INSTITUTO REGIONAL DE
ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS
DEL NORTE

Resolución Directoral Nº 174-2020-GR-LL/GGR/GRS/IREN NORTE-DG

Trujillo, 27 de Julio de 2020

VISTO:
El Expediente Administrativo N°0001906-20 el mismo que contiene el Informe Nº 038-2020-IREN NORTE-DCE-S.GIN.ONC de fecha 20 de Julio de 2020 emitido por el Jefe del Departamento de Cirugía en Ginecología del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas "Dr. Luis Pinillos Ganoza" – IREN Norte y;

CONSIDERANDO:

Que, con Ordenanza Regional Nº 021-2006-CR/RLL de fecha 07 de Diciembre del 2006, se crea el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas "Dr. Luís Pinillos Ganoza" IREN Norte, ante la clara necesidad pública de descentralizar los servicios médicos oncológicos, a fin de detectar y tratar las enfermedades Neoplásicas y desarrollar acciones de Prevención y Promoción de la Salud;

Que, el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas "Dr. Luís Pinillos Ganoza" IREN Norte, tiene como misión proteger, promover, prevenir y garantizar la atención integral del paciente oncológico, dando prioridad a las personas de escasos recursos económicos; así como, controlar, técnica y administrativamente, a nivel regional los servicios de salud de las enfermedades neoplásicas, y realizar las actividades de investigación y docencias propias del Instituto;

Que, mediante Ley Nº 27658 –Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado— establece que el proceso de modernización de la gestión del Estado tiene como finalidad fundamental la obtención de mayores niveles de eficiencia, priorizando y optimizando el uso de los recursos públicos a fin de alcanzar un Estado descentralizado y desconcentrado.

Que, el Reglamento de Organización y Funciones (ROF) del IREN aprobado con Ordenanza Regional Nº 009-2018-GR-LL/CR, precisa que en coordinación con el INEN se deberá innovar, emitir y difundir permanentemente las normas, guías, métodos, técnicas, indicadores y estándares del manejo en el campo oncológico;

Que, el Departamento de Cirugía en Ginecológica es la unidad orgánica encargada de prestar atención medico quirúrgica a pacientes con neoplasias del aparato reproductivo pélvico en el marco del tratamiento multidisciplinario del cáncer; de lograr la innovación, creación, actualización y difusión de los conocimientos, métodos, técnicas y procedimientos del diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento correspondiente; de asegurar el cumplimiento de las normas de bioseguridad y seguridad del paciente, de proponer y participar en la formulación de las normas nacionales de manejo multidisciplinario del cáncer y de lograr la formación y capacitación de recursos humanos necesarios;

Que, bajo ese contexto mediante Informe N° 038-2020-IRENNORTE-DCE-S.GIN.ONC. el Jefe del Departamento de Cirugía en Ginecología, solicita la aprobación de la Guía Técnica: *Procedimientos de Cirugía Ginecológica,* documento que mediante correo electrónico de Normatividad de fecha 20 de julio de 2020 fue aprobado y que con documento del visto se solicita se emita el acto resolutivo que corresponde;

En ejercicio a las atribuciones conferidas por la Ley Nº 27783-Ley de Base de la Descentralización, Ley Nº 27867 – Ley Orgánica de Gobiernos Regionales, Ordenanza Regional Nº 009-2018-GR-LL/CR, de fecha 14 de Noviembre el 2008, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas "Dr. Luís Pinillos Ganoza"- IREN

NORTE, Resolución Ejecutiva Regional Nº 2692-2019-GR-LL-PRE, y con las visaciones correspondientes.

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO: APROBAR, la Guía Técnica: *"**Procedimientos de Cirugía Ginecológica**"* del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas "Dr. Luis Pinillos Ganoza" IREN Norte, la misma que como anexo se adjunta y forma parte de la presente Resolución.

ARTICULO SEGUNDO: ENCARGAR la difusión de la presente Resolución al Departamento de Cirugía en Ginecología del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas "Dr. Luis Pinillos Ganoza" – IREN Norte.

ARTICULO TERCERO: DISPONER, la publicación de la presente resolución en la página Web del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas "Dr. Luis Pinillos Ganoza" – IREN Norte, para conocimiento público.

ARTICULO CUARTO: NOTIFICAR, la presente Resolución Directoral y la Guía Técnica de Medicina Oncológica, en el modo y forma de ley.

Regístrese, Comuníquese y Archívese
MAGV
UPAE

REGIÓN LA LIBERTAD
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
Dr. Marco Antonio Gálvez Villanueva
DIRECTOR GENERAL
Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas
"Dr. Luis Pinillos Ganoza" IREN-NORTE

Distribución
D. ENF. (01)
ADM (01)
Informática (01)
Archivo

INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS
"DR. LUIS PINILLOS GANOZA" IREN NORTE

DIRECCION DE CIRUGIA ESPECIALIZADA

DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA EN GINECOLOGÍA

GUIA TECNICA: PROCEDIMIENTOS DE CIRUGIA GINECOLOGICA

Dr. MARCO GALVEZ VILLANUEVA
Dirección General

Dr. RODRIGO NÚÑEZ VÍLCHEZ
Dirección de Cirugía Especializada

Dr. ROBERTO RODRIGUEZ FAJARDO
Departamento de Cirugía en Ginecología

TRUJILLO-PERU

2020

REGIÓN LA LIBERTAD
V° B°
Dirección de Cirugía Especializada
GERENCIA REGIONAL DE SALUD - IREN NORTE

REGIÓN LA LIBERTAD
V° B°
Servicio de Cirugía en Ginecología
GERENCIA REGIONAL DE SALUD - IREN NORTE

ELABORADO POR:

1. Dr. Roberto Rodríguez Fajardo
   Jefe del Departamento de Cirugía en Ginecología
2. Dr. Rodrigo Núñez Vílchez
   Médico asistente del Departamento de Cirugía en Ginecología
3. Dr. Jaime Enrique Cruz Zare.
   Médico asistente del Departamento de Cirugía en Ginecología

REVISADO POR:

1. Dirección de Control del Cáncer
2. Servicio de Normatividad y Control de Servicios Oncológicos

APROBADO POR:

1. Dirección General del IREN NORTE

REGIÓN LA LIBERTAD V° B° Dirección de Cirugía Especializada GERENCIA REGIONAL DE SALUD - IREN NORTE

REGIÓN LA LIBERTAD V° B° Servicio de Cirugía en Ginecología GERENCIA REGIONAL DE SALUD - IREN NORTE

REGIÓN LA LIBERTAD V° B° Servicio de Cirugía en Ginecología GERENCIA REGIONAL DE SALUD - IREN NORTE

INDICE

TITULO

I. FINALIDAD.....05

II. OBJETIVOS.....05

III. AMBITO DE APLICACIÓN.....05

IV. NOMBRE DE LOS PROCEDIMIENTOS.....05

V. CONSIDERACIONES GENERALES.....05

DEFINICIONES OPERATIVAS.....06

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS.....07

6.1 NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: HISTERECTOMIA AMPLIADA A VAGINA Y/O HISTERECTOMIA ABDOMINAL TOTAL

6.1.1 OBJETIVOS 07

6.1.2 INDICACIONES.....07

6.1.3 CONTRAINDICACIONES.....07

6.1.4 REQUERIMIENTOS BÁSICOS 07

6.1.5 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO 09

6.1.6 COMPLICACIONES.....13

6.1.7 INDICADORES.....14

6.1.8 RESPONSABILIDADES.....15

6.1.9 BIBLIOGRAFÍA.....15

6.2 NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: HISTEROSCOPIA DIAGNOSTICA Y QUIRURGICA

6.2.1 OBJETIVOS 17

6.2.2 INDICACIONES.....17

6.2.3 REQUERIMIENTOS BÁSICOS 17

6.2.4 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO.....18

6.2.5 COMPLICACIONES.....19

6.2.6 INDICADORES.....19

6.2.7 RESPONSABILIDADES.....20

6.2.8 BIBLIOGRAFÍA.....20

6.3 NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: HISTERECTOMIA LAPAROSCOPICA

6.3.1 OBJETIVOS.....21

6.3.2 INDICACIONES.....21

6.3.3 VENTAJAS.....21

6.3.4 CONTRAINDICACIONES.....21

6.3.5 REQUERIMIENTOS BÁSICOS.....21

6.3.6 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO.....23

6.3.7 COMPLICACIONES.....25

6.3.8 INDICADORES.....26

6.3.9 RESPONSABILIDADES.....26

6.3.10 BIBLIOGRAFÍA.....26

6.4 NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: ESTADIAJE DE OVARIO Y ENDOMETRIO

6.4.1 OBJETIVOS 28

6.4.2 INDICACIONES.....28

6.4.3 CONTRAINDICACIONES.....28

6.4.4 REQUERIMIENTOS BÁSICOS.....29

REGION LA LIBERTAD V° B° Dirección de Cirugía Especializada GERENCIA REGIONAL DE SALUD - IREN NORTE

REGION LA LIBERTAD V° B° Servicio de Cirugía en Ginecología GERENCIA REGIONAL DE SALUD - IREN NORTE

6.4.5 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO.....30
6.4.6 COMPLICACIONES.....37
6.4.7 INDICADORES.....37
6.4.8 RESPONSABILIDADES.....38
6.4.9 BIBLIOGRAFÍA.....39
6.5 NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: CITOREDUCCION DE OVARIO Y ENDOMETRIO.
6.5.1 OBJETIVOS 41
6.5.2 INDICACIONES.....41
6.5.3 CONTRAINDICACIONES.....41
6.5.4 REQUERIMIENTOS BÁSICOS.....41
6.5.5 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO.....43
6.5.6 COMPLICACIONES.....51
6.5.7 INDICADORES.....52
6.5.8 RESPONSABILIDADES.....52
6.5.9 BIBLIOGRAFÍA.....52
6.6 NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: VULVECTOMIA SIMPLE Y RADICAL
6.6.1 OBJETIVOS 54
6.6.2 INDICACIONES.....54
6.6.3 REQUERIMIENTOS BÁSICOS.....52
6.6.4 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO.....55
6.6.5 COMPLICACIONES.....59
6.6.6 INDICADORES.....60
6.6.7 RESPONSABILIDADES.....60
6.6.8 BIBLIOGRAFÍA.....60

REGIÓN LA LIBERTAD V°B° Dirección de Cirugía Especializada GERENCIA REGIONAL DE SALUD - IREN NORTE

REGIÓN LA LIBERTAD V°B° Servicio de Cirugía en Ginecología GERENCIA REGIONAL DE SALUD - IREN NORTE

GUIA TECNICA: PROCEDIMIENTOS DE CIRUGIA GINECOLOGICA

I. FINALIDAD

Contribuir a la estandarización de los procedimientos en el Departamento de Cirugía en Ginecología, para brindar una atención oportuna y de calidad al paciente, evitando incidentes de responsabilidad legal en los profesionales del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas.

II. OBJETIVOS

- Disminuir el número de complicaciones quirúrgicas trans y post operatorias.
- Evitar la estancia hospitalaria prolongada.

III. AMBITO DE APLICACIÓN

La presente guía técnica es de aplicación del personal Médico del Departamento de Cirugía en Ginecología del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas "Dr. Luis Pinillos Ganoza" - IREN Norte.

IV. NOMBRE DE LOS PROCEDIMIENTOS

1. Histerectomía ampliada a vagina y/o histerectomía abdominal total (HAV y/o HAT)
2. Histeroscopía diagnóstica y quirúrgica (HDQ)
3. Histerectomía laparoscópica (HLAP)
4. Estadiaje de Ovario y Endometrio (EOE)
5. Citoreducción de Ovario y Endometrio (COE)
6. Vulvectomía simple y radical (VS/VR)

V. CONSIDERACIONES GENERALES

DEFINICIONES OPERATIVAS

1. **Histerectomía Ampliada a Vagina y/o Histerectomía Abdominal Total (HAV y/o HAT):** Procedimiento en el cual se extirpa totalmente el útero por vía abdominal con o sin extensión a vagina.
2. **Histeroscopía Diagnóstica (HD):** Es la inspección endoscópica de la cavidad uterina y canal cervical mediante instrumentos ópticos especialmente diseñados. Se llama **Diagnóstica** cuando se utilizan instrumentos de calibre delgado, que sólo permiten el paso de la lente para visualizar la cavidad endometrial.
3. **Histeroscopía Quirúrgica (HQ):** Es la inspección endoscópica de la cavidad uterina y canal cervical mediante instrumentos ópticos especialmente diseñados. Se llama **Quirúrgica** cuando mediante el uso de una camisa de mayor calibre, se puede introducir instrumental (tijeras, pinzas, o incluso electrodos para utilizar energía monopolar o bipolar) para llevar a cabo procedimientos quirúrgicos.

REGIÓN LA LIBERTAD V° B° Dirección de Cirugía Especializada GERENCIA REGIONAL DE SALUD - IREN NORTE

REGIÓN LA LIBERTAD V° B° Servicio de Cirugía en Ginecología GERENCIA REGIONAL DE SALUD - IREN NORTE

4. **Estadiaje de Ovario y Endometrio (EOE):** Procedimiento quirúrgico para estadificar cáncer de ovario/endometrio. Consiste en realizar histerectomía abdominal total y salpingooferectomía bilateral, citología peritoneal (En liquido ascítico o lavado peritoneal), linfadenectomía pélvica y/o paraaórtica, Biopsias de áreas sospechosas y/o biopsias sistemáticas: serosa de vejiga, meso rectal, fondo de saco de Douglas, parietocolicos, diafragmáticas (el raspado del diafragma para la tinción de Papanicolaou es una alternativa aceptable), omentectomia infracólica.
5. **Histerectomía Laparoscópica (HLAP):** Procedimiento en el cual se extirpa totalmente el útero por laparoscópica con o sin anexos y/o extensión a vagina.
6. **Citorreducción de Ovario y Endometrio (COE):** Extracción quirúrgica de la mayor cantidad posible del tumor de ovario y endometrio, intentando cuando sea posible, que el procedimiento sea **Optimo:** Enfermedad residual < 1cm.
7. **Vulvectomía simple (VS):** La vulvectomía simple clásica elimina la piel vulvar y la grasa superficial, incluido el clítoris con prepucio, los labios menores, las almohadillas de grasa labial y los labios mayores a la unión de la piel con y sin pelo.
8. **Vulvectomía radical (VR):** Consiste en la extirpación de toda la vulva, es decir, labios mayores y menores, clítoris, además del monte de Venus, zona perineal y tercio externo de la vagina; el margen profundo debe ser la fascia inferior del diafragma urogenital, que está en el mismo plano de la fascia lata y la fascia superior a la sínfisis púbica. Incluye la extirpación de los ganglios linfáticos inguinofemorales (uni o bilaterales).
9. **Complicaciones quirúrgicas:** Es aquella eventualidad que ocurre en el curso previsto de un procedimiento quirúrgico con una respuesta local o sistémica que puede retrasar la recuperación, poner en riesgo una función o la vida.
10. **Estancia hospitalaria:** Es el número de días que un paciente ha permanecido hospitalizado entre su ingreso y egreso.
    ESTANDAR: Hospital II –1: 4 Hospital II –2: 6 Hospital III – 1: 9

REGIÓN LA LIBERTAD V°B° Dirección de Cirugía Especializada GERENCIA REGIONAL DE SALUD - IREN NORTE

REGIÓN LA LIBERTAD V°B° Servicio de Cirugía en Ginecología GERENCIA REGIONAL DE SALUD - IREN NORTE

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1 NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: HISTERECTOMIA AMPLIADA A VAGINA (HAV) Y/O HISTERECTOMIA ABDOMINAL TOTAL (HAT)

CÓDIGO CPT: 58150

6.1.1 OBJETIVOS

Socializar la técnica quirúrgica estándar de la HAV y/o HAT para disminuir el número de complicaciones quirúrgicas trans y post operatorias, así como evitar la estancia hospitalaria prolongada.

6.1.2 INDICACIONES:

Condiciones Agudas: Emergencias

- Ginecorragia no controlada
- Complicación de una operación

Enfermedad Premaligna o Cáncer (conocida)

- Enfermedad preneoplásica de cuello uterino o del útero
- Cáncer invasor de cuello uterino, endometrio, ovario, etc.

Enfermedad Benigna:

- Asociadas a enfermedad premaligna

6.1.3 CONTRAINDICACIONES:

- Paciente en mal estado general, cuya indicación no es la causa que pone en riesgo la vida de la paciente.
- Deseo de gestación, existiendo otras alternativas de manejo.

6.1.4 REQUERIMIENTOS BÁSICOS:

➢ **RECURSOS HUMANOS:**

- Médico especialista Ginecólogo Oncólogo/ Cirujano Oncólogo/ Anestesiólogo
- Licenciada(o) en Enfermería
-

➢ **RECURSOS MATERIALES:**

- Ropa de sala de operaciones, con gorro mascarilla y botines (o zapatos apropiados).
- Ropa y campos estériles (con respectivo testigo)
- Compresas de gasa radiopacas estériles de 48x48cm y 50x15cm. (con respectivo testigo)
- Guantes estériles N° 6 ½ , 7 y 7 ½ .
- Solución antiséptica para el lavado de campo operatorio pre quirúrgico Yodopovidona espuma y solución).
- Sonda Foley N° 14 o 16.
- Bolsa colectora de orina.
- Tubo de aspiración de silicona de ≥ a 3 metros. Conexión Hembra - Hembra Diámetro interno 6mm a 9mm
- Mangos estériles para movilizar las lámparas cialíticas.

REGIÓN LA LIBERTAD V°B° Dirección de Cirugía Especializada GERENCIA REGIONAL DE SALUD - IREN NORTE

REGIÓN LA LIBERTAD V°B° Servicio de Cirugía en Ginecología GERENCIA REGIONAL DE SALUD - IREN NORTE

- Placa de retorno de electrobisturí para adulto desechable.
- Lápiz electroquirúrgico estéril descartable, con electrodo tipo espátula pequeño y largo.
- Instrumental quirúrgico
  - ✓ Pinza Mayo
  - ✓ Pinza Rochester
  - ✓ Pinza Carmalt.
  - ✓ Pinza Heaney
  - ✓ Pinza Kocher
  - ✓ Pinza Ochsner
  - ✓ Pinza Peán
  - ✓ Pinza Kelly
  - ✓ Pinza Crawford
  - ✓ Pinza Moynihan
  - ✓ Pinza Wertheim
  - ✓ Pinza Zeppelin,
  - ✓ Pinza Zinnanti,
  - ✓ Pinza Clark
  - ✓ Pinza Allis.
  - ✓ Pinza Mixter.
  - ✓ Tijera Metzenbaum
  - ✓ Tijera Mayo recta y curva.
  - ✓ Pinza disección con diente.
  - ✓ Pinza disección sin diente.
  - ✓ Pinza de campo Backhau.
  - ✓ Porta Agujas Mayo Hegar.
  - ✓ Separador Farabeuf.
  - ✓ Separador autoestático Balfour.
  - ✓ Separador suprapúbico.
  - ✓ Valva maleable.
  - ✓ Cánula de aspiración Yankahuer.
- Suturas:
  - ✓ Reabsorbible:
    - Vicryl Nº 0, 1, 2/0 CT-1, CT-2
    - Ac. Poliglicólico Nº 0, 1, 2/0 MR 30-35
    - Caprofyl Nº 1, 0, 2/0 MR 30-35
    - Catgut Crómico Nº 1, 0, 2/0
    - PDS II Nº 0 CT-1
  - ✓ No reabsorbible:
    - Nylon 3/0 TC 30.
    - Prolene.
    - Hilo de algodón 0, 10.

