con el objetivo de realizar seguimiento clínico conjunto para detección precoz de complicaciones médicas y síndromes geriátricos
6	3º, 4º Día Postoperatorio <i>Sala de hospitalización</i> Anestesiología, Cirugía, Enfermería, Nutrición
6.1	Dieta progresiva según tolerancia



Matriz Temporal Carcinomatosis



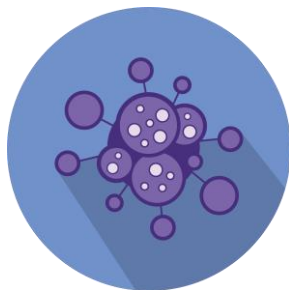
6.2	Valorar retirada de fluidoterapia
6.3	Movilización: deambulación progresiva
6.4	Asegurar buen control del dolor (EVA <3): analgesia multimodal. Retirar catéter peridural
6.5	Control nutricional (nutrición RIC) - Suplementación nutricional si previamente precisaba (hasta alta y posteriormente)
6.6	Reevaluación funcional y respiratoria por rehabilitación/fisioterapia para optimización y continuidad
6.7	Profilaxis tromboembólica: movilización + HBMP
6.8	Pruebas control según evolución clínica
6.9	5º día – evaluación por psicología
6.10	En caso de estoma: seguimiento por el estomaterapeuta
7	<p style="text-align: center;">5º, 6º Día Postoperatorio</p> <p style="text-align: center;"><i>Sala de hospitalización</i></p> <p style="text-align: center;">Anestesiología, Cirugía, Enfermería, Nutrición</p>
7.1	Progresar dieta
7.2	Continuar movilización
7.3	Si no se emplea NE: NPT por catéter central
7.4	Asegurar buen control del dolor (EVA <3): analgesia multimodal. Progresar a analgesia oral
7.5	Control psicológico (psicólogo RIC)
7.6	Control nutricional (nutrición RIC) Suplementación nutricional si previamente precisaba (hasta alta y posteriormente)
7.7	Fisioterapia respiratoria y funcional
7.8	Espirómetro incentivo volumétrico
7.9	Retirada progresiva de catéteres intravenosos. Profilaxis tromboembólica: movilización + medicación



Matriz Temporal Carcinomatosis



7.10	Control hemodinámico
7.11	Control diuresis
7.12	Pruebas control: Analítica sanguínea, incluyendo PCR y procalcitonina
8	7º Día Postoperatorio <i>Sala de hospitalización</i> Enfermería, Nutrición, Psicología, Cirugía
8.1	Valoración de posible ALTA si cumple los siguientes criterios: No complicaciones quirúrgicas, estabilidad hemodinámica, no fiebre, dolor controlado con analgesia oral, deambulación, tolerancia oral y aceptación por parte del paciente
8.2	Movilización: deambulación progresiva
8.3	Asegurar buen control del dolor (EVA <3): analgesia oral
8.4	Fisioterapia respiratoria. Recomendaciones de ejercicio para domicilio. Valorar si precisa derivar a consulta de medicina física y rehabilitación.
8.5	Profilaxis tromboembólica (mantener hasta 4 semanas tras la intervención)
8.6	Control psicológico
9	Alta Enfermería, Nutrición, Psicología, Cirugía
9.1	Entrega de documentación: - Hoja informativa y de recomendaciones al alta - Educación y recomendaciones dietéticas
9.2	Hoja de satisfacción - Educación sanitaria entregada por parte de enfermería: cuidados en el hogar, manejo del dolor y control de síntomas que requieren atención médica - Educación sanitaria por parte de enfermería (manejo del dolor y de la analgesia oral, signos y síntomas de alarma, administración de heparina subcutánea)
10	Seguimiento



Matriz Temporal Carcinomatosis



	Enfermería, Nutrición, Psicología, Cirugía
10.1	Valorar control telefónico tras el alta (según protocolo de cada centro)
10.2	Control por su médico de atención primaria
10.3	Control y seguimiento en consultas de Cirugía y otras especialidades si precisa
10.4	Valorar aportes calóricos, proteicos, minerales y vitamínicos según necesidades
10.5	Valorar control en consultas de Psicología. Evaluación calidad de vida postquirúrgica