Preguntas para responder

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN DE LA HERIDA QUIRÚRGICA

1. ¿Cuáles son las principales medidas para disminuir el riesgo de infección postoperatoria?
2. ¿Qué efectividad tiene la irrigación de las heridas como medio para reducir el riesgo de infección de la herida quirúrgica?
3. ¿Es efectiva la administración de oxigeno suplementario para reducir la incidencia de infección de la herida quirúrgica?
4. ¿Cuáles son los mejores métodos para el cierre de la herida que favorezcan la cicatrización?

USO DE LA PROFILAXIS ANTIBIÓTICA

5. ¿Está indicada la profilaxis antibiótica en pacientes sometidos a un procedimiento quirúrgico?
6. ¿Cuáles son los antibióticos de elección para la profilaxis antibiótica en los diferentes procedimientos quirúrgicos?
7. ¿En qué momento está indicada la administración de antibióticos por vía endovenosa?
8. ¿Cuál es la duración óptima de la profilaxis antibiótica?

PREVENCIÓN DE EVENTOS CARDIOVASCULARES

9. ¿Los betabloqueantes, las estatinas, el ácido acetil salicílico, los alfa-2-agonistas, los antagonistas del calcio o la revascularización coronaria previenen los eventos cardiovasculares en pacientes sometidos a cirugía no cardiaca?
10. ¿Cuáles son los factores de riesgo de sufrir arritmias cardiacas tras una intervención quirúrgica?
11. ¿Qué tratamientos pueden prevenir la fibrilación auricular en pacientes sometidos a cirugía no cardiaca?

PREVENCIÓN DEL TROMBOEMBOLISMO VENOSO

12. En la profilaxis antitrombótica del paciente quirúrgico ¿qué efectividad tienen los tratamientos antitrombóticos disponibles?
13. En pacientes sometidos a cirugía general ¿se recomiendan diferentes medidas profilácticas dependiendo de su riesgo?
14. En la profilaxis antitrombótica del paciente quirúrgico ¿en qué momento se debe iniciar la profilaxis?
15. En la profilaxis antitrombótica del paciente quirúrgico ¿cuáles son la duración y dosis de la profilaxis?

PREVENCIÓN DE PROBLEMAS DERIVADOS DE LA TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA

16. ¿Cuáles son los principales factores de riesgo en una intervención quirúrgica que favorecen la transfusión de sangre?
17. En los pacientes sometidos a cirugía cardíaca, ¿cuáles son los factores predictores de transfusión de sangre?
18. ¿Qué características deben tener los pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos para poder recibir una transfusión de hematíes alogénicos?
19. ¿Qué efectividad tienen el recuperador de células y la autotransfusión en el perioperatorio?
20. Antes de una intervención quirúrgica, ¿qué intervenciones reducen la necesidad de transfusión de sangre durante el período perioperatorio?

MANTENIMIENTO DE LA NORMOTERMIA

20. ¿Cuál es la temperatura corporal óptima del paciente en el momento de la intervención?
21. ¿Cuál es la temperatura objetivo en los pacientes con alguna forma de calentamiento activo previo a la intervención?
22. ¿El aislamiento térmico o el calentamiento activo previo a la intervención es preferible a la atención habitual en la prevención de la hipotermia?
23. ¿En pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos, el aire caliente convectivo mantiene el control de la temperatura corporal?
24. ¿Los diferentes dispositivos de calentamiento activo (como los dispositivos de calentamiento de aire forzado, colchones de calefacción eléctrica o las almohadillas de calefacción eléctrica) utilizados durante la intervención, son eficaces en la prevención de la hipotermia inadvertida?
25. ¿La infusión de soluciones nutricionales, reduce la incidencia de la hipotermia inadvertida en los pacientes con alguna forma de calentamiento activo durante la intervención?

ASPECTOS DERIVADOS DE LA ANESTESIA

26. ¿Qué intervenciones previas a la cirugía han demostrado prevenir problemas derivados de la anestesia?
27. ¿Qué intervenciones durante la cirugía han demostrado prevenir problemas derivados de la anestesia?
28. ¿Qué pacientes tienen riesgo de presentar náuseas y vómitos postoperatorios?
29. ¿Qué factores están relacionados con una disminución del riesgo de presentar náuseas y vómitos postoperatorios?
30. ¿Qué fármacos antieméticos han demostrado eficacia en la prevención de náuseas y vómitos postoperatorios?

