



Apendicitis y apendicectomía

De la evolución del dolor
al posoperatorio

Tecnatura Superior en Enfermería

Prof. Karina velasquez



El caso clínico: Julián, 29 años



Motivo de consulta: Dolor abdominal de 10 horas de evolución.



Inicio del cuadro: Molestia difusa alrededor del ombligo, sin mucha intensidad.



Evolución reciente: En las últimas 4 horas el dolor se corrió hacia abajo y a la derecha. Ahora es agudo y empeora al caminar o toser.

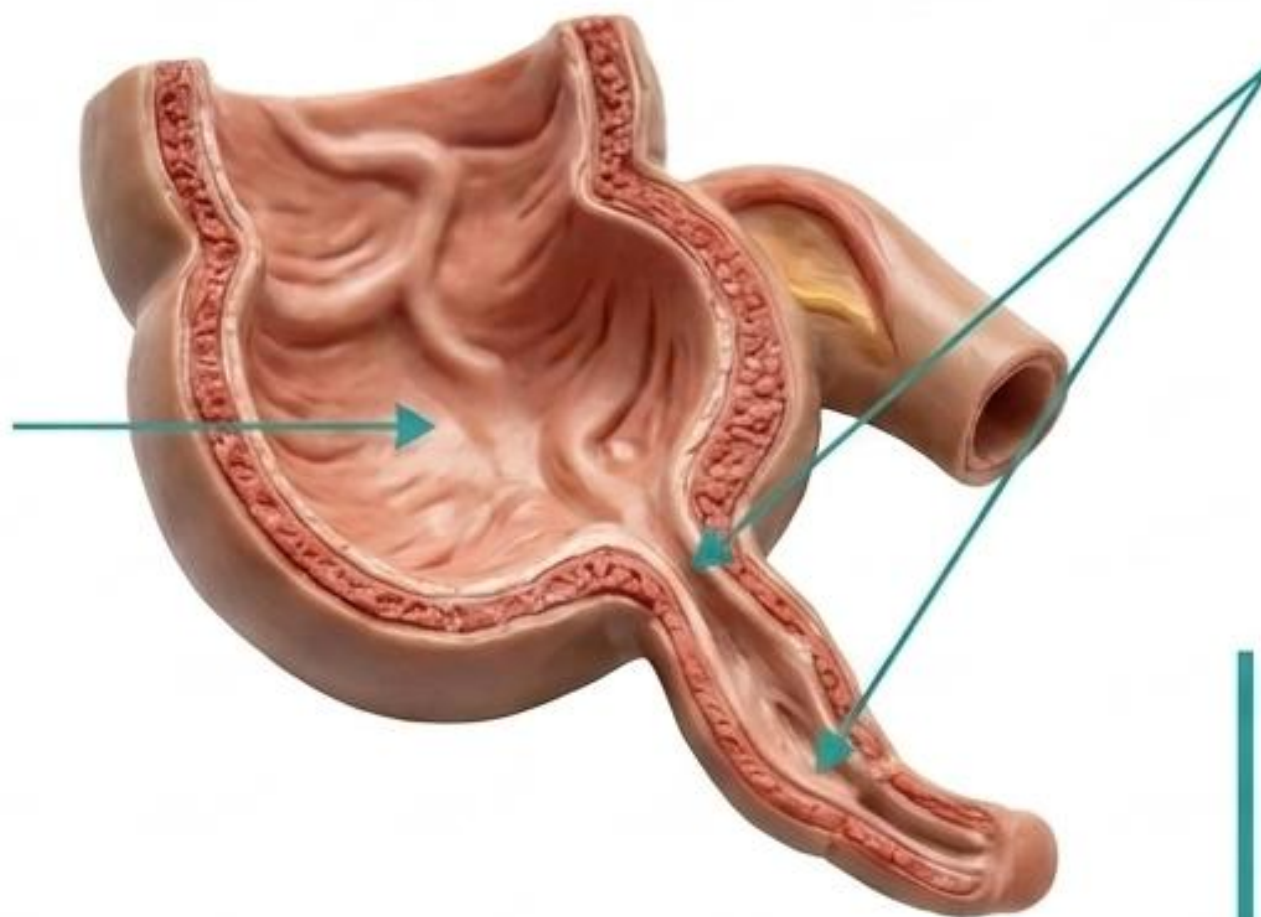


Signos clínicos: Presenta un vómito, anorexia y febrícula de 37.9 °C.

