



CIRUGÍA BARIÁTRICA



1	
Previo al Ingreso	
Enfermería, cirugía, anestesiología	
1.1	Información oral y escrita completa al paciente
1.2	Evaluación cardiológica si > 3 FRCV
1.3	Screening de SAHS con el test STOP-BANG. Realizar polisomnografía si puntuación >3
1.4	Espirometría sólo si hay FR pulmonares
1.5	Analítica incluyendo: Hemograma, Coagulación, Bioquímica básica, Perfil Nutricional
1.6	Endoscopia Digestiva Alta y/o estudio esófago-gastroduodenal (si hay exclusión gástrica)
1.7	Screening de H.pylori y erradicación preoperatoria (si hay exclusión gástrica)
1.8	Suprimir tabaco y alcohol al menos 4-8 semanas antes de cirugía
1.9	Corrección de carencias nutricionales preoperatorias (clacio, hierro, vitamina D, Vitamina B12...)
1.10	Optimización preoperatoria de comorbilidades (DM, HTA...)
1.11	Se recomienda la realización de terapia prehabilitadora trimodal con el fin de mejorar la capacidad funcional previa a la intervención
1.12	<u>Prehabilitación física:</u> Incentivar ejercicios de fuerza muscular.
1.13	<u>Optimización nutricional:</u> <ul style="list-style-type: none">- Pérdida de peso antes de la cirugía (dieta VLCD o productos comerciales)- Valorar métodos coadyuvantes (fármacos, balón intragástrico)
2	
Perioperatorio	
Preoperatorio Inmediato	
2.1	Si es posible, programar el ingreso el mismo día de la cirugía
Enfermería, anestesiología	



CIRUGÍA BARIÁTRICA



2.1.1	Ayuno para líquidos claros 2h y para sólidos 8h
2.1.2	Profilaxis antitromboembólica (profilaxis farmacológica según Centro)
2.1.3	No añadir premedicación ansiolítica preoperatoria
2.1.4	Suplemento de bebida carbohidratada (12.5% maltodextrinas 250 cc) 3 horas antes de la cirugía si no existe contraindicación
2.1.5	Colocación de medias compresivas o de compresión neumática intermitente, según riesgo tromboembólico
2.1.6	Evitar en la medida de lo posible la eliminación del vello
2.1.7	Premedicación: <ul style="list-style-type: none">- Profilaxis antibiótica 30-60 min antes de la incisión quirúrgica.- Si retraso vaciado gástrico: medidas profilácticas de regurgitación.
2.2	Intraoperatorio Enfermería, anestesiología, cirugía
2.2.1	Aplicación del listado de verificación quirúrgica (checklist)
2.2.2	Colocar dispositivos de compresión neumática intermitente
2.2.3	No anestesiarse al paciente fuera de quirófano
2.2.4	Calentamiento activo con manta térmica y calentador de fluidos
2.2.5	Monitorización rutinaria, incluyendo capnografía, temperatura central, bloqueo neuromuscular, profundidad anestésica con índice bispectral y glucemia
2.2.6	Monitorización invasiva NO indicada de rutina
2.2.7	Catéter venoso central NO indicado de rutina
2.2.8	Inducción anestésica en posición de rampa



CIRUGÍA BARIÁTRICA



2.2.9	Minimizar el tiempo entre inducción e intubación
2.2.10	Uso de relajantes aminoesteroides como primera opción (si se dispone de Sugammadex)
2.2.11	Ventilación protectora pulmonar y maniobras de reclutamiento
2.2.12	FiO2: 0.5-0.6
2.2.13	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
2.2.14	Profilaxis NVPO según escala de Apfel modificada
2.2.15	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
2.2.16	El abordaje debe ser laparoscópico siempre que sea posible
2.2.17	Se recomienda realizar neumoperitoneo mediante aguja de Veress o inserción de trócar óptico
2.2.18	No hay evidencia para sobresutura, uso de fundas para grapadoras o pegamentos biológicos para disminuir las dehiscencias
2.2.19	La gastrectomía vertical debe calibrarse con sondas
2.2.20	No sonda nasogástrica (sólo intraoperatoria para vaciar estómago)
2.2.21	No se recomienda dejar drenaje de forma rutinaria
2.3	Postoperatorio Inmediato Enfermería, anestesiología
2.3.1	Mantenimiento activo de temperatura
2.3.2	Inicio de tolerancia oral a partir de 6 horas tras cirugía
2.3.3	Inicio de movilización a partir de 6 horas tras cirugía



CIRUGÍA BARIÁTRICA



2.3.4	Analgesia multimodal pautada según intervención. Mínima administración de mórnicos. Valorar uso de coadyuvantes
2.3.5	En pacientes SAHS, reinstauración precoz de la CPAP
2.3.6	Control estricto de glucemia manteniendo niveles < 110 mg/dl en no diabéticos, y entre 110-150 mg/dl en diabéticos
3	1º Día Postoperatorio Sala de hospitalización Enfermería, cirugía
3.1	Dieta líquida hipocalórica según tolerancia
3.2	Movilización activa
3.3	Analgesia I.V.
3.4	Retirada fluidoterapia I.V. si buena tolerancia
3.5	Valorar retirada s. vesical, si la tuviese
3.6	Valorar retirada de drenajes, si existen
3.7	Tromboprofilaxis
3.8	Fisioterapia respiratoria
3.9	Control y cura de HQ
3.10	Reservar los estudios de imagen para los casos con sospecha clínica de fuga anastomótica
4	2º Día Postoperatorio (Y sucesivos) Sala de hospitalización Enfermería, cirugía



CIRUGÍA BARIÁTRICA



4.1	Dieta líquida completa hipocalórica o nutrición enteral completa hipocalórica hiperproteica
4.2	Valorar retirada drenajes, si existen
4.3	Valorar alta domicilio: <u>Criterios generales de alta:</u> no complicaciones quirúrgicas, no fiebre, no taquicardia ni taquipnea, dolor controlado con analgesia, deambulación completa, adecuada tolerancia oral
5	Al Alta Enfermería, cirugía
5.1	Dieta turmix hipocalórica o Nutrición oral completa hipocalórica hiperproteica primeras 1-2 semanas. Después dieta triturada 2 semanas. Dieta sólida tras 1-2 meses de cirugía
5.2	Tromboprofilaxis las primeras 3-4 semanas postoperatorias
5.3	Cura tópica HQ y retirada de puntos/grapas según protocolo.
5.4	Programa de ejercicio que combine entrenamiento aeróbico y de fuerza. Iniciar a partir de 1 mes tras la cirugía a intensidades moderadas progresando a intensidades más elevadas
5.5	Control domiciliario: <ul style="list-style-type: none">- Control telefónico tras alta- Apoyo domiciliario coordinación con Atención Primaria