

	PROTOCOLO CISTECTOMÍA OVARIO	ATENCION INTEGRAL EN SALUD ATENCION EN URGENCIAS DE GINECOBSTETRICIA	CÓDIGO: MI-AIS-IAS558
			VERSIÓN: 01
			PÁGINA: 1 DE 11

1. INTRODUCCIÓN.

La cistectomía de ovario (resección de quistes ováricos) es uno de los procedimientos quirúrgicos que con mayor frecuencia se realizan en ginecología. La mayoría de las veces por tumores benignos que con muy poca frecuencia resultan ser malignos.

2. DEFINICIONES.

- Cistectomía ovario: Extracción de quistes ováricos mediante cirugía.
- Laparoscopia: Técnica quirúrgica mínimamente invasiva que permite realización procedimientos a través de la visión de la cavidad pélvica-abdominal con la ayuda de una lente óptica
- Laparotomía: Técnica quirúrgica que permite la realización de procedimientos a través de la incisión de la pared abdominal

3. OBJETIVO.

Describir el proceso quirúrgico de las pacientes que son llevadas a cistectomía de ovario por causas benignas en el Hospital General de Medellín. Dentro de este protocolo se incluye la técnica por laparoscopia y laparotomía (o abdominal)

4. ALCANCE.

Se inicia con el ingreso de pacientes al área de cirugía, programada para cistectomía de ovario (desde el área de consulta externa, hospitalización y/o urgencias) hasta el egreso de la paciente. Aplica a ginecólogos, anestesiólogos, instrumentadores quirúrgicos, personal de enfermería.

5. POBLACIÓN OBJETO.

Mujeres de cualquier edad, con patologías tumorales de aspecto benigno del ovario, que cumplan con los criterios de elegibilidad para cirugía. Se incluye además pacientes obstétricas en el contexto de emergencia.

6. ENFOQUE DIFERENCIAL.

No se hace distinción de raza o género en caso de necesitar la realización de algún procedimiento, se explica el procedimiento en forma clara y concisa, las causas de este y sus beneficios. La atención de las pacientes objeto de este protocolo siempre serán atendidas por personal en ginecología, además se cuenta con personal de apoyo en psicología, trabajo social, nutrición y enfermería donde se evalúa, orienta y resuelve condiciones específicas de población con necesidades especiales tales edades extremas (adolescentes, adultos mayores) como nivel educativo bajo, pacientes con discapacidad física o cognitivas, usuarias que pertenecen a grupos étnicos, víctimas de

 Hospital General de Medellín Luz Castro de Gutiérrez E.S.E.	PROTOCOLO CISTECTOMÍA OVARIO	ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD ATENCIÓN EN URGENCIAS DE GINECOBSTERICIA	CÓDIGO: MI-AIS-IAS558
			VERSIÓN: 01
			PÁGINA: 2 DE 11

conflicto armado, y migrantes. Esta información se puede ampliar en el documento ES-GIC-GC001P13 Programa Educación para la salud

7. TALENTO HUMANO:

- Especialista en ginecología
- Especialistas en anestesiología
- Especialistas en pediatría/neonatología
- Otros especialistas que se requieran según comorbilidades de las pacientes
- Médicos generales
- Personal en formación de las diferentes especialidades
- Personal en formación pregrado medicina
- Profesionales de enfermería
- Auxiliares de enfermería
- Profesionales de apoyo (psicología y trabajo social)
- Personal en formación del otras áreas (enfermería – psicología)
- Personal de aseo.
- Auxiliar administrativo admisiones
- Camillero
- Personal de vigilancia

8. EQUIPOS BIOMÉDICOS.

Mesa quirúrgica
Manipulador uterino
Máquina de anestesia
Bombas de infusión
Monitor de signos vitales
Instrumental de laparotomía
Instrumental de laparoscopia
Torre de laparoscopia (incluye pantalla, cámara, fuente de luz e insuflador de CO2)
Electrobisturí
Generador de energía
Dispositivo para sellamiento de vasos bipolar (pinza bipolar)
Camillas (recuperación – traslado de pacientes)

9. MEDICAMENTOS.

- Cristaloides: Hartman – solución salina
- Anestésicos locales y sistémicos: Lidocaína, bupivacaina, Propofol, Fentanil, Remifentanil.
- Analgésicos IV: Diprofona, Diclofenaco, Acetaminofén, Hioscina, morfina, hidromorfona.
- Antieméticos: Metoclopramida, Ondansetron, Dexametasona
- Antibióticos para profilaxis (Cefazolina, Clindamicina, Gentamicina, vancomicina)

	PROTOCOLO CISTECTOMÍA OVARIO	ATENCION INTEGRAL EN SALUD ATENCION EN URGENCIAS DE GINECOBSTETRICIA	CÓDIGO: MI-AIS-IAS558
			VERSIÓN: 01
			PÁGINA: 3 DE 11

- Clorhexidina al 4%

10. DISPOSITIVOS MÉDICOS.

Sonda Foley
 Bolsa recolectora de orina
 Jeringas de 5 cc y 10 cc
 Equipos de macro gotero
 Equipos de bomba de infusión
 Catéteres N° 18
 Hoja de bisturí
 Trocares
 Aguja de Verres
 Suturas.
 Cauchos de irrigación – succión – compresas – jeringas

11. INSUMOS.

No aplica

12. RIESGOS CLÍNICOS Y POSIBLES COMPLICACIONES.

Los riesgos del procedimiento están relacionados con la realización de la propia cirugía y pueden ser incrementados por condiciones previas de la paciente como: cirugías previas, tamaño del tumor ovárico, comorbilidades como endometriosis, Enfermedad pélvica inflamatoria, adherencias, obesidad, etc. Las posibles complicaciones relacionadas con este procedimiento son

