

## **PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN PLANTA PARA PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA COLORRECTAL PROGRAMADA**

Los programas de rehabilitación multimodal tienen como finalidad disminuir el estrés provocado por la cirugía, permitiendo una recuperación mejor y más precoz después de la intervención. Están formados por una serie de medidas basadas en la evidencia científica y pueden ser aplicados de forma segura a pacientes en cirugía electiva de colon. Estos programas requieren de la participación de un equipo multidisciplinar, el cual deberá informar al paciente del proceso al que va a ser sometido, haciéndole partícipe fundamental de su recuperación.

El objetivo de este protocolo es disminuir la variabilidad en el tratamiento y cuidados de los pacientes sometidos a cirugía colorrectal. No obstante, cualquier prescripción deberá ser incluida en el programa informático del Servicio de Farmacia Hospitalaria.

### **DÍA PREVIO A LA INTERVENCIÓN (DÍA -1)**

- Profilaxis tromboembólica.
- Dieta líquida + suplemento enteral que traerá el paciente.
- Preparación con Fosfoda® en cirugía de recto (ya debe haber empezado a tomar un bote en su domicilio y completará en la Hospitalización).
- Enema Casen en los pacientes sin preparación de colon.
- Medicación indicada en informe preanestésico.
- Comprobar tipaje.
- Dieta absoluta a partir de las 24 horas.

### **DÍA DE LA INTERVENCIÓN (DÍA 0)**

- Ducha con jabón neutro y rasurado de campo quirúrgico.
- Protocolo de recepción de paciente tras su llegada de URPA.
- Incorporación en cama.
- Agua, infusiones en la cena (si lo desea el paciente).

### **POSTOPERATORIO (DÍA +1)**

- Retirada de sonda vesical, excepto en cirugía de recto.
- Movilización al sillón de la habitación.  
(ESTAS MEDIDAS SE APLICARÁN TENGA O NO EL PACIENTE CATÉTER EPIDURAL)
- Dieta líquida.
- Retirada de mórficos si los tuviera. Analgesia pautaada por facultativo.
- Valoración de unidad ostomía y primera clase educacional.
- NO levantar apósito de la herida a no ser que sea necesario.

### **POSTOPERATORIO (DÍA +2)**

- Permanecer sentado al menos 6 horas. Incentivar caminar en la habitación.
- Dieta de inicio.
- Retirada de catéter epidural.
- Bioconector.
- Levantar el apósito y recambiar las mechas de gasa de la herida por otras con Clorhexidina acuosa o si no existe utilizar Clorhexidina alcohólica diluida al 50%.

### **POSTOPERATORIO (DÍA +3)**

- Retirada de sonda vesical en cirugía de recto.
- Incentivar caminar por la Unidad de Hospitalización. Permanecer sentado el máximo tiempo posible.
- Dieta blanda.
- Bioconector.
- NO levantar apósito de la herida a no ser que sea necesario.

### **POSTOPERATORIO (DÍA +4)**

- Incentivar caminar por la Unidad de Hospitalización. Permanecer sentado el máximo tiempo posible.
- Dieta blanda.
- Bioconector.
- Levantar el apósito de la herida y realizar cura plana con Clorhexidina.
- Previsión de alta hospitalaria.

### BIBLIOGRAFÍA

- Gatt M, Anderson AD, Reddy BS, Hayward-Sampson P, Tring IC, MacFile J. Randomized clinical of multimodal optimization of surgical care in patients undergoing major colonic resection. British Journal of Surgery. 2005; 92: p. 1354-1362.
- Slim K, Vicaut E, Launay-Savary MV, Contant C, Chipponi J . Updated Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Clinical Trials on the Role of Mechanical Bowel Preparation before Colorectal Surgery. Ann Surg 2009;249(2):203-9.
- Roig JV, Rodríguez-Carrillo R, García-Armengol J, Villalba FL, Salvador A, Sancho C, Albors P, Puchades F, Fuster C. Rehabilitación multimodal en cirugía colorrectal. Sobre la resistencia al cambio en cirugía y las demandas de la sociedad. Cir Esp 2007;81(6):307-15.
- Kehlet H, Wimore D. Evidence-based surgical care and the evolution of Fast-track surgery. Ann Surg 2008; 248(2):189-198.