REGION LA LIBERTAD V° B° Dirección de Cirugía Especializada GERENCIA REGIONAL DE SALUD - IREN NORTE

REGION LA LIBERTAD V° B° Servicio de Cirugía en Ginecología GERENCIA REGIONAL DE SALUD - IREN NORTE

- Grapas hemostáticas.

➢ **EQUIPOS:**

- Equipo de aspiración.
- Equipo de electrocirugía con corte, coagulación, corte-coagulación, monopolar y bipolar.
- Equipo de electrocirugía con sistema de sellado de vasos.
- Electrocirugía con sistema de coagulación.

6.1.5 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

A. Antes de realizar todo acto quirúrgico debemos tener en cuenta:

1. Comprobar que tenemos todo el material necesario.
2. Identificamos al paciente según guía del servicio.
3. Informamos al paciente y familia del procedimiento que vamos a realizar y de qué acciones son necesarias para su colaboración

B. Preparación Preoperatoria:

1. Ayuno de 8 horas previos a la cirugía.
2. Colocación de vía periférica permeable.
3. Recorte del vello púbico previo a cirugía.
4. Antibiótico profilaxis según guía de manejo

C. Equipos de protección individual.

1. Botas quirúrgicas.
2. Gorro quirúrgico.
3. Mascarilla quirúrgica.
4. Bata quirúrgica.
5. Guantes quirúrgicos.
6. Gafas

D. Técnica quirúrgica.

1. Previamente los cirujanos se realizan lavado de manos (Ver guía de lavado de manos), se colocan la ropa quirúrgica y equipos de protección individual.
2. La paciente recibe anestesia, de acuerdo a las Guías del Departamento de Anestesiología.
3. La paciente se encuentra en posición decúbito dorsal.
4. Lavado del campo operatorio desde el surco sub mamario hasta los muslos, finalizando en los genitales externos y vagina con yodopovidona espuma y solución. (ver guías de lavado del campo operatorio de la institución).
5. Colocación de Sonda Foley N° 14 o 16 conectada a bolsa colectora, con globo 5-15cc a menos que exista otra indicación, (ver guías de colocación de sonda tipo Foley).
6. Colocación de la placa de retorno al paciente, realizado por la enfermera circulante.

REGIÓN LA LIBERTAD V°B° Dirección de Cirugía Especializada GERENCIA REGIONAL DE SALUD - IREN NORTE

REGIÓN LA LIBERTAD V°B° Servicio de Cirugía en Ginecología GERENCIA REGIONAL DE SALUD - IREN NORTE

7. Colocación de los campos estériles sobre la paciente y fijación con pinza de campo Backhau.
8. El cirujano principal se coloca al lado izquierdo de la paciente y el primer ayudante al lado derecho de la paciente.
9. Colocación y distribución del tubo de aspiración y del lápiz de electrocirugía los cuales se fijan al campo operatorio con pinza de campo Backhau.
10. El procedimiento quirúrgico se inicia realizando una incisión de laparotomía mediana supra – infra umbilical, o una incisión transversa suprapúbica tipo Pfannestiel según sea necesario.
11. Se apertura la pared abdominal hasta cavidad por planos.
12. Se protegerá la pared abdominal con campos estériles (campos secundarios).
13. Acto seguido debe siempre ser la exploración de la cavidad abdominal y de la pelvis.
14. Colocación de la paciente en posición de trendelenburg.
15. Colocación del separador autoestático y con gasas tipo dressing se rechazarán las asas intestinales para facilitar la visualización del campo operatorio.
16. Se procede al agarre de los cuernos del útero clampando con fórceps apropiados de prehensión (pinza Rochester Carmalt) justo a nivel de la parte proximal de ambos anexos.
17. Se realiza tracción y movilización del útero mediante los clamp de agarre en dirección anterior y caudal, la cual se realizará mientras dure el procedimiento hasta la excéresis de la pieza operatoria.
18. Se clampan los ligamentos redondos con pinza Kelly - Kelly, se cortan con electrobisturí y ligan los extremos distal y proximal con hilo 10 colocando pinza Kelly de reparo en el hilo 10 del extremo proximal del ligamento redondo.
19. El retroperitoneo es abierto lateralmente teniendo cuidado de no dañar los vasos ováricos.
20. Sección de la hoja anterior del ligamento ancho y disección del Espacio Vésico-uterino con Tijera Metzenbaum o Electrobisturi
21. Se disecan y crean las fosas paravesicales.
22. Se identifican los uréteres los cuales deben preservarse.
23. El peritoneo posterior es incidido en el área menos vascularizada cercana al ligamiento útero-ovárico y a la porción más proximal de la trompa para proceder a separar estas estructuras del útero clampando la trompa y ligamento útero-ovárico con pinzas Crawford – Crawford en su extremo distal y proximal; se cortando con tijera Metzenbaum y ligando las mismas con Vicryl Nº 1, 0.
24. Sección de Hoja posterior del ligamento ancho y Disección Espacio Recto-uterino y para-rrectal con Tijera y Crafoord.

REGIÓN LA LIBERTAD V° B° Dirección de Cirugía Especializada GERENCIA REGIONAL DE SALUD - IREN NORTE

REGIÓN LA LIBERTAD V° B° Servicio de Cirugía en Ginecología GERENCIA REGIONAL DE SALUD - IREN NORTE

25. El ligamiento úterosacro es clampado (Pinza Pinza Crafoord, Mayo,Heaney, Peán, Rochester), cortado y ligado a nivel de su inserción útero.
26. Se pinzan los vasos uterinos (Pinza Mayo, Heaney, Faure, Heiss, Rochester, Zeppelin, Zinnanti, Rogers) a nivel del itsmo, los cuales se seccionan con tijera Metzenbaum e inmediatamente son ligandos con doble ligadura: Transfixiante y simple (con Vicryl Nº 1, 0; e Hilo algodón 10, respectivamente).
27. Se clampan los ligamientos cardinales con clamps fórceps fuertes (Heaneay, mayo) a nivel de su contacto con el cérvix, para luego cortarlos y ligarlos con Catgut Nº 1 o vicryl 1 Este procedimiento se repite las veces que sean necesarias desde la región cefálica a la caudal, hasta identificar adecuadamente la parte distal del cérvix (generalmente por palpación).
28. Finalmente, la pieza operatoria es separada con un adecuado corte de la vagina (1 a 2 cm) con técnica abierta (Utilizando Electrobisturi) o con técnica cerrada colocando clamps fuertes (como los fórceps de Moningham, Heaneay, Mayo) a nivel de la vagina por debajo del cérvix. También se puede realizar utilizando instrumental de sutura mecánica a nivel de la vagina por debajo del cérvix.
29. Cualquier sangrado es cuidadosamente controlado.
30. El cierre de la vagina se puede realizar con puntos separados o con sutura continua (surget), a criterio del cirujano. Todo el material de sutura es reabsorvible (preferentemente Vicryl N° 0-1)
31. Nuevamente cualquier sangrado es cuidadosamente controlado (revisión de hemostasia prolija).
32. Se procede al conteo de las compresas de gasas (completas) y del instrumental quirúrgico (completo) a cargo de enfermera instrumentista y circulante.
33. Se retira el separador autoestático y las gasas tipo dressing que habían sido colocadas para rechazar las asas intestinales.
34. Paciente vuelve a la posición decúbito dorsal.
35. Se realiza al cambio de guantes de cirujanos e instrumentista.
36. Se procede al cambio de los campos de segundo orden.
37. Se cambia el instrumental quirúrgico para proceder al cierre de la pared.
38. Cierre de fascia con Vycril 1-0 puntos continuos.
39. Cierre de tejido celular sub cutáneo con catgut 2-0 puntos separados.
40. Cierre de piel con nylon 3-0 puntos separados o continuos.

REGIÓN LA LIBERTAD V°B° Dirección de Cirugía Especializada GERENCIA REGIONAL DE SALUD - IREN NORTE

REGIÓN LA LIBERTAD V°B° Servicio de Cirugía en Ginecología GERENCIA REGIONAL DE SALUD - IREN NORTE

a. SI EL OVARIO VA A SER REMOVIDO CON EL ÚTERO DURANTE LA HISTERECTOMÍA.

1. La paciente recibe anestesia, de acuerdo a las Guías del Departamento de Anestesiología.
2. La paciente se encuentra en posición decúbito dorsal.
3. Lavado del campo operativo, desde el surco sub-mamario hasta los muslos, finalizando en los genitales (ver guías de lavado del campo operatorio de la institución), realizado por médico residente.
4. Colocación de sonda Foley conectada a bolsa colectora, con globo 5-15cc-a menos que exista otra indicación, (ver guías de colocación de sonda tipo Foley).
5. Colocación de la placa de retorno al paciente realizado por la enfermera circulante
6. Los cirujanos colocan los campos estériles sobre la paciente.
7. El cirujano se coloca al lado izquierdo de la paciente y el primer ayudante al lado derecho de la paciente.
8. Colocación y distribución del tubo de aspiración y del lápiz de electrocirugía.
9. El procedimiento usualmente se inicia realizando una incisión de laparotomía mediana o una incisión transversa suprapúbica.
10. Se apertura la pared abdominal hasta cavidad por planos.
11. De ser posible, se protegerá la pared con campos estériles (campos secundarios).
12. Colocación de la paciente en posición Trendelenburg.
13. El primer paso a seguir debe siempre ser la exploración de la cavidad abdominal y de la pelvis.
14. Colocación de separación auto estático.
15. Rechazo de asa intestinales del campo operatorio con apósitos húmedos (comprensas grandes) con sus respectivos aros de seguridad.
16. Se procede al agarre del útero clampando con fórceps apropiados de prehensión (Rochester carmalt), justo a nivel de la parte proximal de ambos anexos.
17. El siguiente paso consiste en la tracción y movilización del útero con los clamps de agarre en dirección anterior y caudal, lo cual se realizará mientras dure el procedimiento hasta la exéresis de la pieza operatoria.
18. Usualmente se clampan, cortan y ligan los ligamientos redondos y el retroperitoneo es abierto lateralmente.
19. Después de haber aperturado la hoja posterior del ligamiento ancho e identificado vasos iliacos, el uréter, y los vasos ováricos, se hace una fenestración en el peritoneo entre el uréter y los vasos ováricos superior al ovario, bajo visión directa.
20. La fenestración puede ser:
    - ✓ Con un clamp punta fina largo pasándola a través del peritoneo desde la parte lateral a la medial, contra los dedos y entre dos dedos que soportan la cara medial de dicho peritoneo.

REGIÓN LA LIBERTAD V° B° Dirección de Cirugía Especializada GERENCIA REGIONAL DE SALUD - IREN NORTE

REGIÓN LA LIBERTAD V° B° Servicio de Cirugía en Ginecología GERENCIA REGIONAL DE SALUD - IREN NORTE

- ✓ Cortando el peritoneo con tijera o con la hoja del lápiz electroquirúrgico.

21. Asociados los vasos ováricos y teniendo un pedículo lo más delgado posible, se clampan dichos vasos en el pedículo del ligamiento infundibulopélvico con pinzas crawford gruesa y delgada.
22. Un segundo clamp en paralelo es colocado distalmente a los vasos ováricos, y entonces se procede a cortar los mismos entre las pinzas.
23. El pedículo es ligado con hilo en pinza (nudo libre), y luego una segunda ligadura con sutura de transfixión con aguja es ubicada por seguridad entre el nudo libre y el clamp.
24. Se usan suturas absorbibles (2/0, 0) y no absorbibles calibre 0,10 .
25. El clamps con el ovario es ligado con un nudo simple único.
26. Entonces el peritoneo posterior se rasga o corta por encima del uréter hacia la parte posterior del útero, para permitir movilizar el ovario.
27. El ovario es atado al clamp ipsilateral que tracciona el útero y así sacarlo del campo operatorio.
28. Se cortan los hilos de suturas del infundibulopélvico.
29. Se repite el procedimiento en el otro lado si se va a realizar la intervención en forma bilateral.

b. SI EL OVARIO VA SER REMOVIDO PREVIO A LA HISTERECTOMÍA.

1. Se procede de forma similar a lo anterior desde los pasos 1 al 25.
2. Una ventana en el peritoneo es realizada, debajo de la trompa de Falopio entre el útero y el ovario con una pinza punta fina o con la hoja del lápiz electroquirurgico, y se coloca un clamp fuerte (Heaneay, Kocher, Mayo o similar) para clampar el pedículo útero-ovárico.
3. El ligamento redondo no debe ser incluido en este clamp.
4. El clamp que inicialmente fue colocado sobre el ligamento redondo y la trompa de Falopio justo lateral al fondo uterino para traccionar el útero al comenzar el procedimiento, sirve como el clamp paralelo para este pedículo.
5. La trompa y el ligamento útero-ovárico son cortados entre los dos clamps.
6. Se produce la exéresis del anexo.

c. SI EL OVARIO VA SER REMOVIDO SIN HISTERECTOMÍA

- Sin cortar el ligamento redondo, se procede de manera similar que el procedimiento de anexectomía desde los ítems 1 al 27.
- Se coloca otro clamp fuerte paralelo al clamp de tracción uterina a nivel del cuerno.
- La trompa y el ligamento uteroovárico son cortados entre los dos clamps.
- Se produce la exéresis del anexo.
- El pedículo del útero es ligado con sutura de transfixión con aguja.
- Se usan suturas absorbibles calibre 0.

6.1.6 COMPLICACIONES:

- Sangrado intraoperatorio excesivo
- Lesión de uréter

REGIÓN LA LIBERTAD V°B° Dirección de Cirugía Especializada GERENCIA REGIONAL DE SALUD - IREN NORTE

REGIÓN LA LIBERTAD V°B° Servicio de Cirugía en Ginecología GERENCIA REGIONAL DE SALUD - IREN NORTE

- Lesión de vejiga
- Lesión de intestino grueso
- Lesión de intestino delgado
- Infección de cúpula vaginal
- Infección de herida operatoria
- Infección de tracto urinario
- Neumonía
- Tromboembolismo
- Hernia incisional
- Lesiones vasculares
- Lesiones nerviosas.
- Fistulas.
- Complicaciones anestésicas

6.1.7 INDICADORES:

1.- Porcentaje de complicaciones post quirúrgicas de HAV y/o HAT	
Concepto	Proporción de complicaciones quirúrgicas de HAV y/o HAT
Objetivo	Conocer el porcentaje de pacientes con complicación post quirúrgica luego de realizar HAV y/o HAT utilizando la guía técnica.
Formula	$\frac{N°\ Total\ de\ complicaciones\ de\ HAV y/o\ HAT}{N°\ Total\ de\ cirugias\ HAV\ y/o\ HAT} x100\%$
Fuente de datos	Registro de datos del sistema.
Periodicidad	Mensual
Interpretación	El resultado indica el porcentaje de complicaciones quirúrgicas de HAV y/o HAT.
Meta	Menor de 3 %

2.- Estancia Hospitalaria post quirúrgicas de HAV y/o HAT	
Concepto	Tiempo que permanece el paciente hospitalizado entre su ingreso y egreso para HAV y/o HAT
Objetivo	Determinar el promedio de días de permanencia de los pacientes que egresaron post HAV y/o HAT.
Formula	$\frac{N°\ Total\ dias\ hospitalizado\ para\ HAV y/o\ HAT}{N°\ Total\ de\ Egresos\ post\ HAV\ y/o\ HAT}$
Fuente de datos	Registro de datos del sistema.
Periodicidad	Mensual
Interpretación	El resultado indica el promedio de días de permanencia de los pacientes post quirúrgicos de HAV y/o HAT.
Meta	3 días.

REGIÓN LA LIBERTAD V°B° Dirección de Cirugía Especializada GERENCIA REGIONAL DE SALUD - IREN NORTE

REGIÓN LA LIBERTAD V°B° Servicio de Cirugía en Ginecología GERENCIA REGIONAL DE SALUD - IREN NORTE

6.1.8 RESPONSABILIDADES:

- **Dirección General:** Brindar los materiales y equipos necesarios para garantizar la aplicación y cumplimiento de las disposiciones establecidas en la presente guía técnica.
- **Departamento de Cirugía en Ginecología:** Velar para que la presente guía técnica sea implementada en el ámbito de su competencia. Así mismo, en coordinación con el Servicio de Normatividad y Control de Servicios Oncológicos y Unidad de Calidad vigilar el cumplimiento del documento normativo.

6.1.9 REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Nadeem R. Abu-Rustum. Atlas of Proceures in Gynecologic Oncology. Capitulo 3: Surginal Staging of Apparent Early-Stage Uterine and Adnexal Maligmancies. 3ra ed. CRC Pres Taylor & Francis Goup. New York 2013.
2. Geoffrey W. Cundiff. Te Linde's Atlas of Gynecologic Surgery. Capitulo 2: Total Abdominal Hysterectomy. Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins. 1ra ed. Philadelphia 2014.
3. Lloyd M. Nyhus. Mastery of Surgery. Capítulo 1: Simple Abdominal Hysterectomy Nyhus. 3ra ed. Lippincott-Raven. USA 1997.
4. Jonathan S. Berek. Berek & Hacker's Gynecologic Oncology. Capítulo 8: Cervical Cancer. 6ta ed. Wolters Kluwer. Philadelphia 2015.
5. Dilip Kumar Dutta. Abdominal Hysterectomy: A New Approach for Conventional Procedure. Journal Clin Diagn Res. 2014. 8(4).
6. BennibiGi History of hysterectomy. J Fla Assoc. 1988,75:533-538
7. U.S. Department of Human Services. Public Health services. Centers for diseases control. National hospital discharge survey annual summary (Vital and Health statística. Series 13, data from the national Health survey. 1991
8. Pokras R. Hysterectomy, past, present, and future stat Bull MetropInsur Co. 1989.
9. Dicker RC. Scally MJ. GreenspanJR et at. Hysterectomy among women of reproductive age. Trends in the United States, 1970-1978. Jama 1982,248:323-327.
10. Gambone GC Reifer RC. Hysterectomy. ClinObster Gynecol. 1990:33,205-2011
11. S. Robert Kovac. (Clinical opinion guidelynes for hysterectomy. American gouldan of Obstetrics and Gynecology, Volume 191. Issue 2, August 2004. Pages 635-640.
12. Howard W. Jones III. Chapter 32A. Abdominal Hysterectomy. loTe Linde´s Operative Gynecology—10th ed., 2008.
13. Thomas G. Stovall. 22. Hysterectomy. In Berek& Novak´s gynecology. — 14th ed., 2007
14. Sheth SS. The place of oophorectomy at vaginal hysterectomy. Br J ObstetGynaecol 1991;98;662-666
15. Schweppe KW, Beller FK Prophylacti oophorectomy. GeburtshilfeFrauenheilkd 1979;39:1024-1032
16. Parker WH, Broder MS, Liv Z, et al. Ovarian conservation at the time of hysterectomy for benign disease. Obstet Gynecol 2005;106:219-226.
17. Randall CL, Hall DW, Armenia CS. Pathology in the preserved ovary after unilateral oophorectomy Am J Obstet Gynecol 1962;84(9):1233-1241
18. KaoffND, Satagopan J, Robson ME, el at Rish-reducing salpingo-oophorectomy in women with a BRCA1 or BRCA2 mutations N Engl. J Med. 2002;346:1609-1615
19. Rebbeck. TR, Lynch HT. Neuhausen SL., et al for the Prevention and Observation of Surgical End Points Study Greup. Prophylactic oophorectomyin carriers of BRCA1 or BRCA2mutationsNEngl J. Med. 2002:346:1636-1622.
20. Ryan PJ, Harrison R, Blake GM, et al. Compliance with hormone replacoment therapy (HRT) after screening for postmenopausal osteoporosis. Br J ObstetGynaecol1992;99:1325-1328.

