

Colecistectomía

Extirpación quirúrgica de la vesícula biliar



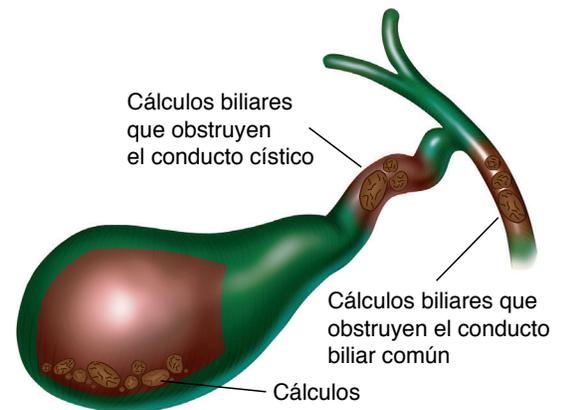
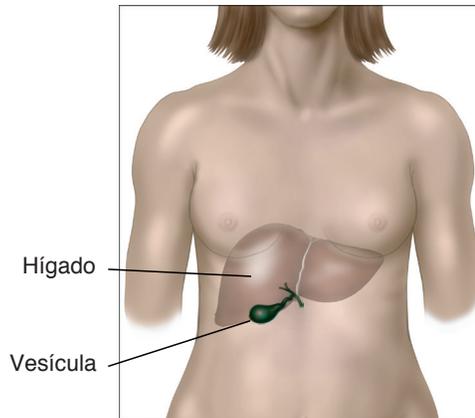
La condición

La colecistectomía es la extirpación quirúrgica de la vesícula biliar. La operación se realiza para extirpar la vesícula biliar porque los cálculos biliares causan dolor o infección.

Síntomas

Los síntomas más comunes de la colecistitis son:¹

- Dolor agudo en la parte superior derecha del abdomen
- Fiebre baja
- Náuseas e hinchazón
- **Puede producirse ictericia** (coloración amarilla de la piel) si los cálculos biliares están en el conducto biliar común



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, evitará que los cálculos biliares vuelvan a aparecer.

Los posibles riesgos incluyen: fuga de bilis, lesión del conducto biliar, sangrado, infección de la cavidad abdominal (peritonitis), fiebre, lesión hepática, infección, entumecimiento, cicatrices elevadas, hernia en la incisión, complicaciones de la anestesia, punción del intestino y muerte.⁴

Riesgos de no operarse: posibilidad de que el dolor continúe, empeoramiento de los síntomas, infección o rotura de la vesícula biliar, enfermedad grave y, posiblemente, la muerte.⁵

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

Expectativas:

Antes de la operación: la evaluación suele incluir análisis de sangre, de orina y un ultrasonido abdominal. El/La cirujano/a y el/la anestesista revisarán su historia clínica, los medicamentos de venta libre y las opciones para el control del dolor.

El día de su operación: no comerá durante 4 horas, pero puede beber líquidos claros hasta 2 horas antes de la operación.

Por lo general, tomará su medicación normal con un sorbo de agua. Necesitará que alguien lo/la lleve a casa.

Su recuperación: si no tiene complicaciones, generalmente se irá a casa el mismo día después de un procedimiento laparoscópico o en 1 o 2 días después de un procedimiento abierto.⁵

Llame a el/la cirujano/a si tiene dolor intenso, calambres estomacales, escalofríos, fiebre alta (más de 101 °F o 38.3 °C), mal olor o aumento del drenaje de la incisión, la piel se vuelve amarilla, no hay deposiciones durante tres días o vomita o tiene incapacidad de retener los líquidos.

Opciones de tratamientos

Procedimiento quirúrgico²

Colecistectomía laparoscópica: se extirpa la vesícula biliar con instrumentos colocados en pequeñas incisiones en el abdomen.

Colecistectomía abierta: la vesícula biliar se extrae a través de una incisión en el lado derecho bajo la caja torácica.

