

# Apendicectomía

Extirpación quirúrgica  
del apéndice



## La afección

La apendicitis es una de las causas más comunes de dolor abdominal con un riesgo vitalicio del 8,6 % en hombres y del 6,7 % en mujeres.<sup>1</sup>

La apendicectomía es la extirpación quirúrgica del apéndice. La operación se realiza para extirpar el apéndice infectado. Un apéndice infectado, denominado apendicitis, puede estallar y liberar bacterias y materia fecal en el abdomen.

## Síntomas

### ¿Cuáles son los síntomas comunes?

- Dolor abdominal que comienza alrededor del ombligo y puede trasladarse a la zona inferior derecha del abdomen.
- Pérdida del apetito
- Fiebre baja
- Náuseas y algunos vómitos
- Diarrea o constipación

## Opciones de tratamiento

### Cirugía

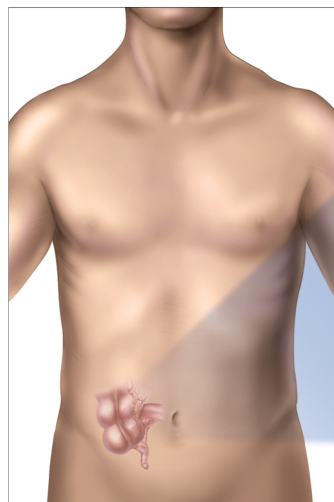
#### Apendicectomía laparoscópica:

se extirpa el apéndice con instrumentos colocados en incisiones pequeñas en el abdomen.

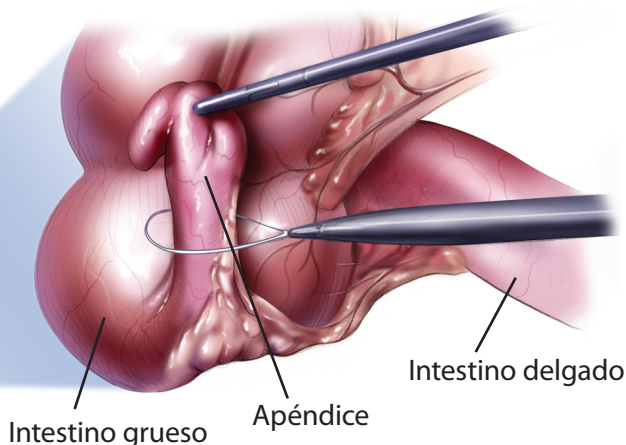
**Apendectomía abierta:** se extirpa el apéndice a través de una incisión en la parte inferior derecha del abdomen.

### Procedimiento no quirúrgico

La cirugía es el tratamiento estándar para una infección aguda (repentina) del apéndice. Se podría usar un tratamiento con antibióticos como alternativa para pacientes específicos y niños.<sup>2</sup>



## Extirpación del apéndice



## Beneficios y riesgos

Una apendicectomía extirpará el órgano infectado y aliviará el dolor. Una vez extirpado el apéndice, la apendicitis no volverá a presentarse. El riesgo de no someterse a una cirugía es que el apéndice estalle, lo que deriva en una infección abdominal denominada peritonitis.

Las posibles complicaciones incluyen absceso, infección de la herida o el abdomen, obstrucción intestinal, hernia en la incisión, neumonía, riesgo de parto prematuro (si está embarazada) y muerte.

## Expectativas

**Antes de la operación:** la evaluación suele incluir análisis de sangre, análisis de orina y una tomografía computarizada abdominal, o un ultrasonido abdominal. Su cirujano/a y el/la anestesta revisarán su historia clínica, los medicamentos y las opciones para el control del dolor.<sup>3</sup>

**El día de su cirugía:** no le permitirán comer ni beber mientras evalúan su cuadro para proceder con una apendectomía de emergencia.

**Su recuperación:** si no tiene complicaciones, por lo general, se irá a casa un día después de un procedimiento abierto o laparoscópico.

**Llame a su cirujano/a** si tiene dolor intenso, calambres estomacales, fiebre elevada, hedor o mayor drenaje de la incisión o ausencia de evacuaciones durante 3 días.