- Necesidad de ooforectomía (resección de todo el ovario y no solamente del tumor)
- Lesión intestinal: Trauma ocasionado por dispositivos de corte (Perforación), durante disección roma (desgarros) o trauma térmico (quemadura con energía bipolar o monopolar)
- Lesión vesical: Trauma durante la manipulación por cercanía y continuidad de la vejiga al uterino, los mecanismos pueden ser por dispositivos de corte (Perforación), durante disección roma (desgarros) o trauma térmico (quemadura con energía bipolar o monopolar)
- Lesión ureteral: Por perforación con objeto cortante, laceraciones o desgarros durante disección o trauma térmico por quemadura con energía bipolar o monopolar.
- Lesión vascular: Puede ser perforación con objeto cortante durante entrada laparoscópica o durante disecciones.
- Hemorragia severa con requerimiento de reanimación y hemoderivados
- Muerte

	PROTOCOLO CISTECTOMÍA OVARIO	ATENCION INTEGRAL EN SALUD ATENCION EN URGENCIAS DE GINECOBSTETRICIA	CÓDIGO: MI-AIS-IAS558
			VERSIÓN: 01
			PÁGINA: 4 DE 11

Complicaciones tardías:

- Infección de sitio operatorio (ISO)
- Sepsis
- Colecciones intraabdominales: Abscesos, hematomas
- Lesión intestinal, vesical, ureteral no advertidas durante el acto quirúrgico
- Hernia incisional
- Muerte
- Hemorragia
- Íleo
- Complicaciones tromboembólicas

Previo a la realización del procedimiento se explica a la paciente el tipo de cirugía a realizar, los riesgos de este y las opciones de manejo. Todo esto se deja consignado en el consentimiento informado que es firmado por el ginecólogo y por el paciente al momento de la programación.

Para reducir los riesgos de estas potenciales complicaciones se cuenta con personal calificado y entrenado para realizar los procedimientos, además de un equipo multidisciplinario para la atención de las pacientes con factores de riesgo o hallazgos intraoperatorios que pueden influir en los resultados: (Cirujano general, urólogo, cirujano cardiovascular, Intensivistas, etc.). Se dispone además de equipos biomédicos y dispositivos médicos de alta calidad que aumentan la posibilidad de una cirugía segura. En el hospital existe un protocolo de profilaxis antibiótica que se aplica a la paciente en el prequirúrgico para reducir las complicaciones infecciosas y que tiene en cuenta condiciones de IMC, duración de la cirugía y comorbilidades.

Según condiciones médicas y clínicas de las pacientes se clasifica el riesgo tromboembólico y se definen las medidas mecánicas o farmacológicas durante la hospitalización y al momento del alta para manejo ambulatorio.

13. INDICACIONES.

Patologías consideradas como tumorales, benignas, del ovario (quistes dermoides, quistes hemorrágicos, endometriomas, tumores epiteliales benignos, quistes simples, entre otros) que estén acompañadas de los siguientes hallazgos clínicos o por imagen:

- Dolor pélvico agudo o crónico cuya causa se piense sea el tumor de ovario
- Tumores de cualquier tamaño acompañados de dolor
- Tumores > 8-10cm aún sin dolor por el riesgo de ruptura y abdomen agudo
- Torción ovárica (emergencia quirúrgica)
- Embarazo ovárico

	PROTOKOLO CISTECTOMÍA OVARIO	ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD ATENCIÓN EN URGENCIAS DE GINECOBSTERICIA	CÓDIGO: MI-AIS-IAS558
			VERSIÓN: 01
			PÁGINA: 5 DE 11

En el contexto de paciente obstétrica, la cistectomía de ovario está indicada en casos de emergencia por torción, tamaño de la lesión, ruptura del quiste y que pongan en riesgo la vida de la paciente.

14. CONTRAINDICACIONES.

La cistectomía del ovario esta contraindicada en pacientes con sospecha de malignidad ovárica (en estos casos el procedimiento se debe llevar a cabo por ginecología oncológica, asociado a otros procedimientos intraoperatorios).

15. ACTIVIDADES DE VALORACIÓN.

Las pacientes son evaluadas previo a la programación quirúrgica para definir la indicación del procedimiento quirúrgico, se explica y realiza el consentimiento informado. Se solicita exámenes prequirúrgicos y estos son revisados por el anesthesiologo en la evaluación prequirúrgica. Una vez la paciente tenga aval para su procedimiento es llevada al mismo, durante el cual se realiza una lista de chequeo para confirmar la preparación previa, la correcta identificación y estado general del paciente, el consentimiento informado. Al terminar el procedimiento se suministra información a la familia en lo relación con el procedimiento quirúrgico, las recomendaciones de cuidados en casa, la incapacidad médica y los signos de alarma.

Cuando la paciente se encuentra en el contexto de emergencia obstétrica, estos procesos de valoración no aplican y son definidos al momento de la atención de la gestante según la severidad de la condición.

16. PREPARACIÓN DEL MATERIAL.

Al momento del ingreso a la paciente al quirófano el personal de anestesia solicita los medicamentos que se requieren para la técnica anestésica, estos son solicitados por la auxiliar de enfermería a farmacia a través de formato físico. Otros insumos y medicamentos están incluidos dentro de la “canasta quirúrgica” que ha sido previamente armada en farmacia según el procedimiento quirúrgico a realizar. El instrumentador quirúrgico define los equipos biomédicos, instrumental e insumos necesarios para la cirugía en concordancia con el ginecólogo. Previo a la inducción anestésica se verifica con la lista de chequeo la preparación del material.

