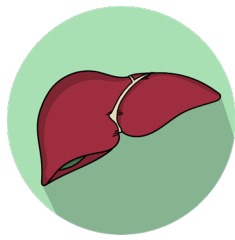


Resecciones Hepáticas



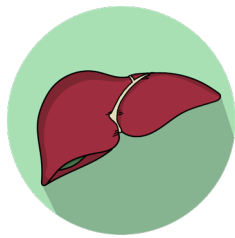
1	Previo al Ingreso Enfermería, cirugía, anestesiología, nutrición
1.2	Información completa de proceso asistencial a pacientes y familiares.
1.2	VALORACIÓN DEL RIESGO ANESTÉSICO-QUIRÚRGICO. Optimización nutricional, cardiológica, de anemia y comorbilidad <u>Evaluación por cardiólogo</u> si patología cardíaca 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)
1.3	<u>Abandonar consumo de tabaco y alcohol</u> al menos UN mes previo a la cirugía
1.4	Analítica Preoperatoria que incluya PCR
1.5	Firma de Consentimientos Informados
1.6	Prehabilitación respiratoria y entrenamiento aeróbico adaptado a la capacidad funcional del paciente.
2	Perioperatorio Preoperatorio Inmediato
2.1	Si es posible, programar el ingreso el mismo día de la cirugía Enfermería, cirugía, anestesiología
2.1.1	Ayuno de 6 horas para sólidos y 2 horas para líquidos claros
2.1.2	Suplemento de bebida carbohidratada 12,5% de maltodextrinas 400 cc / 12 horas (en caso de diabetes administrar junto con medicación antidiabética). Empezando la tarde previa.
2.1.3	Recomendación fuerte de administración de HBPM 2-12h antes de la cirugía (en función de si se va a realizar anestesia neuroaxial o no).



Resecciones Hepáticas



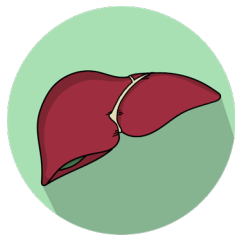
2.1.4	Baño completo.
2.1.5	Rasurado con maquinilla eléctrica si éste es necesario.
2.1.6	Colocación de medias compresivas o de compresión neumática intermitente.
2.1.7	Administración profiláctica de antibiótico 30-60 min antes de la incisión quirúrgica. En procedimientos prolongados repetir dosis de acuerdo a la vida media de los fármacos.
2.1.8	Analgesia multimodal activa y/o preventiva.
2.2	Intraoperatorio Enfermería, cirugía, anestesiología
2.2.1	<p>Monitorización rutinaria:</p> <ul style="list-style-type: none"> - EKG - Presión Arterial no Invasiva (PANI) - Pulsioximetría (%Sat O2) - FiO2 - Capnografía - Temperatura - Glucemia intraoperatoria - Profundidad anestésica (BI) - Bloqueo neuromuscular - Sondaje vesical.
2.2.2	<p>Monitorización invasiva:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Canalización arterial invasiva NO de forma rutinaria (potencialmente en pacientes con alteraciones cardiorrespiratorias graves) - Catéter venoso central *
2.2.3	Inducción y mantenimiento anestésico con agentes de acción corta
2.2.4	<p>Fluidoterapia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fase de resección: como objetivo de reducción de sangrado se recomienda mantenimiento de PVC ≤ 5 cmH2O con diuréticos del ASA y Manitol. - En fase de reposición: se recomienda optimización hemodinámica mediante fluidoterapia guiada por objetivos con dispositivos validados.



