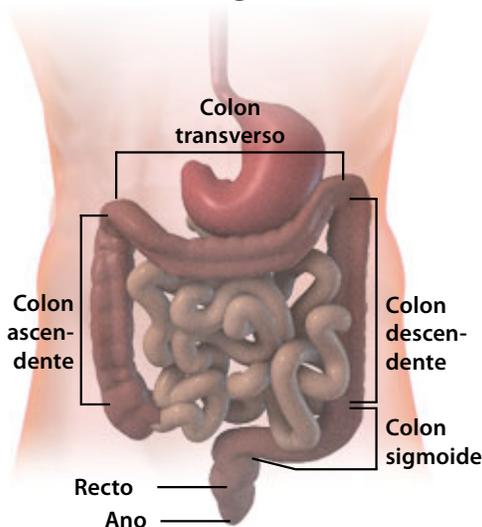


La colectomía

Extirpación quirúrgica del colon



Sistema digestivo



La afección

La **colectomía** es la extirpación del intestino o de una sección del intestino grueso (colon). Esta cirugía se realiza para tratar enfermedades del intestino, como la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa, y el cáncer de colon.

Síntomas comunes

- Los síntomas pueden incluir diarrea, estreñimiento, calambres abdominales, náuseas, fiebre, escalofríos, debilidad o pérdida de apetito y/o pérdida de peso, o sangrado.
- Puede no haber síntomas. Por ello es esencial el cribado del cáncer de colon*.

Opciones de tratamientos

Procedimiento quirúrgico

Colectomía abierta—Se realiza una incisión en el abdomen y se extrae la sección del colon enfermo. Se suturan (cosen) o grapan los dos extremos divididos

del colon en una **anastomosis**. Si no se puede coser el colon, se sube a través del abdomen para formar una colostomía.

Colectomía laparoscópica—Se introducen una luz, una cámara e instrumentos a través de pequeños orificios en el abdomen para extirpar el colon enfermo o el tumor.

Procedimiento no quirúrgico

Algunas enfermedades del colon se tratan con antibióticos, esteroides o fármacos que afectan al sistema inmunitario.

Beneficios y riesgos de la cirugía

Beneficios—La extirpación de las secciones enfermas o cancerosas del intestino aliviará sus síntomas y puede reducir el riesgo de morir de cáncer.

Los posibles riesgos quirúrgicos son problemas temporales con el intestino que pueden requerir un estoma; fugas del colon hacia el abdomen; problemas pulmonares, incluida la neumonía; infección de la herida, de la sangre o del sistema urinario; coágulos de sangre en las venas o en el pulmón; hemorragias; fistulas; o la muerte.

El riesgo de no operarse—Sus síntomas pueden continuar o empeorar, y su enfermedad o cáncer puede extenderse.

Expectativas

Antes de la cirugía—La evaluación puede incluir una colonoscopia, un análisis de sangre, un análisis de orina, una radiografía de tórax o una tomografía computarizada del abdomen.¹ El cirujano y el anestesiólogo analizarán su historial médico, los medicamentos que toma en casa y las opciones de control del dolor postoperatorio.

Se ha demostrado que abordar los factores de riesgo, como el tabaquismo, el consumo de alcohol, la anemia y la nutrición, mejora los resultados de los pacientes y debe discutirse en la visita preoperatoria.²

El día de la cirugía—No puede comer durante 4 horas, pero puede beber líquidos claros hasta 2 horas antes de la cirugía. Por lo general, tomará su medicación normal con un sorbo de agua. Su equipo quirúrgico le aconsejará si necesita limpiar sus intestinos con laxantes o enemas 1-2 días antes de la cirugía.⁴

Su recuperación—La duración media de la estancia es de 3 a 4 días para una colectomía laparoscópica o abierta.⁵ El tiempo que transcurre desde la primera deposición hasta que se come con normalidad es también de 3 a 4 días.

Llame al cirujano si tiene náuseas continuas, vómitos, fugas de la herida, sangre en las heces, dolor intenso, calambres de estómago, escalofríos o fiebre alta (sobre 101 °F o 38.3 °C), olor o aumento de la secreción de la incisión, abdomen hinchado o ausencia de deposiciones durante 3 días.

Información para usted

* El cáncer colorrectal es la tercera causa de muerte relacionada con el cáncer en hombres y mujeres. El riesgo de desarrollar cáncer colorrectal a lo largo de la vida es de aproximadamente 1 de cada 23 (4.3 %) en los hombres y de 1 de cada 25 (4.0 %) en las mujeres. La Sociedad Americana del Cáncer recomienda que las personas con un riesgo medio de padecer cáncer colorrectal empiecen a someterse a pruebas periódicas a partir de los 45 años.