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Recomendaciones de la GPC

4. Intervenciones seguras en cirugía

4.1. Prevención de la infección de la heridad quirúrgica

4.1.1. Prevención preoperatoria

Fuerte	Se recomienda a los pacientes realizar una ducha o un baño con jabón como mínimo la noche antes de la intervención quirúrgica.
Fuerte	Se recomienda, cuando sea conveniente rasurar, utilizar una maquinilla eléctrica con cabezal de un solo uso el mismo día de la cirugía. No se recomienda el uso de cuchillas para el rasurado, porque aumentan el riesgo de IHQ.
✓	Se debe proporcionar al paciente ropa específica para acudir al quirófano, apropiada para el procedimiento quirúrgico, que permita el acceso al lugar de la intervención, así como facilitar la colocación de otros dispositivos, como vías endovenosas.
✓	Todo el personal de quirófano debería utilizar ropa específica de quirófano, en todas las áreas en las que tengan lugar las intervenciones quirúrgicas.
✓	El personal de quirófano que lleve ropa no estéril debería minimizar las entradas y salidas del área quirúrgica.
Fuerte	Se recomienda no utilizar la descontaminación nasal con agentes antimicrobianos tópicos para eliminar *S. aureus* de forma rutinaria para reducir el riesgo de IHQ.
Fuerte	Se recomienda no utilizar la preparación mecánica del intestino de forma rutinaria para prevenir la IHQ.
Fuerte	Deben lavarse las manos antes y después de cada episodio de contacto directo con el paciente y después de sacarse los guantes. Las manos visiblemente sucias o potencialmente contaminadas con suciedad o material orgánico deben lavarse con agua y jabón. Por conveniencia y eficacia, se prefiere el uso de un gel de base alcohólica a no ser que las manos estén visiblemente sucias. Las manos deberían lavarse con agua y jabón después de varias aplicaciones sucesivas de gel de base alcohólica.
✓	El personal de quirófano debería quitarse los anillos antes de las intervenciones quirúrgicas. Del mismo modo, debería retirar el esmalte de uñas y las uñas artificiales antes de las intervenciones quirúrgicas.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

4.1.2 Prevención durante la cirugía

✓	El personal de quirófano debería lavarse las manos antes de la primera intervención de la lista utilizando una solución antiséptica quirúrgica, con un cepillo de un solo uso para las uñas. Entre operaciones las manos deberían lavarse con una solución alcohólica o antiséptica.
Fuerte	Se recomienda no utilizar campos quirúrgicos autoadhesivos de forma rutinaria puesto que pueden aumentar el riesgo de IHQ.
✓	El personal de quirófano debería llevar batas estériles en el quirófano durante la intervención quirúrgica. La ropa quirúrgica cumplirá estrictamente la Norma EN 13795.
✓	Se recomienda utilizar dos pares de guantes estériles cuando hay riesgo alto de perforación de guantes y las consecuencias de la contaminación pueden ser graves.
Débil	Se recomienda preparar la piel en el quirófano antes de la incisión con clorhexidina. Si no se dispone de clorhexidina se puede considerar el uso de povidona yodada.
Débil	Se recomienda no utilizar diatermia en la incisión quirúrgica para reducir el riesgo de IHQ.
Débil	Se recomienda mantener la perfusión adecuada durante la cirugía.
Fuerte	No se recomienda administrar insulina rutinariamente en pacientes no diabéticos para optimizar la glucemia en el postoperatorio para reducir el riesgo de IHQ.
Débil	No se recomienda irrigar la herida para reducir el riesgo de IHQ.
Débil	No se recomienda utilizar un lavado intracavitario adicional con antibióticos para reducir el riesgo de IHQ.
Débil	No se recomienda redesinfectar la piel al final de la operación para reducir el riesgo de IHQ.
✓	Se recomienda cubrir las heridas quirúrgicas con un vendaje apropiado al final de la operación.

4.1.3 Prevención postoperatoria

✓	Se recomienda utilizar una técnica aséptica para cambiar o retirar el vendaje de la herida quirúrgica.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

✓	Se recomienda utilizar suero salino estéril para el lavado de la herida en las primeras 48 horas después de la cirugía. Los pacientes pueden ducharse a partir de las 48 horas después de la cirugía.
Débil	Se recomienda no utilizar agentes antimicrobianos para las heridas quirúrgicas que están curando por primera intención para prevenir el riesgo de IHQ.

