



PROTOCOLO DE ACOGIDA EN HDQ

1. Definición

Conjunto de cuidados de enfermería protocolizados y de calidad aplicados al paciente en su entrada al HDQ, para lograr una adecuada adaptación del enfermo con su nuevo entorno y situación, y una correcta preparación preoperatoria y cuidados postoperatorios, asegurando la máxima seguridad para el paciente.

2. Descripción del Protocolo

1. PROTOCOLO DE ACOGIDA

1.1 ANAMNESIS:

Preguntas que no pueden dejar de preguntarse.

1. Identificación del paciente.
2. Alergias
3. Medicación
4. Medicación que se ha tenido que suspender, confirmar con el paciente el cumplimiento de la pauta de suspensión indicada por el médico, si precisa.
5. Ayunas si precisa

Aclaraciones:

- Reintroducción de anticoagulante o antiagregante según protocolo.
- Pacientes con profilaxis antitrombótica nos tendremos que asegurar que la administración del anticoagulante se haya puesto **12 horas** antes de la anestesia intradural y no se administrará la siguiente dosis hasta **6 horas** después de haber puesto la anestesia intradural.

1.2 INFORMACIÓN DEL PROCESO DE CMA:

- Colocación de la pulsera identificativa.
- Preparación (retirada de ropa y objetos personales, no se deje nada de valor en las taquillas.)
- Procedimientos que se le van a realizar (rasurado, toma de constantes, venoclisis)
- Traslado a quirófano.
- Permanencia en sala de Despertar si lo requiere.
- Traslado a CMA o a Planta según proceda.



1.3 TOMA DE CONSTANTES

- TA
- FR
- STO %
- T°C

1.4 RASURADO.

- El rasurado se procederá a realizarlo con maquinilla eléctrica lo más próximo a la intervención.

1.5 TINTADO DE LA ZONA QUIRÚRGICA A INTERVENIR.

- El tintado se realizará tras el rasurado con Clorhexidina acuosa o alcohólica según intervención quirúrgica.

- Se debe aplicar la clorhexidina alcohólica como pauta habitual, dejando que se seque completamente antes de actuar. Evitar acúmulos en pliegues anatómicos, derrames en la mesa y campos, y la presencia de gasas empapadas por el riesgo de deflación con el bisturí eléctrico.

- Excepciones de uso de la clorhexidina alcohólica.

- No se aplicará en zonas anfractuosas con mucho vello no eliminable (Periné o genitales), donde se aplicará clorhexidina acuosa, de la que ya se dispone.

- Siempre que no se pueda garantizar el secado de la clorhexidina alcohólica se aplicará clorhexidina acuosa.

- No se utilizará clorhexidina alcohólica en cirugía otológica por ser tóxica para el oído medio. Se utilizará povidona yodada.

- No se utilizará clorhexidina alcohólica en cirugía ocular por ocasionar conjuntivitis. Se utilizarán colirios antibióticos.

- No se utilizará clorhexidina alcohólica en cirugía facial, en pacientes menores de 2 años, y sobre cualquier tipo de mucosas y heridas abiertas, donde se utilizará clorhexidina acuosa.



Comisión De Cuidados de Enfermería

1.6 VENOCLISIS:

- Brazo derecho en Quirófano 1.
- En los demás quirófanos se canalizará en el izquierdo teniendo siempre en cuenta que la intervención no afecte al brazo utilizado para la canalización.
- Lo más distal posible.

1.7 TRASLADO DEL PACIENTE

Cuando se avise desde el quirófano, se le envía en silla de ruedas. Comprobar la identidad del paciente, que coincida con la pulsera identificativa, que los protocolos de preparación estén correctamente realizados en cuanto ha rasurado, venoclisis, elementos metálicos, dentadura postiza, prótesis, ropa interior etc.

