

Colectomía

Extirpación quirúrgica del colon

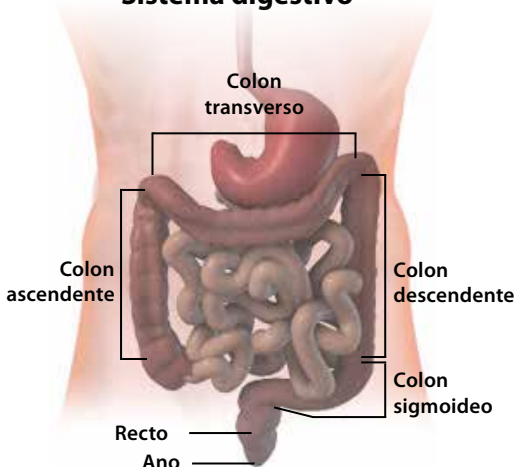


AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS

Inspiring Quality:
Highest Standards, Better Outcomes

100+ years

Sistema digestivo



Educación del paciente

Esta información educativa es para ayudarlo a estar mejor informado acerca de su operación y para dotarlo de las habilidades y el conocimiento necesarios para participar activamente en su cuidado.

Manténgase informado

Información que lo ayudará a entender más su operación y su rol en la sanación.

Se brinda educación en:

Descripción general de la colectomía	1
Condición, síntomas, pruebas.....	2
Opciones de tratamiento.....	3
Riesgos y posibles complicaciones.....	4
Preparación y expectativas	5
Su recuperación y alta médica.....	6
Control del dolor.....	7
Glosario/Referencias.....	8

La condición

Una **colectomía** es la extirpación de una sección del intestino grueso (colon) o intestino. Esta operación se lleva a cabo para el tratamiento de enfermedades intestinales, incluida la Enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa, y el cáncer de colon.

Síntomas comunes

- Los síntomas pueden incluir diarrea, constipación, calambres abdominales, náusea, fiebre, escalofríos, debilitamiento o pérdida de apetito y/o pérdida de peso o hemorragia.
- Es posible que no haya síntomas. Por este motivo es esencial un control.*

Opciones de tratamiento

Procedimiento quirúrgico

Colectomía abierta: se realiza una incisión en el abdomen y se extirpa la sección del colon enfermo. Los dos extremos divididos del colon se suturan (cosen) o abrochan en una **anastomosis**. Si el colon no puede ser suturado, se levanta a través del abdomen para formar una colostomía.

Colectomía laparoscópica: se inserta una luz, una cámara e instrumentos a través de pequeños orificios en el abdomen para extirpar el colon enfermo o tumor.

Procedimiento no quirúrgico

Algunas enfermedades del colon son tratadas con antibióticos, esteroides o medicamentos que afectan el sistema inmune.

Beneficios y riesgos de su operación

Beneficios: la extirpación de las secciones enfermas o cancerosas del intestino aliviará sus síntomas y puede reducir su riesgo de muerte por cáncer.

Los riesgos quirúrgicos posibles incluyen

problemas temporarios con el intestino que podrán hacer necesario un estoma; pérdidas del colon hacia el abdomen; problemas pulmonares, incluida la neumonía; infección de la herida, de la sangre o del sistema urinario; coágulos en las venas o pulmones; hemorragia; fístula; o muerte.

Riesgo de no someterse a una operación:

sus síntomas podrán continuar o empeorar, y su enfermedad o cáncer podría ramificarse.

Expectativas

Antes de su operación: la evaluación podrá incluir una colonoscopia, análisis de sangre, análisis de orina, radiografía de tórax o Tomografía Computada (CT) del abdomen.¹ Su cirujano y su anestesiólogo revisarán su historia de salud, los medicamentos que toma en su hogar y las opciones de control del dolor posteriores a la operación.

El día de su operación: usted no ingerirá alimentos durante 4 horas, pero podrá beber líquidos transparentes hasta 2 horas antes de la operación. Es posible que le suministren medicamentos para limpiar sus intestinos y un antibiótico el día anterior. En la mayoría de los casos, usted tomará sus medicamentos habituales con un sorbo de agua.

Su recuperación: la duración promedio de la internación es de 3 días para una colectomía abierta o laparoscópica.² El tiempo que transcurrirá desde su primer deposición hasta comer normalmente es de 3 a 4 días.

Llame a su cirujano si usted continúa con náuseas, vómitos, pérdidas en la herida, sangre en la materia fecal, dolor agudo, calambres estomacales, escalofríos o fiebre alta (más de 101°F o 38.3°C), olor o mayor drenaje de su incisión, abdomen hinchado o si no registra deposiciones durante 3 días.

