



1. Definición

Conjunto de cuidados de enfermería protocolizados y de calidad dirigidos a conseguir la adaptación del paciente y la familia al medio hospitalario con un trato personalizado y humano, con la máxima seguridad para el paciente.

2. Objetivos

- Disminuir en lo posible la ansiedad que produce el ingreso en el hospital ante el desconocimiento del entorno.
- Conseguir que el primer contacto del enfermo y sus familiares con el hospital se desarrolle dentro de un marco agradable y de confianza.
- Asegurar una atención personalizada y unos cuidados adecuados a la situación de salud que padece.
- Fomentar la implicación del paciente y el cuidador.
- Valorar al paciente para identificar los factores intrínsecos y extrínsecos que puedan incidir en la disminución de su seguridad.

3. Información al paciente/familia/acompañante

- El personal de enfermería y la TCAE informarán del funcionamiento de HDQ.
- El personal de enfermería y la TCAE informarán de todas las dudas y preguntas que nos planteen.

4. Personas Necesarias

- Enfermera.
- TCAE.
- Personal de apoyo.

5. Material Necesario

- Para el enfermo: camisón, ropa quirúrgica (gorro, calzas), recipiente para prótesis.
- Para la valoración del paciente: Herramientas informáticas y equipo para toma de constantes.

Versión 0.3

Fecha de Revisión (v. 0.1) por la Comisión de Cuidados: 25/04/2017

Fecha de Implantación (v.0.1): 25/04/2017

Fecha de próxima revisión: 2020



6. Descripción del Procedimiento

Antes de la llegada del paciente el personal de la Unidad de HDQ:

- Comprobará la lista de pacientes programados.
- Comprobará que la unidad está correctamente preparada(sillones vestidos).
- Comprobará que el baño, vestuarios y taquillas están limpias.
- Comprobará que los registros de los pacientes están preparados.

Cuando llega el paciente a la unidad de HDQ:

- El personal de enfermería recogerá al paciente y a un solo acompañante de la sala de bloque quirúrgico y les conducirá al despacho de HDQ.
- El personal de enfermería se dirigirá al paciente por su nombre, comprobando que el nombre corresponde con el nombre que figura en el parte de programación quirúrgica.
- El personal de enfermería realizará la entrevista pre quirúrgica haciendo hincapié en la información sobre: ayunas, alergias, toma de anticoagulantes y enfermedades infecciosas. Toda la información recogida se anotará en el registro del proceso quirúrgico.
- El personal de enfermería informará al paciente y a su acompañante sobre el proceso y los tiempos aproximados de espera.
- El personal de enfermería animará al paciente y a su acompañante a que realicen aquellas preguntas sobre su estancia en HDQ para aclarar sus dudas.
- El personal de enfermería y/o TCAE le comunicará que si lleva objetos de valor los entregue a la familia.
- El personal de enfermería y/o TCAE le comunicará que debe quitarse todos los objetos metálicos, prótesis y esmalte de uñas.
- El personal de enfermería y/o TCAE indicará al paciente donde debe cambiarse, que ropa debe ponerse y donde puede guardar la ropa y los utensilios personales, se le dejará solo en esta tarea salvo que precise ayuda.
- El personal de enfermería comenzará con la preparación prequirúrgica según su procedimiento quirúrgico(Anexo 1).

7. Complicaciones

- El paciente no entiende los contenidos de la información recibida
- Que existan discrepancias entre familiares y el paciente en cuanto a la información recibida.
- Que los datos de admisión estén confusos.
- Pérdida de objetos personales, relacionado con falta/error de información.

Versión 0.3

Fecha de Revisión (v. 0.1) por la Comisión de Cuidados: 25/04/2017

Fecha de Implantación (v.0.1): 25/04/2017

Fecha de próxima revisión: 2020



8. Precauciones

- Deberá prestarse especial cuidado en aquellos pacientes que tuvieran algún déficit sensorial o discapacidades o por razones de idioma.