17. PREPARACIÓN DEL PACIENTE.

Al ingresar al área de preparación de cirugía la paciente debe retirarse por completa su ropa y pertenencias y debe vestirse con una bata quirúrgica. Se acuesta en una camilla donde se monitorizan sus signos vitales, se obtiene un acceso venoso y se administra la tromboprolifaxis específica entre 30 – 60 minutos previos al inicio de la cirugía.

	PROTOCOLO CISTECTOMÍA OVARIO	ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD ATENCIÓN EN URGENCIAS DE GINECOBSTERICIA	CÓDIGO: MI-AIS-IAS558
			VERSIÓN: 01
			PÁGINA: 6 DE 11

18. EJECUCIÓN.

No	QUÉ SE HACE	CÓMO SE HACE	QUIÉN LO HACE	PUNTO DE CONTROL
1	INGRESO DE LA PACIENTE AL SERVICIO DE CIRUGÍA Y	Una vez que la paciente llega al servicio de cirugía, recepción en la sala de Preparación, se realizan las actividades descritas en esta área	Personal de enfermería	Lista de chequeo de preparación quirúrgica Profilaxis antibiótica de ser requerida Revisar la existencia del consentimiento informado del procedimiento y anestesia Software institucional SAP
2	TRASLADO A QUIRÓFANO.	Traslado a quirófano donde se instala, se ubica en posición requerida para la cirugía y se monitoriza	Personal de enfermería	Software institucional SAP
3	APLICACIÓN DE LISTA DE CHEQUEO	Una vez la paciente se encuentra ubicada en camilla quirúrgica, se aplica lista de chequeo quirúrgica por parte de cirujano, con la participación de la paciente, el anesthesiólogo y el instrumentador quirúrgico	Ginecólogo	Software institucional SAP
4	APLICACIÓN DE ANESTESIA	Aplicación de anestesia según tipo de procedimiento y condiciones clínicas. Para el proceso de cistectomía de ovario por laparoscopia la técnica de anestesia siempre será general y para la cistectomía de ovario por laparotomía anestesia definirá si general o raquídea	Anesthesiólogo	Software institucional SAP
5	POSICION DE LA PACIENTE	Para cirugía laparoscopia: Se ubica a la paciente en posición de litotomía con los brazos pegados al cuerpo de	Ginecólogo	Software institucional SAP

	PROTOCOLO CISTECTOMÍA OVARIO	ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD ATENCIÓN EN URGENCIAS DE GINECOBSTERIA	CÓDIGO: MI-AIS-IAS558
			VERSIÓN: 01
			PÁGINA: 7 DE 11

			la paciente. Para laparotomía se ubica en decúbito supino con los brazos abiertos en cruz sobre apoyabrazos		
6	ASEPSIA CATETERISMO VESICAL	Y	Se práctica lavado en zona abdominal y perineal con sustancias asépticas según protocolo institucional. Se realiza inserción de sonda vesical Nelatón (evacuante) o Foley conectada a bolsa recolectora de orina	Enfermería	Software institucional SAP
7	TIEMPO VAGINAL (Solo para cistectomía de ovario por laparoscópica)		Se coloca espéculo, se visualiza el cérvix, se pinza el labio anterior cervical con pinza de Pozzi. Se posiciona cánula de Rubín como manipulador uterino	Ginecólogo	Software institucional SAP
8	ACCESO A LA CAVIDAD ABDOMINO PELVICA	LA	<p>Laparotomía: Se realiza a través de incisión transversa (Pfannenstiel) o mediana, según características de la paciente y del tamaño del tumor ovárico, incidiendo piel, tejido celular subcutáneo, fascia de los rectos y peritoneo parietal.</p> <p>Laparoscopia: Incisión umbilical o supraumbilical según características del útero. Se usa técnica de entrada abierta, cerrado o directa según preferencia de cirujano. Se ingresa trocar de 10 – 12 mm a través de puerto umbilical, se introduce laparoscopio, se revisa la entrada y se visualiza la cavidad abomino pélvica. Se posiciona la paciente en Trendelemburg y se pasa 3 trocares adicionales de 5 mm en región para rectal</p>	Ginecólogo	Software institucional SAP

	PROTOCOLO CISTECTOMÍA OVARIO	ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD ATENCIÓN EN URGENCIAS DE GINECOBSTERIA	CÓDIGO: MI-AIS-IAS558
			VERSIÓN: 01
			PÁGINA: 8 DE 11

		izquierda (#2) y derecha (#1) bajo visión directa		
9	CISTECTOMÍA OVARIO	<p>Laparotomía: Electrocoagulación de la superficie ovárica, separación mediante disección roma de la capsula del quiste del ovario sano, tratando de evitar ruptura del mismo</p> <p>Laparoscopia: Con energía mono o bipolar, electrocoagulación de la superficie del ovario y separación mediante disección roma de la capsula del quiste del ovario sano, tratando de evitar ruptura del mismo</p>	Ginecólogo	Software institucional SAP
10	EXTRACCIÓN DE QUISTE DE LA CAVIDAD ABDOMINAL	<p>Laparotomía: Luego de la cistectomía del ovario, se procede a su extracción y retiro de la cavidad abdominal para estudio de patología</p> <p>Laparoscopia: Una vez realizada la cistectomía, se debe introducir un dispositivo a cavidad abdominal llamado (endobolsa), que en la mayoría de los casos es un condón o un guante de látex, donde se introduce el quiste resecaado y se extrae de cavidad mediante triangulación por el puerto umbilical; ello con el fin de contener la ruptura del quiste y que su contenido se esparza por toda la cavidad abdominal</p>	Ginecólogo	Software institucional SAP
11	HEMOSTASIA SELECTIVA	Laparotomía: Con electrobisturí monopolar se electro coagulan de manera	Ginecólogo	Software institucional SAP