**SURGICAL PATIENT
EDUCATION PROGRAM**

Prepare for the Best Recovery

La primera página es un resumen. Para más información detallada, lea el documento completo.

La afección, los síntomas y las pruebas de diagnóstico

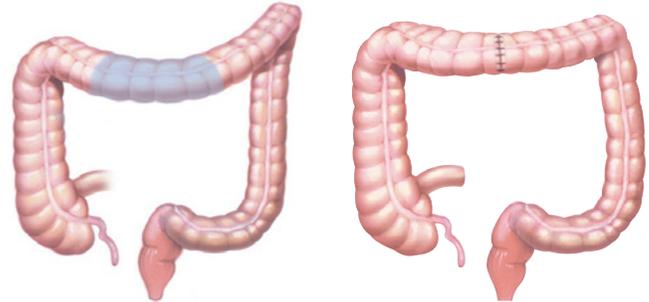
Colectomía sigmoidea (Sigmoidectomía)

Se extirpa una parte o la totalidad del colon sigmoide. El colon descendente se vuelve a conectar al recto.



Resección segmentada

Se extirpan uno o varios segmentos cortos del colon. Los extremos restantes del colon se vuelven a conectar.

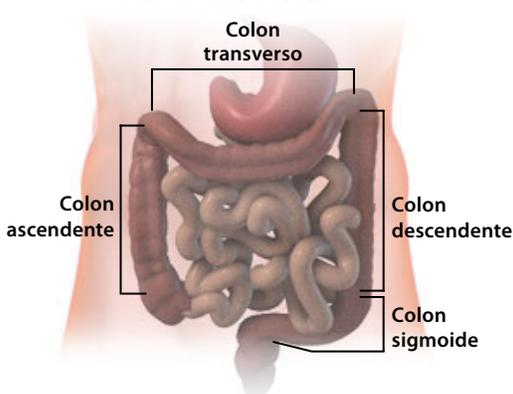


La afección

Existen diferentes tipos de afecciones y enfermedades que pueden afectar a los intestinos:

- **Las enfermedades inflamatorias intestinales** incluyen la colitis ulcerosa y la enfermedad de Crohn.
- **La colitis ulcerosa** es una enfermedad crónica que se presenta como úlceras (pequeñas llagas abiertas) en la capa interna del colon y que incluye diarrea con sangre y dolor abdominal.⁶
- **La enfermedad de Crohn** es una enfermedad inflamatoria intestinal (EII) de todo el revestimiento del tubo digestivo, desde la boca hasta el ano. La mayoría de los casos afectan desde el ano hasta el intestino delgado.⁷
- **La diverticulitis** es una inflamación o infección de pequeñas bolsas abultadas (divertículos) situadas en el colon.
- **El pólipo colorrectal** es cualquier crecimiento en el revestimiento del colon o del recto.
- **El cáncer colorrectal** es un tumor maligno (canceroso) en el colon o el recto.

Partes del colon



El procedimiento

Existen diferentes procedimientos para tratar las enfermedades del intestino:

- La **colectomía** es una cirugía para extirpar una parte del intestino que está enferma. El nombre del procedimiento depende de la sección del intestino que se extraiga.
- La **hemicolectomía derecha** es la extirpación del colon ascendente (derecho) y es el tipo de colectomía más frecuente (41.9 %).
- La **hemicolectomía izquierda** es la extirpación del colon descendente (izquierdo).
- La **sigmoidectomía** es la extirpación de la parte inferior del colon que está conectada al recto.
- La **resección anterior baja** es la extirpación de la parte superior del recto.
- La **resección segmentaria** es la extirpación de solo un trozo corto del colon.
- La **resección abdominoperineal** es la extirpación del colon sigmoide, el recto y el ano y la construcción de una colostomía permanente.
- La **colectomía total** es cuando se extirpa todo el colon y se conecta el intestino delgado con el recto.
- La **proctocolectomía total** es la extirpación del recto y de toda o parte del colon.

Síntomas

Los síntomas más comunes de la enfermedad de colon y recto son:

- Diarrea, estreñimiento, calambres abdominales, náuseas, pérdida de apetito o pérdida de peso
- Fiebre, escalofríos o debilidad

Análisis comunes

Historia y examen físico

Se le hará un examen físico y se le preguntará por su historial médico completo y el de su familia, incluidos los síntomas, el dolor y los problemas estomacales.