La pregunta clínica: ¿Qué le está pasando a Julián, y por qué el dolor se movió?

La anatomía de una vulnerabilidad

El apéndice vermiforme es una pequeña estructura tubular de 8 a 10 cm unida al ciego.



Su diseño anatómico presenta una falla crítica: una luz estrecha combinada con un vaciamiento poco eficiente. Esto lo hace vulnerable a la obstrucción.

El resultado clínico:

Es una de las causas más frecuentes de abdomen agudo quirúrgico y una causa habitual de cirugía abdominal de urgencia.

Fisiopatología: la escalada de presión intraluminal

FASE 1. OBSTRUCCIÓN



Bloqueo de la luz apendicular por fecalito o hiperplasia.

FASE 2. INFLAMACIÓN



La mucosa produce moco, aumentando la distensión del apéndice y estimulando los receptores de dolor.

FASE 3. ISQUEMIA



El aumento de la presión intraluminal compromete la irrigación y favorece el sobrecrecimiento bacteriano.

FASE 4. GANGRENA



Necrosis del tejido por compromiso vascular prolongado.

FASE 5. PERFORACIÓN

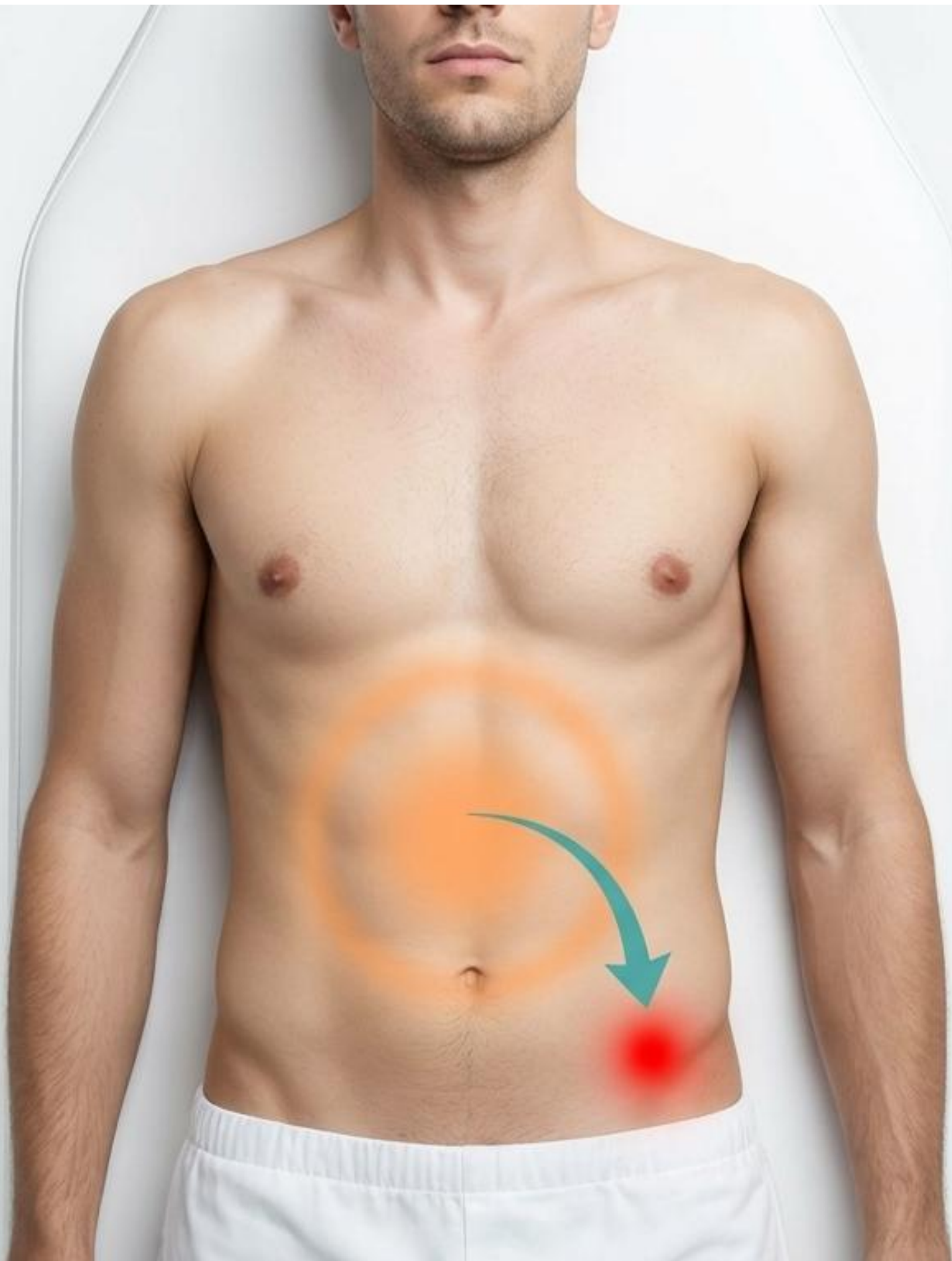


La pared apendicular se rompe y permite la salida del contenido intestinal hacia la cavidad abdominal.

La progresión es variable. El diagnóstico y tratamiento oportunos disminuyen el riesgo de complicaciones.



**¿POR QUÉ AHORA EL DOLOR SE
TRASLADÓ A FID?**



La evolución del dolor es la clave diagnóstica

- 1. Inicio Visceral:** Dolor periumbilical vago, sordo y difuso. Se acompaña de anorexia.
- 2. Migración Somática:** En cuestión de horas, el dolor migra y se localiza en la fosa ilíaca derecha. El dolor se vuelve somático (**parietal**), agudo y bien delimitado.

Hallazgos al examen físico:

Punto de McBurney: Dolor agudo a la palpación localizada.

Signo de Rovsing: Positivo (dolor en el lado derecho al presionar el lado izquierdo).

Evaluación diagnóstica y estudios complementarios

Laboratorio



Hemograma: leucocitosis con predominio de neutrófilos.

Proteína C reactiva (PCR): elevada. Estos hallazgos apoyan la sospecha de inflamación, pero no confirman por sí solos la apendicitis.

Imágenes



