



UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA
DE ICA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

TRABAJO ACADÉMICO

**“CASO CLÍNICO: CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN
PACIENTES POST OPERADOS DE APENDICITIS SIN
COMPLICACIONES DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL
“CORONEL LUIS ARIAS SCHREIBER”**

PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN:

CUIDADOS QUIRÚRGICOS

PRESENTADO POR:

CARLA ANGELA RAMÍREZ MARTINEZ

ASESOR:

DRA. MAGDALENA TALLA LINDERMAN

**CHINCHA - ICA - PERÚ
2018**

ÍNDICE

INTRODUCCION

OBJETIVOS..... 04

LIMITACIONES..... 04

CAPÍTULO I

ANTECEDENTES..... 05

BASES TEORICAS..... 10

CAPÍTULO II

CASO CLINICO..... 25

CAPÍTULO III

DISCUSIÓN..... 36

CONCLUSION..... 37

RECOMENDACIONES..... 38

INTRODUCCION

La apendicitis no perforada, también conocida como apendicitis simple o apendicitis no complicada, se refiere a la apendicitis aguda que se presenta sin signos clínicos o radiográficos de perforación (p. Ej., Masa inflamatoria, flemón o absceso).

La mayoría de los casos de apendicitis no están perforados en la presentación. Para pacientes adultos con apendicitis no perforada, recomendamos la apendicetomía oportuna, ya sea abierta o laparoscópica. Los antibióticos pueden usarse para aumentar la cirugía en lugar de reemplazarla. Durante los últimos 120 años, la apendicetomía ha resistido la prueba del tiempo como una terapia segura, efectiva y definitiva para la apendicitis.

A pesar de la evidencia de que los antibióticos solos pueden ser suficientes para controlar la presentación inicial de la apendicitis, sugerimos que no se use de forma rutinaria en pacientes adultos que presentan apendicitis no complicada. Creemos que su aplicación de rutina en la práctica clínica es prematura debido a muchas preguntas sin respuesta (p. Ej., Selección de pacientes, ataques recurrentes y neoplasias fallidas). Los antibióticos son una opción para aquellos que no son aptos o rechazan la cirugía.

OBJETIVOS

Determinar los cuidados de enfermería en pacientes post operados de apendicitis sin complicaciones del Hospital Militar Central "Coronel Luis Arias Schreiber"

LIMITACIONES

Poca información relevante acerca de nuestro caso clínico, de igual forma el mal llenado de la historia clínica y puntos importantes se estén evitando llenarlos.

CAPÍTULO I

ANTECEDENTES

Tendremos a los autores Katie E. Rollins et al con el trabajo titulado “Antibióticos versus apendicetomía para el tratamiento de la apendicitis aguda no complicada: un metaanálisis actualizado de ensayos controlados aleatorizados” (2017).

La apendicitis aguda no complicada se ha manejado tradicionalmente mediante apendicetomía temprana. Sin embargo, recientemente, ha aumentado el interés en el potencial para el tratamiento primario con antibióticos, y los estudios hallaron que esto se asocia con menos complicaciones que la apendicetomía. El objetivo de este estudio fue comparar los resultados de la terapia con antibióticos con la apendicetomía para la apendicitis aguda no complicada.

Método

Este metaanálisis de ensayos controlados aleatorios incluyó pacientes adultos que presentaban apendicitis aguda no complicada tratada con antibióticos o apendicetomía. La medida de resultado primaria fue complicaciones. Los resultados secundarios incluyeron la eficacia del tratamiento, la duración de la hospitalización (LOS), la tasa de readmisión y la incidencia de apendicitis complicada.

Resultados

Se incluyeron cinco ensayos controlados aleatorios con un total de 1430 participantes (727 sometidos a tratamiento con antibióticos y 703 sometidos a apendicetomía). Hubo una reducción del 39% del riesgo en las tasas de complicaciones generales en los pacientes tratados con

antibióticos en comparación con los que se sometieron a una apendicetomía (RR 0,61; IC del 95%: 0,44-0,83; $p = 0,002$). No hubo diferencias significativas en LOS del hospital (diferencia de medias 0,25 días, IC del 95%: -0,05 a 0,56, $p = 0,10$). En la cohorte de antibióticos, 123 de 587 pacientes inicialmente tratados con éxito con antibióticos fueron readmitidos con síntomas sospechosos de apendicitis recurrente. La incidencia de apendicitis complicada no aumentó en los pacientes que se sometieron a apendicetomía después del tratamiento con antibióticos "fallidos" (10,8%) versus los que se sometieron a apendicetomía primaria (17,9%).

Conclusión

El aumento de la evidencia respalda el tratamiento primario de la apendicitis aguda no complicada con antibióticos, en términos de complicaciones, enfermedad pulmonar general y riesgo de apendicitis complicada. Los antibióticos deben prescribirse una vez que se realiza o se considera el diagnóstico de apendicitis aguda.

Tendremos al autor Mauro Podda et al con el trabajo titulado "La primera estrategia de antibióticos para la apendicitis aguda no complicada en adultos se asocia con mayores tasas de peritonitis en la cirugía. Una revisión sistemática con meta-análisis de ensayos controlados aleatorios que compararon la apendicetomía y el tratamiento no quirúrgico con antibióticos" (2017)

La apendicitis aguda es el diagnóstico quirúrgico más común en pacientes jóvenes, con una prevalencia de por vida de alrededor del 7%. El debate permanece sobre si AA sin complicaciones debe ser operado o no. El objetivo de este metanálisis de ensayos controlados aleatorios fue evaluar la evidencia actual sobre el tratamiento con antibióticos para el AA no complicado en comparación con el tratamiento quirúrgico estándar.

