



CONSORCI
HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARI
VALÈNCIA



Protocolo de anestesia en la laparotomía para exéresis de cáncer de útero y anexos

**Servicio de Anestesia, Reanimación y Tratamiento del Dolor
Consorcio Hospital General Universitario de Valencia**

Dra. Merche Murcia, Dra. Alicia Del Moral

CONSIDERACIONES PREOPERATORIAS

- Valoración preanestésica estándar
- Es importante conocer el estadiaje tumoral en el que se encuentra el paciente, ya que puede influir incluso en la indicación quirúrgica (radical vs. paliativa)

Asimismo debemos centrar nuestra atención en la detección de potencial síndromes paraneoplásico que puedan perturbar la normal homeostasia del paciente.

Valoraremos caso a caso la necesidad de pruebas complementarias suplementarias (PFR, ecocardiograma, interconsulta a especialista etc..).

- Particularidades de la paciente oncológica, según evolución y tratamientos adyuvantes de la paciente.
 - o Estado nutricional. El estado nutricional es un factor de riesgo independiente de aumento de la estancia hospitalaria
 - o Tratamientos adyuvantes : Quimioterapia, Radioterapia y Hormonoterapia. El paciente puede haber sido sometido a dichos tratamientos con anterioridad a la cirugía. Debemos valorar la presencia de efectos secundarios o toxicidad relacionada con dichos tratamientos. A tener en cuenta:
 - Carboplatino: nefrotóxico, trombocitopenia y (raramente) fallo cardiaco.
 - Paclitaxel : neuropatía periférica
 - Doxorubicina : dosis altas causa cardiomiopatía irreversible (7.5%)
 - Etopósido: neutropenia y mucositis
 - Radioterapia: Mucositis, Neuropatía periférica, Fibrosis pulmonar, Nefropatía periférica, Pericarditis, hepatopatía rádica.



CONSORCI
HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARI
VALÈNCIA



- Alteraciones analíticas, asociadas al proceso neoplásico o bien a tratamiento adyuvante
 - Anemia
 - Leucopenia
 - Trombocitopenia
 - Insuficiencia renal (*QT, deshidratación, lesión ureteral*)
 - Hipoalbuminemia (*cicatrización heridas, dehiscencia...*)

- Valoración y constatación en la historia clínica de déficits neurológicos preoperatorios.
- Hidratación y reposición volemia:
 - Preparación intestinal
 - Paracentesis evacuadora de líquido ascítico
 - Historia de vómitos
- Profilaxis TVP
- Premedicación ansiolítica

MANEJO INTRAOPERATORIO

- POSICION: Decúbito supino o litotomía modificada. Es necesario prestar especial atención al posicionamiento de la paciente con protección de decúbitos para evitar lesiones nerviosas asociadas.

- MONITORIZACION:
 - Estándar: ECG, PANI, SpO₂, EtCO₂; BIS, TOF
 - Consideración especial asociada al procedimiento quirúrgico: Resecciones con riesgo hemorrágico y linfadenectomias amplias con pérdida de líquido a tercer espacio, así como presencia de ascitis en cuantía significativa se recomienda monitorización invasiva con PAI y PVC.
 - Sondaje vesical y vigilancia diuresis
 - T⁰, en cirugías prolongadas y resecciones amplias



- TECNICA ANESTESICA

- De elección: Anestesia general +/- ALR
- Inducción: Estándar
- Valorar la profilaxis broncoaspiración e inducción de secuencia rápida en pacientes con grandes masas tumorales abdominales, ascitis, distensión abdominal. Obstrucción intestinal por la neoplasia.
- Mantenimiento: TIVA +/- Balanceada.
- Fluidoterapia: Reposición fluidos en función resección realizada, pérdidas tercer espacio, linfadenectomía realizada y sangrado quirúrgico
- Analgesia perioperatoria multimodal, ajustada a procedimiento quirúrgico:
 - Analgesia iv (AINES, Paracetamol, opiáceos)
 - Infiltración herida quirúrgica con anestésicos locales
 - TAP- block
 - Analgesia epidural
- Profilaxis de NVPO (Protocolo SARTD de NVPO)
- Técnicas de normotermia

MANEJO POSTOPERATORIO

- Características especiales asociadas al postoperatorio de la cirugía ginecológica oncológica:
 - Dolor postoperatorio moderado –severo: opciones analgésicas en función del procedimiento quirúrgico:
 - Paracetamol, AINES, Inhibidores COX-2
 - +/- Opiáceos (tramadol, oxicodona, morfina)
 - +/- Anestésicos locales en herida quirúrgica
 - +/- TAP block
 - +/- Analgesia epidural: perfusión de anestésicos locales a baja concentración durante 24- 48 horas del postoperatorio.
 - NVPO → Protocolo NVPO
 - Disminución de la motilidad gastrointestinal (2-5 días) → vigilancia ileo parálisis y procinéticos en función de evolución



CONSORCI
HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARI
VALÈNCIA



- Vigilancia complicaciones postquirúrgicas:
 - o SRIS
 - o Coagulopatía, sangrados
 - o Infección herida quirúrgica
 - o Dehiscencias, peritonitis
 - o Ileo paralítico
 - o Obstrucción intestinal → soporte nutricional
 - o Obstrucción urinaria

- Ajuste requerimientos de fluidoterapia en función de tolerancia oral, pérdidas líquidos a tercer espacio durante perioperatorio, ascitis, etc.

- Profilaxis TVP, deberá ajustarse con la posible coagulopatía asociada y la retirada del catéter epidural.