**SURGICAL PATIENT
EDUCATION PROGRAM**

Prepare for the Best Recovery

*Ver recurso de colonoscopia de ACS: www.facs.org/~/-/media/files/education/patient%20ed/colonoscopy.ashx

Esta primera página es un repaso general. Para información más detallada, revise todo el documento.

Colectomía sigmoide (Sigmoidectomía)

Se extirpa el colon sigmoide en forma parcial o total. Luego, el colon descendente se vuelve a conectar al recto.



Resección segmentaria

Se extirpan uno o más segmentos pequeños del colon. Los extremos remanentes del colon se vuelven a conectar.

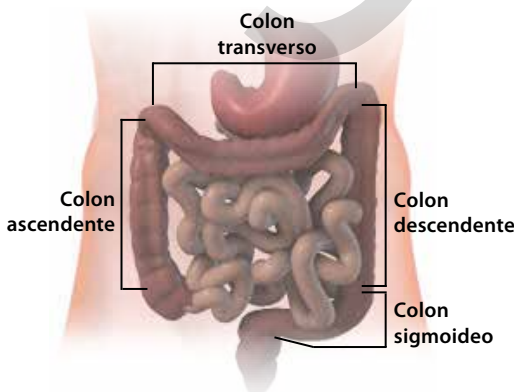


La condición

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

- **Enfermedades inflamatorias intestinales**, que incluyen a la colitis ulcerosa y la enfermedad de Crohn.
- **Colitis ulcerosa**, que se presenta como úlceras (pequeñas úlceras abiertas) en la capa interna del colon e incluye diarrea con sangre y dolor abdominal.³
- **Enfermedad de Crohn**, que es la inflamación de todo el recubrimiento del tracto digestivo, con 15 % de los casos ubicados sólo en el colon.⁴ Esto generalmente se presenta con diarrea continua y dolor abdominal.⁵
- **Diverticulitis**, que es una inflamación o infección de pequeñas bolsas hinchadas (divertículos) ubicadas en el colon.
- **Pólipo colorrectal** es cualquier crecimiento del recubrimiento del colon o el recto.
- **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 intestinales:

- Una **colectomía** es una operación para extirpar una parte del intestino enfermo. El nombre del procedimiento depende de cuál es la sección del intestino que se extirpa.
- **Hemicolectomía derecha** es la extirpación del colon ascendente (derecho).
- **Hemicolectomía izquierda** es la extirpación del colon descendente (izquierdo).
- **Sigmoidectomía** es la extirpación de la parte inferior del colon, que está conectada al recto.
- **Resección anterior inferior** es la extirpación de la parte superior del recto.
- **Resección segmentaria** es la extirpación de sólo una pequeña parte del colon.
- **Resección abdomoperineal** es la extirpación del colon sigmoideo, el recto y el ano y la construcción de una colostomía permanente.
- **Colectomía total** es cuando se extirpa todo el colon y el intestino delgado se conecta al recto.
- **Proctocolectomía total** es la extirpación del recto y el colon en forma total o parcial.

Síntomas

Los síntomas más comunes son:

- Diarrea, constipación, calambres abdominales, náusea, pérdida de apetito o pérdida de peso
- Fiebre, escalofríos o debilidad

Pruebas comunes

Antecedentes y examen físico

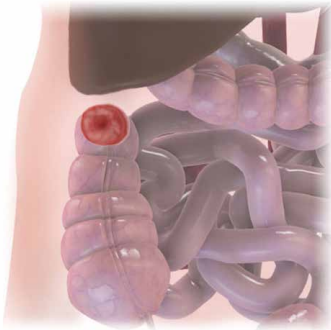
Se le realizará un examen físico y será interrogado acerca de la historia médica completa de usted y su familia, incluidos síntomas, dolor y problemas estomacales.