2. ESTANCIA POSTQUIRÚRGICA

A la vuelta del quirófano o URPA:

1. Toma de constantes, nivel de conciencia etc. Vigilancia durante toda la estancia.
2. Vigilancia de apósitos.
3. Revisar informes, órdenes médicas del anestesista, plazos de tolerancia oral, medicación analgésica programada por el anestesista, etc. Controlar que los informes, la hoja de alta del anestesista y la hoja de medicación analgésica pautada por el anestesista estén **firmadas**.
4. Inicio de tolerancia si procede.
5. Control de diuresis.
6. Control de deambulación.
7. Control de nivel de analgesia.
8. Avisar a un familiar para que le acompañe.
9. Si no cumple criterios de alta se avisará al anestesista o al cirujano que corresponda.

3. PROTOCOLO DE ALTA

-Una vez que el paciente ha cumplido los criterios de alta ([Criterios de alta de la unidad de CMA](#)) se le da el alta al paciente.



Comisión De Cuidados de Enfermería

- Comprobar los informes de alta.
- Toma de constantes antes del alta.
- Retirar vía venosa.
- Comprobar estado de los apósitos.
- Dar los informes de alta. Preguntar dudas. Dar la medicación necesaria para dos días.
- Dar el alta del paciente en el Selene
- Capturar la actividad.

4. LLAMADA TELEFONICA 48h PREQUIRÚRGICA.

4.1 Definición:

Conjunto de actividades del personal de enfermería de la unidad de CMA encaminadas a mejorar la calidad asistencial dada a nuestros pacientes previa a la intervención quirúrgica y mejorar la eficacia y eficiencia de la unidad.

4.2 Objetivos:

- Confirmar asistencia
- Comprobar la información
- Verificar la Hª Clínica.

4.3 Descripción procedimiento:

Se les llamará a los pacientes de CMA 48 h antes y se les recordará la siguiente información.

- Se les recordará el día de la intervención, la hora de la misma y se confirmará la asistencia.
- Nos aseguraremos de que han suspendido la medicación anticoagulante (Sintrom, plavix, adiro.) y se están pinchando Clexane, si se lo ha indicado el médico.
- Se les recordará que tomen la medicación prescrita por su facultativo correspondiente para el día de la intervención (Antihipertensivos, relajantes...)
- Tendrán que venir duchados o bañados, sin perfumes, ni maquillajes, ni esmaltes de uñas.
- Se les recordara que no traigan joyas ni objetos de valor.
- No traigan lentes de contacto si puede ser.
- Se les recuerda que traigan la documentación personal y clínica.
- Se les recuerda que tienen que venir a acompañados de una persona adulta responsable. Si no, quedarán ingresados.
- Se les recuerda que el hospital no pone ambulancias para ir al domicilio.



4.4 Observaciones a registrar:

- Confirmar asistencia.
- Confirmar que haya suspendido anticoagulante, si procede.
- Confirmar que se ha realizado el preoperatorio.
- Confirmar que tiene acompañante.

5. LLAMADA TELEFONICA A LAS 24H POSTQUIRURGICA.

Se realizará a partir de las 12h del día siguiente de la intervención, preferentemente en el despacho de la unidad.

6. PACIENTES DE CIRUGÍA MENOR

- Los pacientes de cirugía menor ambulatoria no es necesario que guarden ayunas excepto [los pacientes de Oftalmología](#).
- A los pacientes de cirugía menor una vez que salen de quirófano si se encuentran bien se les quita la vía y se les da el alta.
- Se les da el informe de alta y se les comenta que si tienen dolor pueden tomar termalgín o nolotil, no aspirinas.

7. INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS.

7.1 UROLOGÍA:

- **Biopsias de próstata:**
5 mgr de Valium iv
- **Vasectomías.** -
Rasurado de testículos de casa y tintado.
- **Prostatectomías Radicales y Adenomectomía de próstata:**
Rasurado de zona genital. y tintado.
- **RTU**
Rasurado de zona genital.
- **Hidrocele:**
Rasurado de zona inguinal y escrotal.



Comisión De Cuidados de Enfermería

- Varicocele:

Rasurado de zona inguinal y escrotal.