Resecciones Hepáticas



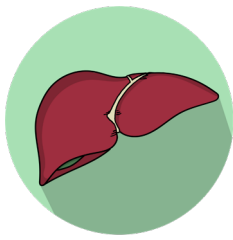
	<ul style="list-style-type: none"> - En caso de no disponer de éstos, se recomienda fluidoterapia restrictiva basada en peso ideal en perfusión continua solución balanceada (1-3ml/kg/h para laparoscopia; 3-5ml/kg/h para laparotomía). - Reponer sangrado con coloides 1:1.
2.2.5	Evitar sonda nasogástrica de manera rutinaria.
2.2.6	Calentamiento activo con manta térmica y calentador de fluidos
2.2.7	Profilaxis de náuseas y vómitos postoperatorios según escala Apfel (según anexo RICA)
2.2.8	<p>Analgesia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Epidural torácica en cirugía abierta. - En cirugía laparoscópica no se recomienda de rutina. - Pacientes con contraindicación para analgesia epidural, riesgo de fallo renal postoperatorio o de coagulopatía podrían beneficiarse de TAP bilateral u otras alternativas a la epidural.
2.2.9	Evitar niveles de glucemia > 180 mg/dl en paciente de riesgo de desarrollar insulinoresistencia (obesos, ancianos, larga duración quirúrgica)
2.2.10	Desinfección de la piel en círculo de limpio a sucio con clorhexidina en solución alcohólica al 1%
2.2.11	Cirugía mínimamente invasiva (siempre que sea posible)
2.2.12	Evitar drenajes.
2.2.13	<i>* Valorar no poner CVC si resección menor y ausencia de factores de riesgo para insuficiencia renal postoperatoria (recomendable forzar diuresis de forma empírica).</i>
2.3	<p style="text-align: center;">Postoperatorio Inmediato</p> <p style="text-align: center;">Enfermería, anestesiología</p>
2.3.1	Mantenimiento activo de temperatura.
2.3.2	Analgesia multimodal activa y/o preventiva. Restringir la administración de morfínicos.



Resecciones Hepáticas



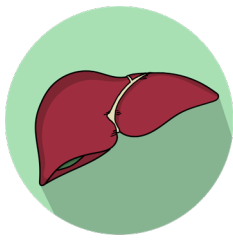
2.3.3	Fluidoterapia restrictiva.
2.3.4	Inicio de tolerancia oral a partir de 3 horas tras cirugía.
2.3.5	Inicio de movilización a partir de 3 horas tras cirugía.
2.3.6	Dieta líquida/blanda baja en residuo + Suplemento nutricional.
2.3.7	Profilaxis del TVP con HBPM 12 h tras la cirugía
3	1º Día Postoperatorio Enfermería, cirugía
3.1	Suplementación nutricional hiperprotéico en pacientes con ingesta oral <60% de requerimientos energéticos o desnutrición preoperatoria.
3.2	Dieta blanda/normal
3.3	Fisioterapia respiratoria
3.4	Valorar retirada de drenajes, si existen
3.5	Analgesia endovenosa. Evitar la administración de mórnicos.
3.6	Movilización activa (cama/sillón/inicio deambulación)
3.7	Si tolerancia oral correcta retirada de líquidos endovenosos.
3.8	Valorar la retirada de Sondaje vesical
3.9	Profilaxis NVPO. Profilaxis antiulcerosa.
3.10	Profilaxis tromboembólica
3.11	Valorar alta hospitalaria en cirugía laparoscópica.



Resecciones Hepáticas



4	2º Día Postoperatorio Enfermería, cirugía
4.1	Dieta normal ± suplemento nutricional.
4.2	Analgesia oral ± epidural. NO Mórficos.
4.3	Movilización activa (deambulación).
4.4	Profilaxis de TVP: HBPM +Medias compresivas.
4.5	Valorar alta hospitalaria.
5	3º Día Postoperatorio Enfermería, cirugía
5.1	Dieta normal ± suplemento nutricional.
5.2	Analgesia oral (AINES + Paracetamol/ Metamizol).
5.3	Movilización activa (deambulación).
5.4	Profilaxis de TVP: HBPM +Medias compresivas.
5.5	Analítica con PCR
5.6	Valorar alta hospitalaria.
5.7	VALORAR CRITERIOS DE ALTA: No complicaciones quirúrgicas, no fiebre, dolor controlado con analgesia oral, deambulación completa, tolerancia oral correcta.
6	Al Alta Enfermería, cirugía, Atención Primaria
6.1	Información personalizada, comprensible y completa



Resecciones Hepáticas



6.2	Control telefónico tras alta
6.3	Seguimiento al alta/continuidad asistencial: 1, 3 y 6 meses tras el alta
6.4	Apoyo domiciliario – Coordinación con Atención Primaria