REGIÓN LA LIBERTAD V° B° Dirección de Cirugía Especializada GERENCIA REGIONAL DE SALUD - IREN NORTE

REGIÓN LA LIBERTAD V° B° Servicio de Cirugía en Ginecología GERENCIA REGIONAL DE SALUD - IREN NORTE

21. Storer EH. Appendix. In: Schwartz SI, ed. Principles of surgery. 3rd ed. New York, NY: McGraw-Hill, 1979:1257-1267.
22. Averrete HE, Nguyen HN. The role of prophylactic oophorectomy in cancer prevention. GynecolOncol 1994;55:S38-41.
23. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin No, 7. Prophylactic oophorectomy. Washington, DC:ACOG;1999.
24. Castelo-Branco C, FiguerasF. San Juan, et al Long-term compliance with estrogen replacement therapy in surgical postmenopausic women, benefits to bone and analysis of factors associated with discontinuation Menopause 1999;6:307-11.
25. IrwinKL, Weiss NS, Led NC, et al. Tubal sterilization, hysterectomy, and the subsecuentoccurrence of ephitelial ovarian cancer. Am J. Epidemiol 1991;134:353-369.
26. Lucto R. Kap J. et al Casdiovascularmorbilidy in relation to ovarian function after hysterectomy ObstetGynecol 1995;85:515.
27. Plockinger B. Kolbi H. Development of ovarian pathology after hysterectomy without oophorectomy. J Am Coll Surg. 1994;178:581-5.
28. Rebbeck TR, Lynch HT, Neuhausen SL, et al. Prophylactic oophorectomy in carriers of brca1 or BRCA2 mutations. N Engl J Med 2002;346:1616.
29. Ellen C. Wells, MD. Total Abdominal Hysterectomy and Bilateral Salpingo-Oophorectomy. Wells, E, Glob. libr. women's med. [Internet]. 2008. [citado 10 Octubre 2019]; 1756-2228. Disponible en: https://www.glowm.com/section_view/heading/Total%20Abdominal%20Hysterectomy%20and%20Bilateral%20Salpingo-Oophorectomy/item/39
30. LOPEZ C. Pamela. Incidencia de complicaciones posteriores a histerectomía abdominal vs histerectomía vaginal en el Hospital San Francisco de Quito de enero 2014 a diciembre 2015. PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR FACULTAD DE MEDICINA ESPECIALIZACIÓN EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA. QUITO 2016. Disponible en: http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/11210

REGIÓN LA LIBERTAD V°B° Dirección de Cirugía Especializada GERENCIA REGIONAL DE SALUD - IREN NORTE

REGIÓN LA LIBERTAD V°B° Servicio de Cirugía en Ginecología GERENCIA REGIONAL DE SALUD - IREN NORTE

6.2 NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: HISTEROSCOPIA DIAGNOSTICA Y QUIRURGICA (HDQ)

CÓDIGO CPT: 58555 – 58558

6.2.1 OBJETIVO

Socializar la técnica quirúrgica estándar de **HISTEROSCOPÍA DIAGNÓSTICA Y QUIRÚRGICA** para disminuir el número de complicaciones quirúrgicas trans y post operatorias, así como evitar la estancia hospitalaria prolongada.

6.2.2 INDICACIONES

Histeroscopía Diagnóstica:

- Debe realizarse en toda paciente con cavidad uterina alterada evidenciada por ecografía, histerosalpingografía, histerosonografía, tomografía y resonancia magnética o bien para la búsqueda lesiones precursoras de adenocarcinoma endometrial cuando se sospecha.

Histeroscopia Quirúrgica:

- Extirpación de lesiones asociadas o con sospecha de patología maligna para su confirmación patológica.

6.2.3 REQUERIMIENTOS BÁSICOS

➢ **RECURSOS HUMANOS:**

- Médico especialista Ginecólogo Oncólogo/ Cirujano Oncólogo/ Anestesiólogo
- Licenciada(o) en Enfermería

➢ **RECURSOS MATERIALES:**

- Ropa de sala de operaciones, con gorro mascarilla y botines (o zapatos apropiados).
- Ropa y campos estériles (con respectivo testigo)
- Guantes estériles N° 6 ½ , 7 y 7 ½ .
- Solución antiséptica para el lavado de campo operatorio pre quirúrgico Yodopovidona espuma y solución).
- Tubo de aspiración de silicona de ≥ a 3 metros. Conexión Hembra - Hembra Diámetro interno 6mm a 9mm
- Mangos estériles para movilizar las lámparas cialíticas.
- Placa de retorno de electrobisturí para adulto desechable.
- **Instrumental para la preparación vaginal:** Espéculo, valvas de Sims, pinza de anillos, pinza tira balas, dilatadores de Hegar, histerómetro, curetas, gasas 10x10cm.

➢ **EQUIPOS:**

- Equipo de aspiración.
- Torre de equipos: Monitor, Cámara, Videograbadora, Fuente de luz, Generador electro quirúrgico.
- Telescopio con punta de 30 grados de inclinación.
- Resectoscopio.

REGIÓN LA LIBERTAD V°B° Dirección de Cirugía Especializada GERENCIA REGIONAL DE SALUD

REGIÓN LA LIBERTAD V°B° Servicio de Cirugía en Ginecología GERENCIA REGIONAL DE SALUD - IREN NORTE

- Equipo de suministro de líquido de distención de la cavidad uterina; portasuero o manguito de presión.
- Equipo de drenaje del líquido de distensión: por gravedad o presión negativa.
- Pinzas o tijeras para Histeroscopía

6.2.4 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

A. Antes de realizar todo acto quirúrgico debemos tener en cuenta:

1. Comprobar que tenemos todo el material necesario.
2. Identificamos al paciente según guía del servicio.
3. Informamos al paciente y familia del procedimiento que vamos a realizar y de qué acciones son necesarias para su colaboración

B. Preparación Preoperatoria:

1.-Ayuno de 8 horas previos a la cirugía.

5. Colocación de vía periférica permeable.
6. Recorte del vello púbico previo a cirugía.
7. Antibiótico profilaxis según guía de manejo

C. Equipos de protección individual.

1. Botas quirúrgicas.
2. Gorro quirúrgico.
3. Mascarilla quirúrgica.
4. Bata quirúrgica.
5. Guantes quirúrgicos.
6. Gafas quirúrgicas.

D. Técnica quirúrgica.

1. Previamente los cirujanos se realizan lavado de manos (Ver guía de lavado de manos), se colocan la ropa quirúrgica y equipos de protección individual.
2. La paciente recibe anestesia, de acuerdo a las Guías del Departamento de Anestesiología.
3. La paciente se encuentra en posición ginecológica.
4. Asepsia y antisepsia con yodopovidona espuma y solución. (ver guías de lavado del campo operatorio de la institución).
5. Colocación de campos estériles.
6. Evacuación vesical con sonda nélaton N° 10, 11 o 12.
7. Exploración bimanual.
8. Pinzamiento del cérvix uterino.
9. Dilatación cervical.
    a. Histeroscopía diagnostica y quirúrgica: Hegar 7
    b. Resectoscopio: Hegar 9

REGIÓN LA LIBERTAD V°B° Dirección de Cirugía Especializada GERENCIA REGIONAL DE SALUD - IREN NORTE

REGIÓN LA LIBERTAD V°B° Servicio de Cirugía en Ginecología GERENCIA REGIONAL DE SALUD - IREN NORTE

10. Introducción del histeroscopio y distención de la cavidad uterina mediante el uso preferente de medios líquidos como solución salina, solución glucosada, lactanto ringer o glicina 1.5%.
11. Se logra una adecuada distención de la cavidad del útero con presión intrauterina de 75 mm Hg. Una bolsa de glicina colocada a 100cm por encima de la paciente logra una presión intrauterina de 75 mm Hg. Se coloca a 150 cm por encima de la paciente logra una presión intrauterina de 110 mm Hg.
12. No usar soluciones electrolíticas cuando se usa electrocirugía.
13. Observación sistemática de la cavidad uterina: itsmo, fondo, cuernos y, al retirarse, orificio cervical interno y canal endocervical.
14. Utilización del resectoscopio para la extirpación de lesiones sospechosas de patología maligna.

6.2.5 COMPLICACIONES

- Perforación uterina
- Desgarro cervical
- Hemorragias uterinas
- Infecciones
- Intoxicación hídrica y encefalopatía por glicina.

6.2.6 INDICADORES

1.- Porcentaje de complicaciones post quirúrgicas de Histeroscopía	
Concepto	Proporción de complicaciones quirúrgicas de Histeroscopía
Objetivo	Conocer el porcentaje de pacientes con complicación post quirúrgica luego de realizar Histeroscopía utilizando la guía técnica.
Formula	$\frac{N° \, Total \, de \, complicaciones \, de \, Histeroscopia}{N° \, Total \, de \, cirugias \, Histeroscopia} x100\%$
Fuente de datos	Registro de datos del sistema.
Periodicidad	Mensual
Interpretación	El resultado indica el porcentaje de complicaciones quirúrgicas de Histeroscopía.
Meta	Menor 2%

2.- Estancia Hospitalaria post quirúrgicas de Histeroscopía	
Concepto	Tiempo que permanece el paciente hospitalizado entre su ingreso y egreso para Histeroscopía.
Objetivo	Determinar el promedio de días de permanencia de los pacientes que egresaron post Histeroscopía.
Formula	$\frac{N° \, Total \, dias \, hospitalizado \, para \, Hiteroscopia}{N° \, Total \, de \, Egresos \, post \, Histeroscopia}$
Fuente de datos	Registro de datos del sistema.
Periodicidad	Mensual
Interpretación	El resultado indica el promedio de días de permanencia de los pacientes post quirúrgicos de Histeroscopía.
Meta	1 día.

REGIÓN LA LIBERTAD V° B° Dirección de Cirugía Especializada GERENCIA REGIONAL DE SALUD - IREN NORTE

REGIÓN LA LIBERTAD V° B° Servicio de Cirugía en Ginecología GERENCIA REGIONAL DE SALUD - IREN NORTE

6.2.7 RESPONSABILIDADES:

- **Dirección General:** Brindar los materiales y equipos necesarios para garantizar la aplicación y cumplimiento de las disposiciones establecidas en la presente guía técnica.
- **Departamento de Cirugía en Ginecología:** Velar para que la presente guía técnica sea implementada en el ámbito de su competencia. Así mismo, en coordinación con el Servicio de Normatividad y Control de Servicios Oncológicos y Unidad de Calidad vigilar el cumplimiento del documento normativo.

6.2.8 BIBLIOGRAFÍA

1. Geoffrey W. Cundiff. Te Linde's Atlas of Gynecologic Surgery. Capitulo 26, 27 y 29: Hysteroscopic. Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins. 1ra ed. Philadelphia 2014.
2. Tudon T and Sanfilippo J. Controversies in Reproductive Surgery. Infertility and Reproductive Medicine. Clinics of North America. W.B. Saunders Company Vol. 11 N° 1 January 2000.
3. Hunt, R. Text and Atlas of Femael Infertility Surgery. Edit Mosby 3ra edición. Madrid España, 1999.
4. Vanrell J y col. Fertilidad y Esterilidad Humana. Masson S.A. Barcelona España, 1999.
5. Normas y procedimientos en Obstetricia y Ginecología. Instituto Nacional de Perinatología. México DF. México, 1998.
6. Alvin M Siegler MD. Histeroscopia. Clínicas de Ginecología y Obstetricia. Temas Actuales. Interamericana. Mc Graw – Hill, Inc. EE.U, 1995.
7. Sociedad española de ginecología y obstetricia. (2008). Manual de Histeroscopía diagnostica y quirúrgica. Disponible en línea. Barcelona: Editorial Glosa, S. L. Disponible en: http://www.sego.es/Content/pdf/Histeroscopia.pdf fecha de visita 17 de octubre del 2017.
8. RECARI, E.; OROZ, L.C. y LARA, J.A. Complicaciones de la cirugía ginecológica. Anales Sis San Navarra [online]. 2009, vol.32, suppl.1 [citado 2019-12-26], pp.65-79. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272009000200008&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1137-6627.

REGIÓN LA LIBERTAD V° B° Dirección de Cirugía Especializada GERENCIA REGIONAL DE SALUD - IREN NORTE

REGIÓN LA LIBERTAD V° B° Servicio de Cirugía en Ginecología GERENCIA REGIONAL DE SALUD - IREN NORTE

6.3 NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: HISTERECTOMIA LAPAROSCOPICA (HLAP)

CODIGO CPT: 58570-58571-58572-58573

6.3.1 OBJETIVO

Socializar la técnica quirúrgica estándar de **HISTERECTOMÍA LAPAROSCÓPICA** para disminuir el número de complicaciones trans y post operatorias, así como evitar la estancia hospitalaria prolongada.

6.3.2 INDICACIONES

- **Enfermedad Premaligna o Cáncer (conocida).**
  - ✓ Enfermedad preneoplásica de cuello uterino o del útero
  - ✓ Cáncer invasor de cuello uterino en estadío temprano.

6.3.3 VENTAJAS:

- Realizar la histerectomía con abdomen cerrado
- Recuperación postoperatoria más rápida y confortable
- Menor tiempo de hospitalización
- Menor costo en internación y medicación
- Mejor resultado estético
- Menor formación de adherencia pelvianas
- Reinserción laboral de la paciente en forma más temprana
- Menor sagrado intraoperatorio
- Menor dolor en el post operatorio

6.3.4 CONTRAINDICACIONES

- Paciente en mal estado general, cuya indicación no es la causa que pone en riesgo la vida de la paciente.
- Dificultad en la colocación del movilizador uterino por sinequia del OCE o por cuello uterino empotrado y/o deformado.
- Deseo de gestación, existiendo otras alternativas de manejo.
- Todas las situaciones en las que la vía laparoscópica está contraindicada.
- Considerar en los casos de útero de gran tamaño (mayor a un embarazo de 12 semanas) y/o que tengan miomas con gran extensión lateral, que dificulten acceder a los vasos uterinos.
- En casos de antecedentes de pelviperitonitis con síndrome adherencial severo.

6.3.5 REQUERIMIENTOS BÁSICOS

- **RECURSOS HUMANOS:**
  - Médico especialista Ginecólogo Oncólogo/ Cirujano Oncólogo/ Anestesiólogo
  - Licenciada(o) en Enfermería
- **RECURSOS MATERIALES:**
  - Ropa de sala de operaciones, con gorro mascarilla y botines (o zapatos apropiados).
  - Ropa y campos estériles (con respectivo testigo)
  - Guantes estériles N° 6 ½ , 7 y 7 ½ .

REGIÓN LA LIBERTAD V°B° Dirección de Cirugía Especializada GERENCIA REGIONAL DE SALUD - IREN NORTE

REGIÓN LA LIBERTAD V°B° Servicio de Cirugía en Ginecología GERENCIA REGIONAL DE SALUD - IREN NORTE

- Solución antiséptica para el lavado de campo operatorio pre quirúrgico Yodopovidona espuma y solución).
- Sonda Foley N° 14 o 16.
- Bolsa colectora de orina.
- Tubo de aspiración de silicona de ≥ a 3 metros. Conexión Hembra - Hembra Diámetro interno 6mm a 9mm
- Mangos estériles para movilizar las lámparas cialíticas.
- Placa de retorno para adulto desechable.
- **Instrumental para la preparación vaginal:** espéculo, valvas de Sims, pinza de anillos, pinza tira balas, dilatadores de Hegar, manipulador uterino (RUMI® II advincula,etc), histerómetro, curetas, gasas 10x10cm.
- **Equipamiento laparoscópico principal y accesorio:** bisturí con hoja número 11, pinzas de Kelly, gasas, aguja de Veress, jeringa 20 ml, y solución fisiológica, trocar de 10 mm 11 mm, (trocar óptico), trocar de 5 mm, (2 a 3 trocantes), reductores de trocar de 10 a 5 mm. Óptica de 10 mm, tubo de CO2, fibra óptica-cable luz fría. Fundas estériles para las cámara, equipo de sutura y material de sutura, Cánulas romas de aspiración, tijeras con punta de pico, tijeras rectas y tijeras curvas. Pinza de coagulación bipolar, pinza monopolar, pinza de coagulación bipolar con cuchilla de corte, o pinza de corte y sellado de vasos tipo Harmonico, instrumental de irrigación y aspiración, pinzas quirúrgicas atraumáticas(pinzas de Kelly , Maryland, Johan), pinzas fuertes (Grasper, Manhes, ondulada), pinza de biopsia, instrumental de sutura (portaagujas, bajador de nudos), pinza clipadora.
- Instrumental quirúrgico adicional:
  - Pinza Kelly
  - Pinza Allis.
  - Tijera Mayo recta y curva.
  - Pinza disección con diente.
  - Pinza disección sin diente.
  - Pinza de campo Backhau.
  - Porta Agujas Mayo Hegar.
  - Separador Farabeuf.

- Suturas
  - Reabsorvible: poliglactina N° 1-0, polidioxanona N° 1-0, poliglecaprone N° 1-0, ácido poliglicolico N° 1-0.
  - No reabsorvible: nylon, prolene, Clips Hemolok.

➢ **EQUIPOS:**

- Equipo de aspiración.
- Equipo de electrocirugía
- Equipo de Ligasure y/o Harmonic

REGIÓN LA LIBERTAD V° B° Dirección de Cirugía Especializada GERENCIA REGIONAL DE SALUD - IREN NORTE

REGIÓN LA LIBERTAD V° B° Servicio de Cirugía en Ginecología GERENCIA REGIONAL DE SALUD - IREN NORTE

6.3.6 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

A. Antes de realizar todo acto quirúrgico debemos tener en cuenta:

1. Comprobar que tenemos todo el material necesario.
2. Identificamos al paciente según guía del servicio.
3. Informamos al paciente y familia del procedimiento que vamos a realizar y de qué acciones son necesarias para su colaboración

B. Preparación Preoperatoria:

1. Ayuno de 8 horas previos a la cirugía.
2. Colocación de vía periférica permeable.
3. Recorte del vello púbico previo a cirugía.
4. Antibiótico profilaxis según guía de manejo

C. Equipos de protección individual.

1. Botas quirúrgicas.
2. Gorro quirúrgico.
3. Mascarilla quirúrgica.
4. Bata quirúrgica.
5. Guantes quirúrgicos.
6. Gafas quirúrgicas.

D. Técnica quirúrgica.

1. Previamente los cirujanos se realizan lavado de manos (Ver guía de lavado de manos), se colocan la ropa quirúrgica y equipos de protección individual.
2. La paciente recibe anestesia, de acuerdo a las guías del Departamento de Anestesiología.
3. La paciente se coloca en posición de litotomía baja, teniendo cuidado de no comprimir los vasos y los nervios de las extremidades inferiores.
4. Lavado del campo operatorio, desde el surco submamario hasta los muslos, finalizando en los genitales (ver guías de lavado del campo operatorio de la institución).
5. Colocación de sonda Foley conectada a bolsa colectora, con globo 5-15cc-a menos que exista otra indicación. (ver guías de colocación de sonda tipo Foley).
6. Colocación de la placa de retorno al paciente, realizado por la enfermera circulante.
7. Se realiza un examen pélvico bimanual cuidadoso, valorando al tamaño, la forma y la movilidad del útero.
8. Se colocan las valvas de sims y se tracciona el cuello uterino, introduciendo el histerometro y dilatando el cuello uterino para luego introducir el manipulador uterino. (RUMI® II, etc.)
9. Los cirujanos colocan los campos estériles sobre la paciente los cuales se fijan con pinzas.

REGIÓN LA LIBERTAD V° B° Dirección de Cirugia Especializada GERENCIA REGIONAL DE SALUD - IREN

REGIÓN LA LIBERTAD V° B° Servicio de Cirugia en Ginecologia GERENCIA REGIONAL DE SALUD - IREN NORTE

10. El cirujano se coloca al lado izquierdo de la paciente, el primer ayudante al lado derecho de la paciente, el segundo ayudante se coloca entre las piernas de la paciente sosteniendo el manipulador uterino.
11. Colocación y distribución del tubo de aspiración y de irrigación, cables de monopolar, bipolar y bipolar con cuchilla de corte, cable de co2 y de luz, cable de cabezal de cámara.

