



Apendectomía

Surgical Removal of the Appendix

Educación al Paciente

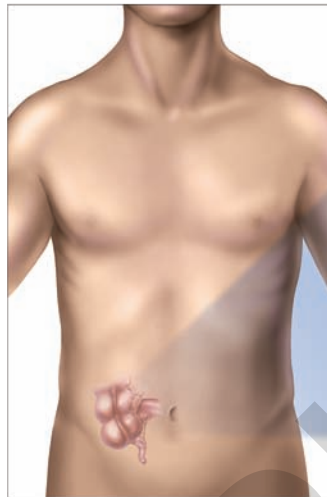
El propósito de este material educativo es ayudarle a estar más informado y dotarle de las destrezas y el conocimiento necesarios para que participe activamente en su cuidado médico.

Manteniéndole Informado

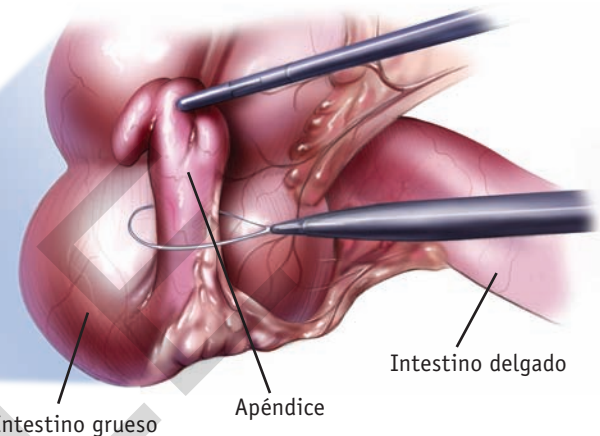
Esta información le ayudará a entender mejor su operación o cirugía y el papel que usted mismo juega en su sanación.

Aquí se le provee información sobre:

Ojeada de la Apendectomía	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



Remoción del Apéndice



Opciones de Tratamiento

Cirugía

Apendectomía laparoscópica—El apéndice se remueve con instrumentos colocados dentro de incisiones pequeñas que se hacen en el abdomen.

Apendectomía abierta—El apéndice se remueve a través de una incisión que se hace en el lado derecho bajo del abdomen.

No-Cirugía

La cirugía es la única opción para una infección aguda (repentina) del apéndice.

Beneficios y Riesgos

Una apendectomía removerá el órgano infectado y aliviará el dolor. Una vez que el apéndice es removido, la apendicitis no volverá a ocurrir. El riesgo de no hacerse la cirugía es que el apéndice puede reventarse resultando en una infección abdominal llamada peritonitis.

Algunas de las posibles complicaciones incluyen abscesos, infección de la herida o abdomen, bloqueo intestinal, hernia en la incisión, pulmonía, riesgo de parto prematuro (si usted está embarazada) y muerte.

Expectativas

Antes de su operación—La evaluación incluye, por lo general, exámenes o pruebas sanguíneas de laboratorio, un análisis de orina, y un escaneo tipo “CT” (“CT scan”) del abdomen o una prueba/examen diagnóstico abdominal de ultrasonido. Su cirujano y anestesiista revisarán su historial de salud, las medicinas que esté tomando y discutirán con usted las opciones que tendrá para controlar el dolor.

El día de su operación—A usted no se le permitirá comer o beber mientras está siendo evaluado para una apendectomía de emergencia.

Su recuperación—Si no tiene complicaciones, por lo general se le da de baja del hospital en 1 ó 2 días luego de su laparoscopia o procedimiento abierto.

Llame a su cirujano inmediatamente si siente un dolor severo o agudo, si tiene calambres estomacales, si tiene fiebre alta, si de su incisión sale un olor fuerte, si aumenta el drenaje (la supuración) que sale de su incisión o si no puede evacuar durante 3 días.

