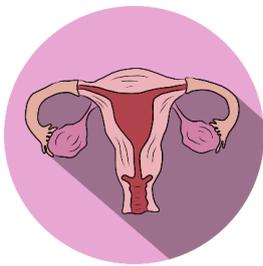


1	<p>Previo al Ingreso</p> <p>Anestesiología, Cirugía, Enfermería</p>
1.1	Información oral y escrita
1.2	Se recomienda la realización de <b>terapia prehabilitadora trimodal</b> con el fin de mejorar la capacidad funcional previa a la intervención quirúrgica. En cáncer de ovario avanzado y exenteración pélvica. Óptimo 4 semanas, mínimo 2 semanas.
	Valoración preoperatoria del <b>riesgo anestésico-quirúrgico y de la fragilidad</b> del paciente. Identificación de los pacientes de mayor riesgo perioperatorio.
1.3	<p><b>Optimización</b> nutricional, cardiológica, de anemia y comorbilidad.</p> <p><u>Evaluación por cardiólogo</u> si patología cardíaca 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 aAtención Primaria y/o Endocrinología</li> </ul> </li> <li>-<u>Evaluación de la anemia</u> (algoritmo manejo preoperatorio anemia). Objetivo Hb &gt; 13 g /dl</li> </ul>
1.4	Abandonar consumo de tabaco y alcohol (óptimo UN mesprevio a la cirugía)
1.5	<b>Remitir a la Consulta de la Enfermera referente de Ostomías si ileostomía/Colostomía/Urostomía (marcajede Estoma si está previsto)</b>
2	<b>Preoperatorio – Antes del ingreso</b>
2.1	Dieta baja en residuos y baja en grasas 3 días antes de la cirugía
2.2	Continuar con tratamiento nutricional previo si desnutrición
2.3	Ayuno de 6 horas para sólidos y 2 horas para líquidos claros
2.4	Suplemento de bebida carbohidratada 12,5% de maltodextrina 200ml 2h antes de la cirugía. En caso de diabetes Tipo 2 administrar 3 h antes junto con medicación antidiabética
2.5	Iniciar profilaxis tromboembólica según protocolo del hospital

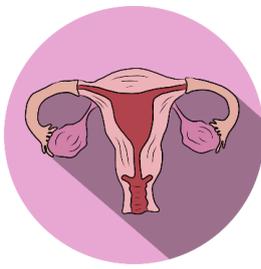


# Cirugía Ginecológica

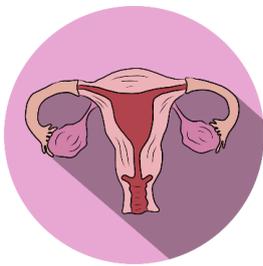
## Cáncer Ginecológico



2.6	<b>No preparación intestinal anterógrada</b> , (valorar en recto bajo) Enema Cassen® la noche anterior
2.7	Ducha
3	<b>Peroperatorio</b>
3.1	<b>Preoperatorio Inmediato</b> <i>Si es posible, programar el ingreso el mismo día de la cirugía</i> Anestesiología, Enfermería, Cirugía
3.1.1	No rasurado. Si es necesario, hacerlo con maquinilla eléctrica
3.1.2	Marcado de ostomía si está prevista
3.1.3	Colocación de medias compresivas o de compresión neumática intermitente
3.1.4	Administración profiláctica de antibiótico durante los 120 min previos a la incisión quirúrgica. En procedimientos prolongados o con sangrado abundante repetir dosis de acuerdo a la vida media de los fármacos
3.1.5	Administración cuidadosa de sedantes de vida media corta
3.2	<b>Intraoperatorio</b> Anestesiología, Cirugía, Enfermería
3.2.1	Se ha de realizar la lista de verificación quirúrgica para la prevención de eventos adversos y mortalidad relacionados con la intervención
3.2.2	Valorar la administración de ácido tranexámico a las pacientes sometidas a cirugía de carcinomatosis por cáncer de ovario avanzado o exenteración pélvica donde se espera que tengan una pérdida de sangre moderada-grave.
3.2.3	Utilizar Clorhexidina alcohólica al 2% como antiséptico para la piel intacta del campo quirúrgico. Clorhexidina acuosa para mucosas
3.2.4	<b>Monitorización rutinaria:</b> -ECG, Presión Arterial no Invasiva (PANI), Pulsioximetría (%Sat O2), FiO2, Capnografía, Temperatura, Glucemia intraoperatoria, Profundidad anestésica (BIS), Bloqueo neuromuscular (optativo) -Valorar relajación muscular profunda. Valorar uso de <b>relajantes aminoesteroides</b> como primera opción (si se dispone de Sugammadex)