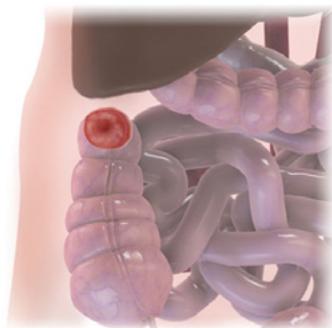
Pruebas adicionales (ver glosario)

Otras pruebas pueden incluir:

- Análisis de sangre
- Análisis de orina
- Examen rectal digital
- Radiografía abdominal
- Ultrasonido abdominal
- Colonoscopia
- Tomografía computarizada (TC)
- Electrocardiograma (ECG) para pacientes mayores de 45 años o si tienen un riesgo alto de problemas cardíacos

Tratamientos quirúrgicos y no quirúrgicos

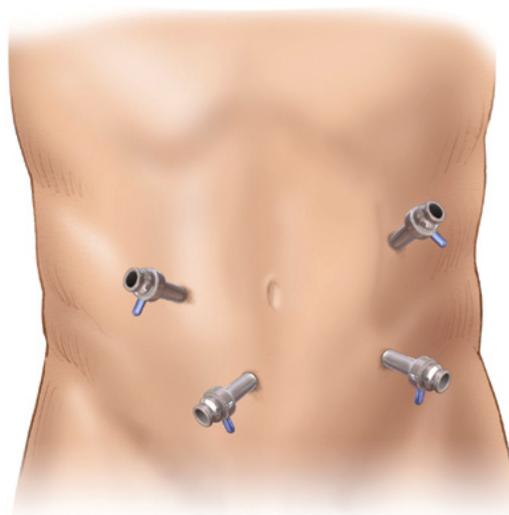
Estoma interior



Superficie del estoma abdominal



Reparación laparoscópica



Tratamiento quirúrgico

La colectomía puede realizarse por vía abierta o laparoscópica. El tipo de cirugía dependerá de la afección, del tamaño de la zona enferma o del tumor y de la ubicación. Son también importantes la salud, la edad, los riesgos de la anestesia y la experiencia de la/el cirujana/o.

Colectomía abierta

Se realiza una incisión en el abdomen y se extrae la sección del colon enfermo. Las partes sanas del colon se suturan o grapan (anastomosis). Si el colon no puede suturarse, se saca el colon a través de una abertura en la pared abdominal (estoma) para formar una ostomía. Los residuos se vaciarán a través de la ostomía en una bolsa que se fija alrededor del estoma en el abdomen.

Colectomía laparoscópica

Se realizan varias incisiones pequeñas en el abdomen. Se introducen los puertos o tubos huecos en las aberturas. Se colocan herramientas quirúrgicas y un visor iluminado a través de los puertos.

A continuación se infla el abdomen con dióxido de carbono, lo que permite al cirujano ver claramente los intestinos y los órganos. Se utilizan pequeños instrumentos insertados a través de los puertos para extirpar el colon enfermo o un tumor. Si no se puede coser el colon, se unen los extremos del intestino o se crea un estoma.

Los beneficios de la colectomía laparoscópica

El procedimiento laparoscópico con un protocolo de recuperación mejorado da lugar a menores tasas de complicaciones, menos cicatrices, estancias hospitalarias más cortas y menos posibilidades de volver al hospital.³ Las tasas de supervivencia al cáncer a los cinco años entre la cirugía abierta y la laparoscópica no son diferentes.⁸

Tratamiento no quirúrgico

Algunas enfermedades del intestino pueden tratarse con medicamentos. Según el estadio del cáncer, la radioterapia y la quimioterapia también pueden formar parte del plan de tratamiento.

Información para usted

Conversión

Es posible que su cirujano tenga que convertir una colectomía laparoscópica en una colectomía abierta. Esto puede ser necesario debido a:⁹

- Adherencias de una cirugía anterior
- Sangrado
- Obesidad
- Incapacidad de ver estructuras importantes
- Presencia de un tumor grande
- Incapacidad para completar la cirugía

En el caso de los pacientes que se someten a una colectomía laparoscópica, la tasa de conversión es del 14.3 %. Las complicaciones y la duración de la estancia hospitalaria son mayores cuando se cambia a un procedimiento abierto. No hay diferencias en la tasa de supervivencia a largo plazo.⁸ La colectomía derecha es el tipo más común y tiene la menor tasa de conversión, mientras que la proctectomía tiene la mayor tasa de conversión a un procedimiento abierto.¹⁰

Los riesgos de estos procedimientos SAMPLE

Los riesgos basados en la calculadora de riesgo ACS*

Procedimiento de colectomía parcial con anastomosis de la calculadora de riesgo de la ACS – 25 de abril de 2022

