



Colecistectomía

Remoción Quirúrgica de la Vesícula Biliar

Educación al Paciente

El propósito de este material educativo es ayudarle a estar más informado y dotarle de las destrezas y el conocimiento necesarios para que participe activamente en su cuidado médico.

Manteniéndole Informado

Esta información le ayudará a entender mejor su operación o cirugía.

Aquí se le provee información sobre:

Ojeada General a la Colecistectomía...	1
Condición, Síntomas, Pruebas	2
Opciones de Tratamiento	3
Riesgos y Posibles Complicaciones	4
Preparación y Expectativas	5
Su Recuperación y Dada de Alta.....	6
Control del Dolor	7
Glosario/Referencias.....	8

La Condición

La colecistectomía es el remover quirúrgicamente la vesícula biliar. La operación se hace para remover piedras o cálculos en la vesícula biliar o para remover una vesícula infectada o inflamada.

Síntomas comunes

- Dolor punzante en la parte alta central o derecha del abdomen
- Fiebre baja
- Náuseas y sentirse como hinchado o inflamado

Opciones de Tratamiento

Cirugía

Colecistectomía laparoscópica—La vesícula biliar es removida con instrumentos colocados dentro de 4 incisiones pequeñas que se hacen en el abdomen.

Colecistectomía abierta—La vesícula biliar es removida a través de una incisión más grande en el lado derecho, debajo del costillar derecho.

No-Cirugía

- Remoción de las piedras o cálculos solamente

Para piedras o cálculos sin síntomas

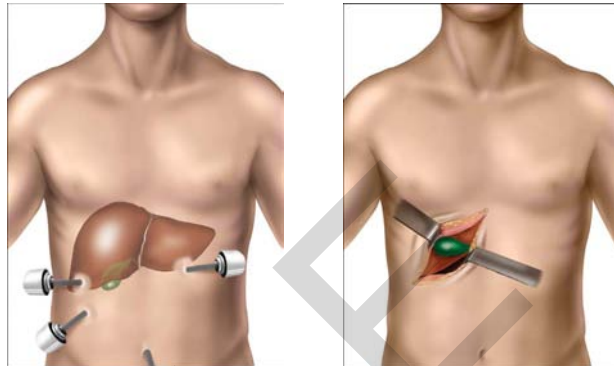
- Esperar con cautela
- Aumento de ejercicio
- Cambios en la dieta

Beneficios y Riesgos

Al removérsele la vesícula biliar se le alivia el dolor, se le da tratamiento a la infección y, en la mayoría de los casos, se evitará que las piedras o cálculos vuelvan a surgir. Entre los riesgos de no hacerse la operación están el que los síntomas empeoren, se desarrolle una infección o que la vesícula biliar reviente.

Entre las posibles complicaciones está el sangrar excesivamente, herida al conducto biliar, fiebre, herida al hígado, infección, adormecimientos o calambres, cicatrices levantadas, hernia en la incisión, complicaciones con la anestesia, ruptura del intestino y muerte.

Colecistectomía Laparoscópica vs. Colecistectomía Abierta



Expectativas

Antes de su operación —La evaluación incluye, por lo general, pruebas sanguíneas o exámenes de laboratorio, un examen abdominal de ultrasonido, y una evaluación por su cirujano y anestesista. Estos profesionales revisarán su historial médico, las medicinas que esté tomando y discutirán con usted las opciones que tendrá para controlar el dolor.

El día de su operación —Usted no comerá o tomará nada por lo menos 6 horas antes de la operación. A menudo, y por lo general, se le permite tomar solamente sus medicinas orales con un sorbo de agua.

Su recuperación—Si no tiene complicaciones, por lo general se le da de baja del hospital el mismo día después de un procedimiento laparoscópico y 2 ó 3 días luego de un procedimiento abierto. Llame inmediatamente a su cirujano si siente un dolor severo o agudo, si tiene calambres estomacales, si le dan escalofríos o fiebre alta, si su piel se vuelve de un color amarillento o si de su incisión salen un olor fuerte y alguna supuración o líquido.

La Condición, Señales y Síntomas, y Pruebas Diagnósticas o Exámenes

Manteniéndole Informado

La mayoría de las personas que tienen piedras o cálculos en la vesícula biliar no tiene síntoma alguno. El ochenta por ciento de las personas con piedras o cálculos en la vesícula pasan 20 años o más sin tener síntomas.^{1,2}