La Condición

La apendectomía es el remover quirúrgicamente el apéndice. La operación se hace para remover un apéndice infectado. Cuando un apéndice está infectado, condición llamada apendicitis, puede reventarse y derramar bacterias y excreta dentro del abdomen.

Síntomas comunes

- Dolor abdominal que comienza cerca del ombligo
- Falta de apetito (no querer comer)
- Fiebre baja
- Náuseas y a veces vómitos
- Diarrea o constipación

La primera página es una ojeada general. Para información más detallada, revise todo el documento.

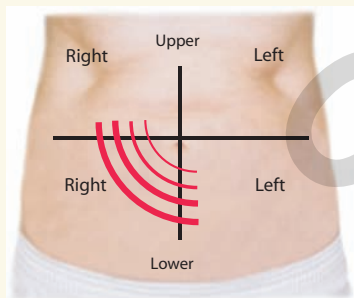
La Condición, Señales y Síntomas, y Pruebas Diagnósticas o Exámenes

Manteniéndole Informado

Dolor de Apendicitis

El dolor puede ser diferente para cada persona porque el apéndice puede estar tocando distintos órganos. Esto puede ser confuso y hacer difícil un diagnóstico de apendicitis.

Por lo general el dolor comienza en el área alrededor del ombligo y luego se mueve al lado derecho bajo del abdomen (el bajo vientre.) Generalmente el dolor empeora cuando el paciente (la persona) camina o habla. Durante la gestación, el apéndice se encuentra localizado en una posición más alta en el abdomen, de manera que el dolor parece provenir de la parte alta del abdomen (el alto vientre.) Por lo general, entre las personas adultas mayores o envejecientes, los síntomas no son tan notorios puesto que la hinchazón entre ellas es menor.^{1,2}



Existen otros desórdenes médicos o enfermedades que tienen síntomas similares a la apendicitis, tales como la enfermedad de intestinos inflamados, la enfermedad pélvica inflamatoria, la gastroenteritis, infección de las vías urinarias, pulmonía del lóbulo derecho bajo, el divertículo de Meckel, la intususcepción (cuando un segmento del intestino es succionado dentro de otro segmento) y la constipación.

La Condición

El Apéndice

El apéndice es un saco pequeño que cuelga del intestino grueso donde se juntan el intestino grueso y el delgado. Si el apéndice se bloquea y se hincha, dentro del saco pueden crecer bacterias. La causa de infección puede ser una enfermedad, mucosidad gruesa, excreta dura atrapada en la apertura del apéndice o parásitos.

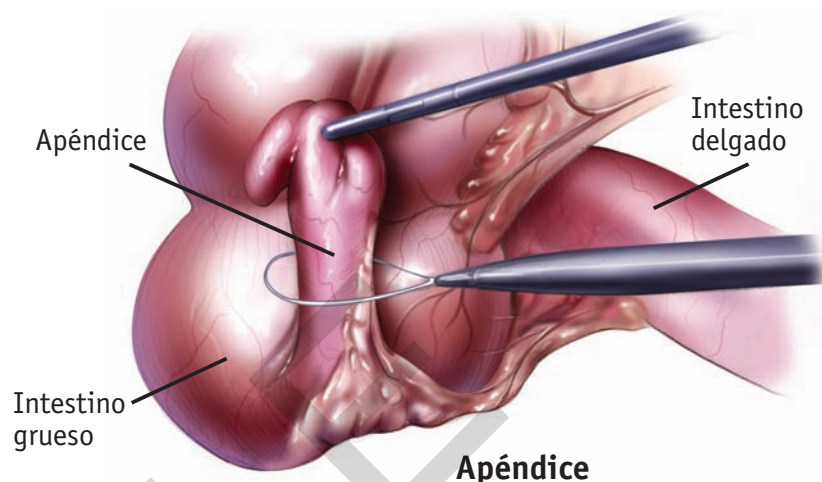
Apendicitis

La apendicitis es una infección del apéndice. La infección y la hinchazón pueden disminuir la cantidad de sangre que se le supe a la pared del apéndice. Esto ocasiona la muerte de tejidos y el apéndice puede rasgarse o reventarse ocasionando que tanto bacterias como excreta se suelten dentro del abdomen. A esto se le llama una ruptura de apéndice. Una ruptura de apéndice puede ocasionar que el paciente sufra una peritonitis, que es una infección total de su abdomen. La apendicitis afecta a 1 de cada 1,000 personas, la mayoría de éstas entre las edades de los 10 a los 30 años de edad. Es una causa común para operaciones en los niños y es la emergencia quirúrgica más común entre mujeres que están en estado de embarazo.

