

# Colecistectomía

## Extirpación quirúrgica de la vesícula biliar

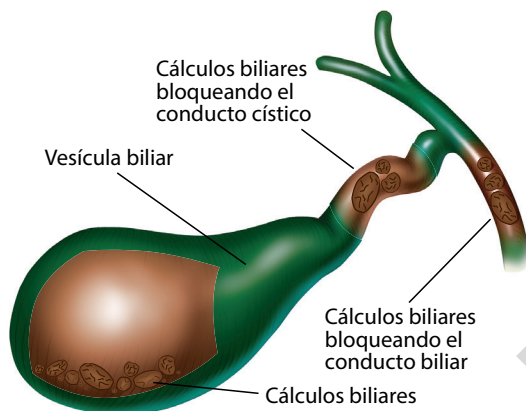
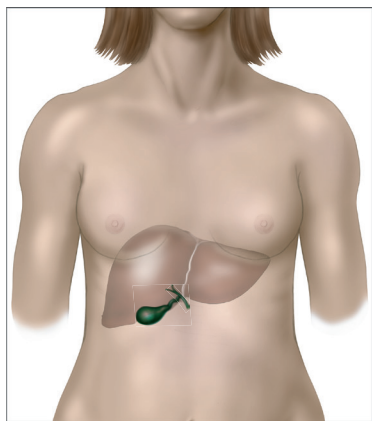


AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS

Inspiring Quality:

Highest Standards, Better Outcomes

100+ years



### Manténgase informado/a

Esta información le ayudará a entender su operación y le brindará las herramientas necesarias para que pueda participar activamente en su cuidado.

#### Se ofrece educación sobre:

Descripción general de una colecistectomía .....	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

La colecistectomía es la extirpación quirúrgica de la vesícula biliar. La operación se realiza para extirpar la vesícula biliar debido a la presencia de cálculos biliares que causan dolor o una infección.

#### Síntomas comunes

- Dolor agudo en la parte superior derecha del abdomen que puede pasar a la espalda, al abdomen medio o al hombro derecho
- Fiebre baja
- Náuseas y sensación de hinchazón
- Ictericia (la piel se pone amarilla) si hay cálculos biliares bloqueando el conducto biliar<sup>1</sup>

### Opciones de tratamiento

#### Procedimiento quirúrgico<sup>1-3</sup>

**Colecistectomía laparoscópica**—La vesícula biliar es extirpada con instrumentos que se colocan en pequeñas incisiones en el abdomen.

**Colecistectomía abierta**—La vesícula biliar es extirpada a través de una incisión en el costado derecho debajo de la caja torácica.

#### Procedimiento no quirúrgico

- Extracción de los cálculos por endoscopia

#### Para los cálculos biliares asintomáticos

- Espera en observación para todos los pacientes<sup>1,4</sup>
- Incremento del ejercicio

### Beneficios y riesgos de la operación

**Beneficios**—La extirpación de la vesícula biliar aliviará el dolor, tratará la infección y, en la mayoría de los casos, impedirá que se vuelvan a formar cálculos biliares.

**Los posibles riesgos incluyen**—Pérdida de bilis, lesión del conducto biliar, hemorragia, infección de la cavidad abdominal (peritonitis), fiebre, lesión hepática, infección, entumecimiento, cicatrices elevadas, hernia en la incisión, complicaciones con la anestesia, punción del intestino, y muerte.<sup>1-3</sup>

#### Riesgos de no realizarse una operación—

La posibilidad de que el dolor continúe, síntomas de empeoramiento, infección o estallido de la vesícula biliar, enfermedad grave y posible muerte.<sup>1-2</sup>

### Expectativas

**Antes de su operación**—Habitualmente la evaluación incluye análisis de sangre, un análisis de orina y una ecografía abdominal. Su cirujano y su anestesiólogo hablarán con usted sobre su historia clínica, administración de medicamentos en el hogar y opciones de control del dolor.

**El día de su operación**—No comerá nada durante las 4 horas previas a la operación, pero puede tomar líquidos transparentes hasta 2 horas antes de la operación. La mayoría de las veces, tomará su medicación normal con un sorbo de agua. Precisaré que otra persona lo transporte hasta su hogar.

**Su recuperación**—Si no tiene complicaciones, normalmente se irá a su casa el mismo día después de una laparoscopia, o en 1 a 2 días después de una cirugía abierta.<sup>5</sup>

**Llame a su cirujano** si experimenta un dolor severo, calambres de estómago, escalofríos, fiebre alta (por encima de 101°F o 38,3°C), olor o aumento del drenaje proveniente de su incisión, su piel se vuelve amarilla, no defeca durante tres días o vomita y no puede retener líquidos.

**SURGICAL PATIENT  
EDUCATION PROGRAM**

Prepare for the Best Recovery

Esta primera página es una descripción general. Para obtener información más detallada, revise todo el documento.