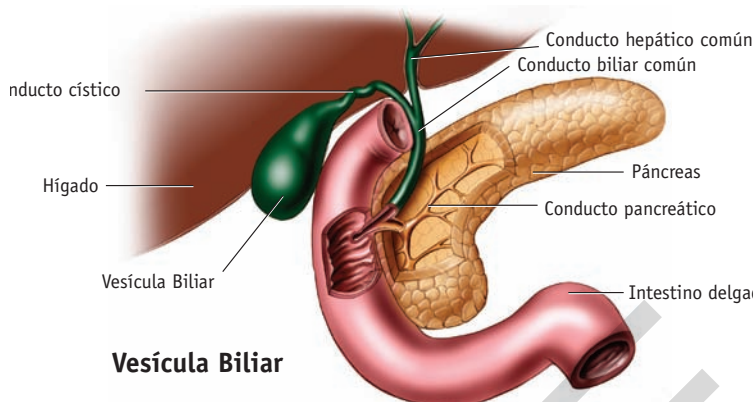
Las piedras o cálculos en la vesícula biliar son más comunes en personas que:

- son de raza americana nativa
- tienen un historial familiar de piedras en la vesícula biliar
- están sobrepeso
- ingieren mucho azúcar
- están embarazadas
- no hacen ejercicios con regularidad
- pierden peso rápidamente
- usan estrógeno para manejar la menopausia^{3,4}

El dolor de vesícula biliar o cólico biliar es, por lo general, temporero. Comienza en el medio o en el lado derecho del abdomen y puede durar de 30 minutos a 24 horas. El dolor puede ocurrir luego de comer una comida grasosa.

- Un dolor colecistítico agudo dura más de 6 horas, y es acompañado por una excesiva sensibilidad abdominal y fiebre.
- Un dolor en el lado derecho del abdomen también puede ser debido a úlceras, problemas en el hígado y/o dolor en el corazón.

El tratamiento estandarizado o regular que se utiliza para la colecistitis aguda es el administrar líquidos intravenosos, antibióticos, medicinas contra el dolor y la colecistectomía.⁵



La Condición

La Vesícula Biliar

La vesícula biliar es un órgano pequeño, en forma de pera, que se encuentra debajo del hígado.

El hígado produce de 3 a 5 tazas de bilis diariamente. La bilis se guarda en la vesícula biliar, y cuando uno se come la comida, especialmente alimentos que son grasosos, la vesícula biliar expelle la bilis hacia afuera a través del conducto cístico y dentro del intestino delgado.

Piedras/Cálculos en la Vesícula Biliar

El término médico para la formación de piedras o cálculos en la vesícula biliar es **colecistitis**. A una piedra de vesícula biliar que se encuentra dentro del conducto biliar común se le llama **coledocolitiasis**.

Colecistitis es la inflamación de la vesícula biliar, la cual puede surgir repentinamente (aguda) o a través de un período de tiempo más largo (crónica.)

La vesícula biliar perforada es la condición que existe cuando la vesícula biliar revienta, se filtra o gotea, lo cual sucede solamente en raras ocasiones, pero que puede causar la muerte de la persona.

La colecistectomía es la remoción quirúrgica de la vesícula biliar. La razón más común para llevar a cabo una colecistectomía es para remover las piedras o cálculos que causan el cólico biliar (dolor agudo en el abdomen causado por un espasmo o bloqueo del conducto cístico o biliar.)

Síntomas

Los síntomas más comunes de la colecistitis son:

- Dolor agudo en el lado derecho del abdomen
- Fiebre baja
- Náusea e hinchazón
- Ictericia (color amarillento de la piel) la cual puede ocurrir si las piedras o cálculos de la vesícula biliar se encuentran en el conducto biliar común.



Pruebas Diagnósticas o Exámenes Comunes

Historial y Pruebas Físicas o Exámenes (vea el glosario)

Ultrasonido Abdominal

Ésta es la prueba o examen diagnóstico más común para determinar si existen o no piedras o cálculos en la vesícula biliar.

Exámenes de Sangre

- Contaje completo de su sangre
- Pruebas o exámenes diagnósticos de las funciones del hígado
- Perfil de coagulación de su sangre

Escaneo HIDA, colecintigrafía

Colangiograma endoscópico retrógrado

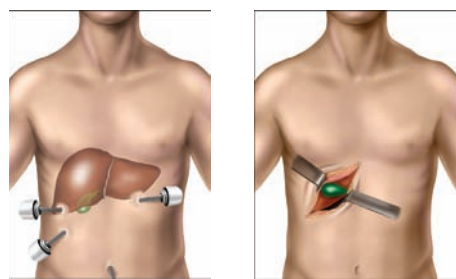
Colangiopancreatografía de resonancia magnética

Tratamiento Quirúrgico y No-quirúrgico

Tratamiento Quirúrgico

Una operación es la técnica recomendada para el dolor de vesícula biliar causado por piedras o cálculos, y es el único tratamiento que existe para la colecistitis aguda.