Riesgos	Porcentaje medio de pacientes	Información para usted
Neumonía: Infección en los pulmones	Abierto 2.8 % Laparoscopia 0.8 %	Dejar de fumar antes de la cirugía y respirar profundamente, además de levantarse y caminar después, puede ayudar a prevenir la neumonía.
Complicación cardíaca: Ataque cardíaco o paro cardíaco repentino	Abierto 1.3 % Laparoscopia 0.4 %	Los problemas del corazón o los pulmones a veces pueden empeorar con la anestesia general. Su proveedor de anestesia tomará su historial y le sugerirá la mejor opción para usted.
Infección de la herida	Abierto 9.8 % Laparoscopia 4.1 %	Por lo general, los antibióticos se administran antes de la cirugía. Es posible que le pidan usar un jabón especial antes y después de la cirugía.
Infección del tracto urinario: una infección de la vejiga o de los riñones.	Abierto 1.7 % Laparoscopia 1.0 %	Una sonda Foley puede permanecer en la vejiga unos días después de la cirugía para drenar la orina. La ingesta adecuada de líquidos y el cuidado de la sonda disminuyen el riesgo de infección de la vejiga.
Coágulo: un coágulo en las piernas puede viajar a los pulmones.	Abierto 2.3 % Laparoscopia 0.9 %	Una cirugía más larga y el reposo incrementan el riesgo. Levantarse y caminar de 5 a 6 veces al día y usar medias de compresión reducen el riesgo.
Falla renal (de los riñones): los riñones ya no funcionan para crear orina y/o limpiar la sangre de toxinas	Abierto 1.3 % Laparoscopia 0.4 %	La insuficiencia renal preexistente, el desequilibrio de líquidos, la diabetes de tipo 1, ser mayor de 65 años, los antibióticos y otros medicamentos pueden aumentar el riesgo.
Regreso a la cirugía	Abierto 6.4 % Laparoscopia 3.1 %	Una hemorragia o una fuga intestinal pueden hacer que se necesite una nueva intervención. El equipo de cirugía y anestesia está preparado para reducir todos los riesgos de volver al quirófano.
Muerte	Abierto 1.8 % Laparoscopia 0.3 %	El equipo de cirugía está preparado para posibles complicaciones y para disminuir todos los riesgos.
Alta a un centro de enfermería o rehabilitación	Abierto 9.8 % Laparoscopia 2.2 %	
Riesgo de fuga anastomótica: una fuga de la conexión que se hace entre dos extremos del intestino	Abierto 4.0 % Laparoscopia 1.9 %	Una edad avanzada, la cirugía de urgencia, la obesidad, el uso de esteroides para la inflamación, la quimioterapia y la radiación, así como el tabaquismo y el alcohol antes de la cirugía pueden aumentar el riesgo. ¹¹
Íleo	Abierto 21.1 % Laparoscopia 7.2 %	Un íleo después de la cirugía es una ausencia de la función intestinal durante más de 3 días. Caminar poco después de la cirugía y limitar el uso de analgésicos opioides pueden reducir la posibilidad de íleo. ¹²

* 1 % significa que 1 de cada 100 personas tendrá esta complicación

La calculadora de riesgos quirúrgicos ACS estima el riesgo de un resultado no favorable. Los datos provienen de un gran número de pacientes que tuvieron un procedimiento similar a este. Si es saludable y no tiene problemas de salud, sus riesgos podrían estar por debajo del promedio. Si fuma, tiene obesidad o enfermedades cardíacas, entonces su riesgo podría ser mayor. No se pretende que la información reemplace el consejo de un/a doctor/a o un/a profesional de la salud. Para revisar los riesgos, consulte la calculadora de riesgos ACS ingresando en riskcalculator.facs.org.

El día de la cirugía

Preparación para su cirugía

Medicamentos que toma en casa

Traiga la lista de todos los medicamentos, vitaminas y complementos alimenticios que esté tomando. Se podría tener que modificar su medicación antes de la cirugía. Algunos medicamentos pueden afectar su recuperación, coagulación y su reacción ante la anestesia. Informe a su médico si está consumiendo marihuana o productos con CBD. Por lo general, tomará su medicación de la mañana con un sorbo de agua.

Anestesia

Informe a su proveedor de anestesia si tiene alergias, enfermedades neurológicas (epilepsia, derrame cerebral), enfermedades cardíacas, problemas estomacales, enfermedades pulmonares (asma, enfisema), enfermedades endocrinas (diabetes, afecciones de la tiroides) o dientes flojos; si fuma, bebe alcohol, consume drogas o toma hierbas o vitaminas; o si tiene antecedentes de náuseas y vómitos con la anestesia.

Si fuma, debe avisarle a su equipo quirúrgico. Debe planear dejarlo. Dejar de fumar antes de la cirugía puede disminuir la tasa de complicaciones respiratorias y de heridas, e incrementar sus posibilidades de tener una vida libre de tabaco. Puede encontrar recursos para ayudarlo a dejar de fumar en línea en <https://www.facs.org/for-patients/preparing-for-your-surgery/quit-smoking/>.