	PROTOCOLO CISTECTOMÍA OVARIO	ATENCION INTEGRAL EN SALUD ATENCION EN URGENCIAS DE GINECOBSTETRICIA	CÓDIGO: MI-AIS-IAS558
			VERSIÓN: 01
			PÁGINA: 9 DE 11

		<p>individualizada, pequeños vasos sangrantes del lecho quirúrgico; de no ser posible, se puede realizar sutura del parénquima ovárico con poliglactina 3-0 continua</p> <p>Laparoscopia: Con energía bipolar se electrocoagulan de manera individualizada, pequeños vasos sangrantes del lecho quirúrgico; de no ser posible, se puede realizar sutura del parénquima ovárico con poliglactina 3-0 continua</p>		
12	CIERRE DE PARED ABDOMINAL	<p>Laparotomía: Se hace conteo del material quirúrgico y las compresas por parte de instrumentador quirúrgico, cirujano y auxiliar de enfermería. Una vez se verifique el conteo se procede al cierre por planos de la pared abdominal: Rectos abdominales, fascia y tejido celular subcutáneo con poliglactina 0 y piel con polipropileno 3-0</p> <p>Laparoscopia: Se realiza extracción de trocares accesorios de 5 mm bajo visión directa con cámara, se retira cámara y se extrae Neumoperitoneo, se retira trocar umbilical. Cierre de fascia en puerto umbilical con poliglactina 0. Sutura piel con polipropileno 3-0</p>	Ginecólogo – instrumentador quirúrgico.	Software institucional SAP
13	ROTULACION DE PIEZA QUIRURGICA	Se verifica la pieza quirúrgica que va a ser llevada a patología y se almacena en	Ginecólogo - Instrumentador quirúrgico –	Software institucional SAP

	PROTOCOLO CISTECTOMÍA OVARIO	ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD ATENCIÓN EN URGENCIAS DE GINECOBSTERIA	CÓDIGO: MI-AIS-IAS558
			VERSIÓN: 01
			PÁGINA: 10 DE 11

		frasco con formol y se rotula con el nombre de la paciente, la identificación y el nombre de la muestra	auxiliar de enfermería	
14	TRASLADO DEL PACIENTE A SALA DE RECUPERACION	Una vez finalizada la curación de la herida y despierto el paciente en caso anestesia general, se traslada el paciente en camilla para monitorización del postquirúrgico por un tiempo aproximado de 2 horas. El anesthesiologo, cirujano y enfermera dan las instrucciones correspondientes para la vigilancia y el traslado del paciente una vez se recupere al área de hospitalización (laparotomía) o al domicilio (laparoscopia)	Anesthesiologo – enfermera – Auxiliar de enfermería	Software institucional SAP
15	INFORMACIÓN AL ACOMPAÑANTE	Al terminar la cirugía el ginecologo informa al acompañante los resultados de la cirugía, las complicaciones asociadas, las recomendaciones de cuidados en casa y los signos de alarma. Al momento del alta en el caso de las pacientes cuya cirugía se realizo por vía laparoscopia el personal de enfermería refuerza las instrucciones y recomendaciones que fueron consignadas en la historia clínica por parte del ginecologo	Ginecologo – Auxiliar de enfermería	Software institucional SAP

	PROTOCOLO CISTECTOMÍA OVARIO	ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD ATENCIÓN EN URGENCIAS DE GINECOBSTERICIA	CÓDIGO: MI-AIS-IAS558
			VERSIÓN: 01
			PÁGINA: 11 DE 11

19. BIBLIOGRAFÍA

- Smorgick N, Barel O, Halperin R, and Schneider D, Pansky M. Laparoscopic removal of adnexal cysts: is it possible to decrease inadvertent intraoperative rupture rate? Am J Obstet Gynecol. 2009 Mar;200(3):237
- Borghese B, Marzouk P, Santulli P, de Ziegler D, Chapron C. Traitements chirurgicaux des tumeurs ovariennes présumées bénignes [Surgical treatments of presumed benign ovarian tumors]. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 2013 Dec;42(8):786-93
- Didar H, Najafiarab H, Keyvanfar A, Hajikhani B, Ghotbi E, Kazemi SN. Adnexal torsion in pregnancy: A systematic review of case reports and case series. Am J Emerg Med. 2023 Mar;65:43-52

20. ANEXOS.

Documentos externos o de referencia

Documentos asociados al protocolo

MI-AIS-IAS074 Instructivo asistencial asepsia quirúrgica

MI-AIS-IAS068 Lista de chequeo para la seguridad quirúrgica del paciente

MI-AIS-IAS122 Protocolo normas básicas de comportamiento en el quirófano

MI-AIS-GPC368 Protocolo clínico antibioticos en gineocobstericia

Normatividad relacionada

Resolución 1995 de 1999. Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica.

21. MODIFICACIONES.

VERSION	FECHA	RAZÓN DE LA ACTUALIZACION
00	10/07/2023	No aplica.
01	30/08/2023	El Documento Mi-Ais-Ias558 Protocolo Cistectomía Ovario - En Reemplazo Del Que Esta Cargado Actualmente

22. APROBACIÓN

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
NOMBRE(S): Jaid Alexis Cardona	NOMBRE(S): Carlos Alonso García Berrio	NOMBRE(S): Antonio Nicolás Cruz Riaño
CARGO(S): Ginecólogo y obstetra	CARGO(S): Director Clínicas Quirúrgicas.	CARGO(S): Subgerente procesos asistenciales

VIGENTE A PARTIR DE: 01/08/2023.