Colecistectomía Laparoscópica vs. Colecistectomía Abierta
Colecistectomía Laparoscópica Colecistectomía Abierta



Colecistectomía Laparoscópica

Esta técnica es la más común para una colecistectomía simple. El cirujano hace cuatro incisiones pequeñas en el abdomen. Se inserta entonces un puerto (tubo de goma) dentro de una de las incisiones y se infla el abdomen con un gas llamado bióxido de carbono. Este procedimiento le permite al cirujano ver más fácilmente la vesícula biliar. A través de otra de las incisiones o puerto se inserta un laparoscopio. Este instrumento parece un telescopio con una luz y una cámara de vídeo en su punta, que ayuda al cirujano para que éste pueda ver dentro de su abdomen. En las otras dos incisiones se insertan otros instrumentos quirúrgicos los cuales se utilizan para remover la vesícula biliar.

El cirujano remueve la vesícula biliar a través de la incisión. El bióxido de carbono se remueve o sale al exterior a través de las incisiones pequeñas y luego las mismas son cerradas con suturas, pequeños ganchos de metal llamados grapas (“staples” en inglés) o tirillas de sutura estériles (“steri-strips.”) Su cirujano puede comenzar la operación con la técnica laparoscópica y luego verse en la necesidad de cambiar a la técnica de colecistectomía abierta.

El procedimiento completo toma de 1 a 2 horas.

Colecistectomía Abierta

El cirujano hace una incisión de aproximadamente 6 pulgadas de largo en la parte superior derecha del abdomen y corta a través de la grasa y el tejido muscular para llegar a la vesícula biliar. La vesícula biliar es removida a través de la incisión y cualesquiera conductos son sujetados (“clamped off”) con una abrazadera.

El lugar de la incisión se cierra engrapándolo o suturándolo y se puede colocar un tubo pequeño de drenaje desde dentro del abdomen que sale fuera del abdomen. Esta manguerita de drenaje es removida luego, usualmente, en el hospital. El procedimiento completo toma de 1 a 2 horas.

Opciones de Procedimiento

Existen procedimientos que pueden llevarse a cabo para remover piedras o cálculos de la vesícula biliar que se encuentran dentro del conducto biliar común.

La extracción laparoscópica transcística de piedras o cálculos en el conducto biliar común se lleva a cabo con la inserción de instrumentos dentro del abdomen de manera similar a como se realiza una colecistectomía laparoscópica. Se entra dentro del conducto biliar y se remueven las piedras o cálculos directamente o con un cesto pequeño de alambre.

La colangiopancreatografía endoscópica retrógrada se hace insertando un endoscopio a través de su boca y continuando hacia abajo, pasándolo por su estómago y finalmente llegando e insertándolo dentro del conducto biliar común. Las piedras o cálculos se remueven directamente con un globo o con una cesta pequeña.

La tasa promedio de complicaciones va de 0 hasta 9.1 por cada 1,000 procedimientos realizados.⁶

Tratamiento No-Quirúrgico

Esperar con cautela

Si en su prueba (examen) de ultrasonido se ven piedras o cálculos biliares, pero usted no tiene síntomas, se recomienda esperar con cautela.^{1,2}

Piedras o cálculos en la vesícula biliar solamente, sin colecistitis

- Aumente su ejercicio. El ejercitarse de 2 a 3 horas por semana reduce el riesgo de piedras o cálculos en la vesícula biliar.
- Coma más frutas y vegetales y coma menos alimentos altos en azúcares y carbohidratos como las donas, pastelería y pan blanco.
- También hay disponibles opciones de medicinas alternativas.⁹

Manteniéndole Informado

Los índices promedio de conversión de una técnica laparoscópica a una abierta son menos del 1% entre pacientes jóvenes y saludables.

- La necesidad de pasar de un procedimiento laparoscópico a un procedimiento abierto puede aumentar significativamente si usted es mayor de 65 años, si es varón, si tiene un historial de colecistitis aguda, si ha tenido operaciones abdominales en el pasado, si tiene fiebre alta, si su bilirrubina es alta, si ha tenido ataques repetidos de vesícula biliar o si posee enfermedades que limiten su actividad física.⁵

Preguntas que debe hacer

- ¿Qué tipo de procedimiento es el mejor para mí y por qué?
- ¿Cuánta experiencia ha tenido usted realizando este procedimiento?
- ¿Se ha llevado a cabo este procedimiento a menudo en este centro de salud, hospital o clínica?
- ¿Sabe usted aproximadamente el costo de este procedimiento?

Riesgos de Este Procedimiento

Colecistectomía

Su cirujano hará todo lo posible para minimizar riesgos, pero la colecistectomía, como todas las operaciones, conlleva riesgos.