Pruebas adicionales (ver Glosario)

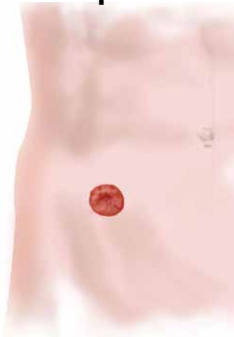
Otras pruebas pueden incluir:

- Análisis de sangre
- Análisis de orina
- Examen digital rectal
- Radiografía abdominal
- Ultrasonido abdominal
- Colonoscopia
- Tomografía computada (CT, por sus siglas en inglés)
- Electrocardiograma (ECG): para pacientes mayores de 45 años o que tengan alto riesgo de problemas cardíacos

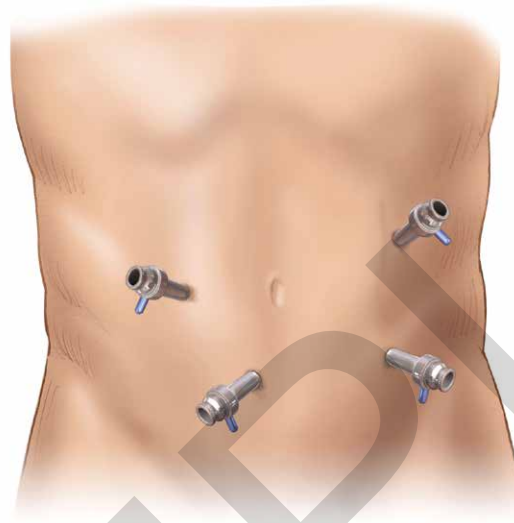
Estoma interior



Estoma abdominal superficial



Reparación laparoscópica



Manténgase informado

- Conversión
- Es posible que su cirujano necesite convertir una colectomía laparoscópica en una colectomía abierta. Esto podrá ser necesario debido a:
 - Adhesiones de cirugías anteriores
 - Hemorragia
 - Obesidad
 - Incapacidad de ver estructuras importantes
 - Presencia de un tumor más grande
 - Incapacidad para completar la operación
- Los pacientes cuyas operaciones fueron convertidas de laparoscópicas a colectomías abiertas no tuvieron efectos adversos de corto o largo plazo.⁹ Una conversión a una colectomía abierta podrá ocurrir en 230 pacientes de 1.000 que se someten a una colectomía laparoscópica.¹⁰

Tratamiento quirúrgico

Una colectomía puede hacerse por reparación abierta o laparoscópica. El tipo de operación dependerá de la condición, tamaño del área enferma o tumor y ubicación. Su salud, edad, riesgo de anestesia y la experiencia del cirujano también son importantes.

Colectomía abierta

Se realiza una incisión en el abdomen y se extirpa la sección enferma del colon. Luego, las partes sanas del colon son suturadas o abrochadas (anastomosis). Si el colon no puede ser suturado, el mismo se levanta a través de una abertura de la pared abdominal (estoma) para formar una ostomía. El excremento se eliminará a través de la ostomía en una bolsa que se fija alrededor del estoma del abdomen.

Colectomía laparoscópica

Se realizan varias incisiones pequeñas en el abdomen. Se insertan puertos o tubos huecos en las aberturas. A través de los puertos se colocan las herramientas quirúrgicas y una escopia iluminada. Luego, el abdomen se infla con dióxido de carbono, lo que permite que el cirujano vea claramente los intestinos y órganos. Los pequeños instrumentos que se insertaron a través de los puertos se utilizan para extirpar el colon enfermo o tumor. Si el colon no puede ser suturado, los extremos del intestino se unen o se crea un estoma.

Beneficios de la colectomía laparoscópica

Los beneficios incluyen menos cicatrices, una recuperación temprana de la función del colon, menos dolor e internaciones hospitalarias más reducidas.⁶ No hubo diferencias entre las colectomías abiertas y laparoscópicas en las tasas de supervivencia de cáncer de 5 años.⁷ Los nuevos estudios que utilizan protocolos de recuperación mejorados con el enfoque laparoscópico están mostrando menores complicaciones, estadías hospitalarias más reducidas y una menor cantidad de nuevas admisiones.⁸

Tratamiento no quirúrgico

Algunas enfermedades intestinales pueden ser tratadas con medicamentos. Dependiendo de la etapa del cáncer, también es posible que se incluya radiación y quimioterapia como parte del plan de tratamiento.

Riesgos de estos procedimientos

Riesgos basados en la Calculadora de Riesgo ACS*

Colectomía parcial con procedimiento de anastomosis de la Calculadora de Riesgo ACS: 9 de marzo de 2015