4.2. Uso de la profilaxis antibiótica

4.2.2. Administración de profilaxis antibiótica (elección, duración, dosis y vía de administración)

Débil	Los antibióticos elegidos para la profilaxis deben cubrir los patógenos esperados en la intervención quirúrgica a realizar.
✓	Los legisladores de políticas de antibióticos deben tener la experiencia e información necesarias para hacer recomendaciones acerca de regímenes específicos de fármacos, basándose en la evidencia, información local sobre resistencias y costes.
✓	Los antibióticos de reducido espectro y menos caros deberían ser de primera elección para la profilaxis antibiótica durante la cirugía.
✓	Se debería iniciar un tratamiento erradicador en pacientes portadores de SAMR antes de la cirugía de alto riesgo.
Débil	La mupirocina intranasal debería usarse profilácticamente en pacientes sometidos a cirugía con alto riesgo de morbilidad y que sean portadores de SAMR.
Fuerte	Los glucopéptidos deberían considerarse para la profilaxis antibiótica en pacientes sometidos a cirugía de alto riesgo y que sean porteadores de SAMR.
Fuerte	Los antibióticos profilácticos endovenosos deberían darse entre los 30 y 60 minutos antes de la incisión.
✓	Una única dosis terapéutica estándar de antibiótico es suficiente para la profilaxis en la mayoría de las circunstancias, salvo que la intervención se prolongue más de cuatro horas o se produzca una pérdida de sangre >1500 cc.
Débil	Se recomienda una única dosis de antibiótico con una vida media suficientemente larga para mantener la actividad durante toda la intervención, aunque para artroplastia se recomiendan hasta 24 horas de profilaxis antibiótica.
✓	Pueden requerirse dosis adicionales de antibióticos para cirugías largas (que sobrepasen las cuatro horas de duración) o en caso de pérdida sanguínea importante (>1.500 ml) durante la intervención.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

✓	La profilaxis antibiótica para la cirugía debería administrarse por vía endovenosa.
Débil	Se recomienda la aplicación de cemento impregnado de antibiótico además de antibióticos endovenosos en la colocación de prótesis articulares.
Fuerte	Se recomienda la profilaxis antibiótica intracameral en la cirugía de cataratas.
Débil	Se recomienda la profilaxis antibiótica intravítrea al final de la cirugía después de heridas penetrantes en el ojo.
Débil	No se recomienda el uso rutinario de válvulas de drenaje de LCR impregnadas de antibiótico, aunque se podrían tener en cuenta si las tasas locales de infección fueran altas.

4.3. Prevención de complicaciones cardiovasculares en cirugía no cardíaca

4.3.2. Revascularización coronaria

Débil	En pacientes sometidos a cirugía y que requerirían un tratamiento con estatinas por razones médicas, independientemente del tipo de cirugía, valorar el uso de estatinas preoperatorio. Por ejemplo, pacientes con un alto riesgo vascular, enfermedad coronaria o con niveles elevados de LDL-colesterol.
Débil	En pacientes que cumplan criterios para el tratamiento con estatinas, ya sea para prevención primaria o secundaria, utilizar el período perioperatorio para introducir este tratamiento.
Fuerte	En pacientes sometidos a cirugía no cardiaca se recomienda no utilizar los betabloqueantes de manera rutinaria para la prevención de episodios cardiovasculares.
Débil	En pacientes sometidos a cirugía no cardiaca no se recomienda en principio utilizar los alfa-2-agonistas para la prevención de eventos cardiovasculares. En el caso de la cirugía vascular, valorar de manera individual su utilización.
Débil	En pacientes sometidos a cirugía no cardiaca que no estén en tratamiento con ácido acetil salicílico, valorar de manera individualizada su utilización en el entorno perioperatorio en pacientes con bajo riesgo de sangrado y alto riesgo cardiovascular.
Débil	En pacientes sometidos a cirugía no cardiaca en tratamiento con ácido acetilsalicílico no se recomienda retirarlo excepto en situaciones individualizadas donde los riesgos superen los beneficios.
Fuerte	En pacientes sometidos a cirugía vascular no se recomienda la revascularización coronaria, en los pacientes subsidiarios de la misma, previa a la realización de la cirugía.

Hoja rasgurlico más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

4.3.3. Prevención de arritmias

Débil	En pacientes sometidos a cirugía no cardiaca, considerar de manera individualizada el uso de antagonistas del calcio para la prevención de fibrilación auricular.
Fuerte	En pacientes sometidos a cirugía no cardiaca se recomienda no utilizar los betabloqueantes de manera rutinaria para la prevención de fibrilación auricular.
Fuerte	En pacientes sometidos a cirugía no cardiaca se recomienda no utilizar la digital para la prevención de fibrilación auricular.
Débil	En pacientes sometidos a cirugía no cardiaca se recomienda no utilizar la amiodarona, la flecainida ni el magnesio para la prevención de fibrilación auricular.