# La condición, los síntomas y las pruebas diagnósticas

## Manténgase informado/a

La mayoría de los adultos con cálculos biliares no tiene síntomas. El ochenta por ciento de las personas con cálculos biliares puede estar 20 años sin síntomas.<sup>1,6</sup>

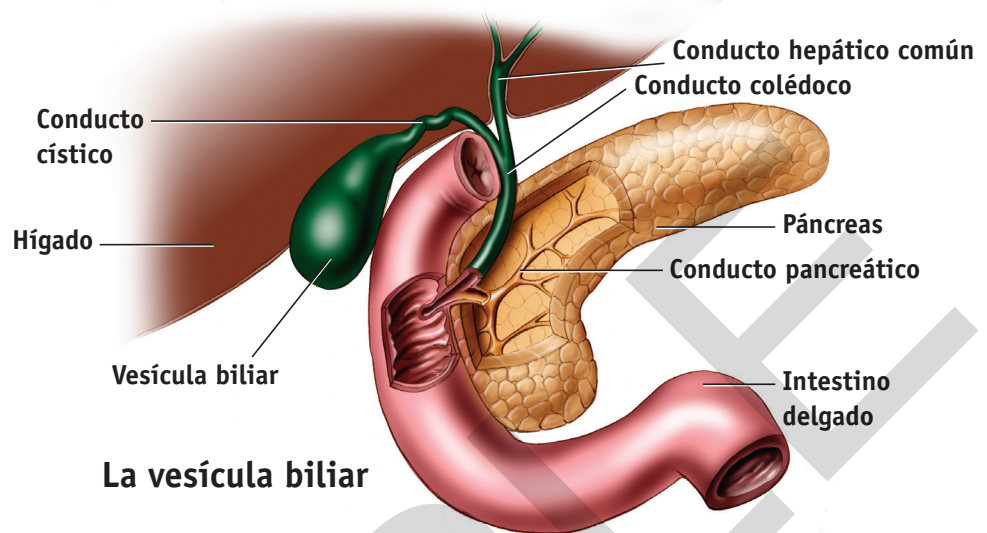
### Los cálculos biliares son más comunes en personas que:<sup>1,7-8</sup>

Son indígenas americanos

- Tienen antecedentes familiares de cálculos biliares
- Tienen sobrepeso
- Tienen anemia de células falciformes
- Están embarazadas
- Pierden peso rápidamente
- Usan estrógenos para tratar los síntomas de la menopausia.<sup>9-10</sup>

El dolor de vesícula biliar o cólico biliar suele ser temporal. Comienza en la zona media o en el lado derecho del abdomen y puede durar desde 30 minutos hasta 24 horas. El dolor puede presentarse después de comer una comida grasosa.

- El dolor de la colecistitis aguda dura más de 6 horas, y hay sensibilidad abdominal y fiebre.
- El dolor en el lado izquierdo del abdomen también puede deberse a úlceras, problemas hepáticos y dolor cardíaco.
- El tratamiento estándar para la colecistitis aguda incluye líquidos administrados por vía intravenosa, medicación analgésica y colecistectomía.<sup>9</sup>



La vesícula biliar

## La condición

### La vesícula biliar

La vesícula biliar es un órgano pequeño con forma de pera que se encuentra debajo del hígado. El hígado produce alrededor de 3 a 5 tazas de **bilis** todos los días. La bilis ayuda a digerir las grasas y se almacena en la vesícula biliar. Cuando se ingieren alimentos grasos, la vesícula biliar elimina la bilis a través del conducto derivándolo hacia el intestino delgado.

### Cálculos biliares

Los **cálculos biliares** son líquidos digestivos endurecidos que se forman en su vesícula biliar. El término médico para la formación de cálculos biliares es **colecistitis**. Los cálculos biliares pueden salir de la vesícula biliar y bloquear el flujo de bilis hacia los conductos y provocar dolor e hinchazón de la vesícula biliar. A un cálculo biliar en el conducto biliar se le llama **coledocolitiasis**.

La **colecistitis** es la inflamación de la vesícula biliar, que puede suceder de manera súbita (aguda) o durante un período de tiempo más largo (crónica).

La **pancreatitis por cálculos biliares** es causada por piedras que se mueven hacia el conducto biliar común y el conducto pancreático, bloqueando uno de ellos o ambos. Se puede recomendar una **colecistectomía**.<sup>1</sup>

La **colecistectomía** es la extirpación quirúrgica de la vesícula biliar. Los cálculos biliares que causan cólicos biliares (dolor agudo en el abdomen provocado por espasmos o el bloqueo del conducto cístico o el conducto biliar) son el motivo más común para una colecistectomía.

## Síntomas

Los síntomas más comunes de colecistitis son:<sup>1</sup>

- Dolor agudo en el lado derecho del abdomen
- Fiebre baja
- Náuseas e hinchazón
- Puede producirse **ictericia** (la piel se pone amarilla) si hay cálculos biliares en el conducto biliar



## Pruebas comunes

### Historial y examen físico

Su proveedor de atención médica le preguntará acerca de su dolor y cualquier problema estomacal.