Procedimiento no quirúrgico

Extirpación de cálculos por endoscopia

Para cálculos biliares sin síntomas

Espera en observación para todos los pacientes³
Aumento del ejercicio

La primera página es un resumen. Para más información detallada, lea el documento completo.

La condición, análisis comunes y preguntas

La condición

La vesícula biliar

La vesícula biliar es un pequeño órgano en forma de pera debajo del hígado. El hígado produce de 3 a 5 tazas de bilis al día que se almacenan en la vesícula biliar. La vesícula biliar envía bilis al intestino delgado a través de conductos para ayudar a digerir las grasas en los alimentos.¹

Cálculos biliares

Los cálculos biliares son líquido digestivo endurecido que se puede formar en la vesícula biliar. Los cálculos biliares pueden salir de la vesícula biliar y bloquear el flujo de bilis a través de los conductos y causar dolor e inflamación de la vesícula biliar (colecistitis).

Los análisis comunes

Historia y examen físico⁶

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

Pruebas adicionales (ver glosario)

Otras pruebas pueden incluir:

- Análisis de sangre, incluido el conteo sanguíneo completo
- Pruebas de la función hepática
- Perfil de coagulación
- **El ultrasonido abdominal** es el estudio más común para la enfermedad de la vesícula biliar. Es posible que le pidan que no coma durante 8 horas antes de la prueba.
- **Gammagrafía hepatobiliar con ácido iminodiacético (exploración HIDA)**

- **Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE)**
- **Colangiopancreatografía por resonancia magnética (CPRM)**

Los cálculos biliares son más comunes en personas que:⁴

- Son nativos americanos
- Tienen antecedentes familiares de cálculos biliares
- Tienen sobrepeso
- Tienen anemia falciforme
- Están embarazadas
- Pierden peso rápidamente
- Usan estrógenos para controlar la menopausia

Colecistitis en niños

La inflamación de la vesícula biliar en los niños puede ser causada por cálculos biliares. Esto se llama colecistitis aguda (repentina) calculosa (con cálculos biliares) (ACC, por sus siglas en inglés). La ACC es más común en niños con enfermedades intestinales y anemia falciforme.⁷ Los niños con enfermedad de células falciformes deben someterse a un ultrasonido para detectar cálculos biliares.⁸ Un tipo de colecistitis más frecuente en niños es la colecistitis aguda alitiásica (sin cálculos biliares) (AAC, por sus siglas en inglés). Los niños con colecistitis que tienen dolor, fiebre, náuseas o ictericia (piel amarilla) pueden tratarse con líquidos intravenosos, antibióticos y analgésicos no opioides en el hospital. La colecistectomía puede recomendarse para niños con cálculos biliares dolorosos. El procedimiento se realiza con mayor frecuencia por vía laparoscópica a través de pequeñas incisiones en el ombligo o el abdomen.

