



UNIVERSIDAD DEL SURESTE
CAMPUS TUXTLA



DOCENTE: DR. ALFREDO LÓPEZ LÓPEZ

ALUMNOS: CÉSAR ALEXIS GARCÍA
RODRÍGUEZ

LICENCIATURA: MEDICINA HUMANA

SEMESTRE: 6º

MATERIA: TÉCNICAS BÁSICAS QUIRÚRGICAS

TRABAJO: RESUMEN APENDICECTOMÍA

INTRODUCCIÓN

Esta intervención es la que se realiza con mayor frecuencia en los Quirófanos de Urgencias, por lo que esta guía será de utilidad para estandarizar el procedimiento, así como ayuda a todo el personal nuevo que se incorpore al servicio.

El apéndice es un órgano pequeño en forma de dedo que se extiende desde la primera parte del intestino grueso. Cuando se inflama (hincha) o se infecta, la afección se denomina apendicitis. Cuando tiene apendicitis, su apéndice puede necesitar ser removido. Un apéndice con un agujero puede filtrar e infectar toda el área abdominal. Esto puede ser mortal.

DESARROLLO

La apendicectomía es la extirpación del apéndice, el cual constituye una bolsa ciega, angosta y alargada que está unida al ciego. Cuando se encuentra agudamente inflamado se extirpa para evitar la peritonitis que se genera toda vez que se perfora.

La apendicectomía laparoscópica es un procedimiento muy utilizado en el tratamiento de la apendicitis aguda, se han desarrollado técnicas cada vez menos invasivas como la cirugía laparoscópica a través de una incisión única, donde es posible introducir a la cavidad abdominal múltiples instrumentos a través de una misma incisión. **Objetivo:** Describir el uso de la técnica apendicetomía laparoscópica, utilizándose instrumental convencional, mediante la introducción de tres puertos de acceso a través de la misma incisión umbilical.

Una apendicectomía se hace empleando ya sea:

- **Anestesia raquídea:** A usted le ponen un medicamento dentro de la espalda para insensibilizarlo de la cintura para abajo. También le administrarán un medicamento para hacerlo dormir.
- **Anestesia general:** Usted estará dormido y no sentirá ningún dolor durante la cirugía.

El cirujano hace una incisión pequeña en el lado inferior derecho del área abdominal y extirpa el apéndice. El apéndice también se puede extirpar empleando pequeñas incisiones quirúrgicas y una cámara. Esto se denomina apendicectomía laparoscópica. Si el apéndice se ha roto o se ha formado una cavidad de infección (absceso), se lavará el abdomen completamente durante la cirugía. Se puede dejar un tubo pequeño en el área ventral para ayudar a drenar los líquidos o el pus.

Una apendicectomía se practica para una apendicitis. La afección puede ser difícil de diagnosticar, sobre todo en niños, ancianos y mujeres en edad reproductiva.

- Con mayor frecuencia, el primer síntoma es el dolor alrededor del ombligo.
- El dolor puede ser leve al principio, pero se vuelve agudo e intenso.
- El dolor con frecuencia se traslada al cuadrante abdominal inferior derecho y se vuelve más concentrado en esta área.

Otros síntomas incluyen:

- Diarrea o estreñimiento
- Fiebre (generalmente no muy alta)
- Náuseas y vómitos
- Disminución del apetito

Se pueden realizar otros exámenes:

- Exámenes de sangre, como un conteo de glóbulos blancos, que se puede hacer para verificar la presencia de infección.
- Cuando el diagnóstico no es claro, el proveedor puede ordenar una tomografía computarizada o una ecografía para estar seguro de que el apéndice es la causa del problema.

MATERIAL NECESARIO

- Paquete de intervención.
- Caja de apendicitis.
- Bisturí eléctrico.
- Aspirador.
- Contenedor para enviar muestra a anatomía patológica.
- Gasas y compresas.
- SUTURAS: 9 Ligaduras de Vicryl del nº 2/0 o del 0. 9 Vicryl del nº 2/0 con aguja atraumática. 9 Vicryl del nº 0 o nº 1 con aguja atraumática. 9 Grapas, seda o sutura intradérmica.

PASOS DE LA INTERVENCIÓN

1. Preparación de la mesa.
2. Si es necesario, rasurado de la piel del enfermo.
3. Desinfección de la piel.
4. Colocación de los paños según incisión de Mc Burney o incisión pararrectal. El bisturí eléctrico y el aspirador se fijan en la sábana.
5. Incisión de la piel con bisturí frío o eléctrico. Se dan dos separadores de Farabeuf para el ayudante. Se hace hemostasia con pinza de disección y bisturí eléctrico.
6. Incisión de la aponeurosis del músculo oblicuo abdominal con bisturí.
7. Se mantienen en un lado los músculos con los separadores. Se ponen dos Kocher rectos sobre el peritoneo.
8. Corte del peritoneo tijera de Metzemaum y pinza de disección. Se colocan los separadores dentro.
9. Se utilizan dos pinzas de Babcock o farolillos para localizar el apéndice.