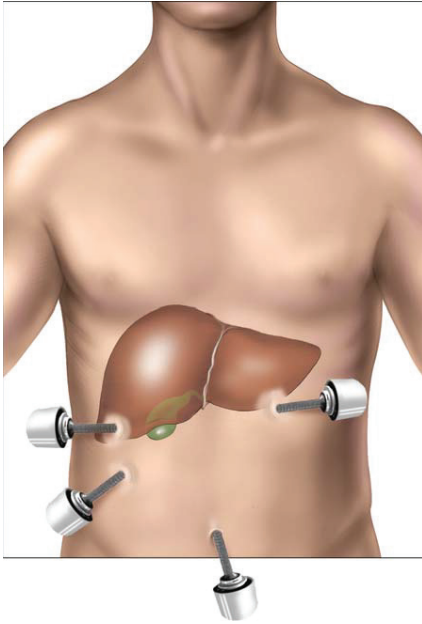
### Pruebas adicionales (ver Glosario)

Otras pruebas pueden incluir:<sup>1</sup>

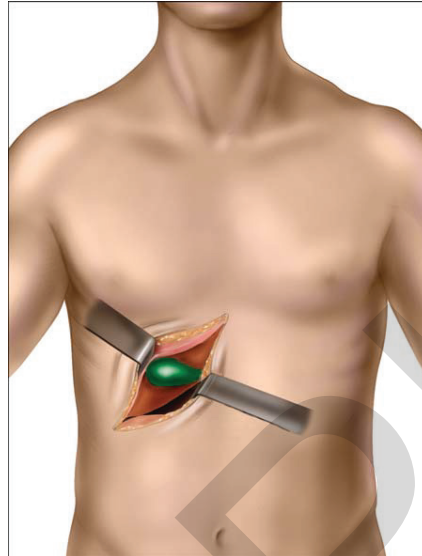
Análisis de sangre, que puede incluir un recuento sanguíneo completo o hemograma

- Pruebas de función hepática
- Perfil de coagulación
- La **ecografía** abdominal es el estudio más común para la enfermedad de la vesícula biliar.<sup>1-2</sup> Se le puede pedir que no coma durante las 8 horas anteriores a la prueba.
- **Gammagrafía hepatobiliar con ácido iminodiacético**
- **Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (ERCP, por sus siglas en inglés)**
- **Colangiopancreatografía por resonancia magnética (MRCP, por sus siglas en inglés)**

## Colecistectomía laparoscópica



## Colecistectomía abierta



## Tratamiento quirúrgico

Una colecistectomía, o extirpación de la vesícula biliar, es la operación recomendada para el dolor de vesícula biliar causado por los cálculos biliares.

## Colecistectomía laparoscópica

Esta técnica es la más común para una colecistectomía simple. El cirujano hará muchas incisiones pequeñas en el abdomen. Se insertan puertos (tubos huecos) en las aperturas. Las herramientas quirúrgicas y una cámara con luz se colocan en los puertos. El abdomen se infla con gas de dióxido de carbono para que ver los órganos internos sea más fácil. La vesícula biliar se extirpa y las aperturas de los puertos se cierran con suturas, clips quirúrgicos o pegamento. Su cirujano puede comenzar con una técnica laparoscópica y tener que cambiar (convertir) a una técnica que laparotomía abierta. El procedimiento toma de 1 a 2 horas, aproximadamente.

## Colecistectomía abierta

El cirujano hace una incisión de aproximadamente 6 pulgadas de largo en el lado superior derecho del abdomen y corta a través de la grasa y los músculos hasta llegar a la vesícula biliar. Se extirpa la vesícula biliar, y todos los conductos son engrampados. El sitio se cierra con grapas o sutura. Se puede colocar un pequeño drenaje desde el interior hacia el exterior del abdomen. Generalmente el drenaje es removido en el hospital. El procedimiento toma de 1 a 2 horas, aproximadamente.

## Tratamiento no quirúrgico

Se recomienda la espera en observación si tiene cálculos biliares pero no tiene síntomas.<sup>1,4</sup>

Aproximadamente 1 de cada 5 pacientes recientemente diagnosticados con colecistitis aguda que no se someten a cirugía, vuelve a ingresar en la sala de emergencias en un plazo de alrededor de 12 semanas.<sup>4</sup>

### Sólo cálculos biliares, sin colecistitis

- Aumente su actividad física. Ejercitarse durante 2 a 3 horas a la semana reduce el riesgo de tener cálculos biliares.<sup>11-12</sup>
- Coma más frutas y verduras, y menos cantidad de alimentos ricos en azúcares y carbohidratos, como rosquillas, pasteles y pan blanco.

## Manténgase informado/a

- Las tasas de conversión de una técnica laparoscópica a una técnica abierta son inferiores al 1% en personas jóvenes saludables.
- Las tasas de conversión de una intervención laparoscópica a una técnica abierta varían entre el 1,3% y el 7,4% ante la presencia de piedras en el conducto biliar.<sup>10-11</sup>
- El riesgo de la conversión aumenta hasta el 30% si la persona tiene más de 50 años, es de sexo masculino y tiene colecistitis aguda, operaciones abdominales anteriores, fiebre alta, bilirrubina alta, ataques vesiculares repetidos, o condiciones que limitan su actividad.<sup>10-11</sup>

## Colecistitis en niños

Cuatro de cada 100 extirpaciones de la vesícula biliar se realizan en niños.<sup>13</sup> Casi el 70% de los niños con cálculos biliares tiene síntomas. Los síntomas en los niños con cálculos biliares incluyen dolor abdominal, náuseas, vómitos, ictericia, intolerancia a los alimentos grasosos, y fiebre.<sup>18</sup>

Los niños que también reciben nutrición intravenosa continua y aquellos que toman antibióticos desde hace mucho tiempo, fibrosis quística, obesidad o antecedentes familiares tienen mayores probabilidades de desarrollar cálculos biliares.<sup>14</sup> Cerca del 50% de todos los niños con anemia falciforme desarrolla cálculos biliares y debe realizarse una ecografía exploratoria.<sup>1,15</sup>

Los niños con colecistitis confirmada por ecografía o aquellos que presentan un dolor severo o no pueden ingerir alimentos o líquidos deben ser evaluados para ver si precisan una cirugía.