Preguntas

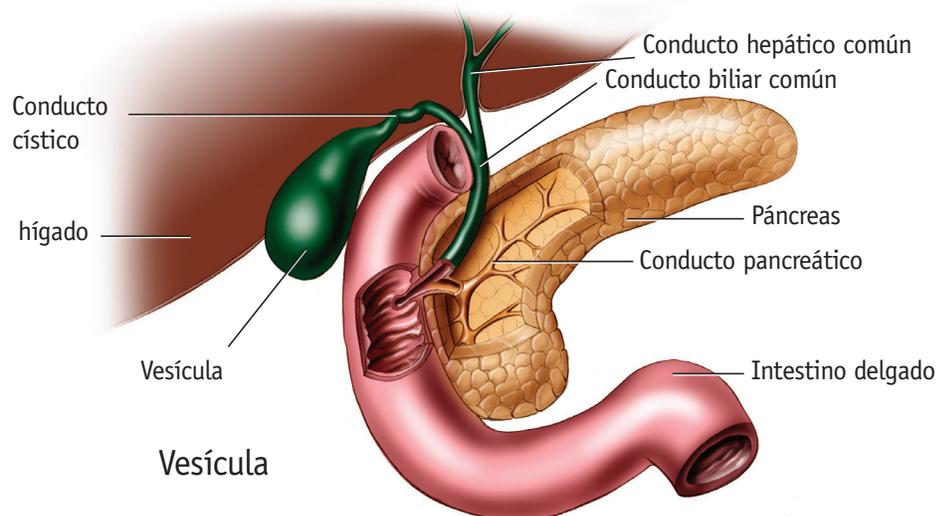
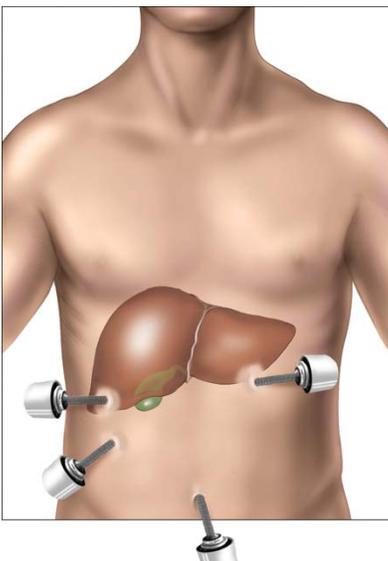
Sobre mi operación:

- ¿Cuáles son los riesgos y efectos secundarios de la anestesia general?
- ¿Qué tipo de procedimiento se usará para extirpar la vesícula biliar, laparoscópica o abierta?
- Pregúntele a el/la cirujano/a con qué frecuencia realizan este procedimiento.
- ¿Cuáles son los riesgos de este procedimiento para mí o para mi hijo/a?
- ¿Cuánto dolor debería esperar después de la cirugía y cómo se controlará?
- ¿En cuánto tiempo podré volver a mi rutina (trabajar, conducir y levantar peso)?
- ¿Qué puedo esperar después de la operación?
- ¿Qué tipo de atención tendré que proporcionarme?
- ¿Tendré drenajes o tubos?

Colecistectomía laparoscópica

Esta técnica es la más común para la colecistectomía.² El/La cirujano/a hará varias incisiones pequeñas en el abdomen. Se insertan puertos (tubos huecos) en el abdomen, a través de las aberturas. Se colocan los instrumentos quirúrgicos y una cámara con luz en los puertos. Se infla el abdomen con gas de dióxido de carbono para que sea más fácil ver los órganos internos. Se extirpa la vesícula biliar y se cierran los orificios con suturas, clips quirúrgicos o pegamento.

Colecistectomía laparoscópica



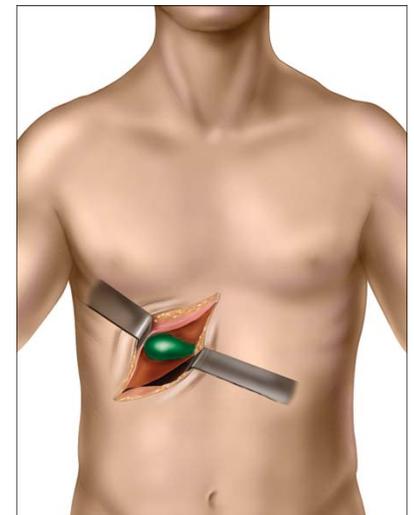
Colecistectomía abierta

El/La cirujano/a hace una incisión de aproximadamente 6 pulgadas de largo en la parte superior derecha del abdomen y corta la grasa y el músculo para llegar a la vesícula biliar. Se extirpa la vesícula biliar y se sujeta el conducto cístico. El sitio se cierra con grapas o suturas. Se puede colocar un pequeño drenaje que va desde el interior hacia el exterior del abdomen. El drenaje generalmente se retira en el hospital. El/La cirujano/a puede comenzar con una técnica laparoscópica y necesitar cambiar (convertir) a una técnica de laparotomía abierta.