	PROTOCOLO DE ENDOMETRIOSIS- TECNICA QUIRURGICA	ATENCIÓN ITEGRAL EN SALUD	CÓDIGO: MI-AIS-IAS183
			VERSIÓN: 02
			PÁGINA: 1 DE 10

1. INTRODUCCIÓN.

La enfermedad consiste en la implantación y crecimiento benigno de tejido endometrial (glándulas y estroma) fuera del útero, de predominio en el peritoneo pélvico y los ovarios. La extensión de la enfermedad varía desde pocas y pequeñas lesiones hasta grandes endometriomas ováricos y/o grandes y extensos nódulos/fibrosis y adherencias que causan una severa distorsión de la anatomía pélvica normal. Las localizaciones más frecuentes son el ovario, peritoneo, ligamentos uterosacros y fondo de saco de Douglas, siendo raros fuera de la pelvis, aunque pueden afectar a cualquier órgano (Pleura, meninges, etc.).

En la pelvis pueden afectar e invadir órganos diferentes de los genitales internos, como el intestino, frecuentemente recto y/o sigma, y vejiga y uréteres. En otras ocasiones el tejido endometrial ectópico se localiza en el espesor del tejido miometrial uterino produciendo una variante de endometriosis llamada adenomiosis que puede ser difusa o focal.

El tejido endometriósico tiene dependencia hormonal del ciclo menstrual, produciéndose sangrado y desprendimiento del mismo con la menstruación. Tiene capacidad para crecer, infiltrar e incluso diseminarse de forma similar al tejido tumoral, pero su transformación maligna es muy rara. El sangrado cíclico conduce a una respuesta inflamatoria, con fibrosis y formación de adherencias secundarias que causan en parte los síntomas de la enfermedad.

Una de las hipótesis más aceptadas sobre el mecanismo de aparición de la enfermedad es la menstruación retrógrada que se observa en el 90% de todas las mujeres, tengan o no endometriosis. Factores de predisposición adicionales de origen desconocido o poco conocido (factores genéticos, inmunológicos, hormonales, medioambientales, etc.) permitirían que el tejido endometrial que alcanza la cavidad peritoneal mediante la menstruación retrógrada implantara, proliferara y se descamara cíclicamente, de la misma manera que el tejido endometrial eutópico, con la consiguiente inflamación, fibrosis, etc.

Otra hipótesis sobre el origen de la enfermedad defiende la transformación o metaplasia del peritoneo en tejido endometriósico, sobretodo en los implantes de endometriosis profunda que suelen presentar un grado de fibrosis mayor.

Existen tres formas básicas de presentación de la enfermedad:

- Endometriosis peritoneal superficial (tipo I),
- Endometriosis ovárica (tipo II) y
- Endometriosis profunda (tipo III).

El aspecto típico y más frecuente de la endometriosis peritoneal es de lesiones superficiales negras en los ovarios o en la serosa peritoneal; sin embargo, otras lesiones, denominadas «atípicas» o sutiles son también frecuentes y pueden tener aspectos diferentes, siendo los más característicos las lesiones rojas (con diferentes aspectos como lesiones petequiales, polipoides, hemorrágicas o en llamarada, etc.), las lesiones vesiculares o las lesiones blancas (que incluyen áreas de fibrosis y cicatrización).

	PROTOCOLO DE ENDOMETRIOSIS- TECNICA QUIRURGICA	ATENCIÓN ITEGRAL EN SALUD	CÓDIGO: MI-AIS-IAS183
			VERSIÓN: 02
			PÁGINA: 2 DE 10

La afectación ovárica en forma de quistes, es también frecuente: estos quistes contienen un fluido espeso, marrón de aspecto parecido al chocolate y suelen formar adherencias con el peritoneo de la fosa ovárica, las trompas y el intestino.

La forma más severa de endometriosis es la denominada endometriosis profunda. Este tipo de endometriosis es menos conocida y frecuente, pero es la más grave y puede llegar a constituir un serio problema de salud y comprometer la calidad de vida de la paciente. En ella, los focos de endometriosis forman nódulos que infiltran más de 5 mm el peritoneo subyacente y afectan sobre todo a la zona de los ligamentos útero-sacros, fondo de saco de Douglas y el tabique recto-vaginal, aunque también puede afectar a los uréteres, el intestino y la vejiga. La fibrosis y/o posible invasión ureteral, vesical e intestinal puede causar daños renales irreversibles y/o obstrucciones intestinales graves.

Los tres tipos de lesiones tienen rasgos histológicos comunes como la presencia de estroma endometrial o células epiteliales, sangrado crónico, y signos de inflamación. La endometriosis profunda suele asociar un grado de fibrosis muy superior al resto.

Los tres tipos de lesión pueden hallarse por separado o en combinación, y el componente inflamatorio asociado puede estimular las terminaciones nerviosas pélvicas y por consiguiente causar dolor, alterar la función tubárica, disminuir la receptividad endometrial y alterar la calidad de los ovocitos y embriones. Asimismo, estas lesiones pueden causar adherencias que pueden obstruir las trompas de Falopio y causar infertilidad. Por tanto, la enfermedad puede abarcar desde pocas lesiones focales hasta grandes y extensas lesiones que convierten la endometriosis en una enfermedad sistémica crónica, compleja y grave en algunas pacientes.

La severidad de la enfermedad puede ser descrita de forma cuantitativa según el número y tamaño de las lesiones, aunque en general no existe correlación entre el tipo y severidad de los síntomas dolorosos. En cambio, la profundidad de la infiltración de los implantes endometriósicos sí está relacionada con el tipo y gravedad de los mismos, de forma que implantes de endometriosis profunda extensos y con un gran componente infiltrante producen más síntomas dolorosos.