- Q. Epidídimo:

Rasurado de zona inguinal y escrotal.

- Nefroureterectomía:

Rasurado Abdominal completo y tintado.

Profilaxis antibiótica :

Tipo de cirugía	R-E*	Antimicrobiano(s) recomendado	Alérgicos a betalactámicos
Biopsia prostática transrectal	A-I	Ciprofloxacino 500mg oral cada 12h, las 48h previas a la biopsia. Fosfocina 500mg cápsulas cada 8h, las 48h previas a la biopsia	
Prostatectomía transuretral	A-I	Cefazolina 2g iv + tobramicina 100mg iv	Tobramicina 200mg iv
Prostatectomía radical	B-III	Cefazolina 2gr iv + tobramicina 100mg iv	Tobramicina 200mg iv
Cistectomía con plastia intestinal	A-I	Amoxicilina/clavulánico 1-2 gr iv	Tobramicina 100mg iv
Nefrectomía	B-III	Cefazolina 2gr iv	Tobramicina 100mg iv o Gentamicina 3mg/kg iv o teicoplanina 400mg iv
Implantación de material protésico (prótesis de pene, otros)	B-III	Cefazolina 2gr iv	Tobramicina 100mg iv o Gentamicina 3mg/kg iv o teicoplanina 400mg iv



7.2 GINECOLOGÍA:

- **Histeroscopias/Conizaciones**
No se les rasura la zona genital.

- **Laparoscopias de ginecológicas:**
Se les rasura la zona genital como si fuesen cesáreas. y tintado.

- **Histerectomías Abdominal:**
Se les rasura toda la zona genital. y tintado.
No se les realiza Sondaje Vesical.
Profilaxis AB : 2 gr Augmentine
Si alergia a Betalactámicos : Metronidazol 500mg iv+ gentamicina (3mg/kg iv)

- **Histerectomías Vaginales:**
Se les rasura toda la zona genital.
No se les realiza sondaje vesical.
Profilaxis AB : 2 gr Augmentine
Si alergia a Betalactámicos : Metronidazol 500mg iv + gentamicina (3mg/kg iv)

- **Cesáreas:**
Rasurado de zona de monte de Venus. y tintado.
Sondaje Vesical
Desinfección con **clorhexidina 0,5 %**

Profilaxis AB:

Cefazolina 2 gr IV

entre 15-60 min antes de la incisión

Clindamicina 600mg iv entre 15-60 min antes de la incisión

7.2.1 Cuidados Postquirúrgicos en la unidad de CMA.

- **Retirar taponamiento vaginal si se lo han puesto en quirófano y revisar sangrado tras su retirada.**

- **Analgesia:** Perfalgan 1gr IV
Si alergias: Nolotil 2 gr IV

- **Si vómitos:** 1 amp de primperan iv y si persiste yatrox 4 mgrs.

Versión 0.4

Fecha de Revisión (v. 0.3) por la Comisión de Cuidados: 22/02/2023

Fecha de Implantación (v.0.4): 22/02/2023

Fecha de próxima revisión: 2027



7.3 UNIDAD DE PATOLOGIA DEL SUELO PELVICO

- **Cirugía correctora de incontinencia de orina. CISTOCELE, RECTOCELE, MALLA SUBURETRAL.**
Rasurado completo de campo quirúrgico (área Genital) y tintado

Profilaxis AB:

	Antimicrobiano(s) recomendado	Alérgicos a betalactámicos
Cirugía Ginecológica c/ mallas: -Incontinencias	Amoxicilina/clavulánico 2 gr. IV	Ciprofoxacino 400 mg IV
-Malla anterior o posterior	Amoxicilina/clavulánico 2 gr. IV	Clindamicina 600mg IV + Metronidazol 500 mg IV