9. Criterios Normativos

- El personal de la unidad comprobará que la unidad está limpia y los sillones vestidos.
- El personal de enfermería comprobará que están los registros preparados del día anterior de los pacientes a intervenir.
- El personal de enfermería comprobará que el nombre del enfermo corresponde con el nombre del parte quirúrgico.
- El personal de enfermería informará a todos los pacientes y/o cuidadores que lleguen a la Unidad de HDQ sobre su funcionamiento.
- El personal TCAE comprobará que haya material suficiente para uso personal del enfermo(gorros, calzas, camisón, recipientes para prótesis).
- El personal de enfermería dará a conocer al enfermo el nombre de la enfermera y equipo facultativo responsable.
- El personal de enfermería /Tcae realizarán la preparación prequirúrgica según procedimiento quirúrgico.

10. Criterios Explícitos

Criterios de Evaluación	SI	NO	NO APPLICABLE
¿Se encuentran vestidos los sillones de la unidad?			
¿Coincidía la identidad del paciente con la del parte quirúrgico?			
¿ Se encuentran registradas las ayunas,alergias e y enfermedades infecciosas?			
¿Se encuentra el paciente sin ningún objeto metálico?			
¿Están los registros preparados del día anterior?			

Versión 0.3

Fecha de Revisión (v. 0.1) por la Comisión de Cuidados: 25/04/2017

Fecha de Implantación (v.0.1): 25/04/2017

Fecha de próxima revisión: 2020



¿El paciente refiere encontrarse informado del funcionamiento de la unidad?			
¿Se le ha rasurado al paciente adecuadamente según su procedimiento quirúrgico?			

11. Bibliografía

Protocolo acogida C.H.. Juan Canalejo (A Coruña).

Protocolo acogida del H.S. Luis (Palencia)

Protocolo acogida H.S. Divino Halles (Burgos)

Manual de procedimientos básicos de enfermería (Ministerio de sanidad y consumo)

Manual de procedimientos de Enfermería. Dpto. de Enfermería de Massachussets

General Hospital de Boston. Ed. Salvat

Protocolos de Enfermería. Hospital Universitario

San Carlos

www.hrs.junta-andalucia.es/DIGA_WEB/ingreso.htm (prot. Reina Sofía)

12. Bibliografía Revisión v. 0.1

Hospital Virgen de las nieves (Granada)

Técnicas de quirófano. Berry y Kohn,s. Octava edición 2000 Pag.833-835

14. Autores Revisión v0.1

Miembros de la comisión de cuidados de la FHC 2010

15. Bibliografía Revisión v. 0.2

16. Autores Revisión v 0.2

Miembros de la comisión de cuidados de la FHC 2017

Versión 0.3

Fecha de Revisión (v. 0.1) por la Comisión de Cuidados: 25/04/2017

Fecha de Implantación (v.0.1): 25/04/2017

Fecha de próxima revisión: 2020



ANEXO I

1. PROTOCOLO DE ACOGIDA

ANAMNESIS:

Preguntas que no pueden dejar de preguntarse.

- ALERGIAS
- MEDICACIÓN
- MEDICACIÓN QUE SE HA TENIDO QUE SUSPENDER:
Confirmar con el paciente el cumplimiento de la pauta de suspensión indicada por el médico, si precisa.
- ENFERMEDADES INFECCIOSAS (VIH, HVC, HVB, etc.).
- AYUNAS si precisa

Aclaraciones:

- Reintroducción de anticoagulante o antiagregante según protocolo.
- Pacientes con profilaxis antitrombótica nos tendrán 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.

INFORMACIÓN DEL PROCESO DE CMA :

- Preparación (retirada de ropa y objetos personales, no se deje nada de valor en la taquilla.)
- 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.

TOMA DE CONSTANTES

RASURADO.

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

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 acumulos en pliegues anatómicos, derrames en la mesa y campos, y la presencia de

Versión 0.3

Fecha de Revisión (v. 0.1) por la Comisión de Cuidados: 25/04/2017

Fecha de Implantación (v.0.1): 25/04/2017

Fecha de próxima revisión: 2020



gasas empapadas por el riesgo de deflacción con el bisturí eléctrico.