La clasificación de la endometriosis más utilizada en la actualidad y la que utilizaremos en este documento continúa siendo la de la Sociedad Americana de Medicina Reproductiva (American Society for Reproductive Medicine, 1996) que se realiza en función de la localización de lesiones, su diámetro, profundidad y densidad de las adherencias determinadas por laparoscopia, otorgando una serie de puntos en función de estos parámetros.

De forma resumida, se clasifica la enfermedad en:

Estadio I Mínima: Implantes aislados y sin adherencias.

Estadio II Leve: Implantes superficiales menores de 5 cm. Adheridos o diseminados sobre la superficie del peritoneo y ovarios.

Estadio III Moderada: Implantes múltiples superficiales o invasivos. Adherencias alrededor de las trompas o peri ováricas, que pueden ser evidentes.

	PROTOCOLO DE ENDOMETRIOSIS- TECNICA QUIRURGICA	ATENCIÓN ITEGRAL EN SALUD	CÓDIGO: MI-AIS-IAS183
			VERSIÓN: 02
			PÁGINA: 3 DE 10

Estadio IV Severa: Implantes múltiples, superficiales y profundos que incluyen grandes endometriomas ováricos. Usualmente se observan adherencias membranosas extensas.

Idealmente, un sistema de clasificación de una enfermedad debe permitir predecir el pronóstico de la enfermedad en función del estadio y predecir la respuesta al tratamiento en los diferentes estadios de la enfermedad. No obstante, el sistema de clasificación presentado no es capaz de correlacionar el estadio con el tipo y/o severidad de los síntomas y su pronóstico, ni tampoco con el pronóstico de embarazo tras la cirugía. Debido a las limitaciones de esta clasificación se han propuesto otras clasificaciones, especialmente focalizadas en las diferentes localizaciones de endometriosis profunda que tampoco cumplen los criterios ideales de un sistema de clasificación.

De forma práctica y sencilla, y con la intención de poder establecer un pronóstico en cuando a síntomas de dolor y progresión y gravedad de la enfermedad, se ha propuesto clasificar la enfermedad en dos tipos en función de si tienen o no asociado algún nódulo de endometriosis profunda. Aquellas pacientes que presenten a la exploración y/o pruebas de imagen y/o cirugía, nódulos o signos francos de sospecha de endometriosis profunda deben ser diferenciadas claramente del resto de pacientes con ausencia de endometriosis profunda. El grupo de pacientes sin endometriosis profunda, que son más del 90%, suelen presentar síntomas menos severos y habitualmente no van a precisar de atención multidisciplinar especializada en el manejo de la endometriosis.

2. DEFINICIONES.

Endometriosis: es una enfermedad inflamatoria estrógeno-dependiente de origen desconocido que afecta aproximadamente un 10-20% de mujeres en edad fértil de cualquier etnia-raza y grupo social.

3. OBJETIVO.

Restaurar la anatomía pélvica, eliminando todos los implantes de endometriosis y en pacientes con expectativas de fertilidad futura.

4. ALCANCE.

Aplica desde que se realiza orden por especialista para intervención quirúrgica de aquellas pacientes con diagnóstico establecido o de sospecha de endometriosis con síntomas severos y termina cuando el paciente sale de sala de recuperación, para el servicio de hospitalización.

Este proceso tiene como alcance a todo el personal que participa en este procedimiento y que labora en el Hospital General de Medellín independientemente del tipo de contratación.

5. POBLACIÓN OBJETO.

Este procedimiento aplica a los pacientes que ingresen al Hospital General con endometriosis ovárica y peritoneal.

	PROTOCOLO DE ENDOMETRIOSIS- TECNICA QUIRURGICA	ATENCIÓN ITEGRAL EN SALUD	CÓDIGO: MI-AIS-IAS183
			VERSIÓN: 02
			PÁGINA: 4 DE 10

6. ENFOQUE DIFERENCIAL.

No se hace distinción de raza o género en caso de necesitar la realización de algún procedimiento, se explica en forma clara y concisa las causas de este y sus beneficios. Si son menores de edad, personas con algún tipo de discapacidad o condición de víctimas del conflicto armado, se tendrá una charla con el responsable para explicarle el procedimiento y los beneficio de este. Esta información se puede ampliar en el documento ES-GIC-GC001P13 Programa Educación para la salud.

7. TALENTO HUMANO

- Ginecólogos
- Anestesiólogo
- Personal de enfermería
- Instrumentador quirúrgico

8. EQUIPOS BIOMÉDICOS.

- Bomba de infusión
- Sensor de oximetría adulto
- Camilla
- monitor de signos vitales
- Máquina de anestesia

9. MEDICAMENTOS.

- Anestésicos locales y sistémicos: Lidocaína, Bupivacaina, Propofol, Fentanil, Remifentanil.
- Analgésicos IV: dipirona, diclofenaco, acetaminofén, morfina, hidromorfona.
- Antieméticos: Metoclopramida, Ondansetron, Dexametasona
- Antibióticos para profilaxis y tratamiento (Cefazolina, Clindamicina, Gentamicina, vancomicina)
- Atropina sulfato (1 mg/1ml-ampo/sln iny)
- Lactato de ringer 1000 cc
- Neostigmine 0,5mg/1ml
- Omeprazol x 20 mg amp
- Solución salina 100 cc
- Solución salina 250 cc
- Solución salina 500 cc
- Jabón clorhexidina al 0.2% frasco de 120 ml
- Jabón clorhexidina al 2% frasco de 120 ml
- Jabón clorhexidina al 4% frasco de 120 ml