# Riesgos de este procedimiento

## Riesgos basados en la Calculadora de riesgo ACS

Colecistectomía abierta y Colecistectomía laparoscópica según la Calculadora de riesgo ACS - 2 de agosto de 2015

Riesgos	Porcentaje para el paciente promedio	Manténgase informado
<b>Neumonía:</b> Infección en los pulmones	Abierta 1.7% Laparoscópica 0.2%	Puede disminuir su riesgo enjuagándose con enjuague bucal en la mañana de su operación (para disminuir la cantidad de bacterias en la boca), dejar de fumar antes de su operación, y levantarse de la cama con frecuencia para caminar durante el período post-operatorio.
<b>Complicación cardíaca:</b> Ataque cardíaco o paro cardíaco súbito	Abierta 0.7% Laparoscópica 0.1%	Los problemas con su corazón o sus pulmones pueden verse afectados por la anestesia general. Su anestesiólogo tendrá en cuenta su historial y le sugerirá la mejor opción para usted.
<b>Infección de la herida</b>	Abierta 7.6% Laparoscópica 1%	No se administran antibióticos rutinariamente excepto para los pacientes de alto riesgo. Debe lavarse el abdomen con un jabón antimicrobiano, como por ejemplo el de la marca Dial, la noche previa a la operación.
<b>Infección del tracto urinario:</b> Infección de la vejiga o los riñones	Abierta 1.5% Laparoscópica 0.5%	Se coloca un catéter Foley durante la cirugía para drenar la orina. Hágale saber a su equipo quirúrgico si tiene algún problema para orinar después de removido el tubo; esto es más común en los hombres de más edad o cuando se usa una anestesia epidural para el dolor.
<b>Coágulo de sangre:</b> Un coágulo en las piernas puede trasladarse al pulmón	Abierta 1% Laparoscópica 0.2%	Las cirugías más largas y el tiempo más prolongado de reposo en cama aumentan el riesgo. Caminar 5 veces al día y usar calcetas de soporte reduce el riesgo.
<b>Insuficiencia renal (riñón):</b> Los riñones ya no funcionan para producir orina y/o limpiar la sangre de toxinas	Abierta 0.9% Laparoscópica 0.1%	Tener problemas renales preexistentes, diabetes tipo 1, más de 65 años y consumir otros medicamentos puede aumentar el riesgo.
<b>Regresar a cirugía</b>	Abierta 3.3 % Laparoscópica 0.8%	La fuga de bilis o una piedra retenida pueden causar un regreso a cirugía. Su equipo quirúrgico está preparado para reducir todos los riesgos relacionados con el regreso a cirugía. <sup>1</sup>
<b>Muerte</b>	Abierta 0.8% Laparoscópica 0.1%	Todo su equipo quirúrgico lo revisará para ver si hay posibles complicaciones y estará preparado para disminuir todos los riesgos.
<b>Alta a enfermería o un centro de rehabilitación</b>	Abierta 5.4% Laparoscópica 0.6%	Las condiciones médicas preexistentes pueden aumentar este riesgo.
<b>Lesión en el conducto biliar/ Fuga de bilis<sup>*1,16</sup></b>	0.5%	Las lesiones pueden producirse entre 1 semana y 6 meses después de la operación debido a fiebre, dolor, ictericia o fuga de bilis en la incisión. <sup>1,17</sup>
<b>Cálculo retenido en el conducto biliar<sup>*1</sup></b>	4% al 40%	Un cálculo puede pasar después de la cirugía e impedir que drene la bilis. Se debe extirpar el cálculo debido al aumento del riesgo de una obstrucción biliar o inflamación del páncreas o el conducto biliar. <sup>1</sup>
<b>Complicaciones en el embarazo, parto prematuro y pérdida del feto<sup>*</sup></b>	Pérdida del feto 4% (extirpación sin complicaciones), hasta el 60% si existe pancreatitis	La mayoría de las mujeres embarazadas que tienen cálculos biliares permanecen sin síntomas durante el embarazo. Si usted tiene enfermedad biliar o pancreatitis se le sugerirá la colecistectomía para reducir las complicaciones maternas.

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

<sup>\*</sup>Resultados de los últimos 10 años de literatura

La Calculadora de riesgo quirúrgico ACS estima el riesgo de un resultado desfavorable. Los datos surgen de una gran cantidad de pacientes que se han sometido a un procedimiento quirúrgico similar a éste. Si usted está sano/a sin problemas de salud, sus riesgos pueden encontrarse por debajo del promedio. Si fuma, es obeso/a o tiene otras condiciones médicas, su riesgo puede ser más alto. Esta información no pretende reemplazar el consejo de un doctor o un proveedor de atención médica. Para ver cuáles son sus riesgos, vea la Calculadora de riesgo quirúrgico ACS en

<http://riskcalculator.facs.org>.