La apendectomía es la remoción quirúrgica del apéndice.

Síntomas

- Dolor estomacal que usualmente comienza alrededor del ombligo y entonces se mueve comúnmente hacia el lado derecho del bajo vientre o abdomen.
- Pérdida de apetito
- Fiebre baja, de menos de 100.3°F
- Náuseas y, a veces, vómitos
- Diarrea o constipación (estreñimiento)



Pruebas Diagnósticas o Exámenes Comunes

Historial y Pruebas (Exámenes) Físicos

El enfoque será sobre su dolor abdominal.

Exámenes (vea el glosario)

Ultrasonido Abdominal—chequeo para determinar si existe un apéndice agrandado.

Escaneo de Tomografía Computarizada (“CT scan”)—chequeo para determinar si existe un apéndice agrandado e infección.

Contaje Completo de Sangre (“CBC”)—un examen de sangre para determinar si hay infección.

Examen Rectal—chequeo para determinar si hay algún área demasiado tierna al tocarse en el lado derecho y para determinar si existen cualesquiera problemas rectales que puedan estar causando el dolor abdominal.

Examen Pélvico—puede hacerse a las mujeres jóvenes para chequear y determinar si el dolor proviene de problemas ginecológicos, tales como una inflamación pélvica o infección

Análisis de Orina—se hace un chequeo para determinar si hay alguna infección en su orina que pueda estar causando el dolor abdominal

Electrocardiograma (“ECG”)—a veces se le hace a personas adultas mayores o envejecientes para asegurarse de que el dolor no está siendo causado por problemas con el corazón

Tratamiento Quirúrgico y No-quirúrgico

Tratamiento Quirúrgico

Una operación es la única opción para una infección aguda del apéndice.

Apendectomía Laparoscópica

Esta técnica es la más común para la apendicitis simple. El cirujano hará de 1 a 3 pequeñas incisiones en el abdomen. Un puerto (tubo de goma) se inserta dentro de una de las incisiones y se infla el abdomen con el gas llamado bióxido de carbono. Este proceso le permite al cirujano ver el apéndice con mayor facilidad. A través de otro puerto se inserta un laparoscopio. Este parece un telescopio con una luz y una cámara en la punta, de manera que el cirujano pueda ver dentro del abdomen. En las otras aperturas pequeñas se insertan instrumentos quirúrgicos y se utilizan para remover el apéndice. El área se lava con un líquido estéril para disminuir el riesgo de una infección mayor. El bióxido de carbono sale a través de las incisiones y entonces se cierran las mismas con suturas o grapas o se cubren con un vendaje que parece pegamento y tirillas de sutura estériles ("steri-strips"). Puede que su cirujano comience el procedimiento con una técnica laparoscópica y luego necesite cambiar a una técnica abierta. El cambio se hace para su mayor seguridad.