	PROTOCOLO DE ENDOMETRIOSIS- TECNICA QUIRURGICA	ATENCIÓN ITEGRAL EN SALUD	CÓDIGO: MI-AIS-IAS183
			VERSIÓN: 02
			PÁGINA: 5 DE 10

10. DISPOSITIVOS MÉDICOS.

- Electro bisturí
- Hoja de bisturí # 2
- Caucho de succión
- Vicryl 1 de 90 cms # 2
- Prolene 2/0 # 3
- Seda
- Trocar 12MM, 5M
- Tubos endotraqueales
- Compresa gasa 60 x 60 cms
- Guantes estériles
- Vendajes de tela o gasa
- Vendaje de algodón laminado
- Vendaje de silicona

11. INSUMOS.

No aplica

12. RIESGOS CLÍNICOS Y POSIBLES COMPLICACIONES.

- Infecciones pélvicas
- Sangrado no controlado
- Adherencias

13. INDICACIONES.

Sólo aquellas pacientes con diagnóstico establecido o de sospecha de endometriosis, van a requerir la participación de equipos multidisciplinares, ya que además de síntomas más severos presentan un alto riesgo de tener afectado el tracto digestivo y/o urinario que requieran un manejo, incluido el quirúrgico, complejo y multidisciplinar.

14. CONTRAINDICACIONES.

No aplica.

15. ACTIVIDADES DE VALORACIÓN.

- Evaluación preoperatoria por anestesia
- Profilaxis antibiótica

16. PREPARACIÓN DEL MATERIAL.

Verificar que la canasta del procedimiento se encuentre completa.

17. PREPARACIÓN DEL PACIENTE.

Al ingresar al área de ambulatorios es necesario que el paciente realice cambio de ropa por la permitida para el procedimiento, se realiza el proceso de canalización y en los pacientes que sea necesario pasar sonda vesical de acuerdo a orden médica.

18. EJECUCIÓN.

No.	QUÉ SE HACE	CÓMO SE HACE	QUIÉN LO HACE	PUNTO DE CONTROL
1.	Recibir al usuario en sala de preparación de cirugía ginecobstetricia	<p>Usuario hospitalario:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Se hace entrega del usuario a la Auxiliar de Enfermería de cirugía general, según Instructivo Asistencial Transporte de Pacientes MI-AIS-IAS040 e Instructivo Asistencial Transporte Neonatal MI-AIS-IAS029. <p>Usuario Ambulatorio:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Se lleva al usuario y acompañante a la sala de preparación de cirugía general. 	Camillero	
2.	Verificar la lista de chequeo de control preoperatorio y preparación del usuario	<p>Usuario hospitalizado:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Se verifica la aplicación de la Lista de Chequeo MI-AIS-CQ002F01 Preparación Prequirúrgica y el formato MI-AIS-CQ003F01 Control Preoperatorio. ➤ Se verifica si hay orden de profilaxis antibiótica y en tal caso si trae el medicamento del piso. ➤ Se verifica que el usuario tenga manilla de identificación. <p>Usuario Ambulatorio:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Se aplica la lista de chequeo de Control Preoperatorio MI-AIS-CQ003F01. ➤ Se verifica si hay orden de 	<p>Auxiliar de Enfermería</p> <p>Auxiliar de Enfermería Auxiliar de Enfermería</p> <p>Auxiliar de</p>	<p>Software institucional (Registro de Enfermería preoperatorio /Control Preoperatorio)</p> <p>Software institucional</p> <p>Software</p>



No.	QUÉ SE HACE	CÓMO SE HACE	QUIÉN LO HACE	PUNTO DE CONTROL
		<p>profilaxis antibiótica.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Se solicita al Almacén General de Cirugía y se coloca manilla de identificación. ➤ Se hace entrega de las pertenencias del usuario al acompañante y se consigna en la Nota de Enfermería. ➤ Se diligencia la identificación de usuarios en área quirúrgica para ambos usuarios (hospitalizados y ambulatorios). 	<p>Enfermería</p> <p>Auxiliar de Enfermería</p> <p>Auxiliar de Enfermería</p> <p>Auxiliar de Enfermería</p>	<p>institucional (Registro de Enfermería preoperatorio /Control Preoperatorio)</p> <p>Software institucional</p>
3.	<p>Trasladar usuario al quirófano</p> <p>Eliminar o destruir los depósitos endometriósicos y dividir las adherencias con la restauración de la anatomía normal</p>	<p>Habitualmente bajo anestesia general y/o regional.</p> <p>Para cirugía laparoscopia: Se ubica a la paciente en posición de litotomía con los brazos pegados al cuerpo de la paciente. Para laparotomía se ubica en decúbito supino con los brazos abiertos en cruz sobre apoyabrazos</p> <p>Previa asepsia. Paso de aguja de Verres. Neumoperitoneo hasta 20 mm hg. Paso de trocar umbilical de 10 mm. Se hace observación si se evidencian adherencias de intestino a pared posterior de útero o con compromiso de ovarios en forma bilateral. Se intervienen lesiones en Útero y/o Anexos, Fondo de saco posterior. Revisión de cavidad abdominal con vista de 360 grados. Paso de trocar de 5 mm en fosa iliaca derecha e izquierda y flanco</p>	<p>Auxiliar de enfermería</p> <p>Médico especialista en Ginecología y Obstetricia, Enfermera, Anestesiólogo</p>	<p>Formato de Identificación de usuario en área quirúrgica</p> <p>Lista de chequeo para la seguridad quirúrgica</p>