El Riesgo	Qué Ocurre	Manteniéndole Informado
Infección	Las infecciones ocurren en menos de 1 por cada 1,000 pacientes que se someten a procedimientos laparoscópicos. ^{5,6,13,14}	Su equipo de cuidado de la salud debe lavarse las manos antes de examinarle. Se administran antibióticos antes de la operación. ⁵
Herida al conducto biliar común	Las heridas al conducto biliar común se han reportado en 1 de cada 1,000 pacientes que se someten a la colecistectomía abierta y de 1 a 5 de cada 1,000 pacientes que se someten a la colecistectomía laparoscópica. ^{5,6,14}	Su cirujano y su enfermera estarán atentos para determinar si a usted le da ictericia, fiebre y/o si tiene resultados anormales en sus pruebas o exámenes médicos. ⁵ Podría necesitar pruebas diagnósticas, exámenes adicionales o cirugía.
Sangrado	El sangrar es raro. Si usted tiene enfermedad biliar crónica, su hígado no podría formar los elementos necesarios para la coagulación. ^{5,6,13}	Su cirujano revisará su perfil de coagulación para monitorear cualquier problema de sangrado. Por lo general no se requiere de una transfusión de sangre para llevar a cabo una colecistectomía.
Goteo de la bilis	El goteo de la bilis luego de una cirugía es muy raro.	Su cirujano lo revisará por si tiene fiebre, revisará sus resultados de pruebas de laboratorio y podría necesitar hacerle otras pruebas tales como un sonograma o una <i>Colangiopancreatografía endoscópica retrógrada</i> (ERCP por sus siglas en inglés.)
Piedra o cálculo retenido en el conducto biliar común	Una piedra o cálculo de la vesícula biliar podría pasar luego de la cirugía y bloquear el drenaje o supuración de la bilis. ⁵	Su cirujano revisará sus exámenes de sangre para determinar la función de su hígado.
Pulmonía	Sus posibles causas son la anestesia general, la falta de respiración profunda y/o la falta de movimiento.	Los ejercicios de respiración profunda pueden ayudarle a expandir sus pulmones y prevenir complicaciones después de la cirugía.
Problemas del corazón	Los problemas del corazón son raros. Se han reportado arritmias cardíacas en cerca de 5 de cada 1,000 pacientes y ataques al corazón en 1 de cada 1,000 pacientes. ^{6,13}	Puede que su cirujano le haga visitar un especialista del corazón antes de su operación. Su anestesista siempre está preparado para proveerle apoyo vital cardíaco avanzado.
Problemas de los riñones	Se han reportado problemas con los riñones o de orina en 5 de cada 1,000 pacientes. La deshidratación y problemas en el hígado pueden aumentar este riesgo. ^{6,13}	Su cirujano puede darle líquidos extras antes de su operación. ⁵ Déjele saber a su enfermera cuando haya orinado.
Trombosis profunda en las venas (coágulos de sangre)	El hecho de no moverse en lo absoluto durante la cirugía puede provocar el que se formen coágulos de sangre en las piernas. En muy raros casos el coágulo puede trasladarse hasta los pulmones.	Su cirujano o enfermera colocará medias o calcetines de apoyo o compresión (que aprieten) en sus piernas y puede recetarle medicinas para que le adelgacen su sangre. Su trabajo será el levantarse y caminar luego de la cirugía.
Parto prematuro o pérdida del feto	Se reporta que la pérdida del feto en pacientes embarazadas que se someten a una colecistectomía sin complicaciones se da en 40 de cada 1,000 pacientes y un alto número, en 600 de cada 1,000 pacientes, cuando está presente la pancreatitis. El riesgo de un parto prematuro también aumenta. ^{11,12}	Estos riesgos aumentan con la peritonitis (infección de la cavidad abdominal.)
Herida a los intestinos u otros órganos abdominales	La inserción de instrumentos y su uso durante la técnica laparoscópica, puede causar heridas en los intestinos.	El cirujano trabajará con cuidado extremo y estará siempre vigilante en caso de cualquier señal de sangre o contenido intestinal durante el procedimiento. Los pacientes obesos, los que tienen un historial médico de operaciones abdominales pasadas o con adhesiones, dificultan el movimiento y la manipulación de los instrumentos. ⁵
Muerte	La muerte es extremadamente rara en personas saludables y se reporta como de 0 a 1 de cada 1,000 pacientes. El riesgo mortal aumenta con la gangrena, la vesícula biliar quebrada o serias enfermedades que limiten su actividad. ^{1,6}	Su equipo médico completo revisará y examinará todo lo necesario para evitar posibles complicaciones y estará preparado para disminuir todos los riesgos.

Expectativas: Preparándose para su Operación

Preparándose para su Operación

Notifíquelo a su cirujano sobre cualesquiera otros problemas médicos que usted tenga. Traiga un listado con todos los medicamentos o medicinas que está tomando y muéstrele el listado a su cirujano y a su anestesista.

