

## VÍA CLÍNICA DE RECUPERACIÓN INTENSIFICADA CIRUGÍA GINECOLÓGICA HISTERECTOMÍA Y MIOMECTOMÍA LAPAROSCÓPICA Y LAPAROTÓMICA

TIEMPO	PROTOCOLO	RESPONSABILIDAD
<b>Previo al ingreso</b>	Información oral y escrita. Valoración preoperatoria. Optimización nutricional, cardiológica, de anemia y comorbilidad, si se precisa.	Cirujano + Anestesiólogo + Enfermería
<b>Preoperatorio inmediato</b>	Adecuación dietética. Ayuno 6 horas sólido y 2 horas líquido claro. No es necesaria la preparación mecánica ni enemas.	Anestesiología + Enfermería + Cirugía
<b>Peroperatorio</b>	<b>Preoperatorio inmediato</b> Manejo de riesgo tromboembólico según protocolo. Suplemento de bebida carbohidratada 12.5% maltodextrinas 200 cc hasta 2 horas antes de intervención (individualizar en paciente diabético). Administración profiláctica de antibiótico 30-60 min antes de la incisión quirúrgica. En procedimientos prolongados repetir dosis de acuerdo a la vida media de los fármacos.	Enfermería
<b>Peroperatorio</b>	<b>Intraoperatorio</b> Inducción anestésica y mantenimiento anestésico con agentes de acción corta. Valorar relajación muscular profunda. Oxigenación FiO <sub>2</sub> 0.6-0.8. Fluidoterapia en perfusión continua solución balanceada. (3-5 ml/kg/h para laparoscopia; 5-7 ml/kg/h para laparotomía). Optimización hemodinámica mediante fluidoterapia guiada por objetivos (FGO) en pacientes de riesgo. Sondaje vesical. Cirugía mínimamente invasiva LPS (siempre que sea posible). Si abierta: incisiones transversas. No sonda nasogástrica. Calentamiento activo con manta térmica y calentador de fluidos. Profilaxis de náuseas y vómitos postoperatorios con doble terapia. No drenajes. <b>Inserción de catéter epidural en cirugía abierta si incisión supraumbilical.</b> Infiltración de los puertos de laparoscopia y de incisión transversa si laparotomía y/o bloqueo tipo TAP.	Enfermería + Anestesiología + Cirugía

TIEMPO	PROTOCOLO	RESPONSABILIDAD
<b>Peroperatorio</b>	<p><b>Postoperatorio inmediato</b></p> <p>Mantenimiento activo de temperatura.  Mantenimiento de FiO2 0.5 2 horas tras fin intervención.  Analgesia pautada según intervención. Mínima administración de mórficos.  Fluidoterapia restrictiva.  Retirar sonda vesical en REA previo al alta.  Valoración del dolor mediante escala EVA. (Conseguir nivel de dolor 0-3). (Llegada a planta, a las 6h y al día siguiente de la intervención).  Inicio de tolerancia oral 6 horas tras cirugía.  Si tolerancia oral correcta: retirada de líquidos endovenosos.  Inicio de movilización a las 6 horas tras cirugía.  Profilaxis del tromboembolismo.</p>	<p>Enfermería  +  Anestesiología</p>
<b>1 día postoperatorio</b>	<p>Dieta normal equilibrada según tolerancia.  Movilización activa (deambulación).  Analgesia oral según protocolo. Evitar mórficos.  Incentivador respiratorio.  Valorar alta en cirugía laparoscópica (24 h).</p>	<p>Enfermería  +  Cirugía</p>
<b>Durante resto de hospitalización</b>	<p>Dieta normal.  Analgesia oral.  Movilización activa (deambulación).  Profilaxis del tromboembolismo.  Valorar alta a domicilio (recomendado vía laparotómica 48-72h).</p>	<p>Enfermería  +  Cirugía</p>
<b>Al alta</b>	<p>Mantenimiento de tromboprolifaxis si precisa.  <b>Encuesta de satisfacción.</b>  Control telefónico tras alta (48 horas).  Criterios generales de alta:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No complicaciones quirúrgicas</li> <li>• No fiebre</li> <li>• Dolor controlado con analgesia oral</li> <li>• Deambulación completa</li> <li>• Aceptación por parte de la paciente</li> </ul> <p>Seguimiento al alta/continuidad asistencial en consultas.  Coordinación con Atención Primaria.</p>	<p>Enfermería  +  Cirugía  +  MAP</p>