Introducción del laparoscopio y exploración laparoscópica:

12. Con la paciente en posición horizontal, se efectúa el neumoperitoneo cerrado colocando previamente la aguja de veres a través de la incisión umbilical.
13. El laparoscopio se introduce por vía intraumbilical, luego de colocar el trocar de 10 mm. Se colocan 2 trocares laterales accesorios de 5 mm o de 10 mm (lateral a los vasos epigástricos superficiales) y de ser necesario un cuarto trocar a nivel suprapúbico (5mm), siempre mediante la técnica de transiluminación.
14. Se lleva a cabo una exploración del abdomen superior e inferior, antes de colocar a la paciente en posición del Trendelenburg.

Tratamiento de las condiciones adicionales:

15. Se procede a liberar las adherencias (si fuera el caso) antes de iniciar la histerectomía con pinzas de tracción y de electrosellado.

Técnica de la histerectomía laparoscópica

16. Identificación del recorrido de los uréteres
17. Coagulación bipolar y sección de los ligamientos redondos a 2-3 cm por fuera de la inserción uterina. Se apertura el peritoneo anterior del ligamento ancho cortando de forma paralela al útero y en curva hacia la línea media por encima de la vejiga. Se identifica la zona (areolar) del ligamiento ancho, para seccionarlos después.
18. Si el procedimiento ha de incluir una salpingooforectomía, se coagula y secciona el infundíbulo pélvico hasta la zona clara del ligamiento ancho, siempre teniendo en cuenta no lesionar el uréter. Si se decide conservar el ovario, se coagula el ligamiento uteroovarico y la trompa proximal hasta la zona clara del ligamiento ancho, y posteriormente son seccionados.
19. Se repiten estos 2 últimos pasos en el lado contralateral.
20. Una vez finalizada la incisión en U sobre el peritoneo visceral, se levanta el peritoneo que recubre la vejiga y se diseca la vejiga del útero en dirección caudal y externa. Se realiza hemostasia en los pilares de la vejiga. La disección continúa hasta la pared vaginal anterior.
21. Se incide con tijeras la hoja peritoneal posterior del ligamiento ancho en dirección paralela al útero hasta alcanzar hacia abajo el nivel del ligamiento uterosacro. Se diseca los vasos uterinos, se coagulan y cortan, identificando los uréteres para no lesionarlos. Se realiza el mismo procedimiento en el lado contralateral.

REGIÓN LA LIBERTAD V° B° Dirección de Cirugía Especializada GERENCIA REGIONAL DE SALUD - IREN NORTE

REGIÓN LA LIBERTAD V° B° Servicio de Cirugía en Ginecología GERENCIA REGIONAL DE SALUD - IREN NORTE

22. El ligamiento cardinal se coagula o liga en un punto adyacente al cuello uterino y se procede a seccionarlo (se expone presionando el manipulador uterino y retrayendo el útero hacia el lado contralateral). Se repite el mismo procedimiento en el lado contralateral.
23. Se expone al ligamiento uterosacro, manipulando el movilizador uterino, y se procede a coagularlo y seccionarlo.
24. Para penetrar en el fondo de saco vaginal posterior, se realiza una anteversión uterina manipulando el movilizador. Se penetra electroquirúrgicamente con la pinza de Hook a nivel de la copa del movilizador. Se penetra en el fondo de saco anterior en forma similar realizando retroversión uterina con el movilizador.
25. Extracción del útero por vía vaginal; se recomienda hacerlo con las valvas vaginales presentes, con el fin de evitar desgarros vaginales.
26. Sutura de la cúpula vaginal, ya sea por vía vaginal o por vía laparoscópica. Mediante surget simple o cruzado utilizando poliglactina 1 o acido poliglicolico.
27. Exploración laparoscópica final, mediante irrigación con solución salina y aspiración con el fin de revisar hemostasia. De ser necesario se coagulan los puntos sangrantes con pinza bipolar.
28. Se procede a extracción de los trocares auxiliares mediante visión laparoscópica, para comprobar que no existe hemorragia. Luego se libera el gas y se extraen el laparoscopio y el trocar principal.
29. Se recomienda poner puntos a nivel de aponeurosis en los trocares de 10 mm y cerrar con steristrips o puntos de piel a nivel de los trocares de 5 mm.

6.3.7 COMPLICACIONES

- Sangrado intraoperatorio excesivo
- Lesión de vías urinarias: uréter, vejiga.
- Lesión de asas intestinales: intestino grueso, intestino delgado
- Infección de sitio quirúrgico: absceso de cúpula vaginal, infección de herida operatoria.
- Lesión vascular
- Lesión nerviosa
- Neumonía
- Tromboembolismo
- Fístulas
- Infección de vías urinarias
- Complicación de anestesia

REGIÓN LA LIBERTAD V° B° Dirección de Cirugía Especializada GERENCIA REGIONAL DE SALUD - IREN NORTE

REGIÓN LA LIBERTAD V° B° Servicio de Cirugía en Ginecología GERENCIA REGIONAL DE SALUD - IREN NORTE

6.3.8 INDICADORES

1.- Porcentaje de complicaciones post quirúrgicas de HLAP	
Concepto	Proporción de complicaciones quirúrgicas de HLAP
Objetivo	Conocer el porcentaje de pacientes con complicación post quirúrgica luego de realizar HLAP utilizando la guía técnica.
Formula	$\frac{N° \, Total \, de \, complicaciones \, de \, HLAP}{N° \, Total \, de \, cirugias \, HLAP} x100\%$
Fuente de datos	Registro de datos del sistema.
Periodicidad	Mensual
Interpretación	El resultado indica el porcentaje de complicaciones quirúrgicas de HLAP.
Meta	Menor de 5 %

2.- Estancia Hospitalaria post quirúrgicas de HLAP	
Concepto	Tiempo que permanece el paciente hospitalizado entre su ingreso y egreso para HLAP.
Objetivo	Determinar el promedio de días de permanencia de los pacientes que egresaron post HLAP.
Formula	$\frac{N° \, Total \, dias \, hospitalizado \, para \, HLAP}{N° \, Total \, de \, Egresos \, post \, HLAP}$
Fuente de datos	Registro de datos del sistema.
Periodicidad	Mensual
Interpretación	El resultado indica el promedio de días de permanencia de los pacientes post quirúrgicos de HLAP.
Meta	2 días.

6.3.9 RESPONSABILIDADES:

- **Dirección General:** Brindar los materiales y equipos necesarios para garantizar la aplicación y cumplimiento de las disposiciones establecidas en la presente guía técnica.
- **Departamento de Cirugía en Ginecología:** Velar para que la presente guía técnica sea implementada en el ámbito de su competencia. Así mismo, en coordinación con el Servicio de Normatividad y Control de Servicios Oncológicos y Unidad de Calidad vigilar el cumplimiento del documento normativo.

6.3.10 BIBLIOGRAFÍA

1. Nadeem R. Abu-Rustum. Atlas of Proceures in Gynecologic Oncology. Capitulo 15: Laparoscopic Radical Hysterectomy. 3ra ed. CRC Pres Taylor & Francis Goup. New York 2013.
2. Geoffrey W. Cundiff. Te Linde's Atlas of Gynecologic Surgery. Capitulo 4: Total Laparoscopic Hysterectomy. Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins. 1ra ed. Philadelphia 2014.

REGIÓN LA LIBERTAD V°B° Dirección de Cirugía Especializada GERENCIA REGIONAL DE SALUD - IREN NORTE

REGIÓN LA LIBERTAD V°B° Servicio de Cirugía en Ginecología GERENCIA REGIONAL DE SALUD - IREN NORTE

3. Jonathan S. Berek. Berek & Hacker's Gynecologic Oncology. Capitulo 21: Laparoscopic. 6ta ed. Wolters Kluwer. Philadelphia 2015.
4. **Gomel, Victor; Taylor, Patrick J. MD.** Laparoscopia, Ginecológica, Diagnostico y Cirugía/Editor: Mosby/Doyma Libros, S.A. Madrid-Espafia. 1996; 157-167.
5. **Keckstein-Hucke.** Cirugía laparoscópica en ginecología. Editorial Médica Panamericana. Madrid-España. 2003.
6. **Stromme, WB;** Salpingotomy for tubal pregnancy. Obstet Gynecol 1953; 1:472.
7. **Urman, B; Zouves, C; Gomel, V.** Fertility outcome followiniz tubal pregnancy. Acta EurFertil, 1991;22:205-208.
8. **Roberto, M; Nava y Sánchez; Molina Sosa, Arturo.** EndoseopiaQuirúrgicaGinecológica. 1997:107-112.
9. **Dembo, A; Davy, M.** Prognostic factors in patients with stage epithelial ovarian cancer. ObstertGynecol 1990;75:263.
10. **Larsen, JF; Pedersen, OD; Gregersen, E.** Ovarian cyst fenestration via the laparoscope. ActaObstetGynecolScand 1986;65:539.
11. **OelsnerG; Admon, D; Goldemberg, M.etal.** Laparoscopic adneectomy in the management, of benign, appearing ovarian masses Gynecol. Endoscop. 1993;2:25-8.
12. **Semm, K; Mettler, L.** Technical progress in pelvic surgery via laparoscopy Am J ObstGynecol , 1980;121:127.
13. **Hasson, HM; Rotman, C; Rana, N; et al.** Laparoscopic myomectomy. Obst Gynecol. 1992;80:884-888.
14. **Igarashi, M.** Letterto Editor. FertilSteril; 1993;59:133 1
15. **Wres, J.** Laparoscopicpresacalneurectomy: results of the first 25 cases. J Reprod Med. 1990;35:625.
16. **Liu, CY.** Laparoscopic Hysterectomy. J Rep. MED 1992,37:351-354.
17. **Munro, MG; Parker, WH.** A classification system for laparoscopi Hysterectomy. ObstetGynecol 1993;82:624-9.
18. **Schwartz, RO.** Complications of laparoscopi Hysterectomy. Obstet. Gynecol 1993;81:1002.
19. **Adamson, G D.** Laparoscopic Treatment of advanced endometriosis. Infertility Reprod Med Clin North Am 1993;4:34.
20. **Cueto, J. yWeber,A.** CirugíaLaparoscopica. Editorial Interamericana. Mc Graw Hill. 1995 Pag. 19-25.
21. **EsSalud,** Memoria Anual 1998 del P.E.C. EsSalud.
22. RECARI, E.; OROZ, L.C. y LARA, J.A.. Complicaciones de la cirugía ginecológica. Anales Sis San Navarra [online]. 2009, vol.32, suppl.1 [citado 2019-12-26], pp.65-79. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272009000200008&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1137-6627.

REGIÓN LA LIBERTAD V°B° Dirección de Cirugía Especializada GERENCIA REGIONAL DE SALUD - IREN NORTE

REGIÓN LA LIBERTAD V°B° Servicio de Cirugía en Ginecología GERENCIA REGIONAL DE SALUD - IREN NORTE

6.4 NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: ESTADIAJE DE OVARIO/ENDOMETRIO (EOE).

CÓDIGO CPT: 58950 a 58952

58150 a 58210

6.4.1 OBJETIVOS

Socializar la técnica quirúrgica estándar de **ESTADIAJE DE OVARIO/ENDOMETRIO** para disminuir el número de complicaciones quirúrgicas trans y post operatorias, así como evitar la estancia hospitalaria prolongada.

6.4.2 INDICACIONES: Cáncer de Ovario/Endometrio Estadío I y II.

- En cáncer de ovario epitelial mucinoso se realiza además apendicectomia.
- En cáncer de endometrio la cirugía estadificadora debe tener en cuenta el grado y tipo histológico:

HISTOLOGIA ENDOMETRIOIDE O TIPO I: Citología de líquido en caso de ascitis o lavado peritoneal, Histerectomía total abdominal extrafascial y salpingooforectomía bilateral con estudio transoperatorio (ETO). En caso de evidencia de extensión al estroma cervical por biopsia o imagen (Resonancia Magnética Nuclear) se realizará Histerectomia radical y salpingooferectomia bilateral.

Deberá realizarse linfadenectomía pélvica y paraaórtica y omentectomía infracólica en caso de estar presente uno ó más de los siguientes:

1. Adenocarcinoma de alto grado o poco diferenciado (G3).
2. G2 con tamaño tumoral > 2cm.
3. Profundidad de invasión endometrial >50%.
4. Extensión al estroma cervical.

HISTOLOGIA PAPILAR SEROSO, CÉLULAS CLARAS, CARCINOSARCOMA O TIPO II: Citología de líquido de ascitis o lavado peritoneal, histerectomía total abdominal y salpingo-oforectomía bilateral, linfadenectomía pélvica y para-aórtica, omentectomía y biopsas alternativas.

6.4.3 CONTRAINDICACIONES

- Cáncer de endometrio con estadío avanzado (III y IV)
- Comorbilidades que contraindiquen cirugía.

REGIÓN LA LIBERTAD V°B° Dirección de Cirugía Especializada GERENCIA REGIONAL DE SALUD - IREN NORTE

REGIÓN LA LIBERTAD V°B° Servicio de Cirugía en Ginecología GERENCIA REGIONAL DE SALUD - IREN NORTE

6.4.4 REQUERIMIENTOS BÁSICOS

- **RECURSOS HUMANOS:**
  - Médico especialista Ginecólogo Oncólogo/ Cirujano Oncólogo/ Anestesiólogo
  - Licenciada(o) en Enfermería
  -

- **RECURSOS MATERIALES:**

- Ropa de sala de operaciones, con gorro mascarilla y botines (o zapatos apropiados).
- Ropa y campos estériles (con respectivo testigo)
- Compresas de gasa radiopacas estériles de 48x48cm y 50x15cm. (con respectivo testigo)
- Guantes estériles N° 6 ½ , 7 y 7 ½ .
- Solución antiséptica para el lavado de campo operatorio pre quirúrgico Yodopovidona espuma y solución).
- Sonda Foley N° 14 o 16.
- Bolsa colectora de orina.
- Jeringa 20cc
- Asepto Jeringa 60ml.
- Tubo de aspiración de silicona de ≥ a 3 metros. Conexión Hembra - Hembra Diámetro interno 6mm a 9mm
- Mangos estériles para movilizar las lámparas cialíticas.
- Placa de retorno de electrobisturí para adulto desechable.
- Lápiz electroquirúrgico estéril descartable, con electrodo tipo espátula pequeño y largo.
- Instrumental quirúrgico
  - ✓ Pinza Mayo
  - ✓ Pinza Rochester
  - ✓ Pinza Carmalt.
  - ✓ Pinza Heaney
  - ✓ Pinza Kocher
  - ✓ Pinza Ochsner
  - ✓ Pinza Peán
  - ✓ Pinza Kelly
  - ✓ Pinza Crawford
  - ✓ Pinza Moynihan
  - ✓ Pinza Wertheim
  - ✓ Pinza Zeppelin,
  - ✓ Pinza Zinnanti,
  - ✓ Pinza Clark
  - ✓ Pinza Allis.
  - ✓ Pinza Mixter.

REGIÓN LA LIBERTAD V° B° Dirección de Cirugía Especializada GERENCIA REGIONAL DE SALUD - IREN NORTE

REGIÓN LA LIBERTAD V° B° Servicio de Cirugía en Ginecología GERENCIA REGIONAL DE SALUD - IREN NORTE

- ✓ Tijera Metzenbaum
- ✓ Tijera Mayo recta y curva.
- ✓ Pinza disección con diente.
- ✓ Pinza disección sin diente.
- ✓ Pinza disección Singley.
- ✓ Pinza de campo Backhau.
- ✓ Porta Agujas Mayo Hegar.
- ✓ Separador vascular Cushing.
- ✓ Separador Farabeuf.
- ✓ Separador autoestático Balfour.
- ✓ Separador suprapúbico.
- ✓ Valva maleable.
- ✓ Cánula de aspiración Yankahuer.

- Suturas:
  - ✓ Reabsorbible:
    - Vicryl Nº 0, 1, 2/0 CT-1, CT-2
    - Ac. Poliglicólico Nº 0, 1, 2/0 MR 30-35
    - Caprofyl Nº 1, 0, 2/0 MR 30-35
    - Catgut Crómico Nº 1, 0, 2/0
    - PDS II Nº 0 CT-1

  - ✓ No reabsorbible:
    - Nylon 3/0 TC 30.
    - Prolene.
    - Hilo de algodón 0, 10.
    - Grapas hemostáticas.

➢ **EQUIPOS:**

- Equipo de aspiración.
- Equipo de electrocirugía con corte, coagulación, corte-coagulación, monopolar y bipolar.
- Equipo de electrocirugía con sistema de sellado de vasos y con coagulación.

6.4.5 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

A. Antes de realizar todo acto quirúrgico debemos tener en cuenta:

1.- Comprobar que tenemos todo el material necesario.

2.- Identificamos al paciente según guía del servicio.

3.- Informamos al paciente y familia del procedimiento que vamos a realizar y de qué acciones son necesarias para su colaboración

B. Preparación Preoperatoria:

1. Ayuno de 8 horas previos a la cirugía.
2. Colocación de vía periférica permeable.

REGIÓN LA LIBERTAD V°B° Dirección de Cirugía Especializada GERENCIA REGIONAL DE SALUD - IREN NORTE

REGIÓN LA LIBERTAD V°B° Servicio de Cirugía en Ginecología GERENCIA REGIONAL DE SALUD - IREN NORTE

3. Recorte del vello púbico previo a cirugía.
4. Antibiótico profilaxis según guía de manejo

C. Equipos de protección individual.

1. Botas quirúrgicas.
2. Gorro quirúrgico.
3. Mascarilla quirúrgica.
4. Bata quirúrgica.
5. Guantes quirúrgicos.
6. Gafas quirúrgicas.

D. Técnica quirúrgica.

1. Previamente los cirujanos se realizan lavado de manos (Ver guía de lavado de manos), se colocan la ropa quirúrgica y equipos de protección individual.
2. La paciente recibe anestesia, de acuerdo a las Guías del Departamento de Anestesiología.
3. La paciente se encuentra en posición decúbito dorsal.
4. Lavado del campo operatorio desde el surco sub mamario hasta los muslos, finalizando en los genitales externos y vagina con yodopovidona espuma y solución. (ver guías de lavado del campo operatorio de la institución).
5. Colocación de Sonda Foley N° 14 o 16 conectada a bolsa colectora, con globo 5-15cc a menos que exista otra indicación, (ver guías de colocación de sonda tipo Foley).
6. Colocación de la placa de retorno al paciente, realizado por la enfermera circulante.
7. Colocación de los campos estériles sobre la paciente y fijación con pinza de campo Backhau.
8. El cirujano principal se coloca al lado izquierdo de la paciente y el primer ayudante al lado derecho de la paciente.
9. Colocación y distribución del tubo de aspiración y del lápiz de electrocirugía los cuales se fijan al campo operatorio con pinza de campo Backhau.
10. El procedimiento quirúrgico se inicia realizando una incisión de laparotomía mediana supra – infra umbilical o incisión tumorovarica suprapubica.
11. Se apertura la pared abdominal hasta cavidad por planos.
12. Se protegerá la pared abdominal con campos estériles (campos secundarios).
13. Acto seguido debe siempre ser la exploración de la cavidad abdominal y de la pelvis.
14. Colocación de la paciente en posición de trendelenburg.