En la mayoría de los casos se le permitirá tomar sus medicinas con un pequeño sorbo de agua. Si está tomando medicinas para el adelgazamiento de la sangre (Plávis, Coumadin, aspirinas), su cirujano puede pedirle que deje de tomarlas por un tiempo.

Preparación en su Hogar

Generalmente usted puede irse a su casa el mismo día luego de un procedimiento laparoscópico. Su estadía en el hospital será más larga (de 2 a 3 días) si es un procedimiento abierto.

Anestesia

Usted conocerá a su anestesista antes de la operación. Déjele saber a él o a ella si usted padece de alergias, enfermedades neurológicas (epilepsia o ataque cerebral), enfermedades del corazón, problemas estomacales, enfermedad pulmonar (asma, enfisema), enfermedad endocrina (diabetes, condiciones de la tiroides), dientes sueltos, si fuma, abusa del alcohol o las drogas, si toma algún tipo de medicina herbolaria (naturista) o vitaminas.

El Día de su Operación

No coma o beba nada

El no comer o tomar líquidos por lo menos 4 horas antes de la operación reduce sus riesgos de complicaciones debido a la anestesia.

Qué cosas debe traer

- Su tarjeta de seguro médico e identificación
- Directriz de avance (vea los términos)
- Listado de medicinas
- Objetos personales como espejuelos y dentaduras postizas
- Ropas cómodas y holgadas
- Deje todo tipo de joyería y objetos de valor en su casa

Qué Puede Esperar

Se le colocará en su muñeca un brazalete con su nombre y número de identificación. La banda de su muñeca deberá ser revisada por todos los miembros de su equipo de salud antes de proveerle cualquier tipo de procedimiento o darle cualquier tipo de medicina. Si padece de alergias, se le deberá colocar también en su muñeca un brazalete de alergias.

Se le comenzará una línea intravenosa (“IV”) para dispensarle líquidos y medicamentos. Los medicamentos le harán sentirse soñoliento.

Se le insertará un tubo a través de su boca para ayudarlo a respirar durante la operación.

Su cirujano llevará a cabo la operación y luego cerrará sus incisiones. Si tuvo una operación abierta, se le colocará una gomita de drenaje desde dentro de su incisión hasta fuera de su abdomen.

Luego de su operación se le mudará a la sala de recuperación.

Previendo la Pulmonía

El movimiento y la respiración profunda luego de su operación pueden ayudarlo a prevenir el que se acumule líquido en sus pulmones y que desarrolle una pulmonía.¹⁰

Previendo Coágulos de Sangre

Cuando a usted se le practica una operación, corre el riesgo de desarrollar coágulos de sangre debido a la falta de movimiento durante el tiempo que estuvo bajo la anestesia. Mientras más larga y complicada sea su operación, mayor será el riesgo. Su médico sabrá cuáles son sus riesgos para el desarrollo de coágulos de sangre y se tomarán las medidas necesarias para prevenirlos. Éstas pueden incluir el uso de medicinas para adelgazar la sangre y medias calcetines) de apoyo o compresión (que aprieten) en sus piernas.

Previendo las Infecciones

- El riesgo de infección puede ser disminuido si se administran antibióticos antes de la operación y se remueve el pelo que exista en el lugar de la cirugía utilizando una maquinilla eléctrica de cortar pelo, en lugar de de afeitarlo.
- Todos los proveedores del cuidado de la salud deben lavarse sus manos antes de examinarle.

Manteniéndole Informado

Preguntas que debe hacer

- ¿Qué medicinas no debo tomarme antes de mi operación?
- ¿Cuándo debo dejar de tomármelas?
- ¿Debo tomar alguna medicina el día de mi operación?
- ¿Cuáles los riesgos, problemas y efectos secundarios de la anestesia general?
- ¿Necesito antibióticos antes de la cirugía?
- ¿Qué harán ustedes para evitar que se me desarrollen coágulos de sangre?
- Si se me tiene que remover pelo de mi abdomen, ¿cómo lo harán?
- ¿Se lavó sus manos?

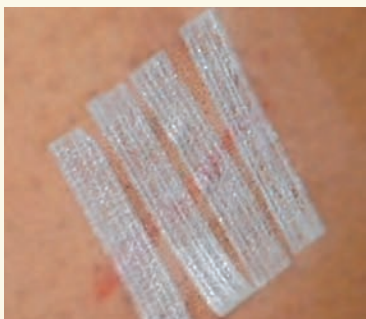
Respiración Profunda

Una manera efectiva de respirar profundamente es respirar profundamente y aguantar o sostener la respiración de 3 a 5 segundos. Tome de 5 a 10 respiros profundos cada hora mientras esté despierto. Los niños pequeños pueden hacer ejercicios de respiración profunda soplando pompas de jabón.

Su Recuperación y Dada de Alta



Evite manejar



Las tirillas de sutura estériles (“steri-strips”) se despegarán y caerán por sí solas o serán removidas durante su primera visita a la oficina de su médico o cirujano.



