

**VÍA CLÍNICA DE RECUPERACIÓN INTENSIFICADA  
CIRUGÍA GINECOLÓGICA  
CÁNCER GINECOLÓGICO**

PERIODO	PROTOCOLO CIRUGÍA CÁNCER GINECOLÓGICO	ESPECIALISTA
<b>Previo al ingreso</b>	<p><u>-Información oral y escrita completa al paciente</u>  <b><u>-VALORACIÓN DEL RIESGO ANESTÉSICO-QUIRÚRGICO. Optimización nutricional, cardiológica, de anemia y comorbilidad</u></b></p> <p><u>Evaluación por cardiólogo</u> si patología cardiaca activa de reciente aparición o descompensada</p> <p><u>Evaluación nutricional:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Test de Cribado nutricional (MUST). Suplemento nutricional si procede</li> <li>-<u>Evaluación de la Diabetes Mellitus:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>-glucemia y HbA1c</li> <li>-si diabetes mal controlada o no diagnosticada previamente remitir a Atención Primaria y/o Endocrinología</li> </ul> </li> <li>-<u>Evaluación de la anemia</u> (algoritmo manejo preoperatorio anemia)</li> </ul> <p>-Abandonar consumo de tabaco y alcohol ( óptimo UN mes previo a la cirugía)</p> <p>-Valorar la inclusión en programa de prehabilitación trimodal (óptimo 4 semanas, mínimo 2 semanas)</p> <p>- <b>Remitir a la Consulta de la Enfermera referente de Ostomías si ileostomía/Colostomía/Urostomía (marcaje de Estoma si esta prevista)</b></p>	<p>Enfermería + Cirugía + Anestesiología + Nutricionista</p>
<b>Peroperatorio</b>	<p><b><u>Preoperatorio Inmediato</u></b> (si es posible programar el ingreso el mismo día de la cirugía)</p> <p><b>Antes del Ingreso:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Dieta baja en residuos y baja en grasas 3 días antes de la cirugía</li> <li>-Continuar con tratamiento nutricional previo si desnutrición</li> <li>-Ayuno de 6 horas para sólidos y 2 horas para líquidos claros</li> <li>-Suplemento de bebida carbohidratada 12,5% de maltodextrina 200ml 2h antes de la cirugía(en caso de diabetes administrar junto con medicación antidiabética)</li> <li>-Iniciar profilaxis tromboembólica según protocolo del hospital</li> <li>-<b>NO preparación intestinal anterógrada</b>, (valorar en recto bajo) Enema Cassen® la noche anterior</li> <li>-Ducha</li> </ul> <p><b>Ingreso:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Rasurado con maquinilla eléctrica si éste es necesario</li> <li>-Marcado de ostomía si está prevista.</li> <li>-Colocación de medias compresivas o de compresión neumática intermitente.</li> <li>-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.</li> <li>-Administración cuidadosa de sedantes de vida media corta</li> </ul>	<p>Enfermería + Cirugía + Anestesiología</p>