7.3.1 Cirugía posquirúrgicos en la unidad de CMA:

- Si la paciente llega a la unidad tras la intervención con sonda vesical, retirarla.
- Iniciar tolerancia de líquidos según la anestesia empleada.
- Cuando la paciente refiera deseo miccional orinará espontáneamente, después se recogerá y medirá el volumen de orina residual con un sondaje evacuador.
- Si el residuo es menor de 50ml se le dará el alta a la paciente.
- Si el residuo es mayor de 50ml se esperará a que la paciente decepcione vejiga de nuevo y se repetirá la actuación anterior.
- Si tras 3 sondajes evacuadotes persiste residuos altos o se tiene que cerrar la unidad de HDQ se avisará a Ginecología para valorar ingreso en planta.
- **Retirar taponamiento vaginal si se lo han puesto en quirófano y revisar sangrado tras su retirada.**



Comisión De Cuidados de Enfermería

- Analgesia: Nolotil iv c/4h

Tipo de cirugía	R-E*	Antimicrobiano(s) recomendado	Alergia a los betalactámicos o antecedentes de colonización o infección por S. aureus meticilín resistente
Cirugía limpia sin implante.	C-III	<u>Algunos expertos</u> recomiendan profilaxis con Cefazolina en inmunodeprimidos y mayores de 65 años.	
Cirugía limpia con implante.	A-I	Cefazolina 2gr iv / clindamicina 600mg iv	Vancomicina 1,5 g i.v. (a pasar en 1 hora) y otra dosis a las 12h de la intervención. Si intolerancia a vancomicina: clíndamicina 900mg iv, dosis única preoperatoria.
Artroplastias de cadera o rodilla totales o parciales, cementadas o no.	B-I	Cefazolina 2gr iv / clindamicina 600mg iv	Vancomicina 1 g i.v. o Teicoplanina 600 mg i.v. en dosis única + Gentamicina 3 mg/kg i.v. en dosis única
Fracturas abiertas: no está indicada la profilaxis sino el tratamiento antimicrobiano, ya que son heridas contaminadas o sucias. La duración del tratamiento antimicrobiano está directamente relacionada con la complejidad de la fractura (Apéndice 1)	A-I	Cefazolina 2g i.v.cada 8h a pasar en 5' + Tobramicina o Gentamicina (300mg/día) 3 - 5 días según grado de Gustilo* ^a . <u>Si sospecha de anaerobios:</u> Tobramicina 300 mg i.v. a pasar en dosis única al día + Clindamicina 600 mg i.v. cada 8h 5 días.	Vancomicina 1 g i.v. o Teicoplanina 600 mg i.v. en dosis única + Gentamicina 3 mg/kg i.v. en dosis única
Cirugía de recambio de prótesis		Consultar cada caso con el cirujano responsable.	Consultar cada caso con el cirujano responsable.

Epidifen sobre 600mgrs de rescate



- Si alergias: Perfalgan 1 gr c / 4h
- **Si vómitos:** 1 amp de primperan iv y si persiste yatrox 4 mgrs.

7.4 TRAUMATOLOGÍA:

- Rasurado de la zona con maquinilla eléctrica **evitar cuchilla** y tintado.
- **Profilaxis antibiótica:**

* R-E: Recomendación-Evidencia-

7.4.1 Momento de administración:

- Para mantener una concentración sérica elevada se recomienda administrar el antibiótico durante la inducción de la anestesia.
 - 1 Las cefalosporinas pueden perfundirse en 5 minutos
 - 2 La teicoplanina en 30 minutos.
 - 3 La vancomicina y los aminoglucósidos en 60 minutos.
- Si fuera preciso realizar un torniquete proximal el antibiótico debe administrarse inmediatamente antes de aplicarlo. Se requiere un mínimo de 10 minutos para insuflar el torniquete.
- El uso de cementos con antibióticos no excluye la utilización de antibióticos por vía sistémica

7.4.2 Dosis y duración de profilaxis:

- Se recomienda una dosis preoperatoria de cefazolina de 2g a pasar con antelación menor a una hora previa al comienzo del procedimiento y antes del inflado del torniquete. Dosis extra 1 g si cirugía de más de 2 horas

7.4.3 Cuidados postquirúrgicos:

- CPA -

Permanecerán 3/4 h. Como mínimo en CMA.