Apendectomía Abierta

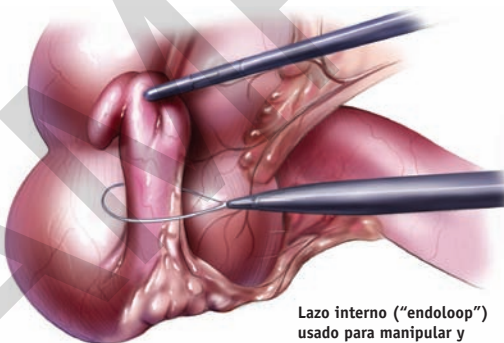
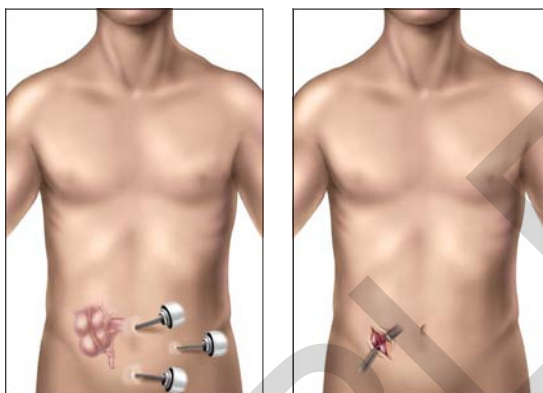
El cirujano hace una incisión aproximadamente de 2 a 4 pulgadas de largo en el lado bajo derecho del abdomen (el bajo vientre) y corta a través de las capas de grasa y músculo hasta llegar al apéndice. El apéndice es entonces removido del intestino. El área se lava con un líquido estéril para disminuir el riesgo de una infección mayor. Puede que se le coloque un tubito o goma de drenaje que va desde el interior hasta el exterior del abdomen. Por lo general este tubito de drenaje o goma se le remueve luego en el hospital. El área se cierra entonces con suturas o grapas o se cubre con un vendaje que parece pegamento y tirillas de sutura estériles ("steri-strips").

Tratamiento No-Quirúrgico

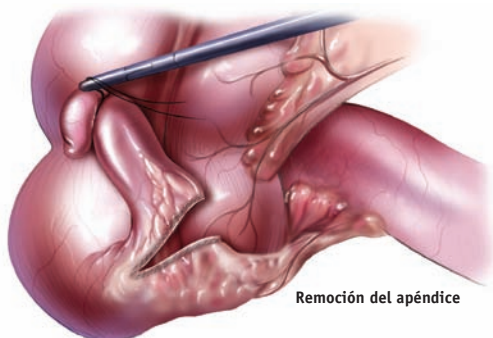
Si tiene algunos de los síntomas de apendicitis, su cirujano puede monitorearlo u observarlo para ver si los síntomas empeoran. Si tiene un absceso (una colección de pus), su cirujano puede comenzar primero con un tratamiento de antibióticos y puede que le pida que regrese en las próximas 4 a 6 semanas para realizarle una cirugía electiva.

Laparoscopia vs. Apendectomía Abierta

Apendectomía Laparoscópica Apendectomía Abierta



Lazo interno ("endoloop") usado para manipular y posicionar el apéndice



Remoción del apéndice

Manteniéndole Informado

Fluctuaciones de Conversión

Las fluctuaciones o índices de conversión de un procedimiento laparoscópico a un procedimiento abierto tienen un promedio de 110 por cada 1,000 pacientes.² La conversión a una técnica abierta se debe más comúnmente a adhesiones (bandas de tejidos como de cicatrices que se adhieren o pegan a los órganos internos), luego de una perforación (ruptura) y/o una peritonitis.^{3,4}

Consideraciones Pediátricas

No se ha reportado diferencia alguna entre el tiempo de estadía en el hospital para procedimientos laparoscópicos o abiertos en casos de no-ruptura (2.3 versus 2.0 días) y casos de ruptura de apéndices (5.5 versus 6.2 días).⁵

Ruptura del Apéndice

Desafortunadamente, mucha gente no se da cuenta que tiene apendicitis hasta que el apéndice revienta. Si esto ocurre, ocasiona problemas más serios. La incidencia de ruptura del apéndice es de 270 por cada 1,000 pacientes. Esta cifra es mayor entre los pacientes muy jóvenes y los muy ancianos, y es también mayor durante el estado de gestación en la mujer porque los síntomas (náuseas, vómitos, dolor en el lado derecho) pueden ser similares a otras condiciones relacionadas con el embarazo.^{1,7}