Lávese sus manos antes y después de tocarse el área cercana a su incisión

Su Recuperación y su Dada de Alta

Pensando Claramente

La anestesia puede causar el que usted se sienta diferente durante 2 ó 3 días. No maneje vehículos de motor, no tome alcohol, ni tome decisiones importantes por lo menos durante 2 días.

Nutrición

- Cuando se despierte podrá tomar pequeñas cantidades de líquidos. Si no tiene náuseas, podrá comenzar a comer alimentos regulares.
- Continúe tomando muchos líquidos, usualmente de 8 a 10 vasos por día.

Actividad Física

- Le ayudará el que se levante de la cama y camine.
- Poco a poco vaya aumentando su actividad física.
- No levante objetos o participe en actividades fuertes de 3-5 días para una laparoscopia y de 10-14 días para un procedimiento abierto.
- Evite manejar hasta que su dolor esté bajo control sin el uso de narcóticos.
- Puede tener relaciones sexuales cuando se sienta listo, por lo general, una vez sus suturas o grapas hayan sido removidas.
- Es normal que sienta cansado. Puede que necesite dormir más de lo que duerme usualmente.

Trabajo

Puede regresar a su trabajo cuando se sienta lo suficientemente bien. Discuta con su cirujano al cabo de cuánto tiempo podrá regresar a su trabajo.

Cuidado de la Herida

- Lávese sus manos siempre, antes y después de tocarse el área cercana a su incisión.
- No se meta en la bañera o se empape de agua hasta que sus puntos, tirillas de sutura estériles (“steri-strips”) o grapas hayan sido removidos. Puede tomarse una ducha o meterse debajo de la regadera después del segundo día post- operativo a menos que se le indique que no lo debe hacer.
- Siga las instrucciones de su cirujano sobre cuándo debe cambiarse sus vendajes.

- Es normal el que salga una pequeña cantidad de drenaje o supuración de su incisión. Si la supuración es gruesa y amarilla o si la incisión se torna roja, puede que tenga una infección, así que llame a su cirujano de inmediato.
- Si tiene un tubo de drenaje en una de sus incisiones, el mismo se le removerá cuando el drenaje (la supuración) termine.
- Las grapas quirúrgicas serán removidas durante su primera visita de oficina.
- Las tirillas de sutura estériles (“steri-strips”) se caerán luego de 7 a 10 días o las mismas serán removidas durante su primera visita, luego de la operación, a la oficina de su cirujano.
- Evite usar ropa muy ceñida al cuerpo o áspera. La misma puede rozar sus incisiones y hacer más difícil que sanen.
- Proteja su nueva piel, especialmente del sol. El sol puede quemarla y causar unas cicatrices más oscuras.
- Su herida sanará dentro de 4 a 6 semanas y se tornará más suave y continuará desapareciendo durante el siguiente año. Mantenga el lugar de la herida fuera del sol o use una crema protectora contra los rayos del sol en el área de su herida.
- La sensación táctil del área alrededor de su incisión regresará a su nivel normal en unas pocas semanas o meses.

Evacuación (Movimientos Intestinales)

- Luego de una cirugía intestinal, puede que usted tenga excreta suelta o acuosa por varios días. Si la diarrea acuosa le dura más de 3 días, consulte con su cirujano.
- Los medicamentos para el dolor (narcóticos) pueden causar constipación. Aumente la cantidad de fibra en su dieta con alimentos altos en fibra si está constipado o estreñido. Puede que su cirujano le recete alguna medicina para ablandar o suavizar su excreta.

Alimentos Altos en Fibra

Los alimentos altos en fibra incluyen las habichuelas o frijoles, los cereales con cáscara de trigo y pan integral o de granos enteros, guisantes, frutas secas (higos, albaricoques y dátiles), frambuesas, fresas, maíz dulce, brócoli, papas asadas con la cáscara, ciruelas, peras, manzanas, hortalizas (“greens”) y nueces de todo tipo.

Dolor

La cantidad e intensidad de dolor que se puede sentir es diferente para cada persona. Algunas personas necesitan sólo 2 ó 3 dosis de medicina para controlar el dolor, mientras que otras tienen que usar narcóticos durante una semana completa.

Medicinas en el Hogar

La medicina que usted necesitará luego de su operación está, por lo general, relacionada con el control del dolor.