- Excepciones de uso de la clorhexidina alcoholica
 - 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 alcoholica se aplicará clorhexidina acuosa
 - No se utilizará clorhexidina alcoholica en cirugía otológica por ser tóxica para el oido medio. Se utilizará povidona iodada
 - No se utilizará clorhexidina alcoholica en cirugía ocular por ocasionar conjuntivitis. Se utilizaran colirios antibióticos.
 - No se utilizará clorhexidina alcoholica en cirugía facial, en pacientes menores de 2 años, y sobre cualquier tipo de mucosas y heridas abiertas, donde se utilizará clorhexidina acuosa.

- **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

- **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 hoja de circulante, 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 apósticos.
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

Versión 0.3

Fecha de Revisión (v. 0.1) por la Comisión de Cuidados: 25/04/2017

Fecha de Implantación (v.0.1): 25/04/2017

Fecha de próxima revisión: 2020



corresponda.

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.

1. Comprobar los informes de alta.
2. Toma de constantes antes del alta.
3. Retirar vía venosa.
4. Comprobar estado de los apósitos.
5. Dar los informes de alta. Preguntar dudas. Dar la medicación necesaria para dos días.
6. Dar el alta del paciente en el Selene.

LLAMADA TELEFÓNICA A LAS 24 HORAS

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

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.

3. INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS.

1. UROLOGÍA:

- **Biopsias de próstata:** 5 mgr de valium iv
- **Vasectomías.**- Rasurado de testículos y tintado.
- **Prostatectomias Radicales y Adenomectomia de prostata:** Rasurado de zona genital. y tintado.
- **RTU:** Rasurado de zona genital.
- **Hidrocele:** Rasurado de zona inguinal y escrotal..
- **Varicocele:** Rasurado de zona inguinal y escrotal
- **Q. Epidídimo:** Rasurado de zona inguinal y escrotal.
- **Nefroureterectomia:** Rasurado Abdominal completo y tintado.

Versión 0.3

Fecha de Revisión (v. 0.1) por la Comisión de Cuidados: 25/04/2017

Fecha de Implantación (v.0.1): 25/04/2017

Fecha de próxima revisión: 2020

Profilaxis antibiótica (UROLOGÍA):

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

2. GINECOLOGÍA:

- **Histeroscopias.** 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. Sondaje Vesical.

Profilaxis AB : 2 gr Augmentine

Versión 0.3

Fecha de Revisión (v. 0.1) por la Comisión de Cuidados: 25/04/2017

Fecha de Implantación (v.0.1): 25/04/2017

Fecha de próxima revisión: 2020



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**

. Cuidados Postquirúrgicos en la unidad de CMA.

- **Analgesia:** Perfalgan 1gr IV
Si alergias: Nolotil 2 gr IV
- **Si vómitos:** 1 amp de primperan iv y si persiste yatrox 4 mgrs.

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 -Malla anterior o posterior	Amoxicilina/clavulánico 2 gr. IV Amoxicilina/clavulánico 2	Ciprofoxacino 400 mg IV Clindamicina 600mg IV + Metronidazol 500 mg IV

Versión 0.3

Fecha de Revisión (v. 0.1) por la Comisión de Cuidados: 25/04/2017

Fecha de Implantación (v.0.1): 25/04/2017

Fecha de próxima revisión: 2020



gr. IV

- **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 reboleccione vejiga de nuevo y se repetirá la actuación anterior.
 - Si tras 3 sondajes evacuadores persiste residuos altos o se tiene que cerrar la unidad de HDQ se avisará a Ginecología para valorar ingreso en planta.
- . Nolotil iv c/4h
. Espidifen sobre 600mgrs de rescate.

Si alergias:

- . Perfalgan 1 gr c / 4h

Si vómitos 1amp de primperan y si persisten yatrox 4 mgrs.