REGIÓN LA LIBERTAD V° B° Dirección de Cirugía Especializada GERENCIA REGIONAL DE SALUD - IREN NORTE

REGIÓN LA LIBERTAD V° B° Servicio de Cirugía en Ginecología GERENCIA REGIONAL DE SALUD - IREN NORTE

15. Colocación del separador autoestático y con gasas tipo dressing se rechazarán las asas intestinales para facilitar la visualización del campo operatorio.
16. Se realiza aspirado de líquido peritoneal para estudio citológico. (en caso no hubiere liquido peritoneal se agrega 50 a 100ml de solución salina tibia en saco de Douglas y prietocolicos, la cual se recupera para estudio citológico).

EN CASO DE CÁNCER DE OVARIO: Se procede a resecar el tumor anexial.

17. Se abre una ventana en el ligamento ancho con pinza de punta fina o lápiz de electroquirurgico debajo del ligamento infundíbulo pélvico y se coloca una pinza Crawford – Crawford, 2 en el extremo proximal y 1 en el extremo distal de los vasos ováricos (teniendo cuidado de no lesionar el uréter); se cortando con tijera Metzenbaum entre los clamps distales y es ligando con ligadura transfixiante e instrumentada (Hilo 0, Vicryl Nº 1, 0)
18. Asimismo se abre una ventana debajo de la trompa de Falopio entre el útero y el ovario con una pinza punta fina o con el lápiz electroquirurgico, y se coloca un clamp fuerte (Crawford, Heaneay, Kocher, Mayo o similar) para clampar el pedículo útero-ovárico.
19. Se corta con tijera Metzenbaum entre los dos clamps y es ligando con ligadura transfixiante (Vicryl Nº 1, 0)
20. Se produce la exéresis del anexo la cual es enviado a estudio intraoperatorio (congelación, impronta).

EN CASO DE CÁNCER DE ENDOMETRIO: Se procede de la misma forma hasta el paso 16.

21. Se procede al agarre de los cuernos del útero clampando con fórceps apropiados de prehensión (pinza Rochester Carmalt) justo a nivel de la parte proximal de ambos anexos.
22. Se realiza tracción y movilización del útero mediante los clamp de agarre en dirección anterior y caudal, la cual se realizará mientras dure el procedimiento hasta la excéresis de la pieza operatoria.
23. Se clampan los ligamentos redondos con pinza Kelly - Kelly, se cortan con electrobisturí y ligan los extremos distal y proximal con hilo 10 colocando pinza Kelly de reparo en el hilo 10 del extremo proximal del ligamento redondo.
24. El retroperitoneo es abierto lateralmente teniendo cuidado de no dañar los vasos ováricos.
25. Sección de la hoja anterior del ligamento ancho y disección del Espacio Vésico-uterino con Tijera Metzenbaum o Electrobisturi
26. Se disecan y crean las fosas paravesicales.
27. Se identifican los uréteres los cuales deben preservarse.

REGIÓN LA LIBERTAD V° B° Dirección de Cirugía Especializada GERENCIA REGIONAL DE SALUD - IREN NORTE

REGIÓN LA LIBERTAD V° B° Servicio de Cirugía en Ginecología GERENCIA REGIONAL DE SALUD - IREN NORTE

28. El peritoneo posterior es incidido en el área menos vascularizada cercana al ligamiento infundíbulo pélvico para luego clampar con pinzas Crawford – Crawford, 2 en su extremo proximal y 1 en su extremo distal; se cortando con tijera Metzenbaum entre los clamps distales y es ligando con ligadura transfixiante e instrumentada (Hilo 0, Vicryl Nº 1, 0)
29. Sección de Hoja posterior del ligamento ancho y Disección Espacio Recto-uterino y para-rectal con Tijera y Crafoord.
30. El ligamiento úterosacro es clampado (Pinza Pinza Crafoord, Mayo,Heaney, Peán, Rochester), cortado y ligado a nivel de su inserción útero.
31. Se pinzan los vasos uterinos (Pinza Mayo, Heaney, Faure, Heiss, Rochester, Zeppelin, Zinnanti, Rogers) a nivel del itsmo, los cuales se seccionan con tijera Metzenbaum e inmediatamente son ligandos con doble ligadura: Transfixiante y simple (con Vicryl Nº 1, 0; e Hilo algodón 0, respectivamente).
32. Se clampan los ligamientos cardinales con clamps fórceps fuertes (Heaneay, mayo) a nivel de su contacto con el cérvix, para luego cortarlos y ligarlos con Catgut Nº 1 o vicryl. Este procedimiento se repite las veces que sean necesarias desde la región cefálica a la caudal, hasta identificar adecuadamente la parte distal del cérvix (generalmente por palpación).
33. Finalmente, la pieza operatoria es separada con un adecuado corte de la vagina (2 cm) con técnica abierta (Utilizando Electrobisturi) o con técnica cerrada colocando clamps fuertes (como los fórceps de Moningham, Heaneay, Mayo) a nivel de la vagina por debajo del cérvix. También se puede realizar utilizando instrumental de sutura mecánica a nivel de la vagina por debajo del cérvix.
34. Cualquier sangrado es cuidadosamente controlado.
35. El cierre de la vagina se puede realizar con puntos separados o con sutura continua (surget), a criterio del cirujano. Todo el material de sutura es reabsorvible (preferentemente Vicryl N° 0-1; ó catgut crómico N° 1).

LINFADENECTOMÍA PÉLVICA Y PARAORTICA.

36. El peritoneo pélvico se abre sobre la arteria ilíaca externa con electrocauterio o tijeras Metzenbaum.
37. La incisión en el peritoneo se extiende hacia el canalón paracólico para permitir una exposición adecuada para realizar la disección de ganglios linfáticos.
38. El uréter debería ser claramente identificada durante la diseccion pélvica (El uréter normalmente cruza sobre los vasos ilíacos aproximadamente en el punto donde la arteria ilíaca común se divide. Alternativamente, se puede encontrar más distalmente a lo largo de la hoja medial del ligamento ancho.

REGIÓN LA LIBERTAD V°B° Dirección de Cirugía Especializada GERENCIA REGIONAL DE SALUD - IREN NORTE

REGIÓN LA LIBERTAD V°B° Servicio de Cirugía en Ginecología GERENCIA REGIONAL DE SALUD - IREN NORTE

39. La disección del ganglio pélvico se inicia traccionando el tejido linfático que recubre la arteria ilíaca externa con una pinza Singley.
40. Mediante disección roma, utilizando tijera Metzenbaum o electro visturi, se separa el tejido linfático.
41. Los pequeños vasos perforantes y canales linfáticos son ligados con algodón N° 10 o cauterizados con electrocauterio o se coloca clips hemostáticos y son cortados para esqueletizar los vasos y facilitar la disección.
42. A lo largo de la disección, se debe tener cuidado para evitar lesión del nervio genitofemoral, que avanza a lo largo el aspecto medial del músculo psoas y lateral a la arteria ilíaca externa.
43. Siguiendo estos pasos se debe extraer tejido linfático de los vasos ilíacos comunes, Iliacos externos, Iliacos internos y Obturadores, teniendo como limites anatómicos: *Límite superior:* A 2 cm arriba de bifurcación de los vasos iliacos, *limite externo*: Nervio genitofemoral. *Limite interno*: Arteria umbilical Obliterada, *Límite inferior* la vena circunfleja y limite profundo nervio obturador.
44. El espacio del obturador puede ingresar medial o lateralmente a los vasos ilíacos externos:

    Para el abordaje lateral, se ingresa entre la arteria ilíaca externa y la fascia del psoas. Se obtiene una exposición adecuada retrayendo el psoas lateralmente y la arteria y vena ilíaca externa medialmente con un retractor venoso o similar. El tejido ganglionar del obturador se diseca sin problemas con una tijera Metzenbaum, ligando los vasos perforantes y/o canales linfáticos para mantener la hemostasia y linfoestasia. El nervio se identifica utilizando una succión Yankauer o unas tijeras Metzenbaum ligeramente abiertas para separarlo de la almohadilla de grasa del obturador.

    Si no se puede extraer todo el tejido ganglionar de un abordaje lateral, el abordaje medial proporcionará exposición adicional

    Para el abordaje medial, los vasos ilíacos externos se retraen lateralmente con separador de vasos o similar; se realiza disección roma con tijeras Metzenbaum para extraer el tejido linfático por encima del nervio obturador siguiendo los pasos antes mencionados. Si es posible, se continúa extrayendo tejido linfático adicional debajo del nervio obturador.

DISECCIÓN PARAAÓRTICA

45. La linfadenectomía de la aorta y la vena cava se hace desde los vasos renales (límite superior) Hasta la bifurcación de la aorta y cava (Límite inferior).y como limites laterales los uréteres.
46. Se inicia con la movilización del ciego, colon derecho e íleon terminal, que son reflejados en sentido craneal, para exponer la aorta y la vena cava.

REGIÓN LA LIBERTAD V° B° Dirección de Cirugía Especializada GERENCIA REGIONAL DE SALUD - IREN NORTE

REGIÓN LA LIBERTAD V° B° Servicio de Cirugía en Ginecología GERENCIA REGIONAL DE SALUD - IREN NORTE

47. Para la apertura del ***retroperitoneo derecho*** se puede usar una pinza de ángulo recto o pinzas para separar el peritoneo del tejido areolar subyacente mientras el electrocauterio o las tijeras se usan para transectarlo. Alternativamente, la incisión utilizada para la disección de los ganglios linfáticos pélvicos se puede extender sobre la arteria ilíaca común hasta la bifurcación aórtica.

48. Se realiza disección roma con tijeras Metzenbaum del tejido linfático ilíaco común. El uréter se identifica lateralmente a la vena cava y la arteria ilíaca común para evitar lesionarlo. Los pedículos se ligan con hilo algodón N° 10 o electrocauterio o pequeños clips si se encuentran vasos perforantes o vasos linfáticos.

49. La disección roma se continúa luego a nivel paracaval derecha de manera sistemática, ya sea lateral a medial o viceversa, pero no directamente sobre la vena cava. (Los pequeños vasos perforantes pueden ramificarse directamente de la superficie anterior de la vena cava y pueden causar sangrado molesto)

50. Se continúa la disección con los ganglios paraaórticos derechos desde la bifurcación hasta los vasos renales. El uréter se retrae lateralmente desde la vena cava y la aorta para evitar lesionarlo.

51. Los ***ganglios linfáticos aórticos izquierdos*** pueden abordarse lateralmente o medialmente.

El ***abordaje retroperitoneal lateral*** se realiza como una continuación de la disección del ganglio pélvico izquierdo.

Reflexión del colon descendente: El peritoneo se abre usando el electrocauterio a lo largo de la línea blanca de Toldt para reflejar el colon medialmente.

El Abordaje medial: los ganglios linfáticos paraaórticos izquierdos se pueden obtener cruzando la aorta después de completar la disección del lado derecho. El tejido linfático se puede liberar de la aorta con una disección roma con el uso de unas tijeras Metzenbaum ligando los vasos perforantes. Se siguen los límites de disección mencionados en el lado derecho.

OMENTECTOMIA INFRACOLICA

52. El epiplón se eleva y se extiende para determinar la interfaz con el colon transverso y evaluar las relaciones anatómicas normales.

53. Se identifica un área avascular entre la hoja posterior del epiplón y el colon y se corta con electrocauterio cerca del colon transverso. No obstante, se debe mantener una distancia suficiente (2cm) para evitar la propagación térmica lateral del electrocauterio al colon.

54. Los pedículos vasculares se sujetan doblemente con pinzas Kelly para ser seccionados y ligados.

55. Alternativamente puede la omentectomía infracólica se puede realizar con la pinza de sellado de vasos y corte. A una distancia de 2cm del

REGIÓN LA LIBERTAD V° B° Dirección de Cirugía Especializada GERENCIA REGIONAL DE SALUD - IREN NORTE

REGIÓN LA LIBERTAD V/B° Servicio de Cirugía en Ginecología GERENCIA REGIONAL DE SALUD - IREN NORTE

colon transverso las mordazas se cierran apretando el mango hasta que quede bloqueado. Luego se activa el electrocauterio bipolar, que sella efectivamente el tejido y / o los vasos de hasta 7 mm de diámetro. La palanca justo encima del mango se presiona para activar una cuchilla dentro del dispositivo que transeccionará el tejido cauterizado. Al apretar el mango una vez más, se abren las mandíbulas.

56. Este procedimiento se realiza hasta completar la omentectomía.

BIOPSIAS ALEATORIAS.

57. Si no se encuentra enfermedad fuera de la pelvis en la laparotomía, se toman biopsias aleatorias en busca de enfermedad microscópica.

58. Se toman muestras dentro del abdomen y la pelvis: diafragma derecho bilateralmente, las canaletas paracólicas bilateralmente, el peritoneo de la vejiga y el fondo de saco posterior.

59. Cualquier área sospechosa también debe ser biopsiada. Las muestras de biopsia deben tener 2-3 cm de diámetro para proporcionar una muestra adecuada para el análisis patológico.

60. Se puede utilizar tijeras Metzenbaum o electrocauterio.

APENDICECTOMIA

61. Se realiza únicamente si: Esta inflamado, eritematoso o supurativo. Si hay sospecha que está comprometido con el tumor, cuando se sospecha de histología ovárica mucínoso.

62. Se colocan una o dos abrazaderas Babcock en el apéndice para proporcionar tracción y movilidad durante todo el procedimiento.

63. El mesenterio del apéndice contiene pequeñas ramas de la arteria apendicular. Se debe transeccionar para ganar movilidad de la apendice, lo que será útil durante los pasos posteriores del procedimiento.

64. La arteria apendicular se aísla con disección roma utilizando la punta de una pinza Kelly, a continuación se clampa con pinzas Kelly – Kelly para ser seccionada con tijeras Metzenbaum y ligado con sutura absorbible permanente o retardada. Se puede colocar un clip hemostático en el lado distal, ya que se extraerá con la muestra.

65. Una vez que el mesenterio y la arteria se han diseccionado y liberado del apéndice en sí, y se han ligado de forma segura, la muestra está lista para su extracción. Se eleva perpendicular al ciego para determinar el nivel en el que debe transeccionarse.

66. La base del apéndice se aplasta con pinza Kelly y se liga con un lazo de sutura absorbible permanente o retardada. A continuación se coloca una pinza Kelly en el extremo de la sutura que servirá para movilizar la base apendicular.

67. Se coloca otra pinza Kelly unos milímetros distales a la ligadura de la base de la apéndice y se corta con bisturí frio justo debajo de la pinza Kelly.

REGIÓN LA LIBERTAD V° B° Dirección de Cirugía Especializada GERENCIA REGIONAL DE SALUD - IREN NORTE

REGIÓN LA LIBERTAD V° B° Servicio de Cirugía en Ginecología GERENCIA REGIONAL DE SALUD - IREN NORTE

68. El muñón apendicular se entierra colocando una sutura en jareta o una sutura en Z con material no absorbible. La sutura se ata mientras el asistente invierte el muñón apendicular en el ciego.
69. Alternativamente se puede cauterizar el extremo cortado del apéndice sin enterrar la base. (Ninguna de las técnicas ha demostrado reducir las complicaciones postoperatorias).
70. Se realiza revisión de hemostasia de todo el lecho operatorio.
71. Se procede al conteo de las compresas de gasas (completas) y del instrumental quirúrgico (completo) a cargo de enfermera instrumentista y circulante.
72. Se retira el separador autoestático y las gasas tipo dressing que habían sido colocadas para rechazar las asas intestinales.
73. Paciente vuelve a la posición decúbito dorsal.
74. Se realiza al cambio de guantes de cirujanos e instrumentista.
75. Se procede al cambio de los campos de segundo orden.
76. Se cambia el instrumental quirúrgico para proceder al cierre de la pared.
77. Cierre de la pared abdominal por planos hasta piel.

6.4.6 COMPLICACIONES

- Sangrado intraoperatorio excesivo
- Lesión de uréter
- Lesión de vejiga
- Lesión vascular
- Lesión nerviosa
- Lesión de intestino grueso
- Lesión de intestino delgado
- Infección de cúpula vaginal
- Infección de herida operatoria
- Infección de tracto urinario
- Linfedema de miembros inferiores (post linfadenectomia paraaortica).
- Fistulas, etc.

6.4.7 INDICADORES

1.- Porcentaje de complicaciones post quirúrgicas de EOE	
Concepto	Proporción de complicaciones quirúrgicas de EOE
Objetivo	Conocer el porcentaje de pacientes con complicación post quirúrgica luego de realizar EOE utilizando la guía técnica.
Formula	$\frac{N° \, Total \, de \, complicaciones \, de \, EOE}{N° \, Total \, de \, cirugias \, EOE} x100\%$
Fuente de datos	Registro de datos del sistema.
Periodicidad	Mensual
Interpretación	El resultado indica el porcentaje de complicaciones quirúrgicas de EOE.
Meta	Menor de 7.5 %

REGIÓN LA LIBERTAD V°B° Dirección de Cirugía Especializada GERENCIA REGIONAL DE SALUD - IREN NORTE

REGIÓN LA LIBERTAD V°B° Servicio de Cirugía en Ginecologia GERENCIA REGIONAL DE SALUD - IREN NORTE

2.- Estancia Hospitalaria post quirúrgicas de EOE	
Concepto	Tiempo que permanece el paciente hospitalizado entre su ingreso y egreso para EOE.
Objetivo	Determinar el promedio de días de permanencia de los pacientes que egresaron post EOE.
Formula	$\frac{N° \, Total \, dias \, hospitalizado \, para \, EOE}{N° \, Total \, de \, Egresos \, post \, EOE}$
Fuente de datos	Registro de datos del sistema.
Periodicidad	Mensual
Interpretación	El resultado indica el promedio de días de permanencia de los pacientes post quirúrgicos de EOE.
Meta	4 días.

6.4.8 RESPONSABILIDADES

- **Dirección General:** Brindar los materiales y equipos necesarios para garantizar la aplicación y cumplimiento de las disposiciones establecidas en la presente guía técnica.
- **Departamento de Cirugía en Ginecología:** Velar para que la presente guía técnica sea implementada en el ámbito de su competencia. Así mismo, en coordinación con el Servicio de Normatividad y Control de Servicios Oncológicos y Unidad de Calidad vigilar el cumplimiento del documento normativo.

6.4.9 BIBLIOGRAFÍA

1. Nadeem R. Abu-Rustum. Atlas of Proceures in Gynecologic Oncology. Capitulo 3: Surginal Staging of Apparent Early-Stage Uterine and Adnexal Maligmancies. 3ra ed. CRC Pres Taylor & Francis Goup. New York 2013.
2. Geoffrey W. Cundiff. Te Linde's Atlas of Gynecologic Surgery. Capitulo 18: Surgery for Ovarian Cancer: Exploration and Staging. Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins. 1ra ed. Philadelphia 2014.
3. Lloyd M. Nyhus. Mastery of Surgery. Capítulo 1: Surgery for Ovarian Cancer Nyhus. 3ra ed. Lippincott-Raven. USA 1997.
4. Jonathan S. Berek. Berek & Hacker's Gynecologic Oncology. Capítulo 9 y 11: Uterine Cancer - Epithelial Ovarian, Fallopian Tube, and Peritoneal Cancer. 6ta ed. Wolters Kluwer. Philadelphia 2015.
5. Richard, J., An Atlas of Gynecologic Oncology Investigation and Surgery. Capitulo 21. Epithelial Ovarian Cancer. 4ta ed. Taylor & Francis Group. New York 2018.
6. William M. Burke, James Orr. Endometrial cancer: A review and current management strategies: Part I. Gynecologic Oncology 134 (2014) 385–392.
7. Frost JA, Webster KE. Lymphadenectomy for the management of endometrial cancer (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 10. Art. No.: CD007585. DOI: 10.1002/14651858.CD007585.pub4.