<p style="text-align: center;"><b>Peroperatorio</b></p>	<p><b><u>Intraoperatorio</u></b></p> <p><b>-Monitorización rutinaria:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-ECG, Presión Arterial no Invasiva (PANI), Pulsioximetría (%Sat O2), FiO2, Capnografía, Temperatura, Glucemia intraoperatoria, Profundidad anestésica (BIS), Bloqueo neuromuscular (optativo)</li> <li>-Valorar relajación muscular profunda. Valorar uso de <b>relajantes aminoesteroides</b> como primera opción (si se dispone de Sugammadex).</li> </ul> <p><b>-Sondaje vesical</b></p> <p><b>-Monitorización invasiva:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Presión arterial invasiva NO de forma rutinaria (potencialmente en pacientes con alteraciones cardiorrespiratorias graves)</li> <li>-Catéter venoso central NO de forma rutinaria</li> </ul> <p><b>-Inducción y mantenimiento anestésico</b> con agentes de acción corta</p> <p><b>-Oxigenación FiO2 60-80%</b></p> <p><b>-Fluidoterapia:</b> Se recomienda optimización hemodinámica mediante <b>fluidoterapia guiada por objetivos</b> con dispositivos validados. En caso de no disponer de éstos, se recomienda fluidoterapia basada en peso ideal en perfusión continua solución balanceada (3-5ml/kg/h para laparoscopia; 5-7ml/kg/h para laparotomía).</p> <p><b>-No sonda nasogástrica de manera rutinaria</b></p> <p><b>-Calentamiento activo</b> con manta térmica y calentador de fluidos</p> <p><b>-Profilaxis de náuseas y vómitos postoperatorios mínimo con doble terapia.</b></p> <p><b>-Analgésia epidural</b> torácica, a todos los pacientes sometidos a cirugía abierta. Pacientes con contraindicación para analgesia epidural podrían beneficiarse de <b>TAP bilateral y/o infiltrar trócares con anestésico local</b></p> <p><b>-Coadyuvantes analgésicos endovenosos:</b> - AINEs, durante la intervención quirúrgica - Ketamina (si tratamiento con opiáceos mayores)</p> <p><b>-Evitar niveles de glucemia &gt; 180 mg/dl</b> en paciente de riesgo de desarrollar insulinoresistencia (obesos, ancianos, larga duración quirúrgica)</p> <p><b>-Evitar drenajes</b> de forma rutinaria.</p>	<p style="text-align: center;">Enfermería + Anestesiología + Cirugía</p>
	<p><b>Postoperatorio inmediato (Unidad de Reanimación-sala de hospitalización)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Mantenimiento activo de temperatura</li> <li>-Mantenimiento de FiO2 0.5 2 horas tras fin intervención</li> <li>-Valoración del dolor: EVA (conseguir nivel de dolor 0-3)</li> <li>-Analgésia pautada según intervención (basada en analgesia epidural).</li> <li>-Mínima administración de mórficos. AINEs como terapia coadyuvante.</li> <li>-Fluidoterapia restrictiva</li> <li>-Inicio de tolerancia oral 6 horas tras cirugía</li> <li>-Inicio de movilización a las 6 horas tras cirugía</li> <li>-Tromboprofilaxis</li> <li>-Fisioterapia respiratoria</li> <li>-Control de glucemia.</li> </ul>	<p style="text-align: center;">Enfermería + Anestesiología</p>

<p><b>1º día postoperatorio</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Suplementación nutricional en casos seleccionados</li> <li>-Dieta líquida / semilíquida según tolerancia</li> <li>-Fisioterapia respiratoria</li> <li>-Valorar retirada de drenajes, si existen</li> <li>-Valoración del dolor: EVA (conseguir nivel de dolor 0-3). Analgesia endovenosa (no retirar catéter epidural hasta dolor controlado con analgesia endovenosa). Evitar la administración de mórnicos.</li> <li>-Movilización activa progresiva.</li> <li>-Si tolerancia oral correcta retirada de líquidos endovenosos.</li> <li>-Valorar la retirada de Sondaje vesical</li> <li>-Profilaxis NVPO.</li> <li>-Profilaxis antiulcerosa</li> <li>-Profilaxis tromboembólica</li> <li>-Control de glucemia</li> <li>- Cuidados de la Ostomía Inicio de educación para manejo del estoma si procede.</li> </ul>	<p>Enfermería + Cirugía + Anestesiología</p>
<p><b>2º día postoperatorio</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Dieta semiblanda/blanda</li> <li>-Analgesia endovenosa. Valorar analgesia oral</li> <li>-Profilaxis del tromboembolismo</li> </ul>	<p>Enfermería + Cirugía</p>
<p><b>3º día postoperatorio y resto hospitalización</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Dieta específica pacientes con Ostomía</li> <li>-Analgesia oral</li> <li>-Valorar alta a domicilio a partir de 3º día</li> </ul> <p><b><u>VALORAR CRITERIOS DE ALTA</u></b>  Valoración de posible alta si cumple los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-No complicaciones quirúrgicas</li> <li>-No fiebre</li> <li>-Dolor controlado con analgesia oral</li> <li>-Deambulacion completa</li> <li>-Tolerancia oral correcta .</li> </ul>	<p>Enfermería + Cirugía</p>
<p><b>Al alta</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Información personalizada, comprensible y completa</li> <li>-Adjuntar recomendaciones dietéticas para pacientes portadores de ostomia.</li> <li>-Mantenimiento de tromboprofilaxis 28 días tras cirugía</li> <li>- Encuesta de satisfacción.</li> <li>-Control telefónico tras alta</li> <li>-Seguimiento al alta/continuidad asistencial: 1, 3 y 6 meses tras el alta</li> <li>-Seguimiento en Consulta de Enfermera referente en ostomias, si procede</li> <li>*Apoyo domiciliario-Coordinación con Atención Primaria</li> </ul>	<p>Enfermería + Atención Primaria</p>