TC abdominal: puede mostrar aumento del diámetro apendicular y signos de inflamación. Un diámetro ≥ 6 mm es sugestivo cuando se acompaña de otros hallazgos inflamatorios.

Estudios para valorar diagnósticos diferenciales



Análisis de orina: permite valorar infección urinaria o litiasis renal como posibles diagnósticos diferenciales.
Prueba de embarazo: ante posibilidad de embarazo, permite incorporar el embarazo al diagnóstico diferencial.



**¿QUÉ DATOS AUMENTAN NUESTRA
SOSPECHA?**



El tiempo es el factor que más pesa en el pronóstico.

Cuanto más tiempo transcurre entre el inicio del dolor y la resolución quirúrgica, mayor es el riesgo de progresión a peritonitis.

Ante la sospecha clínica, la comunicación temprana no es un detalle administrativo, es la variable que evita la perforación.



Tratamiento quirúrgico: Apendicectomía

La extirpación quirúrgica del apéndice debe realizarse lo antes posible, habitualmente por vía laparoscópica para asegurar una recuperación más rápida.

Apendicitis No Complicada

Apendicectomía oportuna según la situación clínica.

Apendicitis Complicada (Gangrena o Perforación)

Requiere tratamiento antibiótico, cuya duración depende del control del foco y de la evolución clínica. Si existe un absceso, el manejo puede incluir antibióticos y drenaje, según la situación clínica.

Cuidados preoperatorios fundamentados

Qué hacer	Por qué
Mantener al paciente en ayunas estricto	Prepara fisiológicamente para la cirugía inmediata.
Colocar vía intravenosa y reponer líquidos	Favorece la función renal adecuada y prepara al paciente para la anestesia.
Administrar antibióticos y analgesia	Reduce el riesgo de infección y controla el dolor sin retrasar la evaluación diagnóstica.
NO ADMINISTRAR ENEMAS NI LAXANTES	Aumentan la presión intraluminal y pueden precipitar la perforación inmediata de un apéndice ya inflamado.



**¿QUÉ DEBE HACER ENFERMERÍA MIENTRAS
SE CONFIRMA EL DIAGNÓSTICO?**

La secuencia de recuperación posoperatoria



1. Posición de Fowler: **Bajo**

Reduce la tensión sobre la incisión y los órganos abdominales, disminuyendo el dolor y mejorando la expansión torácica.