REGIÓN LA LIBERTAD V° B° Dirección de Cirugía Especializada GERENCIA REGIONAL DE SALUD - IREN NORTE

REGIÓN LA LIBERTAD V° B° Servicio de Cirugía en Ginecología GERENCIA REGIONAL DE SALUD - IREN NORTE

8. Falcone, F, Balbi, G. Surgical Management of Early Endometrial Cancer: An Update and Proposal of a Therapeutic Algorithm. Med Sci Monit, 2014; 20: 1298-1313 DOI: 10.12659/MSM.890478
9. Gallardo D, Montalvo G, Oncoguía: Cáncer Epitelial de Ovario. Cancerología 6: 53 –60. México 2011.
10. Querleu, D., Planchamp, F. European Society of Gynaecological Oncology (ESGO). Guidelines for Ovarian Cancer Surgery. International Journal of Gynecological Cancer, 27(7), 1534–1542. (2017). DOI: 10.1097/IGC.0000000000001041
11. N. Colombo, C. ESMO–ESGO consensus conference recommendations on ovarian cancer: pathology and molecular biology, early and advanced stages, borderline tumours and recurrent disease. Annals of Oncology 30: 672–705, 2019. doi:10.1093/annonc/mdz062
12. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG practice bulletin, clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists, number 65, August 2005: management of endometrial cancer. Obstet Gynecol. 2005; 106(2):413-425.
13. American Joint Committee on Cancer. Uterine Cancer - Ovary, Fallopian Tube, and Primary Peritoneal Carcinoma. In: AJCC Cancer Staging Manual. 8th ed. New York, NY: Springer; 2017: 661 – 670 y 681-690.
14. Barlin JN, Puri I, Bristow RE. Cytoreductive surgery for advanced or recurrent endometrial cancer: a meta-analysis. Gynecol Oncol. 2010;118(1):14-18.
15. Beining RM, Dennis LK, Smith EM, Dokras A. Meta-analysis of intrauterine device use and risk of endometrial cancer. Ann Epidemiol. 2008;18:492-499.
16. Boggess JF, Kilgore JE. Uterine cancer. In: Niederhuber JE, Armitage JO, Doroshow JH,. Kastan MB, Tepper JE, eds. Abeloff's Clinical Oncology. 5th ed. Philadelphia, Pa: Elsevier; 2014: 1575-1591.
17. Cardenes HR, Look K, Michael H, Cerezo L. Endometrium. In: Halperin EC, Perez CA, Brady LW, eds. Perez and Brady's Principles and Practice of Radiation Oncology. 5th ed. Philadelphia, Pa: Lippincott Williams and Wilkins; 2008: 1610-1628.
18. BennibiGi History of hysterectomy. J Fla Assoc. 1988,75:533-538
19. GRANADOS GARCÍA Oncología y cirugía Bases y principios. Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V. 2013, 531-542.
20. Pokras R. Hysterectomy, past, present, and future stat Bull MetropInsur Co. 1989.
21. Dicker RC. Scally MJ. GreenspanJR et at. Hysterectomy among women of reproductive age. Trends in the United States, 1970-1978. Jama 1982,248:323-327.
22. Abu-Rustum NR, Khoury-Collado F, Pandit-Taskar N, et al. Sentinel lymph node mapping for grade 1 endometrial cancer: is it the answer to the surgical staging dilemma? Gynecol Oncol. 2009;113:163-169.
23. Alektiar KM, Abu-Rustum NR, Fleming GF. Cancer of the uterine body. In: DeVita VT, Hellman S, Rosenberg SA, eds. DeVita, Hellman, and

REGIÓN LA LIBERTAD V°B° Dirección de Cirugía Especializada GERENCIA REGIONAL DE SALUD - IREN NORTE

REGIÓN LA LIBERTAD V°B° Servicio de Cirugía en Ginecología GERENCIA REGIONAL DE

Rosenberg's Cancer: Principles and Practice of Oncology. 10th ed. Philadelphia, Pa: Lippincott Williams & Wilkins; 2015: 1048- 1064.

24. Amant F, Moerman P, Neven P, et al. Endometrial cancer. Lancet 2005 Aug 6- 12; 366(9484): 491-505.

25. Obermair A et al. Total laparoscopic hysterectomy for endometrial cancer: patterns of recurrence and survival. Gynecol Oncol 2004; 92: 789-93.

REGIÓN LA LIBERTAD V°B° Dirección de Cirugía Especializada GERENCIA REGIONAL DE SALUD - IREN NORTE

REGIÓN LA LIBERTAD V°B° Servicio de Cirugía en Ginecología GERENCIA REGIONAL DE SALUD - IREN NORTE

6.5 NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: CITOREDUCCION DE OVARIO Y ENDOMETRIO (COE)

CÓDIGO CPT: 58950 a 58960

58150 a 58210

6.5.1 OBJETIVOS

Socializar la técnica quirúrgica estándar de **CITORREDUCCIÓN DE OVARIO/ENDOMETRIO** para disminuir el número de complicaciones quirúrgicas trans y post operatorias, así como evitar la estancia hospitalaria prolongada.

6.5.2 INDICACIONES

- Cáncer de ovario EC III-IV
- Cáncer de Endometrio EC III-IV

6.5.3 CONTRAINDICACIONES

- Bajo performance status (Karnofsky < 40)
- Criterios de inoperabilidad e irresecabilidad (CRITERIOS DE FAGOTTI)
- Comorbilidades que contraindiquen cirugía.

6.5.4 REQUERIMIENTOS BÁSICOS

➢ **RECURSOS HUMANOS:**

- Médico especialista Ginecólogo Oncólogo/ Cirujano Oncólogo/ Anestesiólogo
- Licenciada(o) en Enfermería.

➢ **RECURSOS MATERIALES:**

- Ropa de sala de operaciones, con gorro mascarilla y botines (o zapatos apropiados).
- Ropa y campos estériles (con respectivo testigo)
- Comprensas de gasa radiopacas estériles de 48x48cm y 50x15cm. (con respectivo testigo)
- Guantes estériles N° 6 ½ , 7 y 7 ½ .
- Solución antiséptica para el lavado de campo operatorio pre quirúrgico Yodopovidona espuma y solución).
- Sonda Foley N° 14 o 16.
- Bolsa colectora de orina.
- Jeringa 20cc
- Asepto Jeringa 60ml.
- Tubo de aspiración de silicona de ≥ a 3 metros. Conexión Hembra - Hembra Diámetro interno 6mm a 9mm
- Mangos estériles para movilizar las lámparas cialíticas.

REGION LA LIBERTAD Vº Bº Dirección de Cirugía Especializada GERENCIA REGIONAL DE SALUD - IREN NORTE

REGION LA LIBERTAD Vº Bº Servicio de Cirugía en Ginecología GERENCIA REGIONAL DE SALUD - IREN NORTE

- Placa de retorno de electrobisturí para adulto desechable.
- Lápiz electroquirúrgico estéril descartable, con electrodo tipo espátula pequeño y largo.
- Instrumental quirúrgico
  - ✓ Pinza Mayo
  - ✓ Pinza Rochester
  - ✓ Pinza Carmalt.
  - ✓ Pinza Heaney
  - ✓ Pinza Kocher
  - ✓ Pinza Ochsner
  - ✓ Pinza Peán
  - ✓ Pinza Kelly
  - ✓ Pinza Crawford
  - ✓ Pinza Moynihan
  - ✓ Pinza Wertheim
  - ✓ Pinza Zeppelin,
  - ✓ Pinza Zinnanti,
  - ✓ Pinza Clark
  - ✓ Pinza Allis.
  - ✓ Pinza Mixter.
  - ✓ Tijera Metzenbaum
  - ✓ Tijera Mayo recta y curva.
  - ✓ Pinza disección con diente.
  - ✓ Pinza disección sin diente.
  - ✓ Pinza disección Singley.
  - ✓ Pinza de campo Backhau.
  - ✓ Pinza rectal SISCO Lloyd Davis.
  - ✓ Pinza Intestinal MAYO-ROBSON
  - ✓ Porta Agujas Mayo Hegar.
  - ✓ Separador vascular Cushing.
  - ✓ Separador Farabeuf.
  - ✓ Separador autoestático Balfour.
  - ✓ Separador suprapúbico.
  - ✓ Valva maleable.
  - ✓ Cánula de aspiración Yankahuer.
  - ✓ Sutura mecánica Lineal
  - ✓ Sutura mecánica circular tipo EEA (end-to-end anastomosis.)
- Suturas:
  - ✓ Reabsorbible:
    - Vicryl Nº 0, 1, 2/0 CT-1, CT-2
    - Ac. Poliglicólico Nº 0, 1, 2/0 MR 30-35
    - Caprofyl Nº 1, 0, 2/0 MR 30-35
    - Catgut Crómico Nº 1, 0, 2/0

REGIÓN LA LIBERTAD V° B° Dirección de Cirugía Especializada GERENCIA REGIONAL DE SALUD - IREN NORTE

REGIÓN LA LIBERTAD V° B° Servicio de Cirugía en Ginecología GERENCIA REGIONAL DE SALUD - IREN NORTE

- PDS II Nº 0 CT-1

✓ No reabsorbible:

- Nylon 3/0 TC 30.
- Prolene.
- Hilo de algodón 0, 10.
- Grapas hemostáticas.

➢ **EQUIPOS:**

- Equipo de aspiración.
- Equipo de electrocirugía con corte, coagulación, corte-coagulación, monopolar y bipolar.
- Equipo de electrocirugía con sistema de sellado de vasos.
- Equipo de electrocirugía con sistema de coagulación de argón plasma.

6.5.5 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

A. Antes de realizar todo acto quirúrgico debemos tener en cuenta:

1. Comprobar que tenemos todo el material necesario.
2. Identificamos al paciente según guía del servicio.
3. Informamos al paciente y familia del procedimiento que vamos a realizar y de qué acciones son necesarias para su colaboración

B. Preparación Preoperatoria:

1. Ayuno de 8 horas previos a la cirugía.
2. Colocación de vía periférica permeable.
3. Recorte del vello púbico previo a cirugía.
4. Antibiótico profilaxis según guía de manejo

C. Equipos de protección individual.

1. Botas quirúrgicas.
2. Gorro quirúrgico.
3. Mascarilla quirúrgica.
4. Bata quirúrgica.
5. Guantes quirúrgicos.
6. Gafas quirúrgicas.

D. Técnica quirúrgica.

1. Previamente los cirujanos se realizan lavado de manos (Ver guía de lavado de manos), se colocan la ropa quirúrgica y equipos de protección individual.
2. La paciente recibe anestesia, de acuerdo a las Guías del Departamento de Anestesiología.
3. La paciente se encuentra en posición decúbito dorsal.
4. Lavado del campo operatorio desde el surco sub mamario hasta los muslos, finalizando en los genitales externos y vagina con yodopovidona espuma y solución. (ver guías de lavado del campo operatorio de la institución).

REGIÓN LA LIBERTAD V°B° Dirección de Cirugía Especializada GERENCIA REGIONAL DE SALUD - IREN NORTE

REGIÓN LA LIBERTAD V°B° Servicio de Cirugía en Ginecología GERENCIA REGIONAL DE SALUD - IREN NORTE

5. Colocación de Sonda Foley N° 14 o 16 conectada a bolsa colectora, con globo 5-15cc a menos que exista otra indicación, (ver guías de colocación de sonda tipo Foley).
6. Colocación de la placa de retorno al paciente, realizado por la enfermera circulante.
7. Colocación de los campos estériles sobre la paciente y fijación con pinza de campo Backhau.
8. El cirujano principal se coloca al lado izquierdo de la paciente y el primer ayudante al lado derecho de la paciente.
9. Colocación y distribución del tubo de aspiración y del lápiz de electrocirugía los cuales se fijan al campo operatorio con pinza de campo Backhau.
10. El procedimiento quirúrgico se inicia realizando una incisión de laparotomía mediana supra – infra umbilical con bisturí frio. (Si no se espera una enfermedad de gran volumen, la incisión abdominal inicial puede ser menos generosa y extenderse más adelante en el procedimiento si es necesario).
11. Se apertura la pared abdominal por planos utilizando electrocauterio hasta aponeurosis.
12. Se protegerá la pared abdominal con campos estériles (campos secundarios).
13. Se secciona plano de aponeurosis con electrocauterio hasta peritoneo.
14. Se ingresa cuidadosamente a la cavidad peritoneal para evitar el derrame de ascitis. Se agarra cuidadosamente el peritoneo con pinzas Kelly en la línea media y se corta con una tijera Metzenbaum y se ingresa la punta de la Cánula de aspiración Yankahuer para la aspiración de líquido ascítico.
15. Luego se realiza ampliación de la incisión en el peritoneo, utilizando tijeras o electrocauterización, a lo largo de toda la incisión abdominal (después de que se haya drenado toda la ascitis).
16. Acto seguido debe siempre ser la exploración de la cavidad abdominal y de la pelvis.
17. Colocación de la paciente en posición de trendelenburg.
18. Colocación del separador autoestático y con gasas tipo dressing se rechazarán las asas intestinales para facilitar la visualización del campo operatorio.

RESECCION DE TUMOR ANEXIAL.

19. Se abre una ventana en el ligamento ancho con pinza de punta fina o lápiz de electroquirurgico debajo del ligamento infundíbulo pélvico y se coloca una pinza Crawford – Crawford, 2 en el extremo proximal y 1 en el extremo distal de los vasos ováricos (teniendo cuidado de no

REGIÓN LA LIBERTAD V°B° Dirección de Cirugía Especializada GERENCIA REGIONAL DE SALUD - IREN NORTE

REGIÓN LA LIBERTAD V°B° Servicio de Cirugía en Ginecología GERENCIA REGIONAL DE SALUD - IREN NORTE

lesionar el uréter); se cortando con tijera Metzenbaum entre los clamps distales y es ligando con ligadura transfixiante e instrumentada (Hilo 0, Vicryl Nº 1, 0)

20. Asimismo se abre una ventana debajo de la trompa de Falopio entre el útero y el ovario con una pinza punta fina o con el lápiz electroquirurgico, y se coloca un clamp fuerte (Crawford, Heaneay, Kocher, Mayo o similar) para clampar el pedículo útero-ovárico.
21. Se corta con tijera Metzenbaum entre los dos clamps y es ligando con ligadura transfixiante (Vicryl Nº 1, 0)
22. Se produce la exéresis del anexo la cual es enviado a estudio intraoperatorio (congelación, impronta) de ser necesario.

HISTERECTOMIA ABDOMINAL TOTAL

23. Se procede al agarre de los cuernos del útero clampando con fórceps apropiados de prehensión (pinza Rochester Carmalt) justo a nivel de la parte proximal de ambos anexos.
24. Se realiza tracción y movilización del útero mediante los clamp de agarre en dirección anterior y caudal, la cual se realizará mientras dure el procedimiento hasta la excéresis de la pieza operatoria.
25. Se clampan los ligamentos redondos con pinza Kelly - Kelly, se cortan con electrobisturí y ligan los extremos distal y proximal con hilo 10 colocando pinza Kelly de reparo en el hilo 10 del extremo proximal del ligamento redondo.
26. El retroperitoneo es abierto lateralmente teniendo cuidado de no dañar los vasos ováricos.
27. Sección de la hoja anterior del ligamento ancho y disección del Espacio Vésico-uterino con Tijera Metzenbaum o Electrobisturi
28. Se disecan y crean las fosas paravesicales.
29. Se identifican los uréteres los cuales deben preservarse.
30. El peritoneo posterior es incidido en el área menos vascularizada cercana al ligamiento infundíbulo pélvico para luego clampar con pinzas Crawford – Crawford, 2 en su extremo proximal y 1 en su extremo distal; se cortando con tijera Metzenbaum entre los clamps distales y es ligando con ligadura transfixiante e instrumentada (Hilo 0, Vicryl Nº 1, 0)
31. Sección de Hoja posterior del ligamento ancho y Disección Espacio Recto-uterino y para-rectal con Tijera y Crafoord.
32. El ligamiento úterosacro es clampado (Pinza Pinza Crafoord, Mayo,Heaney, Peán, Rochester), cortado y ligado a nivel de su inserción útero.
33. Se pinzan los vasos uterinos (Pinza Mayo, Heaney, Faure, Heiss, Rochester, Zeppelin, Zinnanti, Rogers) a nivel del itsmo, los cuales se seccionan con tijera Metzenbaum e inmediatamente son ligandos con

REGIÓN LA LIBERTAD Vº Bº Dirección de Cirugía Especializada GERENCIA REGIONAL DE SALUD - IREN NORTE

REGIÓN LA LIBERTAD Vº Bº Servicio de Cirugía en Ginecología GERENCIA REGIONAL DE SALUD - IREN NORTE

doble ligadura: Transfixiante y simple (con Vicryl Nº 1, 0; e Hilo algodón 0, respectivamente).

34. Se clampan los ligamientos cardinales con clamps fórceps fuertes (Heaneay, mayo) a nivel de su contacto con el cérvix, para luego cortarlos y ligarlos con Catgut Nº 1.5, vicryl 1 Este procedimiento se repite las veces que sean necesarias desde la región cefálica a la caudal, hasta identificar adecuadamente la parte distal del cérvix (generalmente por palpación).
35. Finalmente, la pieza operatoria es separada con un adecuado corte de la vagina (2 cm) con técnica abierta (Utilizando Electrobisturi) o con técnica cerrada colocando clamps fuertes (como los fórceps de Moningham, Heaneay, Mayo) a nivel de la vagina por debajo del cérvix. También se puede realizar utilizando instrumental de sutura mecánica a nivel de la vagina por debajo del cérvix.
36. Cualquier sangrado es cuidadosamente controlado.
37. El cierre de la vagina se puede realizar con puntos separados o con sutura continua (surget), a criterio del cirujano. Todo el material de sutura es reabsorvible (preferentemente Vicryl N° 0-1; ó catgut crómico N° 1).

OMENTECTOMIA INFRACOLICA

38. El epiplón se eleva y se extiende para determinar la interfaz con el colon transverso y evaluar las relaciones anatómicas normales.
39. Se identifica un área avascular entre la hoja posterior del epiplón y el colon y se corta con electrocauterio cerca del colon transverso. No obstante, se debe mantener una distancia suficiente (2cm) para evitar la propagación térmica lateral del electrocauterio al colon.
40. Los pedículos vasculares se sujetan doblemente con pinzas Kelly para ser seccionados y ligados.
41. Alternativamente puede la omentectomía infracólica se puede realizar con la pinza de sellado de vasos y corte. A una distancia de 2cm del colon transverso las mordazas se cierran apretando el mango hasta que quede bloqueado. Luego se activa el electrocauterio bipolar, que sella efectivamente el tejido y / o los vasos de hasta 7 mm de diámetro. La palanca justo encima del mango se presiona para activar una cuchilla dentro del dispositivo que transeccionará el tejido cauterizado. Al apretar el mango una vez más, se abren las mandíbulas.
42. Este procedimiento se realiza hasta completar la omentectomía.

REGIÓN LA LIBERTAD V° B° Dirección de Cirugía Especializada GERENCIA REGIONAL DE SALUD - IREN NORTE

REGIÓN LA LIBERTAD V° B° Servicio de Cirugía en Ginecología GERENCIA REGIONAL DE SALUD - IREN NORTE

PERITONECTOMÍA DIAFRAGMÁTICA.