# Expectativas: Cómo prepararse para su operación

## Cómo prepararse para su operación

### Medicación que toma en el hogar

Lleve una lista de todos los medicamentos y vitaminas que esté tomando, incluyendo anticoagulantes, aspirinas o antiinflamatorios no esteroides, e informe a su equipo quirúrgico. Algunos medicamentos pueden afectar su recuperación y su respuesta a la anestesia, y se pueden ajustar antes y después de la cirugía. Casi siempre tomará su medicación matinal con un sorbo de agua. Puede encontrar recursos acerca de las medicaciones en [www.facs.org/patienteducation/medications.html](http://www.facs.org/patienteducation/medications.html).

### Anestesia

Informe a su anestesiólogo si tiene alguna alergia, enfermedad neurológica (epilepsia, apoplejía), cardiopatía, problemas estomacales, enfermedad pulmonar (asma, enfisema), enfermedad endocrina (diabetes, enfermedades de la tiroides), o dientes flojos; si fuma, bebe alcohol, consume drogas, o toma algún suplemento herbal o vitaminas; o si tiene antecedentes de náuseas y vómitos con la anestesia.

Si fuma, hágase saber a su equipo quirúrgico, y debería pensar en dejar de hacerlo. Dejar de fumar antes de su operación puede disminuir su tasa de complicaciones respiratorias y de la herida, al tiempo que aumenta sus probabilidades de dejar el cigarrillo por el resto de su vida. Puede encontrar recursos para ayudarlo a dejar de fumar en [www.facs.org/patienteducation/quitsmoking.html](http://www.facs.org/patienteducation/quitsmoking.html).

### Duración de la internación

Si le realizarán una colecistectomía laparoscópica, normalmente regresará a su hogar ese mismo día. Puede quedarse hasta el otro día si tiene una extirpación de la vesícula biliar abierta, una reparación laparoscópica con un mayor tiempo de anestesia, problemas post-anestesia como náuseas y vómitos severos, o si no puede orinar.

## El día de su operación

- No coma por 4 horas ni beba nada que no sean líquidos transparentes durante al menos 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 la zona 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 por anticipado (ver Glosario)
- Lista de medicamentos
- Ropa holgada y cómoda
- Zapatos sin agujetas que no requieran que usted deba agacharse
- Deje las joyas y los 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 el número del hospital/clínica en la muñeca. Estos deberán ser controlados por todos los miembros del equipo de salud antes de que realicen cualquier procedimiento o le den medicación. Su cirujano marcará y colocará las iniciales en el sitio de la operación.

### Líquidos y anestesia

Se iniciará una línea intravenosa (IV) para administrarle líquidos y medicación. Para la anestesia general, usted estará dormido y sin dolor. Se colocará un tubo por su garganta para ayudarlo a respirar durante la operación. Para la anestesia espinal, se insertará una pequeña aguja con medicamento en su espalda cerca de la columna vertebral.

### Después de su operación

Será trasladado/a a una sala de recuperación donde se observarán de cerca su frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno, presión arterial y diuresis. Asegúrese de que todos los visitantes se laven las manos.

### Cómo prevenir la neumonía y los coágulos

El movimiento y la respiración profunda después de su operación pueden prevenir las complicaciones postoperatorias como los coágulos, el líquido en sus pulmones y la neumonía. Cada hora, respire hondo de 5 a 10 veces y contenga cada respiración durante 3 a 5 segundos.

Cuando tiene una operación, usted corre el riesgo de que se formen coágulos debido a no moverse durante la anestesia. Cuanto más larga y complicada sea su cirugía, mayor es el riesgo. Este riesgo disminuye al levantarse de la cama y caminar 5 a 6 veces al día, llevar calcetas con soporte especial o botas de compresión en sus piernas y, en el caso de pacientes de alto riesgo, al tomar medicamentos anticoagulantes.

## Qué preguntas hacer

### Acerca de mi operación:

- ¿Cuáles son los riesgos y efectos secundarios de la anestesia general?
- ¿Qué tipo de procedimiento se usará para extirpar la vesícula biliar, laparoscópico o abierto?
- Pregúntele a su cirujano con qué frecuencia realiza este procedimiento
- ¿Cuáles son los riesgos de este procedimiento para mí o mi hijo/a?
- ¿Qué nivel de dolor debo esperar y cómo se manejará?
- ¿En cuánto tiempo podré retomar mis actividades normales: trabajar, conducir, levantar cosas?

# Su recuperación y alta médica

## Manténgase informado/a

### Alimentos ricos en fibras

Los alimentos ricos en fibras incluyen frijoles, cereales de salvado y panes integrales, chícharos, frutas secas (higos, chabacanos y dátiles), frambuesas, zarzamoras, fresas, elotes, brócoli, papas horneadas con la piel, ciruelas, peras, manzanas, verduras y nueces.