Riesgos	Porcentaje de pacientes promedio	Manténgase informado
Neumonía: infección en los pulmones	2,3 %	Dejar de fumar antes de su operación y respirar hondo, además de levantarse y caminar luego de la operación, puede ayudarlo a evitar la neumonía.
Complicaciones cardíacas: ataque al corazón o paro cardíaco súbito	1,1 %	Los problemas con su corazón o sus pulmones a veces pueden empeorar con la anestesia general. Su anestesiólogo tendrá en cuenta sus antecedentes y sugerirá la mejor opción para su caso.
Infección de la herida	12,4 %	Los antibióticos generalmente son suministrados antes de la cirugía. Tal vez le soliciten que use un jabón especial antes y después de la cirugía.
Infección del tracto urinario: infección de vejiga o riñones	3,1 %	Es posible que tenga un catéter Foley en la vejiga durante algunos días después de la cirugía para drenar la orina. La ingesta adecuada de líquidos y el cuidado del catéter disminuyen el riesgo de infecciones en la vejiga.
Coágulo: un coágulo en las piernas puede trasladarse al pulmón	2 %	Las cirugías más largas y un tiempo prolongado en la cama aumentan el riesgo. Levantarse, caminar 5 a 6 veces por día y usar calcetas de soporte reducen el riesgo.
Insuficiencia renal (riñón): los riñones dejan de funcionar para producir orina y/o limpiar la sangre de toxinas	1,1%	Otros factores que pueden aumentar el riesgo son insuficiencia renal preexistente, desequilibrio de líquidos, diabetes tipo 1, ser mayor de 65 años y el uso de antibióticos y otros medicamentos.
Regresar a cirugía	6,1 %	La hemorragia o una pérdida intestinal puede generar el regreso a cirugía. Su equipo quirúrgico y de anestesia está preparado para reducir todos los riesgos del regreso a cirugía.
Fallecimiento	1,2 %	Su equipo quirúrgico revisará las posibles complicaciones y estará preparado para reducir todos los riesgos.
Alta a un hogar o institución de rehabilitación	7,2%	
Riesgo de pérdida anastomótica:** una pérdida de la conexión que se hace entre los dos extremos del intestino	1,8 a 44 % ¹¹	Los factores que pueden aumentar el riesgo son edad avanzada, cirugía de emergencia, obesidad, uso de esteroides para inflamación y quimioterapia y radiación, así como también fumar y beber alcohol antes de la cirugía. ¹² Consulte con su cirujano cuáles son los riesgos para personas como usted.

*1% significa que 1 de cada 100 personas tendrá esta complicación **Resultados de los últimos 10 años de literatura

La Calculadora de Riesgo Quirúrgico ACS estima el riesgo de un resultado adverso. Los datos corresponden a un gran número de pacientes que se sometieron a procedimientos quirúrgicos similares a éste. Si usted está sano y no tiene problemas de salud, sus riesgos pueden ser menores al promedio. Si fuma, es obeso o tiene otros problemas de salud, entonces su riesgo podrá ser más alto. Esta información no pretende reemplazar el consejo de un médico o profesional de la salud. Para verificar sus riesgos, visite la Calculadora de Riesgo ACS en <http://riskcalculator.facs.org>.

Expectativas: Preparación y expectativas

Prepárese para su operación

Medicamentos que toma en su hogar

Traiga una lista de todos los medicamentos, vitaminas y suplementos nutricionales que usted está tomando. Es posible que sus medicamentos deban ajustarse antes de su operación. Algunos medicamentos pueden afectar su recuperación, la formación de coágulos y la respuesta a la anestesia. Casi siempre tomará sus medicamentos matinales con un sorbo de agua.

Anestesia

Infórmele a su anesiólogo si usted tiene alergias, enfermedades neurológicas (epilepsia, apoplejía), cardiopatías, problemas estomacales, enfermedades pulmonares (asma, enfisema), enfermedades endocrinas (diabetes, enfermedades de la tiroides) o dientes flojos; si fuma, bebe alcohol, consume drogas o si toma algún suplemento herbal o vitaminas; o si tiene antecedentes de náusea y vómitos con la anestesia.

Si usted fuma, hágase saber a su equipo quirúrgico. Usted debería dejar de fumar. Dejar de fumar antes de la operación puede reducir su tasa de complicaciones respiratorias y de la herida y aumentar sus posibilidades de dejar de fumar para siempre. Puede encontrar recursos para ayudarlo a dejar de fumar en www.facs.org/education/patient-education/patient-resources/prepare/quit-smoking o www.lungusa.org/stop-smoking.

Duración de la internación

- Usted podrá quedarse unas 2 noches en el hospital luego de una reparación laparoscópica, o más tiempo en caso de una colectomía abierta.¹³ Es posible que tenga un catéter colocado en su vejiga para medir y drenar su orina durante algunos días. La internación podrá prolongarse en caso de náusea aguda, vómitos o si no puede orinar.