No.	QUÉ SE HACE	CÓMO SE HACE	QUIÉN LO HACE	PUNTO DE CONTROL
	Cierre de la pared abdominal	<p>izquierdo bajo visión directa. Lavado de cavidad pélvica.</p> <p>Laparotomía: Se realiza a través de incisión transversa (pfannenstiel) o mediana, según características de la paciente y el útero, incidiendo piel, tejido celular subcutáneo, fascia de los rectos y peritoneo parietal. Se intervienen las lesiones en útero, anexos, fondo de saco posterior.</p> <p>Laparotomía: Se hace conteo del material quirúrgico y las compresas por parte de instrumentador quirúrgico, cirujano y auxiliar de enfermería. Una vez se verifique el conteo se procede al cierre por planos de la pared abdominal: Rectos abdominales, fascia y tejido celular subcutáneo con poliglactina 0 y piel con polipropileno 3-0.</p> <p>Laparoscopia: Se realiza extracción de trocares accesorios de 5 mm bajo visión directa con cámara, se retira cámara y se extrae neumoperitoneo, se retira trocar umbilical. Cierre de fascia en puerto umbilical con poliglactina 0. Sutura piel con polipropileno 3-0</p>		
4.	Recibir al usuario en el área de Recuperación de cirugía ginecobstetricia	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Se recibe el usuario en sala de recuperación ➤ Se entrega la información requerida para continuar la atención, entre otras: <ul style="list-style-type: none"> - Identificación del usuario. - Procedimiento quirúrgico realizado. - Signos vitales a la salida del quirófano. - Comportamiento transoperatorio. 	Enfermera Profesional Anestesiólogo/ Enfermera Profesional Enfermera profesional y/o Auxiliar de Enfermería asignados a quirófano	Historia Clínica y Evaluación de adhesión a guías e instructivos.



No.	QUÉ SE HACE	CÓMO SE HACE	QUIÉN LO HACE	PUNTO DE CONTROL
		<ul style="list-style-type: none"> - Actividades y procedimientos pendientes. - Se monitoriza usuario (Test de Aldrete). ➤ Se entrega documentación del procedimiento. ➤ Se solicita la presencia del familiar o representante legal para brindarle información por parte del Cirujano y/o Anestesiólogo sobre lo observado en el transoperatorio y los cuidados especiales para su recuperación. ➤ Se diligencian los registros pertinentes de la historia clínica, según el procedimiento realizado y la condición clínica del usuario. ➤ Se define el destino del usuario una vez recuperado. (remitir, trasladar a otro servicio o alta). 	<p>Enfermera</p> <p>Cirujano</p> <p>Médico especialista/Anestesiólogo/Profesional de enfermería y/o Auxiliar de enfermería.</p>	
5.	Egresar al usuario del servicio de cirugía ginecobstetricia	<p>Una vez se recupere al usuario de la anestesia, y se encuentre en condiciones adecuadas, se procede a su traslado a otra área y/o servicio si requiere hospitalización:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Se solicita cama en hospitalización a la central de referencia y se hace traslado administrativo al servicio indicado. ➤ Se solicita camillero para realizar el traslado del paciente. 	<p>Médico especialista/Anestesiólogo/Profesional de enfermería y/o Auxiliar de enfermería.</p> <p>Auxiliar Administrativo</p> <p>Central de Referencia</p> <p>Camillero</p>	Historia Clínica electrónica
6.	Diligenciar plan de egreso	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Se formula el Plan de Egreso, conforme al instructivo del software institucional, el cual debe contemplar las necesidades del usuario al egreso, como: 	<p>Médico especialista/Anestesiólogo/Profesional de enfermería y/o</p>	Historia Clínica electrónica

	PROTOCOLO DE ENDOMETRIOSIS- TECNICA QUIRURGICA	ATENCIÓN ITEGRAL EN SALUD	CÓDIGO: MI-AIS-IAS183
			VERSIÓN: 02
			PÁGINA: 10 DE 10

No.	QUÉ SE HACE	CÓMO SE HACE	QUIÉN LO HACE	PUNTO DE CONTROL
		oxígeno domiciliario, medicamentos especiales, albergue, traslados, conciliación medicamentosa, remisión a programas de P y P, entre otros.	Auxiliar de enfermería	

19. BIBLIOGRAFÍA

<http://www.guideline.gov/content.aspx?id=23864&search=endometriosis>

Guía Fuente: Endometriosis: diagnosis and management. National Guideline Clearinghouse (NGC) Rockville MD Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Website 11/4/2014 <http://www.guideline.gov/content.aspx?id=23864&search=endometriosis>

20. ANEXOS.

- Formato MI-AIS-CQ002F01 Lista de Chequeo Preparación Prequirúrgica
- Formato MI-AIS-CQ003F01 Control Preoperatorio
- Formato MI-AIS-CQ003F02 Identificación de Usuario en Área Quirúrgica
- Instructivo Mi cirugía es.

21. MODIFICACIONES.

VERSIÓN	FECHA	RAZÓN DE LA ACTUALIZACION
01	20/Mar/2014	No aplica
02	05/04/2023	Cambio de formato según normatividad vigente

22. APROBACIÓN.

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
NOMBRE(S): Anyi Melissa Caro Londoño	NOMBRE(S): Carlos García Berrio Carolina Lizarazo	NOMBRE(S): Antonio Nicolas Cruz Riaño
CARGO(S): Médica apoyo administrativo clínicas quirúrgicas	CARGO(S): Director clínicas quirúrgicas Ginecobstetra	CARGO(S): Subgerente de procesos asistenciales

VIGENTE A PARTIR DE: 29/08/2023