43. El peritoneo que recubre el diafragma puede extirparse con el coagulador con haz de argón si la enfermedad es de pequeño volumen y no está dispersa.
44. Si la enfermedad es extensa se extirpa quirúrgicamente.
45. Para nódulos anteriores focales, limitados y superficiales, o para placas pequeñas, el hígado se moviliza únicamente por la retracción caudal con las manos del cirujano.
46. Para enfermedad más extensa se debe movilizar ampliamente el hígado para eliminar por completo todas las enfermedades del diafragma. El ligamento falciforme se clampa con pinza de presión y debe transectarse hasta el ligamento coronario y mantenerse para la tracción. La división del ligamento triangular derecho puede proporcionar movilización medial adicional y acceso a la cara posterior del diafragma.
47. El peritoneo que recubre el diafragma anterior se incide a lo largo del margen costal o más proximalmente si es necesario.
48. Se utilizan pinzas de Allis para agarrar el borde peritoneal libre y mantener la tracción durante la disección, con electrocauterio o tijeras Metzenbaum, del plano entre el peritoneo y el diafragma.
49. Ocasionalmente, la disección puede lograrse con disección roma con una mano libre, mientras que la tracción en el peritoneo se mantiene con la otra mano (No es posible si el tumor se ha extendido hacia o a través del diafragma).
50. Se debe tener cuidado para asegurar la hemostasia en todo momento.
51. El peritoneo involucrado se extirpa una vez que se diseca completamente del diafragma.
52. El espécimen se puede extraer en bloque si es posible; sin embargo, la resección segmentaria es apropiada para mejorar la visualización.
53. El peritoneo involucrado se extirpa una vez que se diseca completamente del diafragma.
54. Se verifica la integridad del diafragma visualmente para detectar defectos obvios. También se puede utilizar solución salina colocada en el área de disección el cual ayudará a detectar burbujas de aire durante la inspiración.

ESPLENECTOMÍA: La ubicación más común del cáncer de ovario que afecta el bazo es el hilio (65%), seguido de la cápsula (52%) y el parénquima (16%).

55. El abordaje quirúrgico de la esplenectomía es individualizado y puede proceder anteriormente a través del ligamento gastroesplénico, posteriormente a través del ligamento lienorenal, o una combinación

REGIÓN LA LIBERTAD V° B° Dirección de Cirugía Especializada GERENCIA REGIONAL DE SALUD - IREN NORTE

REGIÓN LA LIBERTAD V° B° Servicio de Cirugía en Ginecología GERENCIA REGIONAL DE SALUD - IREN NORTE

de ambos, dependiendo de la ubicación y extensión del crecimiento del tumor.

56. Si la superficie anterior del bazo y el hilio esplénico no están comprometidos por el tumor, el abordaje anterior es la ruta más directa para controlar el suministro de sangre esplénica.
57. **Abordaje anterior:** Después de la movilización del epiplón, se dividen los ligamentos esplenocólico, gastrocólico y gastrosplénico. Las dos a cinco arterias gástricas cortas que corren en la porción superior del ligamento gastroesplénico se clampan utilizando pinzas de presión y se ligan con Hilo N° 10. También se pueden seccionar con el dispositivo de sellado de vasos.
58. El estómago se retrae cefálicamente para exponer el saco menor y proporcionar una exposición máxima a los vasos esplénicos a medida que ingresan al hilio.
59. La arteria esplénica tortuosa puede identificarse a lo largo del borde superior del páncreas y trazarse distalmente hacia el hilio esplénico.
60. El peritoneo que recubre la arteria esplénica se incide cuidadosamente y se introduce una pinza de ángulo recto (Mixter) debajo de la arteria; se secciona con tijeras Metzenbaum y se liga con suturas de seda 2-0.
61. En este tiempo, colocar al paciente en posición de Morestin (Antitrendelemburg) permite que el bazo descienda a la cavidad abdominal y mejorar la exposición.
62. El bazo se lleva hacia delante y se rota medialmente, exponiendo el ligamento lienorenal en la cara lateral posterior del bazo.
63. Se realiza una incisión en el ligamento lienorenal con electrocauterio, lo que permite que el bazo se introduzca en la incisión y exponga la superficie posterior, el hilio esplénico y la cola del páncreas.
64. Si es necesario, la cola del páncreas se diseca suavemente lejos de los vasos esplénicos.
65. La arteria esplénica se diseca cuidadosamente de la vena esplénica adyacente y la cola pancreática, se liga doblemente con suturas de seda 2-0 y se divide. Se recomienda colocar punto de transfixión adicional con sutura de prolene 3-0 a través de la punta del pedículo arterial proximal para mayor seguridad.
66. El bazo se comprime suavemente para garantizar la descompresión, seguido de la ligadura de sutura doble y la división de la vena esplénica. (La ligadura separada de la arteria y la vena esplénica reduce el riesgo de formación de fístulas arteriovenosas).
67. **El abordaje posterior** a la esplenectomía es ventajoso cuando la enfermedad omental es voluminosa con infiltración tumoral extensa de los ligamentos gastrocólico y gastroesplénico compromete el hilio esplénico y permite un acceso quirúrgico limitado a los vasos esplénicos a través del abordaje anterior.

68. En esta técnica, el estómago se coloca en tracción medial, sin intentar dividir el ligamento gastroesplénico en este tiempo.
69. El ligamento esplenocólico se clampa con pinza Mixter, se secciona con tijeras Metzenbaum y se liga con seda 2-0.
70. El bazo se rota medial y anteriormente, y el ligamento lienorenal se clampa, secciona y divide.
71. La arteria y la vena esplénicas son ligadas y divididas individualmente, como se describió anteriormente.
72. Como paso final, el espécimen se rota completamente dentro de la incisión, exponiendo la superficie inferior del ligamento gastroesplénico. Los vasos gástricos cortos son luego individualmente ligados y divididos; también pueden ser desmontados con un dispositivo de sellado de vasos.
73. Un drenaje de succión cerrado se coloca rutinariamente en el lecho esplénico y el efluente del drenaje se controla por los niveles de amilasa durante el período postoperatorio si hay preocupación por una lesión en la cola pancreática.

RESECCIÓN ANTERIOR BAJA Y EXENTERACIÓN POSTERIOR MODIFICADA: Si la resección es por encima de la reflexión peritoneal, entonces es simplemente una "resección anterior".

La extracción del útero en bloque con el rectosigmoide se conoce como una "exenteración posterior modificada". La extracción del rectosigmoide en sí es una "resección anterior baja" y en el cáncer de ovario la mayoría de las resecciones están por encima de 6 cm de la línea del anocutano.

74. El desarrollo del espacio retroperitoneal es la primera parte del procedimiento. Después de ingresar al retroperitoneo, los uréteres se identifican y los ligamentos infundibulopélvicos se dividen si los ovarios no se han extirpado previamente (Pasos 25 al 30)
75. El espacio presacro se desarrolla con cuidado para movilizar el colon sigmoide. Se realiza disección roma por encima de la fascia de Waldeyer para garantizar se realice en el plano adecuado y se minimice el riesgo de sangrado presacro. (El sangrado de las venas sacras puede ser difícil de manejar, ya que los vasos pueden retraerse en los agujeros sacros).
76. Se identifica, se esqueletiza, se clampa con pinza Mixter – Mixter la arteria mesentérica inferior y se secciona con tijeras Metzenbaum y se liga con seda 2-0. (Se pueden ligar selectivamente las ramas sigmoides y la arteria hemorroidal superior, dejando la patente de la arteria cólico izquierda; no siendo posible si el tumor está comprometiendo el mesenterio sigmoideo).

REGION LA LIBERTAD V°B° Dirección de Cirugía Especializada GERENCIA REGIONAL DE SALUD - IREN NORTE

REGION LA LIBERTAD V°B° Servicio de Cirugía en Ginecología GERENCIA REGIONAL DE SALUD - IREN NORTE

77. El colon sigmoide se libera del peritoneo, Se colocan pinzas intestinales tipo Mayo – Robson proximal al tumor, libre de enfermedad; es transectado utilizando electrocauterio o tijeras Metzenbaum. Se suturan el extremo proximal con PDS 4/0, puntos continuos invaginante. También se puede utilizar un dispositivo de sutura mecánica desechable.
78. Se tracciona anteriormente el sigmoides para exponer espacio pre sacro y se continua la disección con electrocauterio y se desarrolla aún más el espacio presacro (Una vez que los principales pedículos vasculares se han ligado en el mesenterio sigmoideo, la disección presacro es relativamente sin sangre si se ha encontrado el plano correcto)
79. Los uréteres pueden servir como guía para la disección, los cuales deben liberarse continuamente y rechazarse lateralmente.
80. Cuando se realiza una exenteración posterior modificada, las arterias uterinas generalmente se encuentran cuando atraviesan los uréteres; se pueden sujetar, ligar y seccionar a este nivel (Utilizar la técnica descrita en el paso 33).
81. El peritoneo vesicouterino se incide de la manera habitual y la vejiga se moviliza lo más caudalmente posible (Siguiendo la técnica del paso 27).
82. Se seccionan las paredes vaginales con electrocauterio utilizando técnica abierta o cerrada a criterio del cirujano y se procede a suturar la cúpula de la vagina según técnica descrita en paso 37.
83. Una vez que el recto se ha disecado debajo del tumor, se separa la grasa mesentérica rectal en un área libre de enfermedad; se colocan pinzas rectal Lloyd Davis y una pinza tipo Kocher en el extremo proximal (Para evitar derrames) y se secciona con bisturí frio (se puede remplazar la pinza rectal por una grapadora lineal.
84. La muestra se retira y se coloca fuera del campo operativo.
85. Se retira la pinza rectal o la grapadora lineal (según sea el caso)
86. El extremo previamente engrapado del recto se abre al cortar la línea de grapado con un bisturí frio o unas tijeras.
87. Se realiza anastomosis Latero-Terminal colo-rectal utilizando PDS 4/0, puntos separado o continuos invaginante (según criterio del cirujano).
88. También se puede realizar la anastomosis con sutura mecánica circular tipo EEA (end-to-end anastomosis.). La grapadora EEA consta de un mango con liberación de seguridad, una cabeza de cartucho y un yunque con un trocar. Hay marcas de centímetros en el eje para ayudar a determinar el nivel de la anastomosis. La grapadora grapa y corta simultáneamente el exceso de tejido de la anastomosis invertida. Los dos especímenes extirpados se denominan "rosquillas" y deben examinarse para ver si están completos. Si están completos,

REGION LA LIBERTAD V° B° Dirección de Cirugía Especializada GERENCIA REGIONAL DE SALUD - IREN NORTE

REGION LA LIBERTAD V° B° Servicio de Cirugía en Ginecología GERENCIA REGIONAL DE SALUD - IREN NORTE

es poco probable que haya tejido sin oposición en el sitio de anastomosis.

89. La piel se sujeta con una pinza traumática Kocher o similar.
90. Se corta un círculo de piel de 2–2,5 cm en el centro del punto previamente marcado con un cuchillo.
91. El bisturí se mantiene paralelo a la pared abdominal para crear una ostomía simétrica.
92. Este sitio debe cubrir el músculo recto para que el intestino pueda salir a través del abdomen del recto.
93. Al colocar el intestino a través del músculo recto, se minimizan los riesgos de prolapso y hernia.
94. El defecto resultante debe ser aproximadamente del tamaño de 2.5 cm de diámetro.
95. El tejido subcutáneo y la grasa se pueden diseccionar hacia la fascia del recto anterior mediante electrocauterización a medida que se mantiene la tracción con la pinza.
96. Se realiza una incisión cruzada en la fascia del recto anterior. Esta incisión también debe hacerse de forma conservadora, ya que se puede estirar fácilmente con instrumentos o manualmente según sea necesario para producir el estoma lateral adecuado.
97. El músculo recto se separa contundentemente, y la fascia posterior (si está presente) y el peritoneo se inciden framcamente.
98. Usando una pinza Babcock, la extremidad aferente del colon seccionado se lleva a través del pasaje abdominal recién creado.
99. El colon del ostoma se abre solo después de cerrar la incisión abdominal con Vivryl 1/0 en la fascia, puntos continuos. Catgut 2/0 puntos separados en TCSC. Y Finalmente Nylon 3/0 en la piel puntos separados.
100. Se realiza sutura de ostoma con Vicryl 4/0, puntos separados. la sutura debe evertir la mucosa del colon.
101. Se coloca bolsa de colostomía.

6.5.6 COMPLICACIONES

Las principales complicaciones son:

- Hemorragia.
- Infección de herida operatoria.
- Lesiones viscerales
- Lesiones vasculares
- Lesiones nerviosas
- Lesiones de uréter o de vejiga
- Formación de fistulas.

REGION LA LIBERTAD V°B° Dirección de Cirugía Especializada GERENCIA REGIONAL DE SALUD - IREN NORTE

REGION LA LIBERTAD V°B° Servicio de Cirugía en Ginecología GERENCIA REGIONAL DE SALUD - IREN NORTE

6.5.7 INDICADORES

1.- Porcentaje de complicaciones post quirúrgicas de COE	
Concepto	Proporción de complicaciones quirúrgicas de COE
Objetivo	Conocer el porcentaje de pacientes con complicación post quirúrgica luego de realizar COE utilizando la guía técnica.
Formula	$\frac{N° \, Total \, de \, complicaciones \, de \, COE}{N° \, Total \, de \, cirugias \, COE} x100\%$
Fuente de datos	Registro de datos del sistema.
Periodicidad	Mensual
Interpretación	El resultado indica el porcentaje de complicaciones quirúrgicas de COE.
Meta	Menor de 7.5 %

2.- Estancia Hospitalaria post quirúrgicas de COE	
Concepto	Tiempo que permanece el paciente hospitalizado entre su ingreso y egreso para COE.
Objetivo	Determinar el promedio de días de permanencia de los pacientes que egresaron post COE.
Formula	$\frac{N° \, Total \, dias \, hospitalizado \, para \, COE}{N° \, Total \, de \, Egresos \, post \, COE}$
Fuente de datos	Registro de datos del sistema.
Periodicidad	Mensual
Interpretación	El resultado indica el promedio de días de permanencia de los pacientes post quirúrgicos de COE.
Meta	5 días.

6.5.8 RESPONSABILIDADES

- **Dirección General:** Brindar los materiales y equipos necesarios para garantizar la aplicación y cumplimiento de las disposiciones establecidas en la presente guía técnica.
- **Departamento de Cirugía en Ginecología:** Velar para que la presente guía técnica sea implementada en el ámbito de su competencia. Así mismo, en coordinación con el Servicio de Normatividad y Control de Servicios Oncológicos y Unidad de Calidad vigilar el cumplimiento del documento normativo.

6.5.9 BIBLIOGRAFÍA

1. Nadeem R. Abu-Rustum. Atlas of Proceures in Gynecologic Oncology. Capitulo 26: Surgical cytoreduction. 3ra ed. CRC Pres Taylor & Francis Goup. New York 2013.
2. Geoffrey W. Cundiff. Te Linde's Atlas of Gynecologic Surgery. Capitulo 20: Cytoreductive Surgery for Ovarian Cancer: Upper Abdominal Procedures. Williams & Wilkins. 1ra ed. Philadelphia 2014.
3. Jonathan S. Berek. Berek & Hacker's Gynecologic Oncology. Capítulo 9 y 11: Uterine Cancer - Epithelial Ovarian, Fallopian Tube, and Peritoneal Cancer. 6ta ed. Wolters Kluwer. Philadelphia 2015.

REGIÓN LA LIBERTAD V°B° Dirección de Cirugía Especializada GERENCIA REGIONAL DE SALUD - IREN NORTE

REGIÓN LA LIBERTAD V°B° Servicio de Cirugía en Ginecología GERENCIA REGIONAL DE SALUD - IREN NORTE

4. Richard, J., An Atlas of Gynecologic Oncology Investigation and Surgery. Capitulo 22. Upper abdominal cytoreduction for advanced ovarian cancers. 4ta ed. Taylor & Francis Group. New York 2018.
5. William M. Burke, James Orr. Endometrial cancer: A review and current management strategies: Part I. Gynecologic Oncology 134 (2014) 385–392.
6. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG practice bulletin, clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists, number 65, August 2005: management of endometrial cancer. Obstet Gynecol. 2005; 106(2):413-425.
7. American Joint Committee on Cancer. Uterine Cancer - Ovary, Fallopian Tube, and Primary Peritoneal Carcinoma. In: AJCC Cancer Staging Manual. 8th ed. New York, NY: Springer; 2017: 661 – 670 y 681-690.
8. Barlin JN, Puri I, Bristow RE. Cytoreductive surgery for advanced or recurrent endometrial cancer: a meta-analysis. Gynecol Oncol. 2010;118(1):14-18.
9. Beining RM, Dennis LK, Smith EM, Dokras A. Meta-analysis of intrauterine device use and risk of endometrial cancer. Ann Epidemiol. 2008;18:492-499.
10. JF, Kilgore JE. Uterine cancer. In: Niederhuber JE, Armitage JO, Doroshow JH,. Kastan MB, Tepper JE, eds. Abeloff's Clinical Oncology. 5th ed. Philadelphia, Pa: Elsevier; 2014: 1575-1591.
11. Cardenes HR, Look K, Michael H, Cerezo L. Endometrium. In: Halperin EC, Perez CA, Brady LW, eds. Perez and Brady's Principles and Practice of Radiation Oncology. 5th ed. Philadelphia, Pa: Lippincott Williams and Wilkins; 2008: 1610-1628
12. BennibiGi History of hysterectomy. J Fla Assoc. 1988,75:533-538
13. GRANADOS GARCÍA Oncología y cirugía Bases y principios. Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V. 2013, 531-542.
14. Pokras R. Hysterectomy, past, present, and future stat Bull MetropInsur Co. 1989.
15. Dicker RC. Scally MJ. GreenspanJR et at. Hysterectomy among women of reproductive age. Trends in the United States, 1970-1978. Jama 1982,248:323-327.
16. Abu-Rustum NR, Khoury-Collado F, Pandit-Taskar N, et al. Sentinel lymph node mapping for grade 1 endometrial cancer: is it the answer to the surgical staging dilemma? Gynecol Oncol. 2009;113:163-169.
17. Alektiar KM, Abu-Rustum NR, Fleming GF. Cancer of the uterine body. In: DeVita VT, Hellman S, Rosenberg SA, eds. DeVita, Hellman, and Rosenberg's Cancer: Principles and Practice of Oncology. 10th ed. Philadelphia, Pa: Lippincott Williams & Wilkins; 2015: 1048- 1064.
18. F, Moerman P, Neven P, et al. Endometrial cancer. Lancet 2005 Aug 6-12; 366(9484): 491-505.
19. Obermair A et al. Total laparoscopic hysterectomy for endometrial cancer: patterns of recurrence and survival. Gynecol Oncol 2004; 92: 789-93.

REGIÓN LA LIBERTAD V°B° Dirección de Cirugía Especializada GERENCIA REGIONAL DE SALUD - IREN NORTE

REGIÓN LA LIBERTAD V°B° Servicio de Cirugía en Ginecología GERENCIA REGIONAL DE SALUD - IREN NORTE

6.6 NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: VULVECTOMIA SIMPLE Y RADICAL (VSR)

CÓDIGO CPT: 56620 a 56640

6.6.1 OBJETIVOS

Socializar la técnica quirúrgica estándar de **VULVECTOMIA SIMPLE Y RADICAL** para disminuir el número de complicaciones quirúrgicas trans y post operatorias, así como evitar la estancia hospitalaria prolongada.

6.6.2 INDICACIONES

- ***VULVECTOMIA SIMPLE:***
  1. Neoplasia intraepitelial vulvar extensa que no es susceptible de ablación o para lesiones que requieren una evaluación patológica completa debido a la preocupación por un cáncer invasivo subyacente.
  2. Enfermedad de Paget de la vulva sin evidencia de adenocarcinoma subyacente.
- ***VULVECTOMIA RADICAL:***
  1. Carcinoma escamoso de vulva T1b (>1 mm invasión) o T2 (tumores < 4cm)
  2. Enfermedad de Paget extensa de la vulva con adenocarcinoma subyacente.
  3. Adenocarcinoma avanzado de la glándula de Bartholin con infiltración de tejidos blandos vulvares.
  4. Melanoma vulvar localmente avanzado sin evidencia de diseminación regional o distante.