7.5 CIRUGÍA:



Comisión De Cuidados de Enfermería

- Rasurado de la zona. y tintado excepto proctología.
- Colocación de medias compresivas a todas las cirugías de colon y recto.
- Todos los pacientes que sean intervenidos de hernia inguinal laparoscópica deberán **realizar micción antes de pasar a quirófano**.
- **Los pacientes que van a ser intervenidos de varices** pasaran con las medias de compresión a quirófano en la mano, para ponerlas tras la intervención.

7.5.1 Cuidados postquirúrgicos:

- **Hernias con anestesia local:** se realizará iguales cuidados postquirúrgicos que con anestesia loco-regional.
- **Quistes Pilonidales.** Se les mantendrá como mínimo ½ h. Sentados haciendo presión.
- **Safenectomia:**
 - Control vendaje, apósito inguinal y primera micción.
 - Valoración de la sedestación y deambulación.
 - Dieta líquida a las 2 horas del postoperatorio.
 - Las medias de compresión las llevara 3 días 24h (salvo para ducharse), posterior a los 3 días se las podrá quitar para dormir, hasta que vaya a consulta de cirugía
- **Colecistectomía LP** (ver protocolo específico)
- Se les administrará previa a la intervención Verde de Indocianina (ver protocolo específico).

Profilaxis AB

- **Inserción de reservorios:** 2gr Cefazolina
- **Hernias Umbilicales:** 2gr cefazolina
- **Hernia inguinal / Eventración:** según indicación cirujano (2 gr cefazolina)
- **Colecistectomía laparoscópica:** 2 gr cefazolina. > 70 a. y resto según indicación cirujano
- **Reducción de mamas:** Augmentine 2gr.
- **Estomago/ duodeno/ Intestino Delgado:** 2 gr cefazolina
- **Colon:** Augmentine 2gr
- **Proctología:** Según indicación de cirujano. (2 gr augmentine). *No se realiza tintura*



Comisión De Cuidados de Enfermería

- **Fístula Anal:** según indicación del cirujano. *Metronidazol 500mgr*
- **Amputación extremidad por isquemia:** Augmentine 2 gr. Si alergia a Betalactámicos: Combinación de metronidazol (15mg iv /kg en dosis preop; 7,5mg iv/kg en postop/6h) con gentamicina (1,5mg/kg/iv) o ciprofloxacino 400mg iv.

Si alergia a B-Lactámicos: Clindamicina 600mgr

Si colonización por *S.Aureus* Meticilin-resistente: Vancomicina 1gr.

7.6 ORL:

- Les dan el alta los Facultativos en Otorrinolaringología.
- **Intervenciones del Oído como mastoidectomía**
Rasurar.
- **Timpanoplastia /Miringoplastia (Reticulares):**
se **les rasurará**.la zona posterior al oído a operar y se les pondrá una malla por la cabeza, para retirar los pelos de la zona quirúrgica.
- Al resto de intervenciones de oído **sin rasurar, pero si con malla y esparadrappo de tela.**
- La vía periférica se canalizará en la extremidad contraria al oído operado.

Profilaxis AB:

Tipo de cirugía	R-E*	Antimicrobiano(s) recomendado	Alérgicos lactámicos	a
Limpia de cabeza y cuello	B-II	No precisa profilaxis		
Linfadenectomías extensas o cirugía cervical con resección multivisceral (cirugía limpia)	B-II	Cefazolina 2gr iv preoperatorio y 2gr iv cada 8h durante 24h.	Clindamicina 600mg iv preoperatorio y 600mg cada 8h durante 24h, o Vancomicina.	
Limpia-contaminada de	A-I	Cefazolina 2gr iv preoperatorio y 2gr iv	Clindamicina 600,q iv	



Comisión De Cuidados de Enfermería

cabeza y cuello ^a		cada 8h durante 24h.	preoperatorio y 600mg cada 8h durante 24h.
Cirugía contaminada y sucia de cabeza y cuello	A-I	Pauta de tratamiento	

* R-E: Recomendación-Evidencia, según la clasificación referida previamente, sobre la indicación de PAP en cada tipo de cirugía.