**SURGICAL PATIENT  
EDUCATION PROGRAM**

Prepare for the Best Recovery

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

# La afección, las señales y los síntomas y las pruebas de diagnóstico

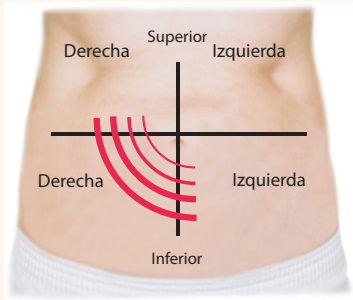
Apendicectomía  
SAMPLE

## Información para usted

### Dolor de apendicitis

El dolor puede ser diferente para cada persona porque el apéndice puede tocar diferentes órganos. Esto puede ser confuso y dificultar el diagnóstico de la apendicitis.

En la mayoría de los casos, el dolor comienza alrededor del ombligo y después se traslada a la zona inferior derecha del abdomen. El dolor suele empeorar al caminar o hablar. Durante el embarazo, el apéndice se ubica en un lugar más alto del abdomen, por lo cual el dolor parece estar en la parte superior del abdomen. En ancianos, los síntomas suelen ser tan notorios debido a una menor inflamación.<sup>4</sup>



Otros trastornos médicos tienen síntomas similares a la apendicitis, como enfermedad inflamatoria intestinal, enfermedad pélvica inflamatoria, gastroenteritis, infección urinaria, neumonía del lóbulo inferior derecho, divertículo de Meckel, intususcepción y constipación.

## La afección

### El apéndice

El apéndice es una pequeña bolsa que cuelga del intestino grueso, en la unión con el intestino delgado. Si el apéndice se obstruye y se inflama, las bacterias pueden desarrollarse dentro de la bolsa. La obstrucción de la abertura puede corresponder a una enfermedad, mucosa espesa, materia fecal dura o un tumor.

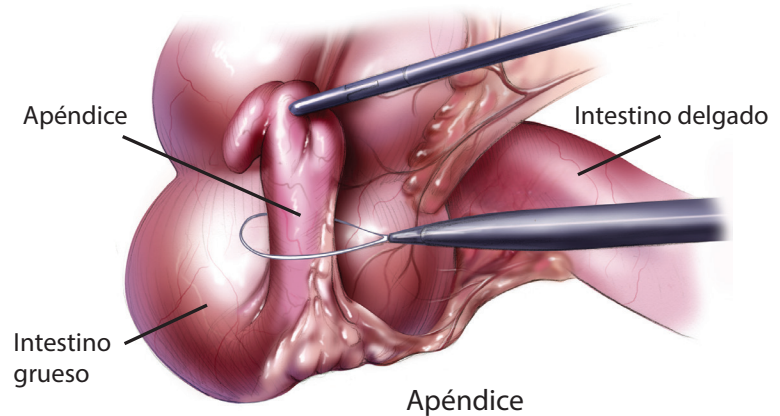
### Apendicitis

La apendicitis es una infección en el apéndice. La infección y la inflamación pueden reducir la irrigación sanguínea a la pared del apéndice. Esto genera un tejido muerto, y el apéndice puede romperse o estallar, lo que libera bacterias y materia fecal en el abdomen. Esto se denomina rotura de apéndice. La rotura de apéndice puede derivar en una peritonitis, que es una infección de todo el abdomen. La apendicitis afecta con mayor frecuencia a personas de 10 a 30 años de edad. Es un motivo común de operación en menores, y es la emergencia quirúrgica más común durante el embarazo.<sup>5</sup>

La **apendicectomía** es la extirpación quirúrgica del apéndice.

## Síntomas

- Dolor estomacal que suele comenzar alrededor del ombligo y después se traslada a la zona inferior derecha del abdomen
- Pérdida de apetito
- Fiebre baja, a menudo inferior a los 100.3 °F o 37.9 °C
- Náuseas y algunos vómitos
- Diarrea o constipación



## Pruebas de diagnóstico comunes

### Historia clínica y examen físico

El foco estará en su dolor abdominal. No existe ninguna prueba que confirme por sí sola la apendicitis.

### Pruebas (véase glosario)

#### Ultrasonido abdominal o tomografía computarizada abdominal:

la tomografía computarizada abdominal se utiliza en adultos para diagnosticar la apendicitis. El ultrasonido abdominal se utiliza con más frecuencia en menores y mujeres embarazadas para reducir la exposición a los rayos X.<sup>6</sup>

#### Conteo sanguíneo completo (CBC):

un análisis de sangre para verificar la infección

**Examen pélvico:** puede aplicarse a mujeres jóvenes para verificar el dolor derivado de problemas ginecológicos como la inflamación o infección de la pelvis

**Análisis de orina:** verifica una infección en su orina, que puede causar dolores abdominales

**Electrocardiograma (ECG):** a veces se aplica a adultos mayores para asegurarse que los problemas cardíacos no son la causa del dolor

# Tratamientos quirúrgicos y no quirúrgicos

## Tratamiento quirúrgico

La apendicitis aguda es un problema urgente que exige una consulta quirúrgica.

