



1	Previo al Ingreso <i>Primera visita consultas</i> Enfermería, cirugía, anestesiología
1.1	Historia clínica y solicitud / valoración de pruebas complementarias
1.2	Evaluación de operabilidad. Evaluación y optimización del tratamiento broncodilatador en pacientes EPOC
1.3	Evaluación de riesgo cardiológico (ThRCRI) y optimización cardiológica
1.4	Evaluación del estado físico y fragilidad
1.5	Abandono de hábitos tóxicos (tabaco, alcohol, etc)
1.6	Fisioterapia funcional y respiratoria
1.7	Evaluación y soporte psicológico
1.8	Cribado y valoración del estado nutricional. Optimización del mismo
1.9	Evaluación y tratamiento del déficit de hierro y anemia preoperatoria
1.10	Evaluación y optimización del control glucémico en pacientes diabéticos (HbA1c)
1.11	Escala Apfel (valoración de náuseas y vómitos intraoperatorios)
1.12	Evaluación anestésica (ASA). Recomendar valoración odontológica si boca séptica
1.13	Revisar medicación habitual y modificar si precisa
1.14	Información completa de proceso asistencial a paciente y familiares
1.15	En casos seleccionados, se valorará informar sobre alta precoz con sistema de drenaje ambulatorio
1.16	Firma de consentimientos informados. Entrega de documentación



2	Perioperatorio
2.1	Preoperatorio Inmediato Enfermería, Cirugía
2.1.1	Ingreso mismo día de la intervención (Valorar ingreso día anterior pacientes de otras comunidades o con necesidades especiales)
2.1.2	Ayuno a sólidos 6 horas y a líquidos claros 2 horas previas a la cirugía
2.1.3	Baño/Ducha completa antes de la intervención
2.1.4	Lista de verificación al ingreso
2.1.5	Suplemento de bebida carbohidratada (12.5% maltodextrinas 250 cc) a medianoche y 2 horas antes de intervención
2.1.6	No rasurado. Si es necesario, hacerlo con maquinilla eléctrica de cabezal desechable
2.1.7	Revisar y administrar premedicación si procede (intentar evitar sedantes)
2.1.8	Profilaxis tromboembólica día previo a la intervención (según protocolo de cada centro)
2.2	Intraoperatorio Enfermería, anestesiología, cirugía
2.2.1	Lista de verificación de quirófano
2.2.2	Prevención de la hipotermia. Calentamiento activo y de fluidos
2.2.3	Limpieza de la zona quirúrgica con clorhexidina alcohólica al 2%
2.2.4	Canalización arterial invasiva en pacientes de alto riesgo
2.2.5	Colocación de catéter venoso central en casos de neumonectomía



Resecciones Pulmonares Anatómicas



2.2.6	Monitorización: <ul style="list-style-type: none">• ECG• Presión Arterial• Pulsioximetría• FiO2• Capnografía• Temperatura• Glucemia• Profundidad anestésica (BIS)• Bloqueo neuromuscular (optativo)
2.2.7	Valorar relajación muscular profunda. Valorar uso de relajantes aminoesteroides como primera opción (si se dispone de Sugammadex)
2.2.8	Fluidoterapia guiada por objetivos, evitando la sobrecarga de fluidos. Solución balanceada 2ml/kg/h
2.2.9	Profilaxis náuseas y vómitos según escala Apfel
2.2.10	Colocación de medias compresivas o de compresión neumática intermitente según riesgo tromboembólico
2.2.11	Administración profiláctica de antibiótico 1 hora antes de incisión quirúrgica
2.2.12	Si cirugía mínimamente invasiva (recomendable): Bloqueo regional (intercostal vs erector espinal) con anestésico local (vida media corta-larga)
2.2.13	Si cirugía abierta: Colocación de catéter epidural torácico T5-T6 vs catéter paravertebral y analgesia multimodal ahorradora de opioides
2.2.14	Dosis test de anestésico local e Iniciar anestesia epidural/paravertebral en perfusión continua
2.2.15	Inducción anestésica
2.2.16	Ventilación protectora (VT 6ml/kg, PEEP>5) durante la ventilación unipulmonar. Utilizar FiO2 necesaria para niveles normales de oxígeno en sangre arterial
2.2.17	Maniobras de reclutamiento alveolar al menos antes de ventilación unipulmonar y tras esta
2.2.18	Uso de agentes anestésicos de acción corta. Valorar relajación muscular profunda
2.2.19	Comprobar fugas aéreas al finalizar la cirugía y antes del cierre. Uso de sellantes en caso necesario o pacientes de alto riesgo de fuga aérea prolongada