4. TRAUMATOLOGÍA:

- **Rasurado de la zona. y tintado.**
- **Profilaxis antibiótica:**

Versión 0.3

Fecha de Revisión (v. 0.1) por la Comisión de Cuidados: 25/04/2017

Fecha de Implantación (v.0.1): 25/04/2017

Fecha de próxima revisión: 2020



Tipo de cirugía	R-E*	Antimicrobiano(s) recomendado	Alergia a los betalactámicos o antecedentes de colonización o infección por S. aureus meticilin resistente
Cirugía limpia sin implante.	C-III	Algunos expertos 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* <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

Versión 0.3

Fecha de Revisión (v. 0.1) por la Comisión de Cuidados: 25/04/2017

Fecha de Implantación (v.0.1): 25/04/2017

Fecha de próxima revisión: 2020



Cirugía de recambio de prótesis		Consultar cada caso con el cirujano responsable.	Consultar cada caso con el cirujano responsable.
---------------------------------	--	--	--

* R-E: Recomendación-Evidencia-

Momento de administración:

Para mantener una concentración sérica elevada se recomienda administrar el antibiótico durante la inducción de la anestesia.

- Las cefalosporinas pueden perfundirse en 5 minutos
- La teicoplanina en 30 minutos.
- 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

is y duración de profilaxis: Se recomienda una dosis preoperatoria de cefazolina de 2g a ar con antelación menor a una hora previa al comienzo del procedimiento y antes del inflado orniquete. Dosis extra 1 g si cirugía de más de 2 horas

- Cuidados postquirúrgicos:

- . CPA permanecerán 3/4 h. Como mínimo en CMA recibiendo cuidados postquirúrgicos.

5. CIRUGÍA:

- **Rasurado de la zona. y tintado excepto proctología.**
- **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 4 horas del postoperatorio.

. Aplicación criterios del alta en CMA incluyendo: ausencia complicación en herida

Versión 0.3

Fecha de Revisión (v. 0.1) por la Comisión de Cuidados: 25/04/2017

Fecha de Implantación (v.0.1): 25/04/2017

Fecha de próxima revisión: 2020



operatoria, sensibilidad normal de la extremidad intervenida, tolerancia a la sedestación y deambulación y, tolerancia oral sin alteraciones.

Profilaxis AB

- **Inserción de reservorios: 2gr Cefazolina**
- **Hernias Umbilicales : 2gr cefazolina**
- **Hernia inguinal / Eventración: según indicación cirujano (2 gr cefazolina)**
- **Colecistectomia 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: Segundo indicación de cirujano.(2 gr augmentine). *No se realiza tintura***
- **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 coprofloxacino 400mg iv.

Si alergia a B-Lactamicos: Clindamicina 600mgr

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

6. ORL:

- **Siempre les dan el alta los Otorrinos .**
- **Intervenciones del Oído como mastoidectomia (siempre 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 esparadrapo de tela.**
- **La vía periférica se canalizará en la extremidad contraria al oído operado.**

Amigdalectomía

Profilaxis AB:

Tipo de cirugía	R-E*	Antimicrobiano(s) recomendado	Alérgicos a · · lactámicos
Limpia de cabeza y cuello	B-II	No precisa profilaxis	
Limpia-contaminada de cabeza y cuello ^a	A-I	Cefazolina 2gr iv preoperatorio y 2gr iv cada 8h durante 24h.	Clindamicina 600,g iv preoperatorio y 600mg cada 8h

Versión 0.3

Fecha de Revisión (v. 0.1) por la Comisión de Cuidados: 25/04/2017

Fecha de Implantación (v.0.1): 25/04/2017

Fecha de próxima revisión: 2020



			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.