### Apendicectomía laparoscópica

Esta técnica es la más común para una apendicitis simple. El/la cirujano/a realizará de 1 a 3 incisiones pequeñas en el abdomen. Se inserta un puerto (pico) en una de las incisiones, y se infla el abdomen con gas de dióxido de carbono. Este proceso permite que el cirujano vea el apéndice con mayor facilidad. Se inserta un laparoscopio a través de otro puerto. Parece un telescopio con una luz y una cámara en el extremo, para que el cirujano pueda ver adentro del abdomen. Los instrumentos quirúrgicos se colocan en las otras aberturas pequeñas y se utilizan para extirpar el apéndice. La zona se lava con líquido estéril para reducir el riesgo de mayor infección.

El dióxido de carbono sale por las hendiduras, y después esas hendiduras se cierran con suturas o grapas, o se cubren con revestimientos de pegamento o Steri-Strips. Su cirujano/a puede comenzar con una técnica laparoscópica y necesitar cambiar a una técnica abierta.

Esto se produce con mucha más frecuencia en hombres y adultos mayores de 40 años, diabéticos, obesos o con rotura de apéndice.<sup>7</sup>

### Apendicectomía abierta

El/la cirujano/a hace una incisión de 2 a 4 pulgadas de largo en la zona inferior derecha del abdomen. Se extirpa el apéndice del intestino. La zona se lava con líquido estéril para reducir el riesgo de mayor infección. Se puede poner un drenaje pequeño que va desde el interior hacia el exterior del abdomen. El drenaje suele retirarse en el hospital. La herida se cierra con suturas absorbibles y se cubre con revestimientos de pegamento o Steri-Strips.

## Tratamiento no quirúrgico

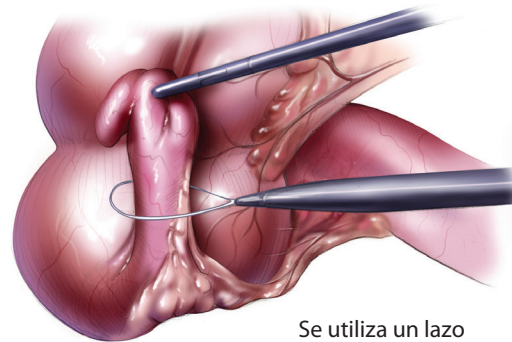
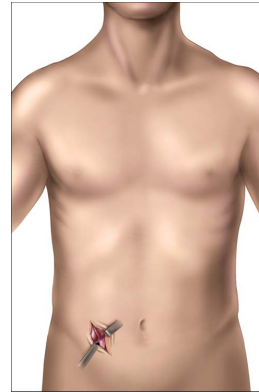
Si usted solo tiene algunos signos de apendicitis, es posible que su cirujano lo trate con antibióticos y espere una mejora. En una apendicitis sin complicaciones, los antibióticos pueden ser eficaces, pero existe una mayor probabilidad de reaparición.<sup>8</sup>

### Apendicectomía laparoscópica frente a abierta

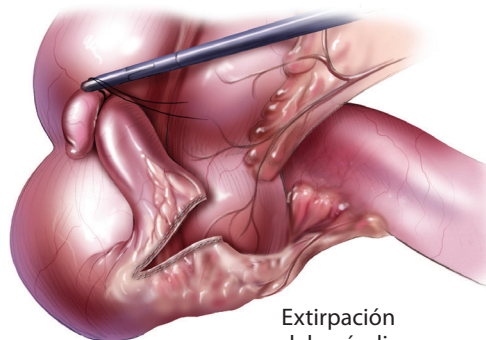
Apendicectomía laparoscópica



Apendicectomía abierta



Se utiliza un lazo hemostático para manipular y posicionar el apéndice



Extirpación del apéndice

## Información para usted

### Laparoscópica frente a abierta

Tanto para adultos como para menores, la apendicectomía laparoscópica tiene la ventaja de tener menores tasas de infección, estadías hospitalarias y tiempos de recuperación más cortos y menor puntaje de dolor.<sup>5</sup>