2. Prevención de complicaciones **respiratorias**: favorecer posición adecuada; estimular respiraciones profundas; tos efectiva según tolerancia.

Valorar recuperación de la función intestinal: presencia de ruidos intestinales, distensión abdominal, náuseas/vómitos y eliminación de gases/heces.

4. Deambulación temprana: Mismo día. Reduce drásticamente el riesgo de atelectasia y tromboembolismo venoso.

Vigilancia continua: Controlar la producción de orina para detectar retención o hidratación inadecuada.

Vigilancia clínica en apendicitis complicada

En la apendicitis complicada, el riesgo de complicaciones puede persistir después de la cirugía.

Complicaciones posibles

- Peritonitis
- Abscesos intraabdominales
- Pileflebitis portal
Complicación infrecuente y grave asociada a infección intraabdominal.

¿Qué debe vigilar enfermería?



Temperatura
Fiebre persistente o en ascenso



Frecuencia cardíaca
Taquicardia persistente o progresiva



Estado abdominal
Aumento o cambio del dolor, distensión abdominal y deterioro de la evolución clínica



Parámetros inflamatorios
Leucocitosis o parámetros inflamatorios persistentes o en aumento

La evolución conjunta de los signos vitales, el estado abdominal, los parámetros inflamatorios y el estado general permite detectar precozmente posibles complicaciones.

Diagnóstico diferencial: Apendicitis frente a Colecistitis

Parámetro	Apendicitis	Colecistitis
Localización del dolor	Dolor inicialmente periumbilical que puede migrar hacia la fosa ilíaca derecha.	Dolor localizado principalmente en hipocondrio derecho, con posible irradiación hacia el hombro derecho.
Signo clínico característico	Dolor en el punto de McBurney y signo de Rovsing positivo.	Signo de Murphy positivo.
Tratamiento quirúrgico	Apendicectomía realizada de manera oportuna según la situación clínica.	Colecistectomía laparoscópica temprana en pacientes candidatos a cirugía.
Drenaje	No es rutinario. Puede requerirse ante un absceso u otras complicaciones seleccionadas.	El drenaje no es rutinario; su utilización depende de la situación clínica y del procedimiento realizado.

Los signos clásicos orientan, pero no están presentes en todos los pacientes. El diagnóstico se establece mediante la valoración clínica y los estudios complementarios.



Resolución del caso: El diagnóstico de Julián

DIAGNÓSTICO CLÍNICO PRESUNTIVO: Apendicitis aguda

Los hallazgos son altamente sugestivos y requieren confirmación diagnóstica y valoración quirúrgica. **Dolor migratorio hacia FID + McBurney doloroso + Rovsing positivo + febrícula.**

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

La localización y evolución del dolor hacen menos probables otras causas, como diverticulitis o colecistitis, aunque deben considerarse según la presentación clínica.

PRIORIDAD DE ENFERMERÍA

Mantener al paciente en **ayunas** y evitar la administración de laxantes o enemas mientras se confirma el diagnóstico y se define la conducta médica.



SIGNO DE ALARMA

Dolor abdominal generalizado + defensa abdominal + deterioro del estado general → sospechar una complicación como **perforación** con **peritonitis** y comunicar inmediatamente.



Lo esencial de la práctica clínica



1. Evolución del dolor

La migración del dolor desde la región periumbilical hacia la fosa ilíaca derecha es un hallazgo clínico característico que orienta al diagnóstico. El **dolor migratorio** es clave.

2. Riesgo de progresión

El retraso diagnóstico y terapéutico aumenta el riesgo de progresión y complicaciones. El **diagnóstico oportuno** y el manejo de **complicaciones** son fundamentales.

3. Evitar enemas y laxantes

Ante la sospecha de apendicitis, no administrar enemas ni laxantes sin indicación médica. Se debe **evitar enemas/laxantes**.

4. Vigilancia posquirúrgica

En casos complicados, vigilar temperatura, frecuencia cardíaca, estado abdominal, evolución del dolor y parámetros inflamatorios. Los cambios persistentes o progresivos pueden alertar sobre una complicación infecciosa. La **vigilancia posquirúrgica** es crítica.



Gracias.
Espacio para preguntas.