El día de su operación

- No coma durante 4 horas ni beba nada que no sean líquidos transparentes durante un mínimo de 2 horas antes de la operación.
- Dúchese y limpie el área del abdomen y la ingle con un jabón antibacterial suave.
- Cepíllese los dientes y enjuague su boca con enjuague bucal.
- No afeite el lugar de la operación; su equipo quirúrgico cortará el vello más próximo al lugar de la incisión.

Qué debe llevar

- Tarjeta de seguro e identificación
- Instrucciones anticipadas
- Lista de medicamentos
- Ropa cómoda y holgada
- Calzado sin cordones que no lo obliguen a agacharse
- Deje las joyas y objetos de valor en su hogar

Qué puede esperar

Le colocarán una pulsera de identificación (ID) y una pulsera de alergias con su nombre y número de hospital/clínica en la muñeca. Estas deberán ser verificadas por todos los miembros del equipo de salud antes de realizar cualquier procedimiento o suministrarle cualquier medicamento. Su cirujano marcará y colocará las iniciales en el lugar de la operación.

Líquidos y anestesia

Se le colocará una vía intravenosa (IV) para administrarle líquidos y medicamentos. Para la anestesia general, usted estará dormido y no sentirá ningún dolor. Se le colocará un tubo en la garganta para ayudarlo a respirar durante la operación.

Después de su operación

Usted será trasladado a una sala de recuperación donde controlarán su frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno, presión arterial y diuresis. Asegúrese que todos los visitantes se laven sus manos.

Cómo prevenir la neumonía y los coágulos

El movimiento y la respiración profunda luego de la operación pueden ayudar a prevenir complicaciones postoperatorias como formación de coágulos, presencia de líquido en sus pulmones y neumonía. Cada hora, respire hondo 5 a 10 veces y mantenga la respiración durante 3 a 5 segundos.

Cuando usted se somete a una operación, existe un riesgo de formación de coágulos debido a la falta de movimiento durante la anestesia. Cuanto más larga y complicada sea su cirugía, mayor es el riesgo. Este riesgo se reduce cuando usted se levanta de la cama y camina 5 a 6 veces por día, usando medias con soporte especial o botas de compresión en las piernas y, en caso de pacientes de alto riesgo, tomando medicamentos anticoagulantes.

Preguntas a formular

Acerca de los medicamentos que tomo en mi hogar

- ¿Qué medicamentos debería dejar de tomar antes de mi operación?
- ¿Puedo tomar algún medicamento el día de mi operación?

Acerca de mi operación

- ¿Cuáles son los riesgos y efectos colaterales de la anestesia general?
- ¿Qué procedimiento se utilizará para reparar el colon? ¿Laparoscópico o abierto?
- ¿El colon será suturado o necesito recibir capacitación para cuidar una ostomía?
- ¿Cuáles son los riesgos de este procedimiento?
- ¿Usted realizará el procedimiento completo?
- ¿Qué nivel de dolor debería esperar y cómo lo manejaré?
- ¿Cuánto tiempo pasará antes que retome mis actividades normales: trabajar, conducir y levantar peso?

Su recuperación y alta médica

Manténgase informado

Si tiene un estoma

Si usted tiene un estoma, su materia fecal pasará a través del mismo hacia una bolsa especial que está adherida a la piel que está alrededor del estoma. La bolsa tendrá una apertura en un extremo para que la materia fecal pueda atravesarla. La misma deberá cambiarse diariamente. Antes de irse del hospital, le mostrarán cómo cuidar su estoma y los insumos que utilizará. Algunos estomas pueden ser temporarios y se cierran con el paso del tiempo, mientras otros pueden ser permanentes, dependiendo de su diagnóstico y su cirugía.

Puede conocer más acerca de cómo cuidar su estoma revisando el American College of Surgeons Ostomy Home Skills Kit que está disponible en línea en www.facs.org/education/patient-education/skills-programs/ostomy-program. Usted continuará teniendo soporte para el cuidado de su estoma una vez que llegue a su hogar, y cuidarlo se volverá parte de su rutina si el mismo es permanente.



No levante nada que supere las 10 libras.
Un galón de leche pesa 9 libras.

Su recuperación y alta médica

Piense con claridad

Si se le administra anestesia general o si usted necesita tomar narcóticos para el dolor, es posible que se sienta diferente durante 2 a 3 días, que tenga dificultades con la memoria o que se sienta más cansado. No debe conducir, beber alcohol ni tomar decisiones importantes durante 2 días como mínimo.

