FAST TRACK EN CIRUGIA COLO-RECTAL

Definimos la rehabilitación multimodal o *Fast Track* como el conjunto de actuaciones peroperatorias encaminadas a acelerar la recuperación de los pacientes sometidos a cirugía (convencional o laparoscópica), sin incrementar la morbilidad de los cuidados tradicionales. Para ello se precisa la colaboración de todo el personal sanitario.

- **Criterios de Inclusión:**
  - Cirugía electiva.
  - ASA I-II-III.
  - Edad comprendida entre 18-80 años.
  - Voluntad de participar en Fast Track.
  - Buen estado nutricional.

- **Criterios de Exclusión:**
  - Cirugía de urgencias, absceso o perforación.
  - ASA IV.
  - Edad menor de 18 o mayor de 80 años.
  - Negativa a participar en Fast Track.
  - Enf. Crohn o desnutrición.
  - Síndrome adherencial conocido.

A continuación se reseñan las actuaciones a seguir, salvo contraindicación facultativa:

CONSULTAS EXTERNAS	1.- Se informa al paciente de su patología y la operación que requiere. 2.- Se le da Consentimiento Informado para su lectura y firma. Se ingresa en Lista de Espera Quirúrgica. 3.- Se le facilita protocolo de Fast Track para su lectura y comprensión previo a la cirugía, incluyendo dieta sin residuos y Probióticos/Simbióticos (*Anexo 1*) que debe seguir 3 semanas antes de la intervención (desde ese mismo día en caso de patología neoplásica). 4.- Caso de precisar estoma (temporal o definitivo) se remitirá a Consulta de Estomaterapia para recibir educación estomal preoperatoria.
FECHA DE INTERVENCION (Secretaría)	1.- El paciente es avisado telefónicamente del día de la intervención, momento en el que se comprobará si ha seguido las recomendaciones o no, en cuyo caso se le comunicará al Facultativo responsable quien determinará actitud a seguir.
DIA PREVIO A LA INTERVENCION (Planta de Cirugía)	1.- Caso de no haber sido valorado previamente por Anestesia, el paciente acudirá el día antes de la intervención para obtener el visto bueno anestésico correspondiente. 2.- En el supuesto de precisar estoma, el paciente será visto en la Consulta de Estomaterapia para el marcaje del lugar idóneo para la realización del mismo. 3.- No se realizará de manera sistemática preparación mecánica del colon, salvo criterio facultativo. 4.- Se administrará enema de limpieza de 200 ml. esa noche y a la mañana siguiente. 5.- Se extraerá muestra para sangre en previsión (3 unidades). 6.- Se comprobará la Hoja de Pre-Anestesia por si existen indicaciones de última hora, tales como actualización de pruebas del preoperatorio u otras. 7.- Se administrará Heparina de bajo peso molecular para profilaxis antitrombótica a las 21:00, bien Bemiparina (*Hibor*®) 3.500 unids. ó Enoxaparina (*Clexane*®) 40 mgr. Sc. Se mantendrá 21 días. 8.- Se administrará la medicación habitual del paciente, a excepción de antiagregantes y anticoagulantes, que deben ser suspendidos con anterioridad, y la pre-medicación anestésica.

DIA PREVIO A LA INTERVENCION (Planta de Cirugía)	9.- El paciente debe mantener una movilización activa en todo momento. 10.- Se facilitará dieta sin residuos, bebidas ricas en hidratos de carbono y probióticos hasta las 24 horas. 11.- Rasurado abdominal completo. Rasurado perineal a criterio facultativo.
DIA DE LA INTERVENCION (Quirófano)	1.- Colocación preoperatoria de medias de compresión neumáticas en ambos mm.ii. 2.- Preparación del campo quirúrgico con Clorhexidina (salvo alergia) y profilaxis antibiótica con Amoxicilina-Clavulánico 2 gr. En caso de alergia, se administrará Metronidazol 500 mgr. + Gentamicina 80 mgr. 3.- Se retirará la SNG al finalizar la intervención y se infiltrarán las heridas con Bupivacaína (*Svedocain*®).
DIA DE LA INTERVENCION (Planta de Cirugía)	1.- Iniciar la ingesta en la cena con agua gelificada, bebidas ricas en hidratos de carbono y nutricionales. 2.- Incorporar cabecero de la cama y estimular la movilización. Facilitar inspirómetro.
CUIDADOS POSTOPERATORIOS (Planta de Cirugía)	1.- Se reducirá a la mitad la fluidoterapia en el primer d.p.o., para retirar al día siguiente. 2.- Se retirará la sonda vesical al primer d.p.o. (la SNG si subiera con ella de quirófano) y el drenaje al 2º d.p.o. 3.- Se facilitará la medicación según prescripción médica y se levantará al menos 6 horas al sillón. 4.- Se facilitarán bebidas nutricionales y ricas en hidratos de carbono, así como dieta progresiva.

BIBLIOGRAFÍA:

• Perioperative strategy in colonic surgery; LAparoscopy and/or FAst track multimodal management versus standard care (LAFA trial). Wind J, Hofland J, Preckel B *et al*. BMC Surgery 2006, 6: 16.

• Multimodal Perioperative Rehabilitation in Elective Conventional Resection of Colonic Cancer: Results from the German Multicenter Quality Assurance Program 'Fast-Track Colon II'. Braumanna C, Guenthera N, Wendlingb P *et al*. Dig Surg 2009; 26: 123–129.

Dr. J. Santoyo Santoyo

Director UGC Cirugía General, Digestiva y Trasplantes

Dr. S. Mera Velasco

Jefe de Unidad de Cirugía Colorrectal