Duración de la hospitalización

Es posible que permanezca en el hospital unas dos noches después de una reparación laparoscópica o más tiempo después de una colectomía abierta.⁵ Es posible que tenga colocada una sonda en la vejiga para medir y drenar la orina durante unos días. Las náuseas intensas y los vómitos o la incapacidad para orinar pueden demandar un tiempo más largo de hospitalización.

El día de la cirugía

- No coma durante 4 horas ni beba nada que no sean líquidos claros durante al menos 2 horas antes de la cirugía.
- No coma nada el día de la cirugía si ha tenido una preparación intestinal.
- Dúchese y limpie su abdomen y el área de la ingle con un jabón antibacteriano suave.
- Cepílese los dientes y enjuáguese la boca con enjuague bucal.
- No rasure el área de la cirugía, el equipo de cirugía rasurará el vello cerca de la zona de incisión.

Qué traer

- Tarjeta del seguro e identificación
- Instrucciones anticipadas
- Lista de medicamentos
- Ropa cómoda y holgada
- Calzado fácil de ponerse que no requiera que se agache
- Deje sus joyas y pertenencias valiosas en casa

Qué puede esperar

Se le colocará en la muñeca un brazalete de identificación y un brazalete de alergias con su nombre y número de historia clínica. Los miembros del equipo sanitario los revisarán antes de realizar cualquier procedimiento o darle medicación. El/La cirujano/a marcará la zona de la cirugía.

Fluidos y anestesia

Se le insertará una vía intravenosa (IV) para administrarle fluidos y medicación. Para la anestesia general, estará dormido/a y no sentirá dolor. Se le intubará por la garganta para ayudarlo a respirar durante la cirugía.

Después de la cirugía

Se le trasladará a una sala de internación en donde controlarán de cerca su frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno, presión arterial y diuresis. Asegúrese de que todas las visitas se laven las manos.

Prevención de neumonía y coágulos

Mantenerse en movimiento y respirar profundo luego de la cirugía puede ayudarlo a prevenir complicaciones postoperatorias, como coágulos, fluidos en los pulmones y neumonía. Cada hora respire profundo de 5 a 10 veces y mantenga la respiración de 3 a 5 segundos.

Cuando le realizan una cirugía, tiene el riesgo de desarrollar coágulos de sangre por la inmovilidad durante la anestesia. Cuanto más larga y complicada la cirugía, mayor será el riesgo. Se disminuye el riesgo al levantarse y caminar 5 o 6 veces por día, al utilizar medias o botas de compresión en las piernas y, para pacientes con riesgos altos, al tomar una medicación anticoagulante.

Preguntas

Sobre los medicamentos que tomo en casa

- ¿Qué medicamentos debo suspender antes de la cirugía?
- ¿Debo tomar algún medicamento el día de la cirugía?

Sobre mi cirugía

- ¿Cuáles son los riesgos y efectos secundarios de la anestesia general?
- ¿Qué procedimiento se usará para reparar el colon? ¿Laparoscópico o abierto?
- ¿Se suturará el colon o tendré que recibir formación sobre el cuidado de una ostomía?
- ¿Cuáles son los riesgos de este procedimiento?
- ¿Usted realizará toda la cirugía?
- ¿Cuánto dolor debería esperar y cómo se controlará?
- ¿En cuánto tiempo podré volver a mi rutina (trabajar, conducir y levantar peso)?

Información para usted

Si tiene un estoma

Si tiene un estoma, sus heces pasarán a una bolsa que está unida a la piel alrededor del estoma. La bolsa tendrá una abertura en el extremo para que las heces drenen. Tendrá que cambiarla todos los días. Antes de salir del hospital, se le enseñará cómo cuidar su estoma y sus suministros. Algunos estomas pueden ser temporales y cerrarse más adelante, mientras que otros pueden ser permanentes, dependiendo de su diagnóstico y cirugía.

Puede obtener más información sobre cómo cuidar su estoma con la lectura del Kit de desarrollo de destrezas caseras para la ostomía del American College of Surgeons disponible en línea en <https://www.facs.org/for-patients/home-skills-for-patients/ostomy/>. Seguirá teniendo apoyo en el cuidado de su estoma una vez que esté en casa y su cuidado se convertirá en parte de su rutina si es permanente.



No levante nada que pese más de 10 libras. Un galón de leche pesa 9 libras.

Recuperación y alta

Pensar con claridad

Si le administran anestesia general o si necesita tomar narcóticos para el dolor, es posible que se sienta diferente por 2 o 3 días, que tenga problemas de memoria o que sienta más cansancio. No debe conducir, beber alcohol ni tomar ninguna decisión importante por al menos 2 días.