4.4. Prevención del tromboembolismo venoso

4.4.3. Medidas farmacológicas en pacientes que reciben tratamiento anticoagulante o antiagregante de manera rutinaria

✓	Se debe valorar el riesgo de complicaciones trombóticas en todo paciente que se va a someter a cirugía, considerando el tipo de cirugía y las características del paciente.
Fuerte	Todo paciente que va a ser intervenido quirúrgicamente y va a permanecer en el hospital tras la cirugía, debe recibir algún método eficaz de prevención de complicaciones trombóticas.
Fuerte	En todo paciente que va a ser intervenido quirúrgicamente y va a permanecer en el hospital tras la cirugía, se recomiendan las medias de compresión, preferiblemente las graduadas hasta la cadera o el muslo, si no existe contraindicación.
Débil	Los mecanismos de presión neumática intermitente son una alternativa al tratamiento farmacológico.
Fuerte	En pacientes con ciertos factores de riesgo de trombosis o que va a ser sometidos a una cirugía con un riesgo elevado de complicaciones trombóticas, se recomienda el tratamiento con heparinas de bajo peso molecular, además de medidas mecánicas.
Fuerte	En los pacientes en tratamiento con heparinas de bajo peso molecular, se sugiere iniciar el tratamiento entre dos y doce horas antes de la intervención quirúrgica, y mantener el tratamiento durante un mínimo de una semana tras el alta hospitalaria o un máximo de 30 días.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

✓	Se aconseja valorar individualmente las dosis de heparinas según el riesgo quirúrgico (de trombosis y hemorrágico) y las características del paciente (edad, peso o alteración renal)
Débil	En los pacientes que van a ser sometidos a una cirugía con un riesgo elevado de complicaciones trombóticas, la heparina no fraccionada, los anticoagulantes orales, los antiagregantes o el fondaparinux son alternativas a la heparina de bajo peso molecular.
Débil	En los pacientes que van a ser sometidos a una cirugía ortopédica de extremidad inferior, se puede valorar el tratamiento con dabigatrán o rivaroxaban como alternativa a la heparina de bajo peso molecular.
Débil	En los pacientes sometidos a una intervención quirúrgica con un riesgo muy alto de sangrado (neurocirugía o con malformaciones vasculares), se recomiendan las medidas mecánicas de prevención de complicaciones trombóticas.
✓	El balance beneficio-riesgo de las estrategias de prevención de eventos trombóticos debe ser individualizado y basado en la historia clínica del paciente, interacciones farmacológicas, tipo de anestesia, riesgo de trombosis y sangrado de la intervención, principalmente.
Fuerte	En pacientes que reciben tratamiento anticoagulante o antiagregante y deben someterse a cirugía debe valorarse el riesgo perioperatorio de tromboembolismo venoso, y el riesgo que comporta el mantenimiento del tratamiento para algunos procedimientos concretos.
Fuerte	En los pacientes que se decida retirar el tratamiento anticoagulante, deberá hacerse cinco días antes de la intervención en el caso de la warfarina y dos o tres días antes en el caso del acenocumarol
Débil	Se adminsitrarán entre 1 y 2 mg de vitamina K oral el mismo día de la intervención si el INR se mantiene alto
Débil	En pacientes con indicación de tratamiento anticoagulante y riesgo alto o medio de tromboembolismo en el perioperatorio, el tratamiento de sustitución debería ser con dosis terapéuticas de heparina de bajo peso molecular subcutánea
Fuerte	En pacientes con indicación de tratamiento anticoagulante y riesgo bajo de tromboembolismo en el perioperatorio, se deberían administrar o dosis bajas de heparina de bajo peso molecular subcutánea, o no dar nada.
Fuerte	En pacientes que reciben tratamiento antiagregante y que no se les ha colocado un stent recientemente y además tienen un bajo riesgo de tromboembolismo en el perioperatorio, se debería retirar el tratamiento antes de la intervención quirúrgica.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Débil	En pacientes que reciben tratamiento antiagregante y que no se les ha colocado un stent recientemente, tienen un alto riesgo de tromboembolismo en el perioperatorio y han sido programados para cirugía no cardiaca o intervención coronaria percutánea, se debe continuar el tratamiento con aspririna antes y después de la la intervención quirúrgica.
Débil	En pacientes que reciben tratamiento antiagregante y que no se les ha colocado un stent recientemente, tienen un alto riesgo de tromboembolismo en el perioperatorio y han sido programados para cirugía no cardiaca, se debe interrumpir el tratamiento con clopidogrel durante al menos cinco días en los diez días antes de la intervención quirúrgica.
Fuerte	En pacientes que reciben tratamiento antiagregante y que no se les ha colocado un stent recientemente, tienen un alto riesgo de tromboembolismo en el perioperatorio y han sido programados para un by-pass coronario, se debe continuar el tratamiento con aspririna antes y después de la la intervención quirúrgica. Si este tratamiento se interrumpe, debe restablecerse entre las 6 y 48 horas posteriores a la intervención
Fuerte	En pacientes que reciben tratamiento antiagregante y que no se les ha colocado un stent recientemente, tienen un alto riesgo de tromboembolismo en el perioperatorio y han sido programados para by-pass coronario, se debe interrumpir el tratamiento con clopidogrel durante al menos cinco días en los diez días antes de la intervención quirúrgica.
Débil	En pacientes que reciben tratamiento antiagregante y que no se les ha colocado un stent recientemente, tienen un alto riesgo de tromboembolismo en el perioperatorio y han sido programados para intervención coronaria percutánea, se debe reanudar el clopidogrel con con una carga de 300 a 600 mg.
Fuerte	En pacientes que reciben tratamiento antiagregante con un stent coronario metálico que requieren cirugía dentro de las seis semanas tras su colocación, se debe continuar con el tratamiento con aspirina o clopidogrel en el periodo perioperatorio.
Fuerte	En pacientes que reciben tratamiento antiagregante con un stent coronario liberador de fármacos que requieren cirugía dentro de los doce meses tras su colocación, se debe continuar con el tratamiento antiagregante en el periodo perioperatorio.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