Riesgos de este Procedimiento

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

El Riesgo	Qué Ocurre	Manteniéndole Informado
Infección	Para la apendicitis aguda simple, se reportan infecciones de la herida en 0 a 34 de cada 1,000 pacientes para el procedimiento laparoscópico y de 1 a 70 de cada 1,000 para los procedimientos abiertos. El riesgo aumenta en el caso de un apéndice perforado y una infección abdominal. ^{2,3,8-11}	Típicamente se administran antibióticos inmediatamente antes de la operación. Su equipo de cuidado de salud debe lavarse sus manos antes de examinarlo.
Abscesos	Se reporta un absceso de 0 a 25 de cada 1,000 pacientes en procedimientos laparoscópicos y de 0 a 10 de cada 1,000 en procedimientos abiertos. ^{2,3,8}	Llame a su cirujano si su herida se le vuelve roja o si comienza a supurar pus. Se usan antibióticos para tratar un absceso.
Obstrucción Intestinal	La hinchazón del tejido alrededor del intestino puede detener la excreta y los fluidos que pasan a través de su intestino. Se han reportado obstrucciones intestinales de corto plazo en 38 de cada 1,000 pacientes. ⁸	Se le revisará su abdomen para detectar sonidos del intestino y se le preguntará si está pasando gases. Si tiene un bloqueo intestinal temporero, se le puede colocar un tubo gástrico-nasal a través de su nariz y llegando hasta su estómago durante 1 ó 2 días para removerle líquidos de su estómago.
Pulmonía	La pulmonía ha sido reportada en 25 de cada 1,000 pacientes. ^{3,8}	Los ejercicios de respiración profunda y el movimiento pueden ayudarle a expandir sus pulmones y disminuir este riesgo. ¹²
Problemas del corazón	Los problemas del corazón son raros. Se reportan ataques al corazón en 4 de cada 1,000 pacientes y ataques cerebrales en 2 de cada 1,000. ⁸	Llame a su cirujano si le dan dolores de pecho. Su anestesista siempre está preparado para proveerle apoyo vital cardíaco avanzado. Se le pueden proveer medias (calcetines) de compresión para sus piernas y medicinas para el adelgazar su sangre.
Problemas de los riñones	Se reportan infecciones de las vías urinarias en 11 de cada 1,000 pacientes y un flujo renal disminuido en 4 de cada 1,000. ⁸	Déjele saber a su enfermera cuando haya orinado. Llame a su cirujano si tiene síntomas de una infección urinaria (dolor al orinar, fiebre, orina turbia.) Se le pueden realizar exámenes de sangre para chequear o medir su flujo renal.
Trombosis profunda en las venas (coágulos de sangre)	La falta de movimiento durante la operación puede ocasionar el que se formen coágulos de sangre en las piernas. En muy raros casos, uno de estos coágulos puede trasladarse a los pulmones.	Su cirujano o enfermera le colocará medias (calcetines) de compresión (que aprieten) en sus piernas y le puede administrar medicinas para adelgazar su sangre. Su trabajo consiste en levantarse y caminar luego de la operación.
Sangrado	El sangrar (sangrado) es extremadamente raro. ^{2,3}	Por lo general no se requiere una transfusión de sangre.
Riesgo para mujeres embarazadas	Se reportan partos prematuros en 83 de cada 1,000 pacientes y pérdida del feto en 26 de cada 1,000. ⁷	El riesgo de pérdida fetal aumenta a 109 de cada 1,000 pacientes que desarrollan peritonitis (infección de la cavidad abdominal.) ⁷
Riesgos pediátricos	Las complicaciones son raras y fluctúan de 0 a 5 de cada 1,000 pacientes para la apendectomía simple. No se han reportado muertes en los casos de apendectomía simple en los estudios actuales. ^{5,9-11}	Los niños con apéndices gangrenosos o perforados tienen índices o fluctuaciones de infección mayores en las heridas (26 de cada 1,000) e infecciones abdominales (44 de cada 1,000). Existe un índice o fluctuación mayor de abscesos (90 de cada 1,000) cuando se realiza la cirugía laparoscópica. ⁵
Riesgos para adultos mayores	El índice o fluctuación de complicaciones es más alto entre las personas adultas mayores o envejecientes, de 143 a 208 por cada 1,000 pacientes. Se reportan de 3 a 20 muertes de cada 1,000 en pacientes de edad avanzada. ⁶	Las complicaciones, los días de de estadía en el hospital y las muertes son menos cuando se lleva a cabo el procedimiento laparoscópico que con el procedimiento abierto, entre las personas adultas mayores o envejecientes, mientras que el costo es mayor. ⁶
Muerte	La muerte es extremadamente rara entre personas saludables en casos de apendectomía con peritonitis, reportándose un índice o fluctuación de mortandad de 0 a 18 de cada 1,000 pacientes. ^{2,8}	El riesgo de muerte aumenta al tener otra enfermedad severa, dependencia total en otros para funcionar, una herida contaminada y/o una enfermedad pulmonar crónica. ⁸

