

VALORACION PREOPERATORIA Y POSTOPERATORIA EN ORL HUCA

ÍNDICE

A-. VALORACION PREOPERATORIA EN ORL.....	2
A.1-. SEMANA PREVIA A LA INTERVENCIÓN.....	2
1-. APTO ANESTESIA.....	2
2-. CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	2
3-. NECESIDAD DE SUSPENDER TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE Y/O ANTIAGREGANTE: (APÉNDICE 1)	2
A.2-. AL INGRESO.....	2
1-. ENTREVISTA CON EL PACIENTE:.....	2
2-. COMPLETAR FORMULARIO DE VERIFICACIÓN PRE-QUIRÚRGICA: 24 HORAS ANTES DE LA INTERVENCIÓN.	2
3-. COMPROBAR RESERVA DE HEMODERIVADOS: ES NECESARIO RESERVAR EN FUNCIÓN DE LA INTERVENCIÓN O ACTIVAR EL POWER-PLAN.....	2
4-. PREOPERATORIO: SI EL PACIENTE INGRESA PARA REALIZAR PREOPERATORIO.....	2
5-. MEDICACIÓN PREOPERATORIA:	2
6-. PROFILAXIS ANTIBIÓTICA:	3
B-. VALORACIÓN POSTOPERATORIA EN ORL.....	3
1-. CIRUGÍA DE BASE DE CRÁNEO	3
2-. CIRUGÍA NASAL.....	4
3-. CIRUGÍA OTOLÓGICA:	4
4-. CIRUGÍA CERVICAL:.....	4
C-. APÉNDICE 1: TERAPIA ANTICOAGULANTE Y ANTIAGREGANTE	6
C1-. TRATAMIENTO ANTIAGREGANTE	6
1-. TRATAMIENTO PAUTADO COMO PREVENCIÓN PRIMARIA: SUSPENDER 1 SEMANA ANTES DE LA CIRUGÍA	6
2-. TRATAMIENTO PAUTADO POR RIESGO TROMBÓTICO:	6
C2-. TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE.....	6
1-. ANTAGONISTAS DE LA VITAMINA K: ACENOCUMAROL Y WARFARINA.....	6
2-. ANTICOAGULANTES DE ACCIÓN DIRECTA: DABIGATRÁN, APIXABÁN, RIVAROXABÁN Y ENDOXABÁN	7

A-. VALORACION PREOPERATORIA EN ORL

A.1-. SEMANA PREVIA A LA INTERVENCIÓN

Para la sesión quirúrgica, es necesario comprobar:

- 1-. APTO anestesia
- 2-. Consentimiento informado
- 3-. Necesidad de suspender tratamiento anticoagulante y/o antiagregante: (Apéndice 1)
- 4-. PCR COVID (citada/aporte propio)

A.2-. AL INGRESO

1-. Entrevista con el paciente:

- Explicar brevemente la naturaleza de la intervención y su situación en el postoperatorio inmediato
- Comprobar la medicación domiciliaria
- Comprobar alergias medicamentosas

2-. Completar formulario de verificación pre-quirúrgica: 24 horas antes de la intervención.

3-. Comprobar reserva de hemoderivados: es necesario reservar en función de la intervención o activar el Power-Plan

- 2 CH en cirugía con vaciamientos
- 2 CH en cirugía tiroidea
- 2-6 CH en cirugía de base de cráneo

4-. Preoperatorio: si el paciente ingresa para realizar preoperatorio

- Solicitar hemograma, bioquímica y coagulación urgentes, radiografía de tórax y ECG.
- Comprobar si existe necesidad de pruebas adicionales
- Solicitar interconsulta preferente a anestesiología.

5-. Medicación preoperatoria:

- Activar Power-Plan: Premedicación anestésica
- Dieta absoluta a partir de las 23:59.
 - Diabéticos: END Fluidoterapia con Insulina Protocolo Diabético en Ayuno” o pautar 5 ampollas de Glucosmon R-50 en 500 ml de suero glucosado al 5% + 5 UI de Actrapid a pasar en 5 horas
 - Asmáticos: inhaladores precirugía
- Opcional:
 - Analgesia: Paracetamol 1 g c/8 h
 - Protección gástrica: Omeprazol 20 mg c/24 h
 - Hipnótico leve: Lorazepam 1mg 23h

-Profilaxis antitrombótica: HBPM mientras el paciente no deambule si no tiene otro factor de riesgo protrombótico.