### Rotura de apéndice

Desafortunadamente, muchas personas no saben que tienen apendicitis hasta la rotura de su apéndice. Si esto se produce, puede causar problemas más graves. La rotura de apéndice puede producirse hasta en el 32 % de los pacientes que tienen apendicitis aguda.<sup>1</sup> Esto aumenta en personas muy jóvenes o muy ancianas, y también durante el embarazo porque los síntomas (náuseas, vómitos, dolor en el costado derecho) pueden ser similares a otras afecciones del embarazo.<sup>1,6</sup>

### Terapia con antibióticos

Si no hay rotura de apéndice, la apendicitis puede tratarse con antibióticos. Esto puede generar menores complicaciones, menos permisos por enfermedad y menos medicamentos para el dolor que con una cirugía. De las personas tratadas con antibióticos, el 40 % tuvo un segundo evento antes del año y tuvo que someterse a una apendicectomía.<sup>8</sup>

# Riesgos basados en la calculadora de riesgo del American College of Surgeons (ACS)

Su cirujano/a hará todo lo posible para minimizar riesgos, pero una apendicectomía presenta riesgos como cualquier operación.

Riesgos basados en la calculadora de riesgo del ACS en febrero de 2022*	Porcentaje	Información para usted
<b>Infección de la herida:</b> Infección en el área de incisión	Abierta: 5,3 % Laparoscópica: 1,5 %	Por lo general, los antibióticos se administran antes de la cirugía. Fumar puede incrementar el riesgo de infección.
<b>Regreso al quirófano</b>	Abierta: 2,3 % Laparoscópica: 0,8 %	El dolor significativo y las hemorragias pueden provocar la vuelta a una cirugía.
<b>Neumonía:</b> Infección en los pulmones	Abierta: 0,8 % Laparoscópica: 0,2 %	Dejar de fumar, caminar y la respiración profunda después de la cirugía pueden ayudar a prevenir infecciones respiratorias.
<b>Infección urinaria:</b> Infección de la vejiga o los riñones	Abierta: 0,4 % Laparoscópica: 0,3 %	Algunas veces se inserta un catéter urinario (tubo delgado pequeño) que drena la orina de la vejiga. Los signos de infección urinaria incluyen dolor al orinar, fiebre y orina turbia.
<b>Coágulo:</b> Un coágulo en las piernas que puede viajar a los pulmones	Abierta: 0,5 % Laparoscópica: 0,2 %	Una cirugía más larga y el reposo incrementan el riesgo. Levantarse, caminar 5 o 6 veces al día y usar medias de compresión reducen el riesgo.
<b>Problemas cardíacos:</b> Incluye un ataque cardíaco o un paro cardíaco repentino	Abierta: 0,3 % Laparoscópica: 0,1 %	Los problemas del corazón o los pulmones a veces pueden empeorar con la anestesia general. Su anestesista revisará su historia clínica y le sugerirá la mejor opción.
<b>Muerte</b>	0 %	La muerte es extremadamente infrecuente en personas sanas.
<b>Todas las complicaciones, que incluyen:</b> Infecciones quirúrgicas, dificultades respiratorias, coágulos, complicaciones renales (riñón), complicaciones cardíacas y el regreso al quirófano	Abierta: 10,3 % Laparoscópica: 3,7 %	Las complicaciones son mayores para pacientes fumadores, obesos y aquellos con otras enfermedades como diabetes, insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal y enfermedad pulmonar. La curación de las heridas también podría disminuir en las personas fumadoras.
<b>Duración anticipada de la hospitalización</b>		Laparoscópica ½ día; abierta 1.5 días.
Los riesgos de este procedimiento surgen de los resultados informados en los últimos 10 años de bibliografía	Porcentaje	Información para usted
<b>Obstrucción intestinal:</b> Obstrucción de materia fecal o fluidos de corto plazo	3 % <sup>9</sup>	La inflamación del tejido que rodea al intestino puede evitar el paso de materia fecal y fluidos. Le preguntarán si pasan gases, y se revisarán los sonidos intestinales. Si tiene una obstrucción temporaria, pueden colocarle un tubo por la nariz hasta su estómago durante 1 o 2 días para eliminar fluido de su estómago.
<b>Riesgos del embarazo</b>	Parto prematuro: 8 a 10 % Pérdida fetal: 2 %	El riesgo de pérdida del feto aumenta hasta un 10 % con una rotura de apéndice y ante la presencia de peritonitis (infección de la cavidad abdominal). <sup>10</sup>

\*La calculadora de riesgos quirúrgicos del ACS estima el riesgo de un resultado no favorable. Los datos corresponden a un gran número de pacientes que tuvieron un procedimiento quirúrgico similar a este. Si usted está sano y no tiene problemas de salud, sus riesgos podrían estar por debajo del promedio.