Expectativas: Preparándose para Su Operación

Preparándose para su Operación

La apendectomía es, por lo general, un procedimiento de emergencia. Usted puede ayudar en la preparación de su operación informándole a su cirujano sobre otros problemas médicos que usted tenga y sobre todas las medicinas (medicamentos) que está tomando. Asegúrese de informarle a su cirujano si está tomando medicamentos para adelgazar su sangre (tales como Plávis, Coumadin o aspirinas.)

Preparación en su Hogar

Generalmente usted puede irse a su casa en 1 ó 2 días. Su estadía en el hospital puede ser más larga en caso de un apéndice que se ha reventado.

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.

No coma o beba nada

No se le permitirá comer o beber mientras está siendo evaluado para su apendectomía de emergencia. El no comer ni beber reduce sus riesgos de complicaciones con 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 puede colocar 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. Estas 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 le administran antibióticos antes de la operación y se le remueve el pelo que exista en el lugar de la cirugía utilizando una maquinilla eléctrica de cortar pelo, en vez de afeitarlo.
- Todos los proveedores del cuidado de la salud deben lavarse sus manos antes de examinarle.

Preguntas que debe hacer

- Pregunte sobre los riesgos, problemas y efectos secundarios de la anestesia general.

Manteniéndole Informado

Anestesia

A la opción más frecuente para la anestesia general se le llama anestesia balanceada, en la cual se usa una combinación de diferentes drogas (medicinas.) Algunas de estas drogas comunes son:

- Gases inhalados—óxido nitroso
- Barbitúricos—tiopental
- Benzodiazepinas—midazolán
- Derivados del opio—fentanil, morfina
- Otro agente—propofol

Respiración Profunda

Tome de 5 a 10 inhalaciones profundas cada hora mientras esté despierto. Respire profundamente y aguante o sostenga su respiración de 3 a 5 segundos. 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 y Regreso a la Escuela

- 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.
- Usualmente los niños pueden regresar a la escuela 1 semana o menos luego de la operación, si no hay ruptura del apéndice y hasta luego de 2 semanas luego de la operación si hay ruptura del apéndice.
- La mayoría de los niños no regresará a las clases de gimnasia, a hacer deportes o a practicar juegos donde tienen que escalar o subir sino hasta después de 2 a 4 semanas luego de la operación.

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 operatorio 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 tubito de drenaje en una de sus incisiones, el mismo le será removido 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.
- 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		
Quién	Fecha	Teléfono

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 (estreñimiento); 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.) Estas 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 efectos secundarios de las “NSAIDs” son 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.^{2,3}



Entablillando su estómago



Imaginación guiada

Glosario de Términos y para Más Información

Glosario de Términos

Ultrasonido abdominal Este examen médico utiliza ondas de sonido de 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.

Absceso Colección localizada de pus.