- Enoxaparina 1mg/Kg peso/día excepto cuando la función renal está deteriorada (ClCr<30) que se reduce la dosis a la mitad

6-. Profilaxis antibiótica:

a) Apertura de vía aerodigestiva:

- Amoxicilina-Ácido clavulánico 2 g iv media 30 minutos antes de la cirugía seguida de 3 dosis repartidas c/8 h.
- Cefazolina 2 g dosis única o bien 1 g c/8 horas durante 24 h.

b) Otología

- Implante coclear: Cefazolina 2 g dosis única

c) Base de cráneo

- Cefazolina 2 g 30 min antes de la cirugía seguida de 3 dosis repartidas c/8h

d) Alérgicos a betalactámicos:

- Clindamicina 600 mg 30 min antes de la cirugía seguida de 3 dosis repartidas c/8 h.

B-. VALORACIÓN POSTOPERATORIA EN ORL

1-. Cirugía de base de cráneo

a) Exploración neurológica básica

- Nivel de consciencia
- Exploración de todos los pares craneales
- Reflejo fotomotor y consensual.
- Focalidad neurológica

b) Control de constantes vitales y temperatura: si síndrome febril

- Buscar síntomas asociados.
- Analítica, sistemático y sedimento de orina y radiografía de tórax de tórax
- Hemocultivos, cultivo de orina y valorar la realización de una punción lumbar por neurología.
- Si signos de sepsis: solicitar hemocultivos x2 y solicitar PCT y lactato
- Si disminución del nivel de consciencia y/o inestabilidad hemodinámica valorar atención por servicio de anestesia o intensivos.

c) Vigilancia de la herida quirúrgica

d) Pruebas de laboratorio

- Hemograma y bioquímica postoperatorios
- En caso de sospecha de fistula de LCR: determinación de glucosa (BM-test) y proteínas en secreción: glucosa >40% y proteínas > 100-200% y B2-Transferrina

- e) Pruebas de imagen: si complicaciones
- f) Control de medicación: asegurar analgesia adecuada

2-. Cirugía nasal

- a) Exploración neurológica básica: prestar atención a la motilidad ocular y los reflejos pupilares
- b) Control de constantes vitales y temperatura
- c) Control de taponamiento nasal
Retirar si mal olor
 - Nuevo taponamiento con Merocel si sospecha de sinequias.
 - Recoger en el curso clínico la retirada o recambio de taponamientos, así como el tipo y cantidad de los mismos que se colocan en cada fosa nasal.
- d) Pruebas de laboratorio: solicitar hemograma si precisó transfusión intraoperatoria

3-. Cirugía otológica:

- a) Exploración neurológica
 - Nervio facial (Escala de House-Brackmann)
 - Síndrome vestibular
- b) Exploración auditiva postoperatoria: Acumetría
- c) Control de constantes vitales y temperatura
- d) Control de taponamiento ótico:
 - Aplicar tratamiento antibiótico tópico sobre el taponamiento
 - Retirada ambulatoria

4-. Cirugía cervical:

- a) Exploración neurológica básica
- b) Control de constantes vitales y temperatura: si síndrome febril
 - Explorar la herida quirúrgica buscando cambios flogóticos
 - Buscar síntomas asociados.
 - Analítica, sistemática y sedimento de orina y radiografía de tórax de tórax
 - Hemocultivos, cultivo de orina y valorar la realización de una punción lumbar por neurología.
 - Si signos de sepsis: solicitar hemocultivos x2 y solicitar PCT y lactato
 - Si disminución del nivel de consciencia y/o inestabilidad hemodinámica valorar atención por servicio de anestesia o intensivos.
- c) Exploración del paciente

d) Control de la herida quirúrgica:

- Curas locales
- Redones: se retiran cuando drenan en las últimas 24 h <10-30 ml

e) Pruebas de laboratorio

- Hemograma postoperatorio
- Calcemia: calcio iónico + albumina a las 20:00 h del día de la intervención y a las 08:00 h del día siguiente.
 - Si calcio corregido menor de 8 mg/dL solicitar interconsulta a Endocrinología

f) Profilaxis tromboembólica: en pacientes sin riesgo mientras permanezcan encamados

g) Manejo de la traqueotomía:

- Colocación de cánula de plata o provox al subir a la planta
- Aspiración en función de las necesidades por las secreciones traqueales
- Vigilancia de tapones de moco

5-. Cirugía con colgajos:

a) Recomendaciones de cirugía cervical

b) Controlar viabilidad del colgajo

C-. APÉNDICE 1: TERAPIA ANTICOAGULANTE Y ANTIAGREGANTE

C1-. TRATAMIENTO ANTIAGREGANTE

1-. Tratamiento pautado como prevención primaria: suspender 1 semana antes de la cirugía

2-. Tratamiento pautado por riesgo trombotico:

- Mantener AAS (100 mg c/24h) salvo contraindicación o procedimientos con neurocirugía.
- Suspender Ticagrelor y Clopidogrel 5 días y Prasugrel 7 días.
 - Si ha pasado menos de 1 semana avisar a Hematología.
- No utilizar HBPM como terapia puente
- Sustituir el antiagregante habitual por AAS 100 mg y tras la cirugía reiniciar la antiagregación en las primeras 24 h (48-72 h si alto riesgo hemorrágico)
- Si no consta por Anestesiología, avisar a Hematología para valorar si precisa terapia puente o se puede suspender directamente.