Si fuma, es obeso o tiene otras afecciones, su riesgo puede ser mayor. Esta información no pretende reemplazar el consejo de un médico o un 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 cirugía

## Preparación para su cirugía

### Medicamentos

La apendicectomía suele ser un procedimiento de emergencia. Usted puede ayudar a prepararse para su operación informándole a su cirujano/a acerca de otros problemas médicos y medicamentos que esté tomando.

Asegúrese de informarle a su cirujano/a si está tomando anticoagulantes (Plavix, Coumadin, aspirina o AINE), o si consume marihuana o productos con CBD.

### Anestesia

Usted se reunirá con su anestesista antes de la operación. Infórmele a su anestesista si tiene alergias, enfermedades neurológicas (epilepsia, derrame cerebral), enfermedades cardíacas, problemas estomacales, enfermedades pulmonares (asma, enfisema), enfermedades endocrinas (diabetes, afecciones de la tiroides) o dientes flojos; si fuma, bebe alcohol, consume drogas o toma hierbas o vitaminas. Si fuma, debería informárselo al equipo de cirugía y pensar en dejar de fumar. Dejar de fumar disminuye su tasa de complicación. Para encontrar recursos que lo ayuden a dejar de fumar, visite [facs.org/quitsmoking](http://facs.org/quitsmoking).

### Duración de la hospitalización

Por lo general, regresará a su casa en 1 día. Su estadía en el hospital puede ser más prolongada en caso de rotura de apéndice, si tiene muchos vómitos o si no puede orinar.

### No coma ni beba

No le permitirán comer ni beber mientras evalúan su cuadro para proceder con una apendicectomía. No comer ni beber reduce su riesgo de complicaciones derivadas de la anestesia.

### Qué debe traer

- Tarjeta del seguro e identificación
- Instrucciones anticipadas (véase glosario)
- Lista de medicamentos
- Ropa cómoda y holgada
- Calzado fácil de ponerse que no requiera que se agache
- Deje sus joyas y objetos valiosos en su casa

## Qué puede esperar

### Controles de salud

Se le pondrá un brazalete de identificación (ID) y un brazalete de alergias en la muñeca con su nombre y su número de clínica/hospital. Los miembros del equipo de salud los revisarán antes de realizar cualquier procedimiento o administrarle algún medicamento. Su cirujano/a marcará e inicializará la zona de la cirugía.

### Líquidos y anestesia

Se le insertará una vía intravenosa (IV) para administrarle líquidos y medicamentos. Para la anestesia general, estará dormido/a y sin dolor durante la cirugía. Se le intubará por la garganta para ayudarlo a respirar durante la cirugía.

## Después de la cirugía

Se le trasladará a una sala de recuperación donde controlarán su frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno, presión arterial y diuresis. Asegúrese que todas las visitas se laven las manos.

### Prevención de neumonía y coágulos

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

Al atravesar una cirugía, usted tiene el riesgo de desarrollar coágulos de sangre por no moverse durante la anestesia. Cuanto más prolongada y complicada sea la cirugía, mayor será el riesgo. Se disminuye el riesgo al levantarse y caminar 5 o 6 veces por día, al utilizar medias de compresión y botas de compresión en las piernas y, para pacientes con riesgos altos, al tomar un medicamento anticoagulante.

## Preguntas

### Sobre mi operación:

- ¿Cuáles son los efectos adversos y los riesgos de la anestesia?
- ¿Qué técnica se usará para extirpar mi apéndice?  
¿Laparoscópica o abierta?
- ¿Cuáles son los riesgos de este procedimiento?
- ¿Usted realizará toda la cirugía?
- ¿Cuánto dolor debería esperar y cómo se controlará?
- ¿En cuánto tiempo podrá retomar mis actividades normales (trabajar, conducir y levantar peso)?