Cuándo Debe Ponerse en Contacto con su Cirujano

Llame a su cirujano si tiene:

- Dolor que no se desaparece
- Dolor que se pone peor
- Una fiebre de más de 101° F (38.3°C)
- Vómitos
- Hinchazón, piel rojiza, sangrado, o si le sale un drenaje (supuración) con mal olor del área de la herida
- Dolor abdominal fuerte o agudo
- Ictericia o la piel se le pone amarilla
- No puede evacuar o no puede pasar gases intestinales durante 3 días
- Diarrea acuosa que le dure más de 3 días

Otras Instrucciones:		
Citas de Seguimiento		
Who	Date	Phone

Control del Dolor

Cada persona reacciona al dolor de manera diferente. Por lo general se utiliza una escala de 0 a 10 para medir el dolor. En un “0”, usted no siente dolor alguno. Un “10” es el peor dolor que usted haya sentido en su vida.

Medicinas Comunes para Controlar el Dolor

Los narcóticos o derivados del opio (“opioids”) se usan para el dolor severo o agudo. Algunos efectos secundarios de los narcóticos son la somnolencia, baja presión sanguínea, bajos latidos del corazón y un bajo índice de respiración; erupción en la piel y picazón; constipación; náuseas; y dificultad para orinar. Entre los ejemplos de narcóticos se incluyen la morfina, el oxicodón y la hidromorfona. Existen medicinas para controlar los efectos secundarios de los narcóticos.

Medicinas no-narcóticas para Controlar el Dolor

La mayoría de las medicinas no derivadas del opio, que se usan para controlar el dolor, son drogas anti-inflamatorias de tipo no-esteroide (“NSAIDs” por sus siglas en inglés.) Éstas se usan para dar tratamiento a dolores no muy severos o se combinan con un narcótico para dar tratamiento a dolores severos. También pueden reducir la inflamación. Algunos de los efectos secundarios de las “NSAIDs” son el malestar estomacal, sangrado estomacal o en los intestinos y retención de líquidos o fluídos. Por lo general estos efectos secundarios no se manifiestan cuando las medicinas se usan por corto tiempo. Ejemplos de medicinas “NSAIDs” incluyen el ibuprofeno y el naproxeno.

Control del Dolor Sin Medicinas

La **distracción** le ayuda a enfocarse en otras actividades en lugar de en su dolor. La música, juegos y otras actividades interesantes son especialmente de gran ayuda con niños pequeños que tienen algún dolor no muy severo.

Entablillando su estómago colocando una almohada sobre su abdomen y haciendo presión firme antes de toser o moverse, le puede ayudar a reducir el dolor.

La **imaginación guiada** le ayuda a dirigir y controlar sus emociones. Cierre sus ojos e inhale y exhale suavemente. Imagínese en su mente a usted mismo en el centro de un lugar hermoso. Sienta la belleza que le rodea y cómo sus emociones van regresando bajo su control. Esto debe hacerle sentir más calmado.

Manteniéndole Informado

El dolor extremo pone estrés extra en su cuerpo en un momento en que éste necesita concentrarse en sanarse. No espere hasta que su dolor haya alcanzado un nivel de “10” ó sea sencillamente insoportable para informarle del mismo a su médico o enfermera. Es mucho más fácil controlar el dolor antes de que se convierta en muy severo.

Dolor Laparoscópico

Luego de un procedimiento laparoscópico, a veces se siente un dolor en el hombro. Esto se debe al gas que se insertó dentro de su abdomen durante el procedimiento. El moverse y caminar ayudan a disminuir el gas y el dolor en el hombro derecho.¹⁵



Entablillando su estómago



Imaginación guiada

Glosario de Términos y para Más Información

Glosario de Términos

Ultrasonido abdominal Este examen médico utiliza ondas de sonido para determinar la localización de estructuras profundas en el cuerpo humano. Se coloca un rodillo de mano encima de una gelatina transparente y se rueda a lo largo del abdomen.

Directrices de avance Son documentos firmados por una persona competente dando instrucciones a las personas que provee cuidado de la salud sobre las opciones de tratamiento. Estos documentos le proveen la oportunidad de indicar sus sentimientos e ideas sobre las decisiones del cuidado de su salud.

Adhesiones Bandas fibrosas o tejidos de cicatrices que causan el que órganos internos se adhieran o peguen unos con otros.

Bilirubina Examen de sangre que se utiliza para determinar cualquier trastorno en el funcionamiento del hígado o la vesícula biliar.

Contaje completo de sangre (“CBC” por sus siglas en inglés) Examen de sangre que mide los glóbulos rojos en la sangre (“RBCs”) y los glóbulos blancos (“WBCs”). Los “WBCs” aumentan cuando hay inflamación. La fluctuación normal para los glóbulos blancos (“WBCs”) es de 8,000 a 12,000.

Colangiograma endoscópico retrógrado Se introduce un endoscopio con una cámara en la punta a cámara a través de su boca, estómago e intestinos hasta llegar al conducto biliar para determinar si existen y remover piedras o cálculos de la vesícula biliar.