Nutrición

Si sigue un protocolo de recuperación reforzado, el objetivo es volver a una dieta normal lo antes posible. Justo después de la cirugía, podrá beber agua y se le proporcionará medicación contra las náuseas si la necesita. Puede comer una dieta normal al día siguiente de la cirugía. Los fluidos intravenosos continuarán durante 1 o 2 días después de la cirugía. Durante un máximo de 4 semanas, se recomienda una dieta baja en residuos y en fibra para reducir la cantidad y la frecuencia de las deposiciones. Esto reduce el trauma en la sanación de la reconexión intestinal.¹³ Siga bebiendo entre 8 y 10 vasos de líquido al día. Un dietista le puede ayudar a comprender su dieta.

Actividad

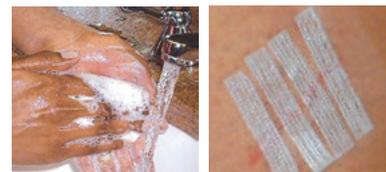
- Se sentará en una silla después de la cirugía. Debe levantarse y caminar por los pasillos al día siguiente de la cirugía. Su dolor debe ser controlado con analgésicos. Levántese y camine cada hora aproximadamente para prevenir la formación de coágulos.
- Podrá reanudar la mayoría de las actividades normales en 1 a 2 semanas. Estas actividades incluyen ducharse, conducir, subir escaleras y tener relaciones sexuales.¹⁴

Vuelta al trabajo y la escuela

- Podrá volver al trabajo cuando se sienta bien, normalmente de 1 a 2 semanas después de la reparación laparoscópica y de 2 a 3 semanas para los procedimientos abiertos.
- No podrá levantar nada de más de 10 libras, trepar ni realizar actividades agotadoras durante 4 a 6 semanas después de la cirugía.

Cuidado de la herida

Para saber más sobre el cuidado de la herida, lea <https://www.facs.org/for-patients/home-skills-for-patients/wound-management/>.



Lavado de manos Steri-Strips®

- Siempre lávese las manos antes y después de tocar cerca de la zona de incisión.
- No tome baños en bañera hasta que le quiten los puntos, Steri-Strips® o grapas. Puede ducharse luego del segundo día postoperatorio a menos que le indiquen lo contrario.
- Es normal que la incisión drene un poco. Si el apósito está empapado en sangre, llame a su cirujano/a.
- Si le colocaron puntos Steri-Strips, se caerán luego de 7 a 10 días.
- Si tiene un revestimiento de pegamento sobre la herida, deje que el pegamento se descascare solo.
- Evite usar prendas apretadas o de material áspero. Podrían rozar las incisiones y dificultar el proceso de sanación.
- Proteja la piel nueva, en especial del sol. El sol puede quemar y oscurecer la cicatriz.
- La cicatriz sanará aproximadamente después de 4 a 6 semanas; se ablandará y desaparecerá el siguiente año.

Evacuaciones

Durante las dos primeras semanas, las deposiciones pueden ser más frecuentes y flojas de lo habitual hasta que vuelva a comer alimentos sólidos. Evite hacer esfuerzos al defecar. Asegúrese de beber entre 8 y 10 vasos de líquido al día.

Cuándo comunicarse con su cirujano/a

Comuníquese con su cirujano/a si tiene:

- Dolor incesante
- Empeoramiento del dolor
- Fiebre mayor a 101 °F (38.3 °C)
- Vómitos constantes
- Hinchazón, enrojecimiento, sangrado o drenaje con mal olor de la zona de la herida
- Dolor abdominal fuerte o continuo, o hinchazón en el abdomen
- No evacúa 2 o 3 días después de la cirugía

Control del dolor

Su dolor se puede controlar con acetaminofén (Tylenol®) e ibuprofeno (Motrin®, Advil®). Las terapias sin medicamentos, como el hielo, también pueden ser efectivas. Si siente un dolor intenso que le impide moverse y dormir, quizás necesite un medicamento opioide. Para el día 4, la mayoría de las personas no reporta dolor intenso después de una cirugía. El dolor de la incisión quirúrgica generalmente desaparece en 7 a 10 días. Consulte la **Guía de control del dolor seguro y eficaz** a continuación o en el sitio web de ACS para obtener más información. <https://www.facs.org/for-patients/safe-pain-control/>