Nutrición

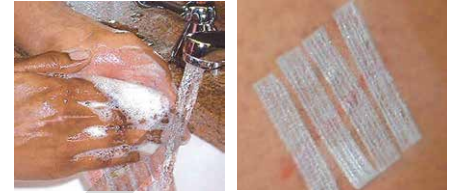
Si usted cumple un protocolo de recuperación mejorado, el objetivo es retomar una dieta normal lo antes posible. Luego de la cirugía, usted podrá beber agua y, de ser necesario, se le suministrarán medicamentos para contrarrestar la náusea. El día 1 del postoperatorio, usted puede ingerir una dieta normal. Los líquidos continuarán por vía intravenosa durante 1 a 2 días después de la cirugía. Durante un máximo de 4 semanas, se recomienda una dieta baja en residuos y fibras para reducir la cantidad y la frecuencia de la materia fecal. Esto reduce el trauma de la reconexión intestinal que está sanando.¹⁴ Continúe bebiendo entre 8 a 10 vasos de líquidos por día. Un dietista puede ayudarlo a entender su dieta.

Actividad

- Después de la cirugía, usted se sentará en una silla. Al día siguiente, deberá levantarse y caminar por el pasillo. Sus dolores deberán manejarse con medicamentos para el dolor. Levántese y camine una vez por hora para evitar la formación de coágulos.
- Usted podrá retomar la mayoría de sus actividades normales en 1 o 2 semanas. Estas actividades incluyen ducharse, conducir, subir escaleras, trabajar y tener actividad sexual.¹⁵

Trabajo y regreso a la escuela

- Usted podrá regresar al trabajo cuando se sienta sano, generalmente 1 o 2 semanas después de una reparación laparoscópica y 2 o 3 semanas en caso de procedimientos abiertos.
- Usted no podrá levantar nada que pese más de 10 libras, trepar o hacer actividades extenuantes durante las 4 a 6 semanas posteriores a su cirugía.



Lavado de manos Suturas adhesivas Steri-Strips®

Cuidado de la herida

- Lávese siempre las manos antes y después de tocarse la piel cercana al lugar de la incisión.
- Le enseñarán cómo cuidar su herida antes de irse a su casa.
- No se sumerja en la tina de baño hasta que sus puntos, suturas adhesivas Steri-Strips® o grapas sean retirados. Generalmente puede ducharse una vez transcurridos 2 días de su operación, excepto que le indiquen lo contrario.
- Una pequeña cantidad de drenaje de su incisión es normal. Si el apósito está empapado de sangre, llame a su cirujano.
- Si le colocaron suturas adhesivas Steri-Strips, éstas se caerán en un plazo de 7 a 10 días.
- Si tiene una cubierta similar a un pegamento sobre la incisión, deje que el pegamento se desprenda solo.
- Evite vestir ropa ajustada o rugosa. Esta ropa puede raspar sus incisiones y dificultar su curación.
- Proteja la piel nueva, especialmente del sol. El sol puede quemar y generar cicatrices más oscuras.
- Su cicatriz se curará en 4 a 6 semanas, y se volverá más blanda y seguirá atenuándose durante el año siguiente.

Deposiciones

En las primeras 2 semanas, sus deposiciones podrán ser más frecuentes y blandas que lo normal, hasta que usted retome completamente la ingesta de alimentos sólidos. Evite forzar las deposiciones. Asegúrese de beber de 8 a 10 vasos de líquidos por día.

Dolor

La cantidad de dolor es diferente en cada persona. El nuevo medicamento que necesitará después de su operación es para el control del dolor, y su médico le aconsejará qué cantidad deberá ingerir. Si le duele la garganta como consecuencia del tubo colocado en su garganta durante la anestesia, puede tomar pastillas para el dolor de garganta.

Cuándo comunicarse con su cirujano

Comuníquese con su cirujano si tiene:

- Dolor incesante
- Dolor que empeora
- Fiebre superior a 101°F (38.3°C)
- Vómitos continuos
- Hinchazón, enrojecimiento, hemorragia o un drenaje que huele mal en el lugar de su herida
- Dolor abdominal fuerte o continuo o hinchazón del abdomen
- 2 o 3 días sin deposiciones después de la operación

Control del dolor

La cantidad de dolor que usted tiene después de una colectomía dependerá de sus otros factores de salud y de la porción de colon que le extirparon. Después de su operación, es posible que tenga una bomba de anestesia controlada por el paciente (patient-controlled anesthesia, PCA). Usted tendrá un botón, que apretará cuando comience a sentir que es hora del medicamento para el dolor. La bomba está configurada para que usted no obtenga demasiado medicamento. Usted tendrá esta bomba hasta que pueda comer y tomar sus medicamentos por boca.