- En el caso de cirugía de cabeza y cuello con riesgo de infección por anaerobios (cirugía oral, orofaríngea o con extracción dental concomitante), se administrará amoxicilina-clavulánico (1-2gr preoperatorio y cada 6-8h durante 24h)
- En pacientes con endocarditis se aplicará la pauta: amoxicilina 2g iv 30 min antes de la incisión, 50mg/Kg en el paciente pediátrico, y clindamicina 600mg en alérgicos a betalactámicos.

7.7 OFTALMOLOGÍA:

7.7.1 Dilatación de la pupila:

Colirios: Diclofenaco (1 gota) y Ciclopéjico y Fenilefrina hasta dilatación

Cataratas

Vitreorectomía. (Dr Calvo).

- No utilizar lentes de contacto desde al menos tres días antes de la intervención.

8. ANTIMICROBIANOS RECOMENDADOS: DOSIS, VÍA DE ADMINISTRACIÓN Y DURACIÓN DE LA PROFILAXIS

Dosis inicial de los antimicrobianos en la profilaxis perioperatoria para pacientes adultos con función renal normal.

Antimicrobiano	Dosis/vía/modo de administración	Inicio de la administración
Amox/clavulánico	2 gr./ i.v. en 5'	5' antes inducción anestésica
Ampicilina	1 gr./i.v. en 5'	5' antes inducción anestésica
Aztreonam	1 gr./i.v. en 5'	5'antes inducción anestésica
Cefazolina	2 gr./ i.v. en 5'	5'antes inducción anestésica

Versión 0.4

Fecha de Revisión (v. 0.3) por la Comisión de Cuidados: 22/02/2023

Fecha de Implantación (v.0.4): 22/02/2023

Fecha de próxima revisión: 2027



Cefotaxima/ceftriaxona	1 gr./i.v. en 5'	5'antes inducción anestésica
Cefuroxima	1.5 gr./i.v. en 5'	5'antes inducción anestésica
Clindamicina	600 mg/i.v. en 30'	30'antes inducción anestésica
Doxiciclina	200 mg/v.o.	30'antes del aborto
Eritromicina	1 gr./v.o.	A las 13, 14 y 23 horas del día anterior
Genta/tobramicina	1,5 mg/kg/i.v.en 30'	60'antes inducción anestésica
Metronidazol	1 gr./i.v. en 60'	60'antes inducción anestésica
Neomicina	1 gr./v.o.	A las 13,14 y 23 horas del día anterior
Vancomicina	1 gr./i.v. en 60'	60' antes inducción anestésica
Linezolid (Oxazolidinona)	600mg iv	
Teicoplanina	600mg iv	30'antes inducción anestésica

9. PROFILAXIS DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA:

Situación	Antibiótico	Dosis administrada a los 30-60 min antes del procedimiento	
		Adultos	Niños
SIN ALERGIA PENICILINA AMPICILINA	A O Amoxicilina o ampicilina*	2 gr oral o iv	50 mg / Kg oral o iv
ALÉRGICOS PENICILINA AMPICILINA	A O Clindamicina	600mg oral o iv	20 g / Kg oral o iv

No se debe usar cefalosporinas en pacientes con anafilaxis, angiedema o urticaria después de tomar penicilina o ampicilina, debido a la sensibilidad cruzada.

*Como alternativa, cefalexina 2 g i.v. para adultos o 50 mg/kg i.v. para niños; cefazolina o ceftriaxona 1 g i.v. para adultos o 50 mg/kg i.v. para niños.

10. CUIDADOS ESPECIALES



10.1 PEDIATRIA:

- A los niños una vez canalizada una vía de nº 22 se les pondrá una férula para sujeción de la vía.
- Se les pondrá glucosalino 1/5 de 250ml.