4. ANTIMICRBIANOS RECOMENDADOS: DOSIS, VÍA DE ADMINISTRACIÓN Y DURACIÓN D3E 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
Cefotaxima/ceftriaxona	1 gr./i.v. en 5'	5' antes inducción anestésica
Cefuroxima	1.5 gr./i.v. en 5'	5' antes inducción anestésica

Versión 0.3

Fecha de Revisión (v. 0.1) por la Comisión de Cuidados: 25/04/2017

Fecha de Implantación (v.0.1): 25/04/2017

Fecha de próxima revisión: 2020



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

5. PROFILAXIS DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA:

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

Versión 0.3

Fecha de Revisión (v. 0.1) por la Comisión de Cuidados: 25/04/2017

Fecha de Implantación (v.0.1): 25/04/2017

Fecha de próxima revisión: 2020



6.CUIDADOS ESPECIALES

CIRUGÍA PEDIÁTRICA:

- A los niños una vez canalizada una vía de nº 20 se les pondrá una férula para sujeción de la vía.
- Se les pondrá glucosalino 1/5 de 250ml.

- A todo **Diabético** se le realizará una glucemia antes de la intervención y otra al alta. Si la glucemia sale alta se le comunicar al anestesista para poner tratamiento.
- A todo **HTA** se le tomará la **TA** (cirugía menor)
- A los pacientes de **Cataratas** se les dilatará el ojo a operar.
- Se les realizará tintado..

Se dilata con: 1 gt Diclofenaco lepori
3 gt C. Fenilefrina. 1gt/ 10'
3 gt C. Ciclopéjico 1 gt/ 10'

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:

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.

ORL

Toda cirugía salvo la expresamente indicada como locales.

Traumatología

Cirugía sobre hombro

Ginecología

Toda intervención por laparoscopia. Histerectomía abdominal.

Versión 0.3

Fecha de Revisión (v. 0.1) por la Comisión de Cuidados: 25/04/2017

Fecha de Implantación (v.0.1): 25/04/2017

Fecha de próxima revisión: 2020



Urología

Toda intervención por laparoscopia. Prostatectomía radical. Nefrectomías. En caso de duda sobre la anestesia se puede consultar al cirujano o al anestesista encargado de ese quirófano.

7. PROTOCOLO EN PACIENTES PORTADORES DE MARCAPASOS

Cuando se programe un paciente que es portador de marcapasos, debe hacerse en segundo lugar si es un quirófano con anestesia o en tercer lugar si es un quirófano de locales.

En el listado de programación debe indicarse que es portador de marcapasos para que desde programación quirúrgica avisen a cardiología con la antelación suficiente para que puedan citar el paciente a la hora convenida en la consulta de cardiología. Se debe avisar a cardiología en cuanto la programación esté confirmada y aceptada por el paciente.

El paciente debe ser avisado para que venga a las 8:00 puesto que debe ser preparado por HDQ y remitido a consulta de cardiología en la hora marcada, para que le programen el marcapasos antes de la cirugía. Cuando cardiología sepa la fecha de programación del paciente debe comunicar a hospital de día quirúrgico a qué hora quiere que el paciente esté en la consulta de cardiología, para que se pueda preparar al paciente y remitirlo a la consulta de cardiología. Desde ahí volverá a HDQ para prepararlo para la cirugía.

Al salir del quirófano debe pasar nuevamente por la consulta de cardiología para dejar el marcapasos en su función definitiva, y después seguir su ruta normal por hospitalización o cirugía ambulatoria.

8. TRABAJO EN EL ORDENADOR.

- Programa Selene:

Ingresos en planta:

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

Versión 0.3

Fecha de Revisión (v. 0.1) por la Comisión de Cuidados: 25/04/2017

Fecha de Implantación (v.0.1): 25/04/2017

Fecha de próxima revisión: 2020



CMA:

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

Cirugía menor:

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 cirugía menor)
- **Registro de los ingresos que realizamos en la unidad de CMA**
- **Registro de las urgencias que realizamos en CMA**

Versión 0.3

Fecha de Revisión (v. 0.1) por la Comisión de Cuidados: 25/04/2017

Fecha de Implantación (v.0.1): 25/04/2017

Fecha de próxima revisión: 2020



Versión 0.3

Fecha de Revisión (v. 0.1) por la Comisión de Cuidados: 25/04/2017

Fecha de Implantación (v.0.1): 25/04/2017

Fecha de próxima revisión: 2020