10. Una vez localizado se va separando el tejido mesentérico con pinza de Kocher curva y tijera de Metzemaum. Se utilizan ligaduras de Vicryl del número 0 ó 2/0, generalmente hasta que el apéndice es liberado.

11. Se coloca un Kocher curvo en la base del apéndice que posteriormente se liga.

12. Se realiza la bolsa de tabaco para el muñón del apéndice con Vicryl del 2/0 ó Ticron 2/0, con aguja cilíndrica.

13. Se corta la base del apéndice con bisturí frío de hoja limpia. Se desecha el instrumental que ha estado en contacto con el apéndice, por considerarse contaminado: pinzas de Babcock, pinzas de Kocher y bisturí frío.

14. Con un Kocher curvo, se mantiene el muñón del apéndice dentro de la bolsa de tabaco hasta que se anuda.

15. Si es necesario se lava con suero fisiológico. En caso de que en la intervención haya pus libre, se dejan drenajes intraabdominales y de elección un drenaje subcutáneo en prevención de los abscesos de pared.

16. Se revisa si queda algún punto de sangrado, con gasas pequeñas abiertas que se van dando una a una. El instrumentista deberá controlar el número de gasas dadas así como el instrumental.

17. Después se procederá al cierre del peritoneo con 4 Kocher rectos sin dientes y Vicryl del 0 con aguja atraumática. Se continúa con el cierre por planos: músculo y fascia con Vicryl del 0 con aguja atraumática

18. Se continúa con el cierre por planos: músculo y fascia con Vicryl del 0 con aguja atraumática.

19. Por último en la piel se utilizan grapas, seda del 3/0 con aguja triangular o sutura intradérmica.

20. Desinfección de la piel y colocación del apósito. 21. Las enfermeras identificarán correctamente las muestras y solicitudes de estudio correspondientes.

Una vez terminada la intervención, revisarán que el material este perfectamente limpio y prepararán los contenedores para la central de esterilización.

TIPOS DE APENDICECTOMIA

- ❖ La apendicetomía abierta: La operación tradicional para la apendicitis, requiere que se realice una incisión (un corte) de tamaño mediano en la parte inferior derecha del abdomen. El apéndice se extirpa a través de esta incisión después de que se separa quirúrgicamente de la base del colon. Por lo general, una apendicectomía abierta requiere el uso de anestesia general, pero en algunos casos es posible realizarla con anestesia espinal.
- ❖ La apendicectomía laparoscópica se realiza usando algunas incisiones pequeñas (a menudo, de menos de una pulgada de largo) y la asistencia de cámaras de televisión que permiten al cirujano ver el apéndice y los otros órganos internos. En la mayoría de los casos, esta técnica se usa para apendicitis temprana y su tiempo de recuperación es en general más breve que el de una apendicectomía abierta. Si el apéndice se perfora (revienta) o si hay tejido de cicatrices de operaciones anteriores, es posible que no se pueda realizar una laparoscopia y que sea necesario realizar una apendicectomía abierta.

RIESGOS

Los riesgos de la anestesia abarcan los siguientes:

- Reacciones a los medicamentos
- Problemas respiratorios
- Sangrado, coágulos o infección

Los riesgos de una apendicetomía después de una ruptura del apéndice incluyen:

- Acumulación de pus (absceso), lo cual puede requerir drenaje y antibióticos
- Infección de la incisión

COMPLICACIONES

Todos afirman que la infección del sitio operatorio es la complicación más frecuente de la apendicectomía, la que ocurre en 30,0 a 50,0 % de los intervenidos, seguida de los abscesos intraabdominales y de las gastrointestinales (íleo parálítico posoperatorio).

BIBLIOGRAFIA:

<http://www.index-f.com/edocente/pdf/81-19-2609.pdf>

<https://sites.jamanetwork.com/spanish-patient-pages/2011/hoja-para-el-paciente-de-jama-111207.pdf>

Quick CRG, Biers SM, Arulampalam THA. Appendicitis. In: Quick CRG, Biers SM, Arulampalam THA. Essential Surgery: Problems Diagnosis and Management. 6th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2020:chap 26.

<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002921.htm>

Richmond B. The appendix. In: Townsend CM, Beauchamp RD, Evers BM, Mattox KL, eds. Sabiston Textbook of Surgery: The Biological Basis of Modern Surgical Practice. 20th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2017:chap 50.