El procedimiento toma alrededor de 1 a 2 horas.

- La tasa de conversión de cirugía laparoscópica a abierta para cirugía electiva en pacientes sanos es del 7.5 %.⁹
- La posibilidad de conversión aumenta hasta un 30 % si tiene más de 50 años, es hombre y tiene colecistitis aguda; ha tenido operaciones abdominales anteriores; o tiene fiebre alta, bilirrubina alta, ataques repetidos de vesícula biliar o condiciones que limitan su actividad.^{9,10}

Colecistectomía abierta



Tratamiento no quirúrgico

Los cálculos biliares afectan aproximadamente a 1 de cada 7. Al ochenta por ciento de los adultos con cálculos biliares no les molesta y muchos pasan 20 años sin síntomas.¹¹ Las pautas actuales recomiendan una espera en observación hasta que causen síntomas.³

Si tiene cálculos biliares sin dolor, haga ejercicio al menos 2 o 3 veces por semana para reducir el riesgo de colecistitis. Coma más frutas y verduras y menos azúcar, carbohidratos y grasas.

Los riesgos basados en la calculadora de riesgo del American College of Surgeons (ACS)

Colecistectomía abierta y colecistectomía laparoscópica de la calculadora de riesgo del ACS - 1 de julio de 2021

Riesgos	Porcentajes para un/una paciente promedio	Información para usted
Neumonía: infección en los pulmones	Abierta 1.7 % Laparoscópica 0.2 %	Puede disminuir su riesgo si se enjuaga con un enjuague bucal antiséptico la mañana de su operación (para disminuir las bacterias en la boca), deja de fumar antes de la operación y se levanta con frecuencia para caminar después de la operación.
Problemas cardíacos: un ataque cardíaco o un paro cardíaco repentino	Abierta 0.9 % Laparoscópica 0.1 %	La anestesia puede afectar los problemas del corazón o de los pulmones. El/La anestesista revisará su historia clínica y le sugerirá la mejor opción.
Infección de la herida	Abierta 7.0 % Laparoscópica 1.0 %	Los antibióticos no se administran de forma rutinaria excepto en pacientes de alto riesgo. Debe lavarse el abdomen con un jabón antimicrobiano (como el Dial) la noche anterior a la operación.
Infección del tracto urinario: infección de la vejiga o de los riñones	Abierta 0.8 % Laparoscópica 0.4 %	Se puede colocar un catéter de Foley durante la cirugía para drenar la orina. Infórmele a su equipo de cirugía si tiene problemas para orinar después de retirar el tubo; esto es más común en hombres mayores o si se usa una epidural para el dolor.
Coágulo: un coágulo en las piernas que puede viajar a los pulmones	Abierta 1.0 % Laparoscópica 1.0 %	Una cirugía más larga y el reposo incrementan el riesgo. Caminar 5 veces al día y usar medias de soporte reducen el riesgo.
Falla renal (de los riñones): los riñones ya no funcionan para crear orina o limpiar la sangre de toxinas	Abierta 0.9 % Laparoscópica 0.1 %	Los problemas renales preexistentes, la diabetes tipo 1, tener más de 65 años y otros medicamentos pueden aumentar el riesgo.
Regreso a la cirugía	Abierta 2.7 % Laparoscópica 0.6 %	La fuga de bilis o un cálculo retenido pueden hacer que deba regresar a cirugía o que se requieran procedimientos adicionales de endoscopia o radiología. El equipo de cirugía está preparado para reducir los riesgos de volver al quirófano. ¹
Muerte	Abierta 0.8 % Laparoscópica 0.1 %	El equipo de cirugía está preparado para posibles complicaciones y disminuir todos los riesgos.
Alta a un centro de enfermería o rehabilitación	Abierta 7.6 % Laparoscópica 0.7 %	Las condiciones de salud preexistentes pueden aumentar este riesgo.
Lesión o fuga del conducto biliar ^{*12}	Abierto 1/1,000 pacientes	La lesión puede ocurrir entre 1 semana y 6 meses después de la operación debido a fiebre, dolor, ictericia o fuga de bilis por la incisión. Es posible que se necesiten más pruebas y cirugía. ¹²
Cálculo del conducto biliar común retenido ^{*1}	Abierto 1.8 %	Un cálculo biliar puede pasar después de la cirugía y bloquear el drenaje de la bilis. El cálculo debe extraerse debido a un mayor riesgo de obstrucción biliar o inflamación del páncreas o del conducto biliar. ¹
Complicaciones del embarazo, parto prematuro y pérdida fetal [*]	Pérdida fetal 4 % (extirpación sin complicaciones) hasta el 60 % si hay pancreatitis	La mayoría de las mujeres embarazadas con cálculos biliares no tendrá síntomas durante el embarazo. Si tiene una enfermedad biliar o pancreatitis, se le ofrecerá la extirpación de la vesícula biliar para reducir las complicaciones maternas. ¹³