## Información para usted

### Alimentos ricos en fibra

Los alimentos ricos en fibra incluyen frijoles, cereal de salvado y panes integrales, guisantes, frutos secos (higos, damascos y dátiles), frambuesas, moras, frutillas, maíz dulce, brócoli, papas cocidas con piel, ciruelas, manzanas, hojas verdes y nueces.



## Recuperación y alta hospitalaria

### Pensar con claridad

La anestesia puede hacer que se sienta diferente durante 1 o 2 días. No debe conducir, beber alcohol ni tomar ninguna decisión importante durante 2 días como mínimo.

### Nutrición

- Cuando se despierte de la anestesia, podrá beber pequeñas cantidades de líquido. Si no se siente descompuesto/a, puede comenzar a ingerir alimentos regulares.
- Siga bebiendo muchos líquidos, con frecuencia entre 8 y 10 vasos de agua al día.
- Aliméntese con una dieta rica en fibras para no esforzarse al momento de evacuar.

### Actividad

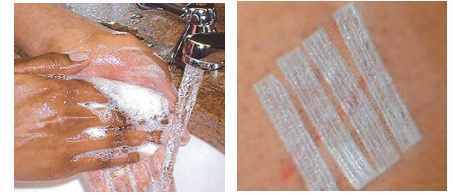
- Aumente su actividad poco a poco. Asegúrese de levantarse y caminar alrededor de una vez por hora para evitar la formación de coágulos.
- No levante elementos ni participe en actividades extenuantes durante 3 a 5 días después de una operación laparoscópica, y durante 10 a 14 días después de una operación abierta.
- Es normal que se sienta cansado. Es posible que necesite dormir más de lo usual.

### Vuelta al trabajo y la escuela

- Puede volver a trabajar cuando se sienta lo suficientemente bien. Póngase de acuerdo con su cirujano/a para definir en qué momento hacerlo.
- Por lo general, los niños pueden regresar a la escuela en una semana o menos después de una operación de apéndice, y hasta en 2 semanas después de una rotura de apéndice.
- La mayoría de los menores no retomarán sus clases de educación física, sus actividades deportivas o sus juegos de trepar de 2 a 4 semanas después de la operación.

### Cuidado de la herida

- Lávese siempre las manos antes y después de tocar la zona cercana a la incisión.
- No tome baños de inmersión hasta que le retiren los puntos o Steri-Strips®. Puede tomar una ducha después del segundo día de posoperatorio, salvo que le indiquen lo contrario.
- Es normal que la incisión drene un poco. Si el drenaje es espeso y amarillo, o la zona está enrojecida, es posible que tenga una infección; llame a su cirujano.
- Si tiene un drenaje en una de sus incisiones, se lo retirarán cuando deje de drenar.



Lavado de manos

Steri-Strips®

- Si le colocaron puntos Steri-Strips, se caerán después de 7 a 10 días o se los quitarán durante su primera visita al consultorio.
- Si tiene un revestimiento de pegamento sobre la incisión, deje que el pegamento se descascare solo.
- Evite usar prendas ajustadas o de materiales ásperos. Podrían rozar las incisiones y dificultar el proceso de sanación.
- Proteja la piel nueva, en especial del sol. El sol puede quemar y oscurecer la cicatriz.
- Su cicatriz sanará aproximadamente después de 4 a 6 semanas; se ablandará y Conjunto de habilidades quirúrgicas en casa del ACS.

### Evacuaciones

- Después de una cirugía intestinal, es posible que su materia fecal sea líquida durante varios días. Si esa diarrea se prolonga durante más de 3 días, comuníquese con su cirujano/a.
- Los medicamentos para el dolor (narcóticos) pueden causar estreñimiento. En caso de estreñimiento, aumente la fibra de su dieta con alimentos ricos en fibra. Su cirujano también puede recetarle algún ablandador de heces.