Resecciones Pulmonares Anatómicas



2.2.20	Extubación precoz
2.2.21	Sondaje vesical: Evitar salvo cirugías largas (>4-6 horas)
2.2.22	Drenaje torácico: emplear un único drenaje evitando la aspiración en la medida de lo posible y sistema digital (si disponible)
2.3	<p style="text-align: center;">Postoperatorio Inmediato <i>Unidad de Reanimación/Cuidados Intensivos. Valorar alta a planta a las 4-6h si buena evolución clínica y casos/centros seleccionados</i></p> <p style="text-align: center;">Enfermería, Anestesiología, Cirugía, Fisioterapia</p>
2.3.1	Control de constantes horarias: FC, TA, SatO ₂ , Débito drenaje, Diuresis
2.3.2	Oxigenoterapia según necesidades (Sat>92-93%)
2.3.3	Fluidoterapia intravenosa restrictiva
2.3.4	Iniciar tolerancia a líquidos a las 4-6 horas de la cirugía
2.3.5	Inicio de movilización (sentar en cama) a partir de las 4-6 horas tras cirugía
2.3.6	Mantenimiento activo de temperatura
2.3.7	Asegurar buen control del dolor (EVA <3): analgesia combinada evitando uso de opioides
2.3.8	Fisioterapia respiratoria y funcional
2.3.9	Respetar el descanso nocturno
2.3.10	Profilaxis tromboembólica
2.3.11	Tratamiento de náuseas y vómitos
2.3.12	Retirada de arteria y sonda vesical a su salida a planta



Resecciones Pulmonares Anatómicas



2.3.13	<p>Pruebas control:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gasometría arterial. Bioquímica y hemograma • Radiografía de tórax
3	<p style="text-align: center;">1º Día Postoperatorio</p> <p style="text-align: center;">Sala de hospitalización</p> <p style="text-align: center;">Enfermería, Cirugía, Estomaterapia</p>
3.1	Control de constantes por turno: FC, TA, SatO2, DXT, Débito drenaje, Diuresis
3.2	Oxigenoterapia según necesidades (Sat>92-93%)
3.3	Movilización activa progresiva (cama-sillón-baño)
3.4	Progresar dieta según tolerancia y retirar fluidoterapia intravenosa
3.5	Suplementación nutricional en casos seleccionados
3.6	Fisioterapia respiratoria
3.7	Retirar aspiración del drenaje si la tenía previa (salvo neumotórax o enfisema subcutáneo significativo)
3.8	Valoración del dolor: EVA (conseguir nivel de dolor 0-3)
3.9	Analgesia endovenosa / epidural / paravertebral. Evitar la administración de opioide
3.10	Profilaxis NVPO
3.11	Profilaxis tromboembólica
3.12	<p>Pruebas control (si procede):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bioquímica y hemograma • Radiografía de tórax
4	<p style="text-align: center;">2º Día Postoperatorio</p> <p style="text-align: center;">Sala de hospitalización</p>



Resecciones Pulmonares Anatómicas



Enfermería, cirugía, Anestesiología	
4.1	Control de constantes por turno: FC, TA, SatO ₂ , DXT, Débito drenaje, Diuresis
4.2	Oxigenoterapia según necesidades (Sat>92-93%)
4.3	Actividad que tolere
4.4	Progresar dieta habitual
4.5	Suplementación nutricional en casos seleccionados
4.6	Fisioterapia respiratoria
4.7	Drenaje sin aspiración (salvo neumotórax o enfisema subcutáneo significativo)
4.8	Retirar drenaje si procede (no fuga aérea, débito <450 cc seroso)
4.9	Valoración del dolor: EVA (conseguir nivel de dolor 0-3). Si EVA>6, valorar la colocación de parche de Fentanilo 12 microgramos/72h
4.10	Analgesia endovenosa. Retirar catéter epidural / paravertebral. Evitar la administración de opioides
4.11	Profilaxis NVPO
4.12	Profilaxis tromboembólica
4.13	Pruebas control (si procede): <ul style="list-style-type: none">• Bioquímica y hemograma• Radiografía de tórax
5	3º Día Postoperatorio Sala de hospitalización Enfermería, Cirugía, Fisioterapia
5.1	Control de constantes por turno: FC, TA, SatO ₂ , DXT, Débito drenaje, Diuresis
5.2	Oxigenoterapia según necesidades (Sat>92-93%)



Resecciones Pulmonares Anatómicas



5.3	Actividad que tolere
5.4	Dieta habitual
5.5	Suplementación nutricional en casos seleccionados
5.6	Fisioterapia respiratoria
5.7	Drenaje sin aspiración (salvo neumotórax o enfisema subcutáneo significativo)
5.8	Retirar drenaje si procede (no fuga aérea, débito <450 cc seroso)
5.9	Valoración del dolor: EVA (conseguir nivel de dolor 0-3)
5.10	Analgesia oral. Evitar la administración de opioides
5.11	Profilaxis NVPO
5.12	Profilaxis tromboembólica
5.13	Pruebas control (si procede): <ul style="list-style-type: none">• Bioquímica y hemograma• Radiografía de tórax
6	Alta Enfermería, Cirugía, MAP
6.1	Control radiológico con adecuada reexpansión pulmonar
6.2	Función cardiorrespiratoria adecuada
6.3	No fiebre ni otras complicaciones
6.4	Dolor controlado con analgesia oral
6.5	Deambulaci3n completa



Resecciones Pulmonares Anatómicas



6.6	En casos seleccionados de fuga aérea persistente o , se valorará el alta con drenaje y control ambulatorio
6.7	Aceptación por parte del paciente
6.8	Entrega de documentación: <ul style="list-style-type: none">• Informe médico, informe enfermería, medicación y recomendaciones al alta• Encuesta de satisfacción
7	Seguimiento
7.1	Control telefónico tras el alta (según protocolo de cada centro)
7.2	Control por su Médico de Atención Primaria y Enfermería de Centro de Salud
7.3	Control y seguimiento en consultas de Cirugía Torácica y otras especialidades (si precisa)