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

*Resultados de los últimos 10 años de bibliografía

La calculadora de riesgos quirúrgicos ACS estima el riesgo de un resultado no favorable. Los datos provienen de un gran número de pacientes que tuvieron un procedimiento similar a este. Si es saludable y no tiene problemas de salud, sus riesgos podrían estar por debajo del promedio. Si fuma, tiene obesidad o enfermedades cardíacas, entonces su riesgo podría ser mayor.

No se pretende que la información reemplace el consejo de un/una doctor/a o un/una profesional de la salud. Para revisar los riesgos, consulte la calculadora de riesgos del ACS ingresando en <http://riskcalculator.facs.org>.

Expectativas:

Preparación para su operación

Preparación para su operación

Medicamentos de venta libre

Traiga la lista de todos los medicamentos y vitaminas que esté tomando, incluidos anticoagulantes, aspirinas o antiinflamatorios no esteroideos (AINE). Algunos medicamentos pueden afectar su recuperación y respuesta a la anestesia y es posible que deban ajustarse antes y después de la cirugía. Por lo general, puede tomar su medicamento matutino con un sorbo de agua. Puede encontrar recursos sobre medicamentos en www.facs.org/patienteducation/medications.html.

Anestesia

Avísele al/a la anestesista si tiene o tuvo alergias, enfermedades neurológicas (epilepsia, accidente cerebrovascular), enfermedades cardiovasculares, enfermedades estomacales, enfermedades pulmonares (asma, enfisema), enfermedades endocrinas (diabetes, enfermedades de la tiroides), dentadura floja; si fuma, consume alcohol o drogas, incluida la marihuana, o toma alguna hierba o vitamina; o si tiene antecedentes de náuseas y vómitos con la anestesia.

Si fuma, avísele al equipo de cirugía y considere dejarlo. Dejar de fumar antes de la cirugía puede disminuir las complicaciones respiratorias y de heridas, e incrementar sus posibilidades de tener una vida libre de tabaco. Puede encontrar fuentes que lo/la ayudarán a dejarlo ingresando a www.facs.org/patienteducation/quitsmoking.html.

Duración de la hospitalización

Si tiene una colecistectomía laparoscópica, puede irse a casa el mismo día. Puede quedarse la noche si tuvo una colecistectomía abierta, una reparación laparoscópica con un tiempo de anestesia más largo, náuseas y vómitos intensos después de la cirugía, o si no puede orinar.

El día de la operación

- No coma durante 4 horas ni beba nada que no sean líquidos claros durante al menos 2 horas antes de la operación.
- Dúchese y limpie su abdomen y el área de la ingle con un jabón antibacteriano suave.
- Cepíllese los dientes y enjuáguese la boca con enjuague bucal.
- No rasure el área de la cirugía, el equipo de cirugía rasurará el vello cerca de la zona de incisión.