No levante ningún objeto que pese más de 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 está tomando analgésicos narcóticos, esto puede causar que usted se sienta diferente durante 2 ó 3 días, que tenga dificultades con la memoria o se sienta más cansado. No debe conducir, beber alcohol ni tomar ninguna decisión importante durante 2 días como mínimo.

### Nutrición

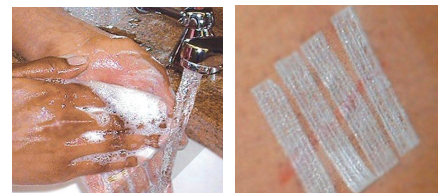
- Cuando se despierte de la anestesia, podrá beber pequeñas cantidades de líquido. Si no se siente con náuseas, puede comenzar a ingerir alimentos regularmente.
- Continúe bebiendo entre 8 y 10 vasos de agua por día.
- Ingiera una dieta rica en fibras para no hacer demasiado esfuerzo al defecar.

### Actividad

- Incremente su actividad lentamente. Asegúrese de levantarse y caminar aproximadamente cada una hora para prevenir la formación de coágulos.
- Generalmente, deben pasar de 1 a 3 semanas para que los pacientes puedan retomar su actividad normal sin problemas.<sup>16</sup>
- Puede regresar a su casa el mismo día después de una reparación laparoscópica. Si tiene otras condiciones médicas o complicaciones como náuseas, vómitos, hemorragia o dificultades para orinar, es posible que deba permanecer internado/a más tiempo.
- Las personas que eran sexualmente activas antes de la operación informaron que pudieron retomar su actividad sexual a los 14 días (en promedio).

### Trabajo y retorno a la escuela

- Normalmente puede volver a trabajar 1 semana después de una cirugía laparoscópica o abierta, siempre y cuando no tenga que levantar cosas pesadas. Hable sobre este tema con su cirujano.
- No levante objetos que pesen más de 10 libras ni participe en actividades que demanden mucho esfuerzo durante 4 a 6 semanas como mínimo.



Lavado de manos

Cintas Steri-Strips®

### Cuidado de la herida

- Lávese siempre las manos antes y después de tocarse la piel cercana al lugar de la incisión.
- No se sumerja en la tina hasta que sus puntos, cintas Steri-Strips® o grapas sean retirados. Puede ducharse después del segundo día de postoperatorio, a menos que le indiquen que no debe hacerlo.
- Siga las instrucciones de su cirujano con respecto a cuándo cambiar sus vendajes.
- Una pequeña cantidad de drenaje de su incisión es normal. Si el apósito está empapado de sangre, llame a su cirujano.
- Si le han colocado cintas Steri-Strips, éstas se caerán en un plazo de 7 a 10 días.
- Si tiene una cubierta similar al pegamento sobre la incisión, simplemente deje que el pegamento se desprenda solo.
- Evite vestir ropa ajustada o rugosa. Esta ropa puede raspar sus incisiones y dificultar que se curen.
- Sus cicatrices se curarán en aproximadamente de 4 a 6 semanas y se volverán más blandas y seguirán atenuándose durante el año siguiente.

### Deposiciones

La anestesia, la disminución de la actividad y los analgésicos (narcóticos) pueden contribuir a la constipación. Evite realizar esfuerzo al defecar aumentando las fibras en su dieta ingiriendo alimentos ricos en fibras o medicamentos de venta libre (como Metamucil® y Fibercon®). Asegúrese de beber de 8 a 10 vasos de líquido al día. Su cirujano puede recetarle un ablandador de heces en caso de ser necesario.

### Dolor

La cantidad de dolor es diferente en cada persona. La nueva medicina que precisará después de su operación es para el control del dolor, y su doctor le aconsejará qué cantidad tiene que tomar. Si le duele la garganta, puede usar pastillas medicinales desde el tubo colocado en su garganta durante su anestesia.

## Cuándo debe contactar a su cirujano

Contacte a su cirujano si tiene:

- Un dolor que no se va
- Un dolor que empeora
- Más de 101°F o 38,3°C de fiebre
- Vómitos continuos
- Hinchazón, enrojecimiento, hemorragia o un drenaje que huele mal en el sitio de su herida
- Dolor o abdominal fuerte o constante o hinchazón de su abdomen
- Lleva 2 o 3 días sin defecar después de la operación

## Control del dolor

Todo el mundo reacciona ante el dolor de una manera diferente. Se usa una escala de 0 a 10 para medir el dolor. En "0", usted no siente ningún dolor. Un "10" es el peor dolor que haya sentido alguna vez. Después de un procedimiento laparoscópico, a veces se siente dolor en el hombro. Esto se debe al gas que se insertó en su abdomen durante el procedimiento. Moverse y caminar ayuda a disminuir el gas y el dolor en el hombro derecho.

El dolor extremo añade tensión a su cuerpo en un momento en el que necesita enfocarse en curarse. No espere hasta que su dolor haya llegado a un nivel "10" o sea intolerable para comunicárselo a su doctor o enfermera. El dolor es mucho más fácil de controlar antes de que se vuelva severo.