Todos reaccionamos al dolor de manera diferente. Se utiliza una escala de 0 a 10 para medir el dolor. En "0," usted no siente dolor. Un "10" es el peor dolor que usted haya sentido. Después de un procedimiento laparoscópico, a veces se siente dolor en el hombro. Esto se debe al gas insertado en su abdomen durante el procedimiento. Moverse y caminar ayudan a reducir el gas y el dolor de hombros.

Medicamentos comunes para controlar el dolor

Los **narcóticos u opiáceos** se usan para el dolor agudo. Los posibles efectos secundarios de los narcóticos son somnolencia; disminución de la presión arterial, la frecuencia cardíaca y la frecuencia respiratoria; sarpullido y picazón; constipación; náusea y dificultad para orinar. Algunos ejemplos de narcóticos son la morfina y la codeína.

Analgésicos no narcóticos

A medida que el dolor disminuye, puede utilizar medicamentos de venta libre como paracetamol (Tylenol®) o ibuprofeno (Advil®). Al igual que el ibuprofeno, la mayoría de los analgésicos no opiáceos son clasificados como medicamentos antiinflamatorios no esteroides (AINE). Los posibles efectos secundarios de los AINE son malestar estomacal, hemorragia en el tracto digestivo y retención de líquidos. Estos efectos secundarios generalmente no se presentan con el uso a corto plazo. Consulte a su médico si usted tiene problemas cardíacos, renales o hepáticos. Solicite medicamentos para el dolor si los necesita para ayudar a aumentar su actividad, promover la digestión y evitar la neumonía y la formación de coágulos.

OTRAS INSTRUCCIONES:

CITAS DE SEGUIMIENTO

QUIÉN:

FECHA:

TELÉFONO:

Manténgase informado

Control del dolor sin medicamentos

Distracción lo ayuda a concentrarse en otras actividades en lugar de hacerlo en su dolor. Escuchar música, jugar juegos u otras actividades participativas pueden ayudarlo a tolerar el dolor leve y la ansiedad.

Imaginación guiada lo ayuda a dirigir y controlar sus emociones. Cierre sus ojos e inhale y exhale suavemente. Imagínese en el centro de algo hermoso. Sienta la belleza que lo rodea y cómo sus emociones vuelven a estar bajo su control. Debería sentir más calma.

Distracción



Imaginación guiada



Más información

Para más información visite el sitio web de American College of Surgeons Patient Education: www.surgicalpatienteducation.org.

Para una revisión completa de colectomía, consulte Selected Readings in General Surgery, "Colon, Rectum & Anus, Part II," 2015 Vol. 41 No. 5 at www.facs.org/publications/SRGS.

GLOSARIO

Instrucciones anticipadas:

Documentos firmados por una persona competente que instruye a los profesionales de la salud acerca de sus elecciones de tratamiento.

Anastomosis: La conexión de dos estructuras, como por ejemplo dos extremos de los intestinos.

Tomografía computada (CT, por sus siglas en inglés): Una prueba diagnóstica que utiliza rayos X y una computadora para crear una imagen tridimensional detallada de su abdomen. Las tomografías computadas se utilizan comúnmente para detectar anomalías o enfermedades dentro del abdomen.

Electrocardiograma (ECG, por sus siglas en inglés): Mide la frecuencia y regularidad de los latidos del corazón, así como cualquier daño en el corazón.

Anestesia general: Un tratamiento con ciertos medicamentos que le provocan un sueño profundo para que usted no sienta dolor durante la cirugía.

Hematoma: Un conjunto de sangre que se filtró a las capas de la piel o en un órgano como resultado del corte en una cirugía o de la incapacidad de la sangre de formar un coágulo.

Íleo: Una reducción en la actividad motriz del tracto digestivo debido a causas no mecánicas.

Anestesia local: La pérdida de sensación únicamente en el área del cuerpo donde se aplicó o inyectó un medicamento anestésico.

Sonda nasogástrica: Un tubo de plástico blando insertado en la nariz y hasta el estómago. Se utiliza para vaciar el estómago de contenidos y gases hacia el intestino.

Estoma: Una apertura artificial del tracto intestinal o urinario en la pared abdominal.

Ultrasonido: Las ondas de sonido se utilizan para determinar la ubicación de las estructuras profundas del cuerpo. Se coloca un rodillo manual sobre gel transparente y se pasa sobre el abdomen.

Análisis de orina: Un examen visual y químico de la orina, utilizado con más frecuencia para evaluar las infecciones del tracto urinario y las enfermedades renales.