HIDA (Escáner hepático-biliar de ácido iminodiacético) Un tipo de examen de escaneo que produce imágenes del hígado, la vesícula biliar y los conductos biliares, una vez se inyecta un tinte de radio marcado (“radiolabeled”) en las venas.

Hernia Un levantamiento o abultamiento a través de una apertura anormal en la pared abdominal.

Colangiopancreatografía de resonancia magnética Un tipo de examen de escaneo que utiliza imanes poderosos y ondas de radio para mostrar imágenes internas del cuerpo.

Esta información es publicada para educarle sobre su procedimiento quirúrgico específico. No tiene como propósito tomar el lugar de una discusión con un cirujano calificado que esté familiarizado con su situación particular. Es importante recordar que cada individuo es diferente y que las razones y resultados de cualquier operación dependen de la condición individual del paciente.

El American College of Surgeons (“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 fundado para elevar los estándares de la práctica de la cirugía y mejorar la calidad del cuidado médico del paciente quirúrgico. El “ACS” se ha esforzado para presentar información a los pacientes con expectativas quirúrgicas basándose en información científica actual; no existe garantía alguna con respecto a la conveniencia, exactitud o utilidad de este contenido.

Para más Información

Para más información en inglés diríjase, por favor, a la página de la Red Internacional de Comunicaciones (“WEB” o “Internet”) del American College of Surgeons al: www.facs.org/patienteducation/.

La información provista en este folleto ha sido seleccionada de investigaciones clínicas recientes. Las investigaciones que aparecen enumeradas a continuación no representan toda la información que hay disponible sobre su operación.

1. Society for Surgery of the Alimentary Tract. Tratamiento de piedras o cálculos de la vesícula biliar y enfermedad de la vesícula. (2003)
2. National Institutes of Health. Piedras o cálculos de la vesícula biliar y la colecistectomía laparoscópica. *Declaración de Consenso del NIH* (1992)12:1–28
3. Nakeeb A, Cumuzzie AG, Martin L, et al. Piedras o Cálculos de la Vesícula Biliar: causas genéticas vs. el ambiente. *Annals of Surgery* (2002)235:842–849
4. Weinsier RL, Wilson LJ, Lee J. Proporción médicamente segura para la pérdida de peso en el tratamiento de la obesidad: guía basada en el riesgo de formación de piedras o cálculos en la vesícula biliar. *American Journal of Medicine* (1995) 98:115–117
5. Souba W, Fink M, Jurkovich G, et al. *Cirugía de “ACS”: Principios y Práctica*. New York, NY: WebMD, 2004
6. Petelin J. Exploración laparoscópica del conducto biliar común. *Surgical Endoscopy* (2003)17: 1705–1715
7. Leitzmann MF, Giovannucci EL, Rimm EB, et al. La relación entre la actividad física y el riesgo de desarrollar la enfermedad de piedras o cálculos en la vesícula biliar en hombres. *Annals of Internal Medicine* (1998)128:417–425
8. Leitzmann MF, Rimm EB, Willet WC, et al. La actividad física recreativa y el riesgo de una colecistectomía en las mujeres. *New England Journal of Medicine* (1999)341:777–784
9. Moga MM. Tratamiento alternativo para la enfermedad de la vesícula biliar. *Medical Hypothesis* (2003)60:143–147
10. Overend TJ, Anderson CM, Lucy SD, et al. El efecto de la espirometría incentiva en las complicaciones post-operativas. *Chest* (2001)120:971– 978
11. Graham G, Baxi L, Tharakan T. Colecistectomía laparoscópica durante la gestación: un caso en serie y revisión de literatura. *Obstetrics and Gynecology Survival* (1998)53:566–574
12. Al-Fozan H, Tulandi T. Seguridad y riesgos de la laparoscopia durante el estado de gestación. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology* (2002)14:375–379
13. Khaitan L, Apelgren K, Hunter L, et al. Un informe sobre la iniciativa de resultados de la Sociedad Americana de Cirujanos Gastrointestinales Endoscópicos (“SAGES”). *Surgical Endoscopy* (2003)17:365–370
14. Giger UF, Michel JM, Opitz I, et al. Factores de riesgos de complicaciones peri-operativas en pacientes que se someten a la colecistectomía laparoscópica: análisis de 22,953 casos consecutivos de la base de datos de la Asociación Suiza de Cirugía Laparoscópica y Toraxiscópica. *Journal of the American College of Surgeons* (2006) 203: 723–728
15. Jackson SA, Laurence AS, Hill JC. ¿Está relacionado el dolor post- laparoscópico con el bióxido de carbono residual? *Surgical Endoscopy* (2004)18:170

Revisado por: Patricia L. Turner, MD, FACS
Mark Malangoni, MD, FACS
Kathleen Heneghan, MSN, RN

© American College of Surgeons 2008

Agradecemos a la Endo-Cirugía Ethicon su apoyo en la publicación de este documento.