Qué traer

- Tarjeta del seguro e identificación
- Instrucciones anticipadas (ver glosario)
- Lista de medicamentos
- Ropa cómoda y holgada
- Calzado fácil de ponerse que no requiera agacharse
- Dejar las joyas y pertenencias valiosas en casa

Qué puede esperar

Se le colocará en la muñeca un brazalete de identificación y un brazalete de alergias con su nombre y número de historia clínica. Los miembros del equipo sanitario los revisarán antes de realizar cualquier procedimiento o darle medicación. El/La cirujano/a puede marcar la zona de la operación.

Fluidos y anestesia

Se le insertará una vía intravenosa (IV) para administrarle fluidos y medicación. Para la anestesia general, estará dormido/a y sin dolor. Se le intubará por la garganta para ayudarlo a respirar durante la cirugía. Para la anestesia espinal, se le inyecta medicamento por medio de una aguja pequeña en la espalda, cerca de la columna vertebral.

Después de la cirugía

Lo/La trasladarán a una sala de internación en donde controlarán de cerca su frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno, presión arterial y diuresis. Asegúrese de que todas las visitas se laven las manos.

Prevención de neumonía y coágulos

Mantenerse en movimiento y respirar profundo luego de la cirugía puede ayudarlo a prevenir complicaciones postoperatorias, como coágulos, fluidos en los pulmones y neumonía. Cada hora respire profundo de 5 a 10 veces y mantenga la respiración de 3 a 5 segundos.

Puede reducir los coágulos de sangre al levantarse y caminar 5 o 6 veces por día, al utilizar medias y botas de compresión en las piernas y, para pacientes con riesgos altos, al tomar una medicación anticoagulante.

Recuperación y alta

SAMPLE

Lo/La mantenemos informado/a

Alimentos ricos en fibra

- Los alimentos ricos en fibras incluyen los porotos, cereal de salvado y panes integrales, guisantes, frutos secos (higos, albaricoques y dátiles), frambuesas, zarzamoras, frutillas, brócolis, papas cocidas con piel, ciruelas, manzanas, hojas verdes y nueces.



Recuperación y alta

Pensar con claridad

La anestesia o los analgésicos pueden hacer que se sienta diferente durante 2 o 3 días, que tenga dificultad con la memoria o que se sienta más fatigado. No debería conducir, beber alcohol ni tomar ninguna decisión importante por al menos 2 días.

Nutrición

- Cuando se despierte de la anestesia, podrá beber pequeñas cantidades de líquido. Si no se siente descompuesto/a, puede comenzar a comer alimentos regulares.
- Siga tomando cerca de 8 a 10 vasos de agua al día.
- Coma una dieta rica en fibras para no esforzarse cuando tenga movimientos intestinales.

Actividad

- De a poco vaya aumentando la actividad. Los pacientes suelen tardar de 1 a 3 semanas en volver cómodamente a la actividad normal.
- Las personas sexualmente activas antes de la operación dicen poder volver a la actividad sexual en 14 días (promedio).

Trabajo y vuelta a la escuela

- Por lo general, puede regresar al trabajo 1 semana después de la cirugía laparoscópica o abierta, siempre que no levante objetos pesados. Discuta el momento con el/la cirujano/a. Por lo general, se desaconseja levantar objetos que pesen más de 10 libras o participar en actividades extenuantes durante al menos 4 a 6 semanas.