### Medicamentos comunes para controlar el dolor

**Los narcóticos u opiáceos** se usan para el dolor severo. Los posibles efectos secundarios de los narcóticos son somnolencia, disminución de la presión arterial, la frecuencia cardíaca y la frecuencia respiratoria; sarpullido y comezón; constipación; náusea; y dificultades para orinar. Entre los ejemplos de narcóticos se incluyen la morfina y la codeína.

### Analgésicos no narcóticos

La mayoría de los analgésicos no opiáceos están clasificados como fármacos antiinflamatorios no esteroides (AINE). Se usan para tratar el dolor y la inflamación leves o se combinan con narcóticos para tratar el dolor severo. Los posibles efectos secundarios de los AINE son malestar estomacal, hemorragia del tracto digestivo y retención de líquidos. Estos efectos secundarios generalmente no se ven con el uso a corto plazo. Consulte a su doctor si tiene problemas cardíacos, renales o hepáticos. Entre los ejemplos de AINE se incluyen el ibuprofeno, Motrin®, Aleve® y Toradol® (administrado como inyección).

### Control del dolor sin medicamentos

**Proteger su estómago** colocando una almohada sobre su abdomen con una presión firme antes de toser o moverse puede ayudar a reducir el dolor.

**Las distracciones** le ayudan a concentrarse en otras actividades en lugar de hacerlo en su dolor. Escuchar música, los juegos y otras actividades interesantes puede ayudarle a lidiar con el dolor leve y la ansiedad.

**La imaginación guiada** le ayuda a dirigir y controlar sus emociones. Cierre sus ojos e inhale y exhale suavemente. Imagínese en el centro de algún sitio hermoso. Sienta la belleza que le rodea y cómo las emociones vuelven a estar bajo su control. Debería sentirse más calmado/a.

### OTRAS INSTRUCCIONES:

### CITAS DE CONTROL

QUIÉN:

FECHA:

TELÉFONO:



Proteja su estómago



Distracción



Imaginación guiada

# Más información

Para más información sobre pruebas y procedimientos, por favor visite el sitio Web de los Institutos Nacionales de Salud en [www.nlm.nih.gov/medlineplus/encyclopedia.html](http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/encyclopedia.html).

## GLOSARIO

**Ecografía abdominal:** Se usa un transductor de mano, o sonda, para proyectar y recibir ondas sonoras para determinar la ubicación de estructuras profundas en el cuerpo. Se pasa un gel sobre la piel del paciente para que las ondas sonoras no se distorsionen al pasar por la piel.

**Instrucciones por anticipado:** Documentos firmados por una persona competente que instruye a los proveedores de atención médica acerca de sus elecciones con respecto al tratamiento. Estas instrucciones le dan la oportunidad de manifestar su voluntad con respecto a las decisiones de atención médica.

**Adherencias:** Una banda o tejido cicatricial fibroso que hace que los órganos internos se adhieran o se peguen.

**Bilis:** Un líquido producido por el hígado y que se almacena en la vesícula, que ayuda a la digestión de grasas.

**Cólico biliar:** Dolor súbito en el abdomen causado por un espasmo o el bloqueo del conducto cístico o biliar y que dura más de 30 minutos.

**Bilirrubina:** Un producto amarillo de la degradación de los glóbulos rojos. Los altos niveles pueden indicar enfermedades del hígado o la vesícula biliar.

**Hemograma o recuento sanguíneo completo (CBC, por sus siglas en inglés):** Un hemograma mide sus glóbulos rojos (RBC, por sus siglas en inglés) y sus glóbulos blancos (WBC, por sus siglas en inglés). Los glóbulos blancos aumentan con la inflamación. El rango normal de glóbulos blancos es de 5.000 a 10.000.

**Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (ERCP, por sus siglas en inglés):** Se pasa un tubo con una luz y una cámara en el extremo a través de su boca, estómago e intestinos para ver si hay enfermedades en los conductos biliares y el conducto pancreático principal y para remover los cálculos biliares.

**Cálculos biliares:** Depósitos de líquido digestivo endurecidos que pueden formarse en su vesícula biliar.

**Gammagrafía hepatobiliar con ácido iminodiacético o centellografía hepatobiliar (HIDA, por sus siglas en inglés):** Una tomografía que muestra imágenes del hígado, la vesícula biliar y los conductos biliares después de una inyección de un colorante en las venas.

**Colangiografía intraoperatoria:** Durante la cirugía para extirpar la vesícula biliar (colecistectomía), se inserta un pequeño tubo llamado catéter en el conducto cístico, que drena la bilis desde la vesícula biliar para ver si hay cálculos biliares remanentes.

**Colangiopancreatografía por resonancia magnética (MRCP, por sus siglas en inglés):** Una técnica de diagnóstico por imágenes que usa imágenes de resonancia magnética para visualizar los conductos biliar y pancreático.

## REFERENCIAS

La información suministrada en este folleto se ha seleccionado de artículos recientes tomando en cuenta investigaciones clínicas o tendencias relevantes. Las investigaciones que se indican a continuación no representan toda la información disponible sobre su operación. Pregúntele a su doctor/a si le recomienda la lectura de otras investigaciones.