## Cuándo comunicarse con su cirujano/a

Comuníquese con su cirujano/a en los casos siguientes:

- Dolor incesante
- Empeoramiento del dolor
- Fiebre mayor a 101 °F (38,3 °C)
- Vómitos constantes
- Inflamación, enrojecimiento, hemorragia o drenaje con mal olor de la zona de la herida
- Fuerte dolor abdominal
- Sin evacuaciones ni gases después de 3 días de la cirugía
- Diarrea que dura más de 3 días

# Control del dolor

## Control del dolor

Su dolor se puede controlar con paracetamol (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 opioide. Al cuarto día, la mayoría de las personas no informa dolores intensos después de una cirugía. El dolor de la incisión quirúrgica suele desaparecer en 7 a 10 días. Consulte la **Guía de control del dolor seguro y eficaz** a continuación o en la página web del ACS para obtener más información. <https://www.facs.org/education/patient-education/safe-pain-control>

Dolor	¿Cuán intenso es mi dolor?	¿Qué puedo tomar para sentirme mejor?	Terapias más comunes
Leve	<ul style="list-style-type: none"> <li>Apenas percibo mi dolor y no interfiere con mis actividades.</li> <li>Percibo mi dolor y me distrae, pero aún puedo hacer actividades (sentarme, caminar, pararme).</li> </ul>	<p><b>Terapias sin medicamentos</b></p> <p>+</p> <p><b>Medicamentos orales no opioides</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Tómelos según sea necesario cuando sienta dolor.</li> <li>Estos ayudan a disminuir el dolor y la hinchazón (inflamación)</li> </ul>	<p><b>Terapias sin medicamentos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Hielo, elevación, descanso, meditación, masaje, distracción (música, TV, juegos) caminata y ejercicio leve</li> <li>Inmovilización del abdomen con almohadas</li> </ul> <p><b>Medicamentos no opioides</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Paracetamol (Tylenol®)</li> <li>Medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINE), aspirina, ibuprofeno (Motrin®, Advil®) naproxeno (Aleve®)</li> </ul>
Moderado	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mi dolor es difícil de ignorar y es más notorio incluso cuando descanso.</li> <li>Mi dolor interfiere en mis actividades cotidianas.</li> </ul>	<p><b>Terapia sin medicamentos</b></p> <p>+</p> <p><b>Medicamentos orales no opioides</b></p> <p>Tómelos con horario programado</p>	<p><b>Tome medicamentos no opioides</b> en un horario regular en lugar de hacerlo de acuerdo a su necesidad. (P. ej., 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>
Grave	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estoy concentrado en mi dolor y no puedo realizar mis actividades cotidianas.</li> <li>Estoy gimiendo de dolor y no puedo dormir. No puedo hacer nada.</li> <li>Mi dolor es demasiado intenso y no puedo pensar en otra cosa.</li> </ul>	<p><b>Terapia sin medicamentos</b></p> <p>+</p> <p><b>Medicamentos orales no opioides</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Tómelos con horario programado</li> </ul> <p><b>Opioides de acción rápida</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Tómelos durante unos días, y disminuya o déjelos lo antes posible</li> </ul>	<p>Los opioides bloquean el dolor y dan una sensación de euforia (sentirse drogado). La adicción, un efecto secundario grave de los opioides, es poco frecuente con el uso a corto plazo.</p> <p>Los ejemplos de opioides de acción rápida incluyen: Tramadol (Ultram®), hidrocodona (Norco®, Vicodin®), hidromorfona (Dilaudid®)</p>

## Información para usted

Después de un procedimiento laparoscópico, es posible que sienta dolor en el hombro. Esto se debe al gas que se le insertó en el abdomen durante el procedimiento. Moverse y caminar ayudan a disminuir el gas y el dolor en el hombro.

Para obtener más información, visite la página web de Información para pacientes del American College of Surgeons en [surgicalpatienteducation.org](http://surgicalpatienteducation.org). Para una revisión completa de apendicectomía, consulte Lecturas seleccionadas de cirugía general, "Pediatric Surgery" 2018, Vol 44, No. 3 y "Colon, Rectum & Anus, Part I" 2019, Vol 45, No. 2 en [facs.org/srgs](http://facs.org/srgs).

## GLOSARIO

**Ultrasonido abdominal:** Ondas sonoras que se utilizan para determinar la ubicación de las estructuras profundas en el cuerpo. Se pone un rodillo de mano sobre gel y se pasa en el abdomen.

**Absceso:** Acumulación localizada de pus.

**Instrucciones anticipadas:** Los documentos firmados por una persona competente que les 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.

**Adherencia:** Una banda o cicatriz fibrosa que hace que los órganos internos se adhieran o se peguen entre sí.

**Conteo sanguíneo completo (complete blood count, CBC):** Un conteo sanguíneo completo mide los glóbulos rojos (red blood cells, RBC) y los glóbulos blancos (white blood cells, WBC). Los WBC aumentan con la inflamación. El rango normal de WBC es de 8,000 a 12,000.