Lavado de manos



Steri-Strips®

Cuidado de la herida

- Siempre lávese las manos antes y después de tocar cerca de la zona de incisión.
- No tome baños en bañera hasta que le quiten los puntos, Steri-Strips® o grapas. Puede ducharse luego del segundo día posoperatorio a menos que le indiquen lo contrario.
- Es normal que la incisión drene un poco. Si el apósito está empapado en sangre, llame al/a la cirujano/a.
- Si le colocaron puntos Steri-Strips, se caerán en de 7 a 10 días.
- Si tiene un revestimiento de pegamento sobre la herida, solo deje que el pegamento se descascare solo.
- Evite usar prendas apretadas o de material áspero. Podrían rozar las incisiones y dificultar el proceso de sanación.
- Las cicatrices sanarán entre aproximadamente 4 y 6 semanas; se ablandarán y desaparecerán el siguiente año.
- Vea el folleto sobre heridas quirúrgicas en facs.org/woundcare.
- **Cuándo llamar al/la cirujano/a**
 - Dolor incesante o que empeora
 - Fiebre alta mayor a 101°F o 38.3°C
 - Vómitos continuos
 - Enrojecimiento, hinchazón, sangrado o secreción con mal olor de la herida
 - Dolor abdominal fuerte o continuo, o hinchazón
 - Sin movimientos intestinales luego de 2 o 3 días de la cirugía

Control del dolor

Control del dolor

Su dolor se puede controlar con acetaminofén (Tylenol®) e ibuprofeno (Motrin®, Advil®). Las terapias sin medicamentos, como el hielo, también pueden ser efectivas. Si siente un dolor intenso que le impide moverse y dormir, quizás necesite un medicamento opiode. Para el día 4, la mayoría de las personas no reporta dolor intenso después de una cirugía. El dolor de la incisión quirúrgica generalmente desaparece en 7 a 10 días. Consulte la **Guía de control del dolor seguro y eficaz** a continuación o en el sitio web de ACS para obtener más información. <https://www.facs.org/education/patient-education/safe-pain-control>

¿Qué tan intenso es mi dolor?	¿Qué puedo tomar para sentirme mejor?	Terapias más comunes
<ul style="list-style-type: none"> Apenas percibo mi dolor y no interfiere con mis actividades. Percibo mi dolor y me distrae, pero aún puedo hacer actividades (sentarme, caminar, pararme). 	<p>Terapias sin medicamentos</p> <p>+</p> <p>Medicamentos orales no opioides</p> <ul style="list-style-type: none"> Tómelos según sea necesario cuando sienta dolor. Estos ayudan a disminuir el dolor y la hinchazón (inflamación) 	<p>Terapias sin medicamentos</p> <ul style="list-style-type: none"> Hielo, elevación, descanso, meditación, masaje, distracción (música, TV, juegos) caminata y ejercicio leve Inmovilización del abdomen con almohadas <p>Medicamentos no opioides</p> <ul style="list-style-type: none"> Acetaminofén (Tylenol®) Medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINE), aspirina, ibuprofeno (Motrin®, Advil®) naproxeno (Aleve®)
<ul style="list-style-type: none"> Mi dolor es difícil de ignorar y es más notorio incluso cuando descanso. Mi dolor interfiere en mis actividades cotidianas. 	<p>Terapia sin medicamentos</p> <p>+</p> <p>Medicamento oral no opioides</p> <p>Tómelos con horarios programados.</p>	<p>Tome medicamentos no opioides en un horario regular en lugar de según sea necesario. (Por ejemplo: Tylenol® cada 6 horas a las 9 a. m., 3 p. m., 9 p. m., 3 a. m. y Motrin® cada 6 horas a las 12 a. m., 6 a. m., 12 p. m., 6 p. m.)</p>
<ul style="list-style-type: none"> Estoy enfocado en mi dolor y no puedo realizar mis actividades cotidianas. Estoy gimiendo de dolor y no puedo dormir. No puedo hacer nada. Mi dolor es demasiado intenso y no puedo pensar en otra cosa. 	<p>Terapia sin medicamentos</p> <p>+</p> <p>Medicamento oral no opioides</p> <ul style="list-style-type: none"> Tómelos con horarios programados. <p>Opioides de acción corta</p> <ul style="list-style-type: none"> Tómelos durante unos días y disminuya o deténgase lo antes posible. 	<p>Los opioides bloquean el dolor y dan una sensación de euforia (sentirse drogado). La adicción, un efecto secundario grave de los opioides, es rara con el uso a corto plazo.</p> <p>Los ejemplos de opioides de acción corta incluyen: tramadol (Ultram®), hidrocodona (Norco®, Vicodin®), hidromorfona (Dilaudid®)</p>

Más información

GLOSARIO

Adherencias: una banda o cicatriz fibrosa que hace que los órganos internos se adhieran o se peguen entre sí.