1. Jackson PG, Evans S. Biliary System. In: Townsend CM Jr, Beauchamp RD, Evers BM, Mattox KL, eds. *Sabiston Textbook of Surgery*. 19th ed. Philadelphia, PA: Saunders Elsevier; 2012:chap 55.
2. Gurusamy KS, Davidson BR. Surgical treatment of gallstones. *Gastroenterol Clin N Am*. 2010 Jun;39(2):229-44, viii.
3. Duca S, Bala O, Al-Hajjar N, et al. Laparoscopic cholecystectomy incidents and complications. A retrospective analysis of 9542 consecutive laparoscopic operations. *HPB (Oxford)*. 2003;5(3):152-158.
4. Mestral C, Rotstein O, Laupacis A, et al. A population-based analysis of the clinical course of 10,304 patients with acute cholecystitis, discharged without cholecystectomy. *Trauma Acute Care Surg*. 2012;74(1):26-30.
5. American College of Surgeons. ACS Risk Calculator. <http://riskcalculator.facs.org>. Last accessed August 2015.
6. NIH Consensus Development Panel on Gallstones and Laparoscopic Cholecystectomy Gallstones and laparoscopic cholecystectomy. *JAMA*. 1993;269:1018-1024.
7. Nakeeb A, Cumuzzie AG, Martin L, et al. Gallstone: genetics versus environment. *Ann Surg*. 2002;235:842-849.
8. Weinsier RL, Wilson LJ, Lee J. Medically safe rate of weight loss for the treatment of obesity: a guideline based on risk of gallstone formation. *Am J Med*. 1995;98:115-117.
9. Leitzmann MF, Giovannucci EL, Rimm EB, et al. The relation of physical activity to risk for symptomatic gallstone disease in men. *Ann Intern Med*. 1998;128:417-425.
10. Sakpal SV, Bindra SS, Chamberlain RS. Laparoscopic cholecystectomy conversion rates two decades later. *JSLA*. 2010 Oct-Dec;14(4):476-483.
11. Clayton ES, Connor S, Alexakis N, et al. Meta-analysis of endoscopy and surgery versus surgery alone for the common bile duct stone with the gallbladder in situ. *Br J Surg*. 2006;93:1185-1191.
12. Leitzmann MF, Rimm EB, Willet WC, et al. Recreational physical activity and the risk of cholecystectomy in women. *N Engl J Med*. 1999;341:777-784.
13. Schwarz S, Hebra A, Miller M. Pediatric cholecystitis. Medscape reference, 2011. Available at: <http://emedicine.medscape.com/article/927340-overview>. Accessed December 6, 2011.
14. Dellacorte C, Falchetti D, Nebbia G, et al. Management of cholelithiasis in Italian children; a national multicenter study. *World J Gastroenterol*. 2008;14(9):1383-1388.
15. Gumiero AP, Bellomo-Brandao MA, Costa-Pinto EA. Gallstones in children with sickle cell disease followed up at a Brazilian hematology center. *Arq Gastroenterol*. 2008;45(4):313-318.
16. Nawaz H, Papachristou GI. Endoscopic treatment of post-cholecystectomy bile leaks: updates and recent advances. *Ann Gastroenterol*. 2011;24(3):161-163. Open access at [www.annalsgastro.gr/index.php/annalsgastro/article/view/988/718](http://www.annalsgastro.gr/index.php/annalsgastro/article/view/988/718).
17. Society for Surgery of the Alimentary Tract (SSAT) Patient Care Committee. SSAT Patient Care Guidelines: Treatment of gallstone and gallbladder disease. *J Gastrointest Surg*. 2004 Mar-Apr; 8(3):363-364. Available online at <http://ssat.com/guidelines/Gallstone-and-Gallbladder-Disease.cgi>. Accessed August 13, 2015.
18. Chiappetta P, Napoli E, Canullan C, et al. Minimally invasive management of acute biliary tract disease during pregnancy. *HPB Surg*. 2009;2009:829020. doi: 10.1155/2009/829020. Epub 2009 Jul 12.

## DESCARGO DE RESPONSABILIDAD

Esta información se publica para instruirlo acerca de su intervención quirúrgica específica. No tiene la intención de reemplazar a una conversación con un cirujano calificado que esté familiarizado con su situación. Es importante recordar que cada persona es diferente, y que las razones y los resultados de cualquier operación dependen de la condición individual del paciente.

La organización American College of Surgeons (ACS, por sus siglas en inglés) es un ente científico y educativo que está dedicado a la práctica quirúrgica ética y competente. Se fundó para elevar los estándares de la práctica quirúrgica y para mejorar la calidad de la atención de los pacientes quirúrgicos. La ACS se ha esforzado para presentar información para los potenciales pacientes quirúrgicos basada en información científica actual; no existen garantías sobre la actualidad, exactitud o utilidad de estos contenidos.

**Revisión original de 2009 realizada por:**  
Patricia Lynne Turner, MD, FACS  
Kathleen Heneghan, RN, MSN  
Mark Malangoni, MD, FACS

**Revisión en el 2013 y el 2015 realizada por:**  
Kathleen Heneghan, RN, MSN  
Nancy Strand, MPH, RN  
Nicholas J. Zyromski, MD, FACS  
Stephen Richard Thomas Evans, MD, FACS

**SURGICAL PATIENT  
EDUCATION PROGRAM**

Prepare for the Best Recovery