4.5. Aspectos derivados de la transfusión sanguínea

4.5.6. Cirugía ortopédica

Débil	Dados los riesgos potenciales, cada transfusión alogénica debe tener una indicación válida, definida y justificable, que debe constar en la historia clínica.
Débil	La transfusión de sangre alogénica leucodepletada no debería limitarse por dudas sobre el aumento de la recurrencia de cáncer o infección perioperatoria.
✓	En un paciente hemodinámicamente estable, una unidad de concentrado de hematíes debería transfundirse una sola vez y reevaluarse en 24 horas.
Fuerte	En el momento de la transfusión, es imprescindible comprobar la coincidencia de los datos del paciente con los de la solicitud de los componentes sanguíneos a transfundir.
✓	Debería definirse un umbral de transfusión como parte de una estrategia global para el trato óptimo del paciente.
✓	Todos los pacientes sometidos a cirugía mayor electiva deberían tener un hemograma antes de la cirugía para evitar cancelaciones a corto plazo y permitir el tratamiento apropiado de la anemia.
Débil	La anemia debería corregirse antes de la cirugía mayor para reducir la exposición a la transfusión alogénica.
Débil	En el postoperatorio se requiere una transfusión si la hemoglobina es < 70 g/l ó < 90 g/l en pacientes con enfermedad cardiovascular.
Débil	Todos los hospitales deberían utilizar un programa para la solicitud de sangre para proveer concentrados de hematíes.
✓	Todos los pacientes sometidos a cirugía con pérdida sanguínea mayor y que hayan firmado su consentimiento para transfusión, deben tener una provisión mínima de sangre de su grupo sanguíneo en el banco de sangre.
Fuerte	La donación preoperatoria de sangre autóloga se puede utilizar para reducir la exposición a la sangre alógena, aunque aumenta el número total de episodios de transfusión.
Débil	La donación preoperatoria de sangre autóloga debería dirigirse a los hombres que presentan una Hb entre 110 y 145 g/l y a las mujeres con una Hb de 130 y 145 g/l.
Fuerte	La eritropoyetina debería suministrarse a pacientes menores de 70 años programados para cirugía con pérdida sanguínea mayor y Hb < 130 g/l.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Fuerte	En pacientes sanos con cirugía mayor electiva, la eritropoyetina puede usarse en combinación con la donación autóloga de sangre o para obtener múltiples donaciones de hematíes y mantener una Hb adecuada el día de la cirugía.
Débil	La hemodilución normovolémica aguda debería limitarse a pacientes con una Hb suficientemente alta para permitir la extracción de 1.000 ml de sangre.
Fuerte	Se recomienda el uso de ácido tranexámico en pacientes con cirugía cardíaca electiva con alto riesgo de transfusión.
Fuerte	El ácido tranexámico puede utilizarse para reducir la pérdida sanguínea y los requerimientos transfusionales en pacientes programados para cirugía de prótesis de rodilla, cuando otras técnicas de conservación sanguínea son inapropiadas y se prevé una pérdida sanguínea mayor.
Débil	La reinfusión de sangre recuperada del drenaje mediastínico derramada y lavada puede utilizarse para reducir la transfusión alogénica en la cirugía cardíaca.
Débil	En cirugía ortopédica, la recuperación de células sin lavar utilizando drenajes, debería considerarse en pacientes en los que se estima una pérdida sanguínea postoperatoria de entre 750 y 1.500 ml.
Fuerte	En cirugía ortopédica, la recuperación de células sin lavar, utilizando drenajes, debería considerarse en pacientes en quienes se prevé una pérdida sanguínea postoperatoria entre 750 y 1.500 ml.