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

Bilis: líquido producido por el hígado y almacenado en la vesícula biliar que ayuda en la digestión de las grasas.

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 de la vesícula biliar para verificar si hay cálculos biliares restantes.

Colangiopancreatografía por resonancia magnética (CPRM): una técnica de imágenes médicas que utiliza imágenes de resonancia magnética para visualizar los conductos biliares y pancreáticos.

Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE): se pasa un tubo con una luz y una cámara en el extremo a través de la boca, el estómago y los intestinos para verificar las condiciones de los

conductos biliares y el conducto pancreático principal y para extraer los cálculos biliares.

Conteo sanguíneo completo: un conteo sanguíneo completo (CBC, por sus siglas en inglés) mide sus glóbulos rojos (RBC, por sus siglas en inglés) y glóbulos blancos (WBC, por sus siglas en inglés). Los WBC aumentan con la inflamación. El rango normal de WBC es de 5,000 a 10,000.

Cálculos biliares (colecistitis): depósitos endurecidos de líquido digestivo que se pueden formar en la vesícula biliar.

Cólico biliar: dolor repentino en el abdomen causado por un espasmo u obstrucción del conducto cístico o biliar que dura más de 30 minutos.

Exploración hepatobiliar con ácido iminodiacético o gammagrafía de la vesícula biliar (HIDA): una exploración que muestra imágenes del hígado, la vesícula biliar y los conductos biliares después de la inyección de un tinte en las venas.

Instrucciones anticipadas: los documentos firmados por una persona competente que da la directriz a los/las profesionales

de la salud sobre las opciones de tratamiento. Le dan la oportunidad de expresar sus sentimientos sobre las decisiones de atención médica.

Pancreatitis por cálculos biliares: los cálculos biliares pueden moverse y bloquear el conducto biliar común, el conducto pancreático o ambos.

Ultrasonido abdominal: se utiliza un transductor manual, o sonda, para proyectar y recibir ondas de sonido para determinar la ubicación de estructuras profundas en el cuerpo. Se frota un gel sobre la piel del paciente para que las ondas de sonido no se distorsionen cuando atraviesan la piel.

Vesícula biliar: la vesícula biliar es un pequeño órgano en forma de pera debajo del hígado. El hígado produce de 3 a 5 tazas de bilis al día que se almacenan en la vesícula biliar.

Se puede acceder a las referencias del folleto escaneando el siguiente código QR:



DESCARGO DE RESPONSABILIDAD

Esta información se publica para educarlo sobre su procedimiento quirúrgico específico. Su propósito no es reemplazar la consulta que se realiza con un/a cirujano/a calificado/a que está al tanto de 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.

El American College of Surgeons (ACS) es una organización científica y educativa que se dedica a la práctica ética y competente de la cirugía. Fue fundado para elevar los estándares de la práctica quirúrgica y mejorar la calidad de la atención al/la paciente quirúrgico/a. El ACS ha asumido el compromiso de presentar información para los posibles pacientes quirúrgicos a partir de la información científica actual; no se garantiza la actualidad, precisión o utilidad del contenido del presente.

Para obtener más información sobre pruebas y procedimientos, visite el sitio web de los Institutos Nacionales de Salud en www.nlm.nih.gov/medlineplus/encyclopedia.html.

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

Inicialmente revisado en el 2009 por:
Patricia Lynne Turner, MD, FACS
Kathleen Heneghan, RN, MSN
Mark Malangoni, MD, FACS

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

Revisado en el 2022 por:
Nancy Strand, MPH, RN
Dan Eisenberg, MD, MS, FACS,
FASMB
Kyle Vincent, MD, FACS