Administración de profilaxis antibiótica en pacientes pediátricos (función renal normal)

Antimicrobiano	Dosis / vía / modo de administración	Inicio administración
Amoxicilina / clavulánico	50mg/kg iv	15-45 min antes de la incisión
Ampicilina	50mg/kg iv	15-45 min antes de la incisión
Ampicilina /sulbactam	50mg/kg iv	60 min antes de la incisión
Cefazolina	50mg/kg iv	15-45 min antes de la incisión
Cefoxitina	30-40mg/kg iv	30-60 min antes de la incisión
Ceftazidima	50mg/Kg iv	15-45 min antes de la incisión
Cefuroxima	50mg/kg iv	60 min antes de la incisión
Clindamicina	15mg/kg iv	15-45 min antes de la incisión
Ciprofloxacino	10mg/kg iv	120 min antes de la incisión
Gentamicina	2,5-5mg/kg iv	15-45 min antes de la incisión
Levofloxacino	10mg/kg iv	60-120 min antes de la incisión
Metronidazol	15mg/kg iv	15-45 min antes de la incisión
Teicoplanina	6mg/kg iv	15-45 min antes de la incisión
Tobramicina	2,5-5mg/kg iv	15-45 min antes de la incisión
Vancomicina	10-15mg/kg iv	60-120 min antes de la incisión

10.2 PACIENTES DIVERSAS PATOLOGIAS.



Comisión De Cuidados de Enfermería

- A todo Paciente **Diabético** se le realizará una glucemia antes de la intervención y otra al alta. Si la glucemia sale alta se le comunicará al anestésista para poner tratamiento.
- A todo HTA se le tomará la TA (cirugía menor)

10.3 ANESTESIAS GENERALES.

-En los **pacientes mayores** de edad que van a ser sometidos a intervención quirúrgica con **anestesia general** se deberá incluir como premedicación **Dexametasona 8 mg iv** en bolus antes de pasar al quirófano, **salvo que el paciente sea alérgico a los corticoides, en cuyo caso no se pondrá nada.**

-Los pacientes que previsiblemente van a tener una anestesia general son:

1. Cirugía

Toda intervención por laparoscopia (incluida las hernias por laparoscopia). Toda intervención sobre tubo digestivo (Estómago, intestino delgado, colon y recto). Toda intervención sobre tiroides y paratiroides. Toda intervención sobre mama. Algunas intervenciones sobre partes blandas.

2. ORL

Toda cirugía salvo la expresamente indicada como locales.

3. Traumatología

Cirugía sobre hombro

4. Ginecología

Toda intervención por laparoscopia. Histerectomía abdominal.

5. Urología

Toda intervención por laparoscopia. Prostatectomía radical. Nefrectomías.

En caso de duda sobre la anestesia se puede consultar al cirujano o al anestésista encargado de ese quirófano.

11. TRABAJO EN EL ORDENADOR.

11.1 Llamada a pacientes

- . Llamada desde la Cta HDQ
- . Al alta captación de actividad.

11.2 Programa Selene:

Ingresos en planta:



Comisión De Cuidados de Enfermería

- . Comentario enfermería
- . Registros constantes
- . Registro VP
- . Registro SV si procede
- . Escala Braden
- . Identificación paciente
- . Valoración paciente
- . Asignación cuidados enfermería y confirmación

CMA:

- . Registro CMA
- . Registro CV
- . Registro VP
- . Ingreso y alta

Cirugía menor:

- . Registro cma
- . Ingreso y alta

Recomendaciones de enfermería: 1 copia en CMA y cirugía menor

Registro CMA llamada postquirúrgica a las 24 hrs.

Actividad CMA diario de las llamadas telefónicas 48 horas antes de la IQ.
(CMA y cataratas)

Registro de los ingresos que realizamos en la unidad de CMA

Registro de las urgencias que realizamos en CMA.