C2-. TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE

1-. Antagonistas de la vitamina K: Acenocumarol y Warfarina → Solicitar coagulación al ingreso

a) Riesgo hemorrágico:

-Bajo: no interrumpir

-Moderado-alto: interrumpir 4-5 días antes de la cirugía

Días hasta la cirugía X = última dosis de ACO		-7	-6	-5	-4	-3	-2	-1	0
Acenocumarol Warfarina	7 días antes INR < 2			X Warfarina		X Acenocumarol		Control INR preoperatorio	Cirugía procedimiento
	7 días antes INR 2-3		X Warfarina		X Acenocumarol			Control INR preoperatorio	Cirugía procedimiento
	7 días antes INR > 3	X Warfarina		X Acenocumarol				Control INR preoperatorio	Cirugía procedimiento

b) Riesgo trombotico:

-Realizar terapia puente con HBPM en pacientes con riesgo tromboembólico moderado-alto

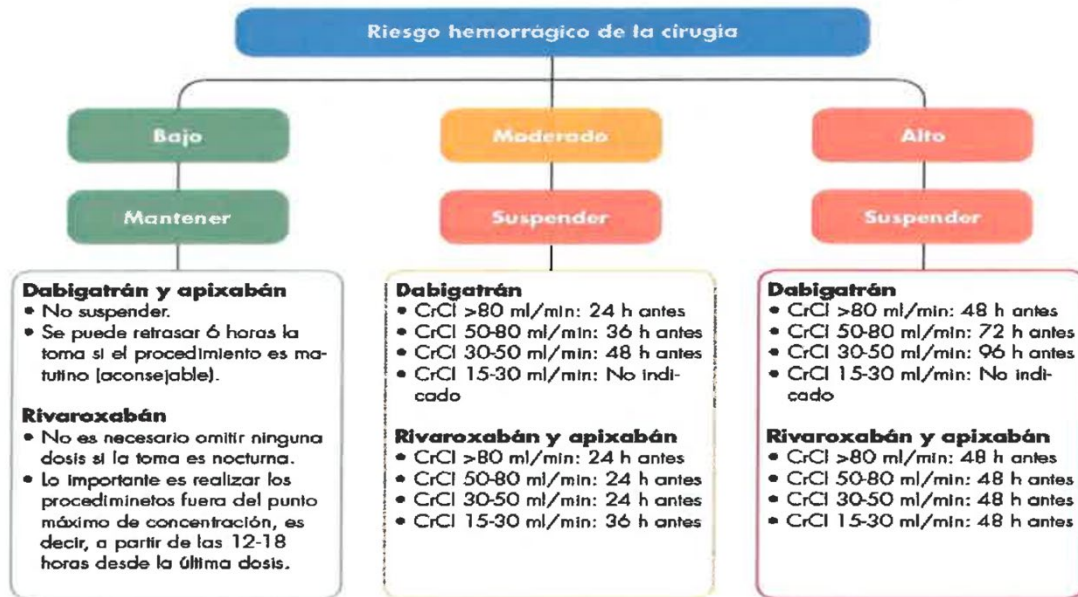
- Prótesis cardiaca
- Enfermedad valvular reumática
- ACVA o AIT previo
- FA con CHAD-VASC ≥ 5
- ETEV <12 meses o recurrente
- Cáncer activo o con menos de 6 meses desde el último tratamiento

-Dosis: 1 mg c/12 h

2-. Anticoagulantes de acción directa: Dabigatrán, Apixabán, Rivaroxabán y Endoxabán

Solicitar coagulación y función renal al ingreso:

- Si el aclaramiento es normal y tiene bajo riesgo hemorrágico no requiere suspensión.
- Si el aclaramiento está alterado y/o tiene riesgo hemorrágico moderado-alto, valorar suspensión



Se realizará terapia puente con HBPM solo en pacientes con riesgo tromboembólico alto y que precisen suspensión del ACOD >72 horas antes de la intervención:

- ACVA o AIT reciente (<6 meses)
- FA con CHAD-VASC \geq 5
- ETEV reciente (<3 meses)
- Tromboembolismo en episodio previo de suspensión de la anticoagulación