**Tomografía computarizada (TC):** Una prueba diagnóstica que usa rayos X y una computadora para crear una imagen detallada y tridimensional del abdomen. Una TC suele realizarse en 1½ a 2 horas.

**Electrocardiograma (ECG):** Mide la frecuencia y la regularidad de los latidos, el tamaño de las cámaras del corazón y cualquier daño al corazón.

**Sonda nasogástrica:** Un tubo plástico blando que se inserta desde la nariz hacia el estómago.

**Análisis de orina:** Un examen visual y químico de la orina que, en general, se utiliza para la búsqueda de infecciones urinarias o enfermedades renales.

## DESCARGO DE RESPONSABILIDAD

Nota importante sobre el uso de este documento

El American College of Surgeons (ACS) es una asociación científica y educativa de cirujanos y cirujanas fundada en 1913 para mejorar la calidad de los cuidados para pacientes quirúrgicos por medio del establecimiento de estándares altos para la educación y la práctica quirúrgica. El ACS se esfuerza por brindar educación procedimental para posibles pacientes y para quienes los informan. Su propósito no es reemplazar la consulta que se realiza con un/a cirujano/a calificado/a que está al tanto de su situación. El ACS se esfuerza por brindar información precisa y oportuna, pero no establece ninguna garantía sobre la misma.

## REFERENCIAS

La información proporcionada proviene de la investigación clínica. Las investigaciones que figuran a continuación no representan toda la información que está disponible para su procedimiento.

1. Acute Appendicitis: Efficient Diagnosis and Management. *Am Fam Physician*. 2018;98(1):25-33. Copyright © 2018 American Academy of Family Physicians. Consultado el 17 de febrero de 2022 <https://www.aafp.org/afp/2018/0701/afp20180701p25.pdf>
2. CODA Collaborative. Antibiotics versus Appendectomy for Acute Appendicitis—Longer Term Outcomes. Carta de investigación. *N Engl J Med*. Publicado en línea el 25 de octubre de 2021. <https://www.nejm.org>
3. Doniger SJ, Kornblith A. Point-of-care ultrasound integrated into a staged diagnostic algorithm for pediatric appendicitis. *Pediatr Emerg Care*. 2018;34(2):109–115.]
4. Stewart D. The management of acute appendicitis. In JL Cameron & AM Cameron (Eds), *Current Surgical Therapy* (11th Ed). 2014:252–254. Filadelfia: Elsevier Saunders.
5. Zingone F, Sultan AA, Humes DJ, West J. Risk of acute appendicitis in and around pregnancy: a population-based cohort study from England. *Ann Surg*. 2015;261(2):332–337.]
6. Depinet H, von Allmen D, Towbin A, Hornung R, Ho M, Alessandrini E. Risk stratification to decrease unnecessary diagnostic imaging for acute appendicitis. *Pediatrics*. 2016;138(3): e20154031.]
7. Conversion-to-open in laparoscopic appendectomy: A cohort analysis of risk factors and outcomes. Finnerty B M, Wu X, Giambone GP y otros. *International Journal of Surgery*, Volumen 40, 2017. <https://doi.org/10.1016/j.ijssu.2017.03.016>
8. Talan DA, Saltzman DJ, Mower WR y otros. Antibiotics-First Versus Surgery for Appendicitis: A US Pilot Randomized Controlled Trial Allowing Outpatient Antibiotic Management. *Ann Emerg Med*. 2017;70(1):1-11.e9. doi:10.1016/j.annemergmed.2016.08.446
9. Leung TT, Dixon E, Gill M, Mador BD y otros. Bowel obstruction following appendectomy: what is the true incidence? *Ann Surg*. 2009 Jul;250(1):51-3. doi: 10.1097/SLA.0b013e3181ad64a7. PMID: 19561482.
10. Apton Duque G, Mohny S. Appendicitis in Pregnancy. [Actualizado el 10 de agosto de 2021]. En: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Ene-. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK551642/>

**Revisado en 2008, 2014, 2015, 2017 y 2022 por:**  
Thomas Whalen, MD, MMM, FACS  
Marshall Schwartz, MD, FACS  
Kathleen Heneghan, PhD, RN, MSN, CPN  
Nancy Strand, MPH, RN

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