6.6.3 REQUERIMIENTOS BÁSICOS

➢ **RECURSOS HUMANOS:**

- Médico especialista Ginecólogo Oncólogo/ Cirujano Oncólogo/ Anestesiólogo
- Licenciada(o) en Enfermería

➢ **RECURSOS MATERIALES:**

- Ropa de sala de operaciones, con gorro mascarilla y botines (o zapatos apropiados).
- Ropa y campos estériles (con respectivo testigo)
- Compresas de gasa radiopacas estériles de 48x48cm y 50x15cm. (con respectivo testigo)
- Guantes estériles N° 6 ½ , 7 y 7 ½ .
- Solución antiséptica para el lavado de campo operatorio pre quirúrgico Yodopovidona espuma y solución).
- Sonda Foley N° 14 o 16.
- Bolsa colectora de orina.
- Jeringa 20cc

REGIÓN LA LIBERTAD V° B° Dirección de Cirugía Especializada GERENCIA REGIONAL DE SALUD - IREN NORTE

REGIÓN LA LIBERTAD V° B° Servicio de Cirugía en Ginecología GERENCIA REGIONAL DE SALUD - IREN NORTE

- Asepto Jeringa 60ml.
- Tubo de aspiración de silicona de ≥ a 3 metros. Conexión Hembra - Hembra Diámetro interno 6mm a 9mm
- Mangos estériles para movilizar las lámparas cialíticas.
- Placa de retorno de electrobisturí para adulto desechable.
- Lápiz electroquirúrgico estéril descartable, con electrodo tipo espátula pequeño
- Instrumental quirúrgico
  - ✓ Pinza Kelly
  - ✓ Pinza Allis.
  - ✓ Pinza Mixter.
  - ✓ Tijera Metzenbaum
  - ✓ Tijera Mayo recta y curva.
  - ✓ Pinza disección con diente.
  - ✓ Pinza disección sin diente.
  - ✓ Pinza disección Singley.
  - ✓ Pinza de campo Backhau.
  - ✓ Porta Agujas Mayo Hegar.
  - ✓ Separados SEAN - MILLER
  - ✓ Separador Farabeuf.
  - ✓ Valva maleable.
  - ✓ Cánula de aspiración Yankahuer.
- Suturas:
  - ✓ Reabsorbible:
    - Vicryl Nº 0, 1, 2/0 CT-1, CT-2
    - Ac. Poliglicólico Nº 0, 1, 2/0 MR 30-35
    - Catgut Crómico Nº 1, 0, 2/0
    - PDS II Nº 0 CT-1
  - ✓ No reabsorbible:
    - Nylon 3/0 TC 30.
    - Prolene.
    - Hilo de algodón 0, 10.
    - Grapas hemostáticas.

➢ **EQUIPOS:**

- Equipo de aspiración.
- Equipo de electrocirugía con corte, coagulación, corte-coagulación, monopolar y bipolar.
- Equipo de electrocirugía con sistema de sellado de vasos.

6.6.4 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

A. Antes de realizar todo acto quirúrgico debemos tener en cuenta:

1. Comprobar que tenemos todo el material necesario.
2. Identificamos al paciente según guía del servicio.

REGION LA LIBERTAD V°B° Dirección de Cirugía Especializada GERENCIA REGIONAL DE SALUD - IREN NORTE

REGIÓN LA LIBERTAD V°B° Servicio de Cirugía en Ginecología GERENCIA REGIONAL DE SALUD - IREN NORTE

3. Informamos al paciente y familia del procedimiento que vamos a realizar y de qué acciones son necesarias para su colaboración

B. Preparación Preoperatoria:

1. Ayuno de 8 horas previos a la cirugía.
2. Colocación de vía periférica permeable.
3. Recorte del vello púbico previo a cirugía.
4. Antibiótico profilaxis según guía de manejo

C. Equipos de protección individual.

1. Botas quirúrgicas.
2. Gorro quirúrgico.
3. Mascarilla quirúrgica.
4. Bata quirúrgica.
5. Guantes quirúrgicos.
6. Gafas quirúrgicas.

D. Técnica quirúrgica.

1. Previamente los cirujanos se realizan lavado de manos (Ver guía de lavado de manos), se colocan la ropa quirúrgica y equipos de protección individual.
2. La paciente recibe anestesia, de acuerdo a las Guías del Departamento de Anestesiología.
3. La paciente se encuentra en posición de litotomía dorsal en estribos tipo Allen con las nalgas sobresaliendo ligeramente sobre el borde de la mesa de operaciones y los muslos flexionados a 15 °.
4. Lavado del campo operatorio desde el surco sub mamario hasta los muslos, finalizando en los genitales externos y vagina con yodopovidona espuma y solución. (ver guías de lavado del campo operatorio de la institución).
5. Colocación de Sonda Foley N° 14 o 16 conectada a bolsa colectora, con globo 5-15cc a menos que exista otra indicación, (ver guías de colocación de sonda tipo Foley).
6. Colocación de la placa de retorno al paciente, realizado por la enfermera circulante.
7. Colocación de los campos estériles sobre la paciente y fijación con pinza de campo Backhau.
8. Colocación y distribución del tubo de aspiración y del lápiz de electrocirugía los cuales se fijan al campo operatorio con pinza de campo Backhau.

REGIÓN LA LIBERTAD V°B° Dirección de Cirugía Especializada GERENCIA REGIONAL DE SALUD - IREN NORTE

REGIÓN LA LIBERTAD V°B° Servicio de Cirugía en Ginecología GERENCIA REGIONAL DE SALUD - IREN NORTE

VULVECTOMIA SIMPLE.

9. El procedimiento quirúrgico se inicia con la incisión de la piel en forma ovalada y se extiende desde un ápice anterior superior al clítoris, lateralmente a través de la piel de los labios mayores y medialmente para encontrarse en la línea media en el cuerpo perineal utilizando bisturí frio.
10. Utilizando electrocauterio la disección avanza hacia el tejido subcutáneo superficial hasta que el plano entre la piel y la almohadilla de grasa labial se hace evidente.
11. Este es el plano de disección correcto para la vulvectomía simple.
12. La disección procede de anterior a posterior (hacia abajo del pubis) y de lateral a medial (a través de los labios mayores).
13. El cirujano y el asistente deben aplicar tracción y contratracción con una serie de pinzas Allis en la muestra y el tejido vulvar preservado para facilitar la exposición del plano de disección correcto.
14. En todo momento se debe mantener una adecuada hemostasia.
15. Cualquier piel que aparezca isquémica debe ser extirpada antes del cierre.
16. El cierre de la herida se realiza sin tensión para minimizar la ruptura de la herida utilizando sutura se reabsorción tardía 2-0.
17. Los bordes de la herida y el perineo se cierran con suturas verticales colchonero.

VULVECTOMIA RADICAL: Se realiza de la misma forma hasta el paso N° 8

18. La incisión comienza anteriormente a unos 2 cm por encima del clítoris en forma de "V" invertida con la punta por encima de la base del clitoris, las incisiones laterales se dibujan a lo largo de los pliegues de la ingle bilateralmente, a través de los pliegues labiocrurales, y hacia la vulva posterior que se encuentra en la línea media anterior al ano.
19. El cirujano debe intentar obtener un margen de 2 cm de tejido normal alrededor del tumor en todas las direcciones. Sin embargo, un margen de 1 cm es razonable alrededor del meato uretral, el clítoris y el ano: en estas áreas, este margen puede ser necesario para preservar las estructuras y su función.
20. Se debe aplicar tracción y contratracción con una serie de pinzas Allis en la muestra y el tejido vulvar preservado para facilitar la disección.
21. Se realiza disección, con electrocauterio, de la porción superior de la vulva continuando medial y lateralmente para exponer el periostio púbico y la fascia aductora (bilateralmente).
22. La base del clítoris se identifica, se sujeta, se transecta y se liga en este punto.

REGIÓN LA LIBERTAD V°B° Dirección de Cirugía Especializada GERENCIA REGIONAL DE SALUD - IREN NORTE

REGIÓN LA LIBERTAD V°B° Servicio de Cirugía en Ginecología GERENCIA REGIONAL DE SALUD - IREN NORTE

23. La disección se completa y se une medialmente haciendo una incisión transvestibular en la mucosa por encima de la uretra.
24. Las porciones laterales de esta parte del procedimiento también se disecan profundamente hasta que se encuentra la fascia del aductor. Se realiza disección a través de la incisión labiocrural utilizando electrocauterio para separar el tejido graso y continuar hasta el nivel de la fascia profunda del diafragma urogenital.
25. En la fascia profunda, se debe tener cuidado para identificar los vasos pudendos internos en aproximadamente las posiciones de las 4 y 8 horas; estos se clampan con pinza Kelly - Kelly, se secciona y se ligan individualmente con algodón N° 10.
26. Inferiormente, las porciones del tejido vulvar a lo largo del perineo se disecan hacia arriba hasta la vagina; Se debe tener cuidado para evitar lesiones en el recto. En el tejido vestibular vascular a lo largo de la vagina se debe ligar y seccionar los vasos para mantener la hemostasia en todo momento.
27. En este tiempo, el espécimen ahora está libre tanto superior como inferiormente, y la extracción de la vulva está completa.
28. Se realiza revisión de hemostasia.
29. Cualquier piel que aparezca isquémica debe ser extirpada antes del cierre.
30. El cierre de la herida se realiza sin tensión para minimizar la ruptura de la herida utilizando sutura se reabsorción tardía 2-0.
31. Los bordes de la herida y el perineo se cierran con suturas verticales colchonero.
32. La uretra debe estar asegurada en línea recta sin tensión; y se debe evitar una capucha de piel sobre la uretra para garantizar la permeabilidad del flujo urinario.
33. Los bordes vaginales deben invertirse sobre el perineo y el ano.

LINFADENECTOMÍA INGUINOFEMORAL

34. El paciente se coloca en posición de dorsolitotomía, con una flexión mínima en la cadera para permitir que el área de la ingle esté lo más plana posible.
35. Se realiza una incisión con bisturí frio de aproximadamente 8 - 10 cm paralela al ligamento inguinal y se diseca atravesando la piel y la fascia Scarpa.
36. Para orientación de la pieza operatoria, se puede incorporar una elipse de piel en la muestra.
37. Se crean los colgajos de piel separando el tejido subcutáneo, a nivel de la fascia Scarpa, de la almohadilla de grasa que contiene los ganglios linfáticos.
38. Se utilizan separadores SEAN - MILLER para elevar los colgajos, facilitando la disección.

REGIÓN LA LIBERTAD V°B° Dirección de Cirugía Especializada GERENCIA REGIONAL DE SALUD - IREN NORTE

REGIÓN LA LIBERTAD V°B° Servicio de Cirugía en Ginecología GERENCIA REGIONAL DE SALUD - IREN NORTE

39. Los colgajos de la piel no deben hacerse demasiado delgadas, ya que esto puede provocar necrosis.
40. Se utiliza electrocauterio para la disección y hemostasia.
41. La almohadilla adiposa con ganglios linfáticos se diseca con electrocauterio liberandola de la fascia del músculo oblicuo externo.
42. Los limites comprenden todo el triángulo femoral: por arriba el ligamento inguinal, el borde lateral de la disección es el músculo sartorio. el borde medial del músculo aductor largo. La profundidad de la disección se lleva a la fascia de estos músculos.
43. Pequeñas ramas de la gran vena safena son ligadas para mantener la hemostasia. La gran vena safena misma puede ligarse también, en dos niveles: 1) donde ingresa a la vena femoral, y 2) aproximadamente 5–7 cm por debajo de su anastomosis con la vena femoral.
44. Se abre la fascia cribiforme, exponiendo la arteria y la vena femorales. Con disección roma, utilizando tijeras Metzenbaum, se extirpan los ganglios linfáticos femorales profundos que se encuentran sobre la arteria y la vena femorales y medial de la vena femoral.
45. En este punto, se retira la muestra y se verifica la hemostasia en el lecho operatorio.
46. La muestra se marca y se envía para un examen patológico.
47. Se coloca un drenaje de succión Hemosuc.
48. Se cierra con suturas subcutáneas interrumpidas utilizando Catgut 2-0.
49. Se cierra la piel utilizando Nylon 3-0 puntos separados.

6.6.5 COMPLICACIONES

- Sangrado intraoperatorio excesivo
- Dehiscencia de la cicatriz operatoria.
- Infecciones urinarias, de pared abdominal y/o de la herida quirúrgica.
- Hemorragias, con posible necesidad de transfusión (intra y /o postoperatoria).
- Necrosis de colgajos.
- Linfedema de miembros inferiores
- Linfoquistes inguinales

Ocasionalmente:

- Lesiones vasculares o nerviosas (paquete vasculo-nervioso femoral), vesicales, uretrales o rectales.
- Fístulas vesicales y/ o rectales.
- Incontinencia urinaria y/ o fecal.

A largo plazo podrían existir complicaciones en el ámbito sexual como:

- Menor sensibilidad y disminución de la apetencia sexual.
- Deformidades plásticas y cicatrices que empeoren estéticamente la zona operada.

REGIÓN LA LIBERTAD GERENCIA REGIONAL DE SALUD - IREN NORTE V° B° Dirección de Cirugía Especializada

REGIÓN LA LIBERTAD GERENCIA REGIONAL DE SALUD - IREN NORTE V° B° Servicio de Cirugía en Ginecología

- Trastornos de la micción y de la evacuación intestinal.

6.6.6 INDICADORES

1.- Porcentaje de complicaciones post quirúrgicas de VS/VR	
Concepto	Proporción de complicaciones quirúrgicas de VS/VR
Objetivo	Conocer el porcentaje de pacientes con complicación post quirúrgica luego de realizar EOE utilizando la guía técnica.
Formula	$\frac{N° \, Total \, de \, complicaciones \, de \, VS/VR}{N° \, Total \, de \, cirugias \, VS/VR} x100\%$
Fuente de datos	Registro de datos del sistema.
Periodicidad	Mensual
Interpretación	El resultado indica el porcentaje de complicaciones quirúrgicas de EOE.
Meta	Menor de 40%

2.- Estancia Hospitalaria post quirúrgicas de VS/VR	
Concepto	Tiempo que permanece el paciente hospitalizado entre su ingreso y egreso para VS/VR.
Objetivo	Determinar el promedio de días de permanencia de los pacientes que egresaron post VS/VR.
Formula	$\frac{N° \, Total \, dias \, hospitalizado \, para \, VS/VR}{N° \, Total \, de \, Egresos \, post \, VS/VR}$
Fuente de datos	Registro de datos del sistema.
Periodicidad	Mensual
Interpretación	El resultado indica el promedio de días de permanencia de los pacientes post quirúrgicos de VS/VR.
Meta	5 días.

6.6.7 RESPONSABILIDADES

- **Dirección General:** Brindar los materiales y equipos necesarios para garantizar la aplicación y cumplimiento de las disposiciones establecidas en la presente guía técnica.
- **Departamento de Cirugía en Ginecología:** Velar para que la presente guía técnica sea implementada en el ámbito de su competencia. Así mismo, en coordinación con el Servicio de Normatividad y Control de Servicios Oncológicos vigilar el cumplimiento del documento normativo.

6.6.8 BIBLIOGRAFÍA

1. Nadeem R. Abu-Rustum. Atlas of Proceures in Gynecologic Oncology. Capitulo 33 y 34: Surgery for carcinoma of the vulva – Sentinel node mapping and groin dissection. 3ra ed. CRC Pres Taylor & Francis Goup. New York 2013.
2. Geoffrey W. Cundiff. Te Linde's Atlas of Gynecologic Surgery. Capítulo 13, 14 y 15: SIMPLE AND RADICAL VULVECTOMY. Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins. 1ra ed. Philadelphia 2014.
3. Jonathan S. Berek. Berek & Hacker's Gynecologic Oncology. Capítulo 13: Vulvar Cancer. 6ta ed. Wolters Kluwer. Philadelphia 2015.

REGIÓN LA LIBERTAD V°B° Dirección de Cirugía Especializada GERENCIA REGIONAL DE SALUD - IREN NORTE

REGIÓN LA LIBERTAD V°B° Servicio de Cirugía en Ginecología GERENCIA REGIONAL DE SALUD - IREN NORTE

4. Richard, J., An Atlas of Gynecologic Oncology Investigation and Surgery. Capitulo 17. Radical vulvar surgery. 4ta ed. Taylor & Francis Group. New York 2018.
5. AEPCC-Guía: Neoplasia vulvar intraepitelial (VIN). Publicaciones AEPCC, noviembre 2015
6. Oonk, M. H. M., Planchamp, F., European Society of Gynaecological Oncology Guidelines for the Management of Patients With Vulvar Cancer. International Journal of Gynecological Cancer, 27(4), 832-837. 2017. DOI: 10.1097/IGC.0000000000000975
7. William M. Burke, James Orr. Endometrial cancer: A review and current management strategies: Part I. Gynecologic Oncology 134 (2014) 385–392.
8. Hoffman MS , Cavanagh D. Neoplasias de la vulva. Te linde ginecología Quirúrgica. Octava edició 1999; 47 : 1355-1362, 1389-1397.
9. Balagueró L , et al. Cáncer de vulva y vagina. Tumores ginecológicos. Oncología clínica 2000; 11, 1 :774.
10. After surgery for vulval cancer. Macmillan Cancer Support website. Updated June 1, 2009. Accessed November 26, 2010
11. Cavanagh D, Hoffman M.S. Controversies in the management of vulvar carcinoma. Br. J. Obstet. Gynsecol. 103, 293-300. 1996.
12. De Hullu JA, Oonk MH, van der Zee AG. Modern management of vulvar cancer. Curr Opin Obstet Gynecol. Feb; 16 (1): 65-72. 2004.
13. DiSaia PJ, Creasman WT. Cáncer invasor de la vulva. Oncología ginecológica Clínica. (6ª ed.) Editorial Mosby. 2002.
14. FIGO Committe on Gynecologic Oncology. Benedet JL, Bender H, Jones III H, Ngan HYS, Pecorelli S, Editors.
15. FIGO staging classifications and clinical practice guidelines in the management of gynecologic cancers. Int J Gynecol Obstet, 2000;70: 209-62.
16. Shylasree TS, Bryant A, Howells RE: Chemoradiation for advanced primary vulval cancer. Cochrane Database Syst Rev (4): CD003752, 2011.
17. Eifel PJ, Berek JS, Markman MA: Cancer of the cervix, vagina, and vulva. In: DeVita VT Jr, Lawrence TS, Rosenberg SA: Cancer: Principles and Practice of Oncology. 9th ed. Philadelphia, Pa: Lippincott Williams & Wilkins, 2011, pp 1311-44.
18. Ansink A, van der Velden J: Surgical interventions for early squamous cell carcinoma of the vulva. Cochrane Database Syst Rev (2): CD002036, 2000.
19. Van der Zee AG, Oonk MH, De Hullu JA, et al.: Sentinel node dissection is safe in the treatment of early-stage vulvar cancer. J Clin Oncol 26 (6): 884-9, 2008.
20. Stehman FB, Bundy BN, Thomas G, et al.: Groin dissection versus groin radiation in carcinoma of the vulva: a Gynecologic Oncology Group study. Int J Radiat Oncol Biol Phys 24 (2): 389-96, 1992.
21. Torres-Lobatón A. Cáncer de vulva. Repercusiones del tratamiento quirúrgico: experiencia con 151 pacientes. Ginecol Obstet Mex. 2018 julio;86(7):423-433.

REGIÓN LA LIBERTAD V° B° Dirección de Cirugía Especializada GERENCIA REGIONAL DE SALUD - IREN NORTE

REGIÓN LA LIBERTAD V° B° Servicio de Cirugía en Ginecología GERENCIA REGIONAL DE SALUD - IREN NORTE