REFERENCIAS

La información suministrada en este informe está seleccionada de artículos recientes en base a las tendencias o investigaciones clínicas relevantes. La siguiente investigación no representa todo lo que está disponible para su cirugía. Consulte con su médico si él o ella recomiendan que usted lea investigaciones adicionales.

1. American Cancer Society. Colorectal Cancer. 2014. www.cancer.org/cancer/colonandrectumcancer/detailedguide/colorectal-cancer-diagnosed. Consultado el 13 de agosto de 2014.
2. American College of Surgeons. ACS Risk Calculator. <http://riskcalculator.facs.org>. Consultado el 13 de agosto de 2014.
3. Fry RD, Mahmoud NN, Maron DJ, et al. Colon and Rectum. In: Townsend CM, Beauchamp RD, Evers BM, Mattox KL, eds. *Sabiston Textbook of Surgery*. 19th ed. Philadelphia, PA: Saunders Elsevier;2012:1320.
4. Fry RD, Mahmoud NN, Maron DJ, et al. Colon and Rectum. In: Townsend CM, Beauchamp RD, Evers BM, Mattox KL, eds. *Sabiston Textbook of Surgery*. 19th ed. Philadelphia, PA: Saunders Elsevier;2012:1330.
5. Mayo Clinic. Diseases and Conditions: Crohn's Disease. 2015. www.mayoclinic.org/diseases-conditions/crohns-disease/basics/symptoms/con-20032061. Consultado el 1° de octubre de 2014.
6. Maartense S, Dunker MS, Slors JR, et al. Laparoscopic-assisted versus open ileocolic resection for Crohn's disease: A randomized trial. *Ann Surg*. 2006;243:143-149.
7. Dardik A, Berger D, Rosenthal R. Surgery in the Geriatric Patient. In: Townsend CM, Beauchamp RD, Evers BM, Mattox KL, eds. *Sabiston Textbook of Surgery*. 19th ed. Philadelphia, PA: Saunders Elsevier;2012:350.
8. Delaney CP, Brady K, Woconish D, et al. Towards optimizing perioperative colorectal care: Outcomes for 1,000 consecutive patients undergoing laparoscopic colon procedures using enhanced recovery pathways. *Am J Surg*. 2012;203:353-355.
9. Fry RD, Mahmoud NN, Maron DJ, et al. Colon and Rectum. In: Townsend CM, Beauchamp RD, Evers BM, Mattox KL, eds. *Sabiston Textbook of Surgery*. 19th ed. Philadelphia, PA: Saunders Elsevier;2012:1377.
10. Gonzalez R, Smith CD, Mason E, et al. Consequences of conversion in laparoscopic colorectal surgery. *Dis Colon Rectum*. 2006;49(2):197-204.
11. Davis, B and Rivadeneira, D. Complications of colorectal anastomosis. *Surg Clin N Am*. 2013;93:70.
12. Davis, B and Rivadeneira, D. Complications of colorectal anastomosis. *Surg Clin N Am*. 2013;93:72.
13. Kehlet H. Fast-track colorectal surgery. *Lancet*. 2008;371:791-793.
14. University of Chicago Medicine. Frequently asked questions about colectomy (colon Resection). 2015. <http://www.uchospitals.eduspecialties/general-surgery/services/colectomy.html>. Consultado el 1° de octubre de 2014.
15. SAGES. Patient Information for Laparoscopic Colon Resection. 2014. www.sages.org/publications/patient-information/patient-information-for-laparoscopic-colon-resection-from-sages. Consultado el 1° de octubre de 2014.

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD

Esta información se publica para educarlo acerca de sus procedimientos quirúrgicos específicos. No pretende reemplazar una conversación con un cirujano calificado que está familiarizado con su situación. Es importante recordar que cada individuo es diferente, y los motivos y resultados de cualquier operación dependen de la dolencia individual del paciente.

El Colegio Estadounidense de Cirujanos (ACS, por sus siglas en inglés) es una organización científica y educativa que está dedicada a la práctica ética y competente de la cirugía; fue fundada para elevar los estándares de la práctica quirúrgica y mejorar la calidad de atención del paciente quirúrgico. La ACS se propuso presentar la información para pacientes quirúrgicos potenciales en base a la información científica actual; no existe garantía sobre la oportunidad, precisión o utilidad de este contenido.

Revisado en 2014 y 2015 por:

Enf. Nancy Strand, MPH
Enf. Kathleen Heneghan, PhD, RN
Dr. Robert Roland Cima, FACS

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