13. SEGUIMIENTO TELEFÓNICO CMA FIN DE SEMANA

Fecha:

Nombre y apellidos:	NHC:	Teléfonos:
Intervención:	Anestesia:	Estado General: Bueno Malo Regular
Sangrado: <i>sí/no</i>	Mareos: <i>sí/no</i>	Vómitos: <i>sí/no</i>
Dolor: <i>sí/no</i>	Si dolor, cede con medicación pautada: <i>sí/no</i>	Acude a urgencias: <i>sí/no</i> Motivo:
Ingresar: <i>sí/no</i> Motivo:	¿La atención sanitaria dispensada por los profesionales le transmitió seguridad y confianza? <i>sí/no</i>	¿Se le respetó su intimidad durante su estancia? <i>sí/no</i>
¿La limpieza de las instalaciones le pareció adecuada? <i>sí/no</i>	¿La información recibida por el médico ha sido adecuada? <i>sí/no</i>	¿La información recibida por la enfermera ha sido adecuada? <i>sí/no</i>
¿La información recibida por el administrativo ha sido adecuada? <i>sí/no</i>	¿Los tiempos de espera le han parecido adecuados? <i>sí/no</i>	¿Valoración a la unidad (de 0 a 5)?

14. PROTOCOLO PARA LA NORMOGLUCEMIA EN LOS PACIENTES QUIRÚRGICOS

Hay numerosas evidencias de que los pacientes se benefician de la realización de las intervenciones quirúrgicas con niveles normales de glucemia, reduciendo sus posibles complicaciones, especialmente las complicaciones de índole infecciosa.

Este protocolo tiene por objetivo la normalización de la glucemia y mantener los niveles nutricionales en los pacientes que van a ser intervenidos en la Fundación Hospital Calahorra mientras dura su estancia en el quirófano, controlándolos desde su ingreso en hospital de día quirúrgico, hasta el alta de la URPA con destino



Comisión De Cuidados de Enfermería

a la planta de ingreso.

El ámbito de aplicación de este protocolo es para los pacientes que van a ser sometidos a una intervención quirúrgica de forma programada: ingresos, CMA y cma.

El objetivo de nivel de glucemia es que en quirófano esté entre 80 y 180 mg/dl.

Mecánica de actuación

1. En la consulta de anestesia
 - Identificar los pacientes que se benefician de la aplicación del protocolo de insulino terapia intraoperatoria, que son:
 - ✓ Pacientes diabéticos, sean o no insulino dependientes.
 - ✓ Pacientes con un IMC mayor o igual a 28
2. En el Hospital de Día Quirúrgico
 - Identificar al paciente como paciente en seguimiento de glucemia en el formulario de “Valoración al ingreso”
 - Proceder a la extracción de sangre capilar para realizar un test de glucemia
 - Aplicar la tabla de unidades de insulina rápida subcutánea
 - Dejar registro en el formulario de “Constantes” del nivel de glucemia encontrado y las unidades de insulina rápida aplicadas
 - Si glucemia inicial >300 avisar al anestesista, quien valorará la posibilidad de suspender la intervención.
3. En quirófano
 - Cada hora de la intervención proceder a la extracción de sangre capilar para realizar un test de glucemia. Registrar los niveles de glucemia obtenidos en el formulario de “Constantes”
 - Si glucemia capilar > 180 mg/dl avisar al anestesista
 - Mantener sueroterapia con sueros glucosados
4. En URPA
 - Media hora después de su salida de quirófano, realizar una nueva extracción de sangre capilar y realizar un test de glucemia
 - Aplicar la tabla de unidades de insulina rápida subcutánea
 - Dejar registro en el formulario de “Constantes” del nivel de glucemia encontrado y de las unidades de insulina rápida aplicadas



Instilación de insulina rápida subcutánea

Glucemia	U.I.
< 140	0
141-200	4
201-250	6
251-300	8
301-350	10
>350	12 y avisar

Fdo.: Pablo Soriano Gil-Albarellos
Médico especialista en Cirugía General y del Aparato Digestivo
Fundación Hospital Calahorra