Dolor	¿Qué tan intenso es mi dolor?	¿Qué puedo tomar para sentirme mejor?	Terapias más comunes
Leve	<ul style="list-style-type: none"> Apenas percibo mi dolor y no interfiere con mis actividades. Percibo mi dolor y me distrae, pero aún puedo hacer actividades (sentarme, caminar, pararme). 	<p>Terapias sin medicamentos</p> <p>+</p> <p>Medicamentos orales no opioides</p> <ul style="list-style-type: none"> Tómelos según sea necesario cuando sienta dolor. Estos ayudan a disminuir el dolor y la hinchazón (inflamación) 	<p>Terapias sin medicamentos</p> <ul style="list-style-type: none"> Hielo, elevación, descanso, meditación, masaje, distracción (música, TV, juegos) caminata y ejercicio leve Inmovilización del abdomen con almohadas <p>Medicamentos no opioides</p> <ul style="list-style-type: none"> Acetaminofén (Tylenol®) Medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINE), aspirina, ibuprofeno (Motrin®, Advil®) naproxeno (Aleve®)
Moderado	<ul style="list-style-type: none"> Mi dolor es difícil de ignorar y es más notorio incluso cuando descanso. Mi dolor interfiere en mis actividades cotidianas. 	<p>Terapia sin medicamentos</p> <p>+</p> <p>Medicamento oral no opioide</p> <p>Tómelo con horario programado.</p>	<p>Terapia sin medicamentos y medicamentos no opioide</p> <p>en un horario regular en vez de cuando sea necesario. (Por ejemplo: Tylenol® cada 6 horas a las 9 a. m., 3 p. m., 9 p. m., 3 a. m. y Motrin® cada 6 horas a las 12 a. m., 6 a. m., 12 p. m., 6 p. m.)</p>
Grave	<ul style="list-style-type: none"> Estoy enfocado en mi dolor y no puedo realizar mis actividades cotidianas. Estoy gimiendo de dolor y no puedo dormir. No puedo hacer nada. Mi dolor es demasiado intenso y no puedo pensar en otra cosa. 	<p>Terapia sin medicamentos</p> <p>+</p> <p>Medicamento oral no opioide</p> <ul style="list-style-type: none"> Tómelo con horario programado. <p>Opioides de acción corta</p> <ul style="list-style-type: none"> Tómelo durante unos días y disminuya o déjelo lo antes posible 	<p>Los opioides bloquean el dolor y dan una sensación de euforia (sentirse drogado) La adicción, un efecto secundario grave de los opioides, es rara con el uso a corto plazo.</p> <p>Los ejemplos de opioides de acción corta incluyen: Tramadol (Ultram®), hidrocodona (Norco®, Vicodin®), hidromorfona (Dilaudid®)</p>

Información para usted

Tras el procedimiento laparoscópico, es posible que sienta dolor en el hombro. Esto se debe al gas que se le insertó en el abdomen durante el procedimiento. Moverse y caminar ayudan a disminuir el gas y el dolor en el hombro.

Para obtener más información, visite el sitio web de educación para el paciente del American College of Surgeons en [facs.org/patient-education](https://www.facs.org/patient-education). Para una revisión completa sobre la colectomía, consulte Lecturas seleccionadas de cirugía general, Vol. 45, 2019, N.º 2, 3, 4, 2019, Colon, Recto y Ano Partes I, II, III en [facs.org/SRGS](https://www.facs.org/SRGS).

GLOSARIO

Anastomosis: la conexión de dos estructuras, como dos extremos de los intestinos.

Anestesia general: un tratamiento con determinados medicamentos que duermen a la/el paciente para que no sienta dolor durante la cirugía.

Anestesia local: la pérdida de sensación solo en el área corporal en donde se administra o inyecta el medicamento anestésico.

Análisis de orina: un examen visual y químico de la orina, con frecuencia se utiliza para la búsqueda de infecciones urinarias o enfermedades renales.

Electrocardiograma (ECG): mide la frecuencia y la regularidad de los latidos y cualquier daño al corazón.

Estoma: una apertura artificial del intestino o del tracto urinario en la pared abdominal.

Hematoma: una acumulación de sangre que ha filtrado hacia los tejidos de la piel o en un órgano y que se produce por las incisiones en una cirugía o debido a que la sangre no logra formar un coágulo.

Instrucciones anticipadas: los documentos firmados por una persona competente que da la directriz a los/las profesionales de la salud sobre las opciones de tratamiento.

Sonda nasogástrica: un tubo plástico blando que se inserta desde la nariz hacia el estómago. Se utiliza para vaciar los contenidos y los gases del estómago para aliviar el intestino.

Tomografía computarizada (TC): una prueba diagnóstica en la que se utilizan rayos X y una computadora para crear una imagen detallada y tridimensional del abdomen. La TC se utiliza habitualmente para detectar anomalías o enfermedades en el interior del abdomen.

Ultrasonido: ondas sonoras que se utilizan para determinar la ubicación de las estructuras profundas en el cuerpo. Una especie de rodillo de mano se coloca sobre un gel y se pasa por el abdomen.

Íleo: disminución de la actividad motora del tubo digestivo por causas no mecánicas.

REFERENCIAS

La información brindada en este informe se eligió de artículos actuales basados en importantes investigaciones o tendencias clínicas. Las investigaciones que figuran debajo no representan toda la información que está disponible para su cirugía. Pregúntele a su médico/a si le recomienda leer alguna investigación adicional.