3.2.5	<b>Sondaje vesical</b>
3.2.6	<b>Monitorización invasiva:</b> -Presión arterial invasiva NO de forma rutinaria (potencialmente en pacientes con alteraciones cardiorrespiratorias graves) -Catéter venoso central NO de forma rutinaria
3.2.7	<b>Inducción y mantenimiento anestésico</b> con agentes de acción corta
3.2.8	<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)
3.2.9	<b>No sonda nasogástrica de manera rutinaria</b>
3.2.10	<b>Calentamiento activo</b> con manta térmica y calentador de fluidos
3.2.11	<b>Profilaxis de náuseas y vómitos postoperatorios mínimo con doble terapia</b>
3.2.12	<b>Analgesia epidural</b> torácica, a todos los pacientes sometidos a cirugía abierta. Pacientes con contraindicación para analgesia epidural podrían beneficiarse de <b>TAP bilateral</b> y/o <b>infiltrar trócares con anestésico local</b>
3.2.13	<b>Coadyuvantes analgésicos endovenosos:</b> AINEs, durante la intervención quirúrgica. Ketamina (si tratamiento con opiáceos mayores)
3.2.14	<b>Evitar niveles de glucemia &gt; 180 mg/dl</b> en paciente de riesgo de desarrollar insulinoresistencia (obesos, ancianos, larga duración quirúrgica)
3.2.15	<b>Evitar drenajes</b> de forma rutinaria
3.2.16	Valorar el uso de TPN profiláctica en cirugía laparotómica para disminuir el riesgo de infección del sitio quirúrgico y en caso de heridas abiertas para acortar la curación
3.3	<b>Postoperatorio Inmediato</b> <i>Unidad de reanimación, sala de hospitalización</i> Enfermería, Cirugía
3.431	Mantenimiento activo de temperatura.
3.3.2	Valoración del dolor: EVA (conseguir nivel de dolor 0-3)

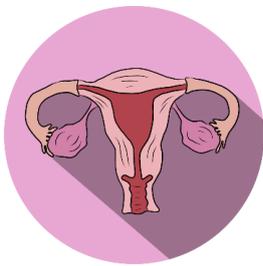


## Cirugía Ginecológica

### Cáncer Ginecológico



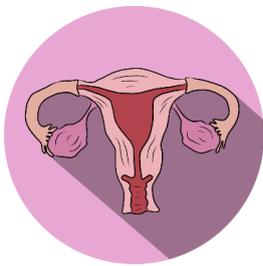
3.3.3	Analgésia pautada según intervención (basada en analgesia epidural)
3.3.4	Mínima administración de morfínicos. AINEs como terapéutico adyuvante
3.3.5	Fluidoterapia restrictiva
3.3.6	Inicio de tolerancia oral 6 horas tras cirugía
3.3.7	Inicio de movilización a las 6 horas tras cirugía
3.3.8	Tromboprofilaxis
3.3.9	Fisioterapia respiratoria
3.3.10	Control de glucemia
4	1º Día Postoperatorio Anestesiología, Cirugía, Enfermería
4.1	Suplementación nutricional en casos seleccionados
4.2	Dieta líquida / semilíquida según tolerancia
4.3	Fisioterapia respiratoria
4.4	Valorar retirada de drenajes, si existen
4.5	Valoración del dolor: EVA (conseguir nivel de dolor 0-3)
4.6	Retirar la analgesia epidural durante las primeras 24-48 h. No retirar hasta dolor controlado con analgesia endovenosa
4.7	Analgesia endovenosa. Evitar la administración de morfínicos
4.8	Movilización activa progresiva
4.9	Si tolerancia oral correcta retirada de líquidos endovenosos
4.10	Valorar la retirada de Sondaje vesical
4.11	Profilaxis NVPO
4.12	Profilaxis antiulcerosa



## Cirugía Ginecológica Cáncer Ginecológico



4.13	Profilaxis tromboembólica
4.14	Control de glucemia
4.15	Cuidados de la Ostomía Inicio de educación para manejo del estoma si procede
5	2º Día Postoperatorio Cirugía, Enfermería
5.1	Dieta semiblanda/blanda
5.2	Analgesia endovenosa. Valorar analgesia oral
5.3	Profilaxis del tromboembolismo
6	3º Día Postoperatorio Y resto de hospitalización Cirugía, Enfermería
6.1	Dieta específica pacientes con Ostomía
6.2	Analgesia oral
6.3	Valorar alta a domicilio a partir de 3º día
6.4	<b><u>VALORAR CRITERIOS DE ALTA</u></b> Valoración de posible alta si cumple los siguientes criterios: <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>- Tolerancia oral correcta</li> </ul>
7	Al Alta Enfermería, MAP
7.1	Información personalizada, comprensible y completa
7.2	Adjuntar recomendaciones dietéticas para pacientes portadores de ostomía
7.3	Mantenimiento de tromboprolifaxis 28 días tras cirugía



## Cirugía Ginecológica Cáncer Ginecológico



7.4	Encuesta de satisfacción
7.5	Control telefónico tras alta
7.6	Seguimiento al alta/continuidad asistencial: 1, 3 y 6 mesestras el alta
7.7	Seguimiento en Consulta de Enfermera referente enostomías, si procede
7.8	Apoyo domiciliario-Coordinación con Atención Primaria