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.

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.

Escaneo de tomografía computada (“CT scan”) Un tipo de Rayos X especializado y una computadora que muestran una detallada imagen tridimensional de su abdomen. Un “CT scan” se toma normalmente de 1½ a 2 horas para completarse.

Electrocardiograma (“ECG”) Mide el índice y regularidad de los latidos del corazón, el tamaño de las cámaras del corazón y cualquier tipo de daño que haya sostenido el corazón.

Tubo gástrico-nasal Un tubo plástico suave que se inserta en la nariz y se baja hasta el estómago.

Enema radiográfica de bario con contraste Un tipo de examen de Rayos X especial del intestino grueso. Se toman fotos o imágenes del abdomen luego de que un tinte de bario es insertado dentro del recto.

Análisis de orina Examen visual y químico de la orina que se usa mayormente para detectar infecciones de las vías urinarias y enfermedades de los riñones.

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 en 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 Colegio Americano de Cirujanos al: www.facs.org/patienteducation/.

Referencias

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. Anderson B, Nielsen TF. La apendicitis durante la gestación: diagnóstico, manejo y complicaciones. *ACTA Obstetricia Gynecologica Scandinavica*. 1999;78(9):758-762.
2. Ho H. Apendectomía. En: *ACS Surgery: Principles and Practice* 2004. New York, NY: WebMD, 2004.
3. Sauerland S, Lefering R, Neugebauer EAM. Cirugía laparoscópica versus cirugía abierta para sospecha de apendicitis (Revisión.) *The Cochrane Database of Systemic Reviews* 2004, Issue 4 Art No: CD001546. pgb2.DOI: 10.1002/14651858. CD00 1546.pub2.
4. Liu SI, Siewart B, Raptopoulos V, Hodin RA. Factores asociados con la conversión de laparotomía en pacientes sometidos a una apendectomía laparoscópica. *Journal of the American College of Surgeons*. 2002;194(3):298-305.
5. Paik PS, Towson JA, Anthone GF, et al. Abscesos intra-abdominales luego de apendectomías laparoscópicas y abiertas. *Journal of Gastrointestinal Surgery*. 1997;1(2):188-193.
6. Harrell AG, Lincourt AE, Novitsky YW, et al. Ventajas de la apendectomía laparoscópica entre los envejecientes. *American Surgeon*. 2006;72(6):474-480.
7. Cohen-Kerem R, Railton C, Oren D, Lishner M, Koren G. Resultado de la gestación luego de una intervención quirúrgica no-obstétrica. *American Journal of Surgery*. 2005;190(3):467-473.
8. Margenthaler JA, Longo WE, Virgo KS, Johnson FE, Oprian CA, Henderson WG, Daley J, Khuri SF. Factores de riesgo para resultados adversos luego del tratamiento quirúrgico de la apendicitis en adultos. *Annals of Surgery*. 2003;238(1):59-66.
9. Emil S, Laberge JM, Mikhail P, Baican L, Flageole H, Nguyen L, Shaw K. La apendicitis en los niños: una revisión luego de 10 años de recomendaciones terapéuticas. *Journal of Pediatric Surgery*. 2003;38(2):236-242.
10. Newman K, Ponsky T, Kittle K, et al. Apendicitis 2000: variaciones en la práctica, resultados y utilización de recursos en treinta hospitales pediátricos. *Journal of Pediatric Surgery*. 2003;38(3):372-379.
11. Chen C, Botelho C, Cooper A, et al. Patrones de práctica actual en el tratamiento de la apendicitis con perforación en los niños. *Journal of the American College of Surgeons*. 2003;196(2):212- 221.
12. Overend TJ, Anderson CM, Lucy SD, et al. El efecto de la espirometría de incentivo en complicaciones post-operativas. *Chest*. 2001;120:971-978.

Revisado por: Thomas Whalen, MD, MMM, FACS
Marshall Schwartz, MD, FACS

© American College of Surgeons 2008

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