1. Pruebas para diagnosticar y estadificar el cáncer de recto. <https://www.cancer.org/cancer/colon-rectal-cancer/detection-diagnosis-staging/how-diagnosed.html>. Consultado el 26 de abril de 2022.
2. Kearney DE, Liska D, Holubar SD. Preoperative instructions and postoperative care in the 21st century. (Instrucciones preoperatorias y cuidados postoperatorios en el siglo XXI). *Ann Laparosc Endosc Surg* 2019; 4:86 | <http://dx.doi.org/10.21037/ales.2019.08.02>.
3. Gustafsson UO, Scott MJ, Hubner M, y otros. Guidelines for Perioperative Care in Elective Colorectal Surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society Recommendations: 2018 (Directrices para los cuidados perioperatorios en la cirugía colorrectal electiva: recomendaciones de la Sociedad ERAS®: 2018). *World J Surg* 2019;43:659-695.
4. La colectomía: <https://www.hopkinsmedicine.org/health/treatment-tests-and-therapies/colectomy#:~:text=Before%20a%20colectomy%20you%20will,You%20may%20have%20a%20colonoscopy>. Consultado el 25 de abril de 2022.
5. Calculadora de riesgo de ACS: [riskcalculator.facs.org](https://www.riskcalculator.facs.org) consultado el 25 de abril de 2022.
6. ¿Qué es la colitis ulcerosa? <https://www.crohnscolitisfoundation.org/what-is-ulcerative-colitis>. Consultado el 21 de abril de 2022.
7. ¿Qué es la enfermedad de Crohn? <https://www.crohnscolitisfoundation.org/what-is-crohns-disease>. Consultado el 21 de abril de 2022.
8. Wei D, Johnston S, Goldstein L, Nagle D. La colectomía mínimamente invasiva se asocia con un menor riesgo de fuga anastomótica y otras complicaciones perioperatorias importantes y una menor utilización de recursos hospitalarios en comparación con la cirugía abierta: un estudio retrospectivo basado en la población sobre la eficacia comparativa y las tendencias del enfoque quirúrgico. *Surg Endosc*. 2020 Feb. 34 (2):610-621.
9. Fry RD, Mahmoud NN, Maron DJ, y otros. Colon y recto. En: Townsend CM, Beauchamp RD, Evers BM, Mattox KL, editores. *Sabiston Textbook of Surgery*. 19.ª edición. Filadelfia, PA: Saunders Elsevier;2012:1377.
10. Moghadamyeghaneh Z, Masoomi H, Mills SD, y otros. Outcomes of conversion of laparoscopic colorectal surgery to open surgery. (Resultados de la conversión de la cirugía colorrectal laparoscópica a la cirugía abierta). *JLS*. 2014;18(4): e2014.00230.
11. Davis, B and Rivadeneira, D. Complications of colorectal anastomosis. (Complicaciones de la anastomosis colorrectal). *Surg Clin N Am*. 2013;93:72.
12. Chapman SJ, EuroSurg Collaborative. Ileus Management International (IMAGINE): protocol for a multicentre, observational study of ileus after colorectal surgery. (protocolo para un estudio observacional multicéntrico sobre el íleo después de la cirugía colorrectal). *Colorectal Dis*. 2018 Jan. 20(1):O17-O25.
13. Vanhauwaert E, Matthys C, Verdonck L, De Preter V. Low-residue and low-fiber diets in gastrointestinal disease management. (Dietas bajas en residuos y en fibra en el tratamiento de enfermedades gastrointestinales). *Adv Nutr*. 2015;6(6):820-827. Publicado 2015 Nov 13. doi:10.3945/an.115.009688
14. La colectomía. <https://www.uchicagomedicine.org/conditions-services/colon-rectal-surgery/colectomy>. Consultado el 25 de abril de 2022.

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD

Nota importante sobre el uso de este documento

American College of Surgeons (ACS) es una asociación científica y educativa de cirujanos y cirujanas fundada en 1913 para mejorar la calidad de los cuidados para pacientes quirúrgicos por medio del establecimiento de estándares altos para la educación y la práctica quirúrgica. La ACS se esfuerza por brindar educación procedimental para posibles pacientes y aquellos que les educan. Su propósito no es reemplazar la consulta que se realiza con un/a cirujano/a calificado/a que está al tanto de su situación. La ACS se esfuerza por brindar información precisa y oportuna, pero no establece ninguna garantía sobre la misma.

Revisado en 2014 y 2015;

Revisado en 2019 y 2022 por:

Nancy Strand, RN, MPH

Kathleen Heneghan, RN, PhD, PNP-C

Robert Roland Cima, MD, FACS

**SURGICAL PATIENT
EDUCATION PROGRAM**
Prepare for the Best Recovery