4.6. Mantenimiento de la normotermia

4.6.6. Agentes farmacológicos para la prevención de la hipotermia

✓	Debería valorarse el riesgo de hipotermia de cada paciente antes de la cirugía. Los profesionales sanitarios deberían asegurarse de que los pacientes no tengan frío antes de ir al quirófano, abrigándoles con mantas o un edredón, especialmente si se les medica previamente.
Débil	La temperatura corporal debería ser de 36ºC o superior antes de trasladar el paciente a quirófano. Si la temperatura del paciente es < 36ºC el calentamiento con aire forzado debería empezar antes del traslado a quirófano y mantenerlo durante la fase intraoperatoria.
Mantenimiento de la normotermia durante la operación	
✓	La temperatura del paciente debería tomarse y documentarse antes de la inducción anestésica y cada treinta minutos hasta el final de la cirugía.
✓	La inducción anestésica no debería iniciarse hasta que la temperatura del paciente sea ≥ 36ºC.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

✓	El paciente debería estar cubierto adecuadamente durante la intervención para conservar el calor.
Débil	Los pacientes con riesgo de hipotermia y que se sometan a una anestesia < treinta minutos deberían ser calentados durante la operación con un dispositivo de calentamiento de aire forzado.
Débil	Todos los pacientes sometidos a anestesia > treinta minutos deberían ser calentados desde la inducción anestésica con un dispositivo de calentamiento de aire forzado.
✓	La temperatura de los dispositivos de aire caliente convectivo debería programarse al máximo y ajustarse posteriormente para mantener una temperatura mínima en el paciente de 36,5ºC.
✓	Los líquidos endovenosos para irrigación deberían calentarse a una temperatura de 38ºC-40ºC.
Mantenimiento de la normotermia en el postoperatorio	
✓	La temperatura del paciente debería tomarse y documentarse a la llegada al área de reanimación y posteriormente cada quince minutos.
✓	Si la temperatura del paciente es menor de 36ºC, se debería iniciar el aire caliente convectivo hasta que el paciente sea dado de alta del área de reanimación o se sienta cómodo.

4.7. Aspectos derivados de la anestesia

4.7.2. Prevención de náuseas y vómitos

Fuerte	Se deberían identificar los factores de riesgo asociados con las NVPO en cada paciente que va a ser sometido a cirugía.
Fuerte	La profilaxis con antieméticos debería considerarse en los pacientes con riesgo moderado o alto de presentar NVPO.
Débil	Cuando sea posible la elección, se debe advertir a los pacientes que el riesgo de NVPO disminuye al utilizar anestesia regional en lugar de anestesia general.
Débil	Se debe considerar la anestesia regional en pacientes con alto riesgo de presentar NVPO. Si se utiliza anestesia general, se deben disminuir los factores de riesgo cuando sea posible.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Débil	Se debe minimizar la utilización de opioides en las intervenciones. Los profesionales deben evaluar el balance entre riesgo y beneficio de la administración de opioides en relación al riesgo de NVPO.
Fuerte	Se debería considerar la prevención de las NVPO administrando dexametasona, ondansetron o droperidol.
Débil	Los pacientes con alto riesgo de presentar NVPO deben recibir terapia combinada para la prevención de NVPO.

4.7.3. Implicaciones de la lista de verificación de la Organización Mundial de la Salud

Fuerte	Se deberían implantar el "Listado de Verificación de Seguridad Quirúrgica" en cualquier procedimiento quirúrgico para mejorar la seguridad de las intervenciones quirúrgicas y disminuir las complicaciones evitables.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.