Métodos

La búsqueda sistemática de literatura se realizó utilizando PubMed, EMBASE, Medline, Google Scholar y el Registro Cochrane Central de Bases de Datos de Ensayos Controlados para ensayos controlados aleatorios que comparaban la terapia con antibióticos (AT) y la terapia quirúrgica con apendicectomía (ST) para AA no complicada. Se revisaron los ensayos para las medidas de resultado primarias: eficacia del tratamiento basada en 1 año de seguimiento, recurrencia al año de seguimiento, apendicitis complicada con peritonitis identificada en el momento de la operación quirúrgica y complicaciones posteriores a la intervención. Los resultados secundarios fueron la duración de la estadía en el hospital y el período de baja por enfermedad.

Resultados

Cinco ECA que compararon AT y ST calificaron para su inclusión en el metanálisis, con 1.351 pacientes incluidos: 632 en el grupo AT y 719 en el grupo ST. Se encontró una mayor tasa de eficacia del tratamiento basada en el seguimiento de 1 año en el grupo ST (98,3% frente a 75,9%, $P < 0,0001$), la recurrencia a 1 año se informó en el 22,5% de los pacientes tratados con antibióticos. La tasa de apendicitis complicada con peritonitis identificada en el momento de la operación quirúrgica fue mayor en el grupo AT (19,9% frente a 8,5%, $P = 0,02$). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas al comparar los grupos AT y ST para los resultados de las complicaciones generales posteriores a la intervención (4,3% vs 10,9%, $P = 0,32$), las complicaciones posteriores a la intervención se basaron en el número de pacientes que se sometieron a apendicetomía (15,8% vs. 10,9%, $P = 0,35$), la duración de la estancia hospitalaria ($3,24 \pm 0,40$ frente a

2,88 ± 0,39, P = 0,13) y el período de baja por enfermedad (8,91 ± 1,28 frente a 10,27 ± 0,24, P = 0,06).

Conclusiones

Con una eficacia significativamente mayor y bajas tasas de complicaciones, la apendicectomía sigue siendo el tratamiento más eficaz para los pacientes con AA no complicado. Los subgrupos de pacientes con AA no complicada donde los antibióticos pueden ser más efectivos, deben identificarse con precisión.

Se tendrá el trabajo del autor Peter C. Minneci con el trabajo titulado “Eficacia de la elección del paciente en el tratamiento no quirúrgico versus quirúrgico de la apendicitis aguda no complicada pediátrica” (2016)

La evidencia actual sugiere que el manejo no quirúrgico de la apendicitis no complicada es seguro, pero la eficacia general se determina combinando los resultados médicos con la perspectiva, los objetivos y las expectativas del paciente y la familia.

Objetivo

Determinar la efectividad de la elección del paciente en el tratamiento no quirúrgico versus quirúrgico de la apendicitis aguda no complicada en niños.

Diseño, configuración y participantes Estudio prospectivo de cohortes de elección de pacientes en pacientes de 7 a 17 años con apendicitis aguda no complicada que se presentaron en un solo hospital terciario pediátrico de atención aguda desde el 1 de octubre de 2012 hasta el 6 de marzo de 2013. Los pacientes y las familias participantes dieron su

consentimiento informado y eligió entre el tratamiento no quirúrgico y la apendicetomía urgente.

Intervenciones Apendicetomía urgente o manejo no quirúrgico que conlleve al menos 24 horas de observación hospitalaria mientras recibe antibióticos por vía intravenosa y, al demostrar mejoría de los síntomas, completar 10 días de tratamiento con antibióticos orales.

Principales resultados y medidas El resultado primario fue la tasa de éxito de 1 año de manejo no quirúrgico. El manejo exitoso no quirúrgico se definió como no sometido a una apendicetomía. Los resultados secundarios incluyeron comparaciones de las tasas de apendicitis complicada, días de incapacidad y costos de atención médica entre el tratamiento no quirúrgico y la cirugía.

Resultados

Se inscribieron un total de 102 pacientes; 65 pacientes / familias eligieron apendicectomía (mediana de edad, 12 años, rango intercuartílico [IQR], 9-13 años, 45 hombres [69.2%]) y 37 pacientes / familias eligieron el manejo no quirúrgico (mediana de edad, 11 años; IQR, 10- 14 años, 24 hombres [64,9%]). Las características basales fueron similares entre los grupos. La tasa de éxito del manejo no quirúrgico fue del 89.2% (IC 95%, 74.6% -97.0%) a los 30 días (33 de 37 niños) y 75.7% (IC 95%, 58.9% -88.2%) al año (28 de 37 niños). La incidencia de apendicitis complicada fue del 2,7% en el grupo no operatorio (1 de 37 niños) y del 12,3% en el grupo de cirugía (8 de 65 niños) ($p = 0,15$). Después de 1 año, los niños tratados de forma no quirúrgica en comparación con el grupo de cirugía tenían menos días de incapacidad (mediana [IQR], 8 [5-18] frente a 21 [15-25] días, respectivamente, $p < 0,001$) y menor salud relacionada con la apendicitis costos de atención (mediana [IQR], \$ 4219 [\$ 2514- \$ 7795] vs \$ 5029 [\$ 4596- \$ 5482], respectivamente, $P = .01$)

Conclusiones y relevancia Cuando es elegida por la familia, el tratamiento no quirúrgico es una estrategia de tratamiento eficaz para los niños con apendicitis aguda no complicada, que produce menos mortalidad y costos más bajos que la cirugía.

BASES TEORICAS

Evidencia para el tratamiento no quirúrgico: hasta la fecha, seis ensayos aleatorizados han comparado los antibióticos con la apendicetomía para la apendicitis no perforada en adultos. Se han publicado muchas más revisiones sistemáticas y metanálisis. De estas publicaciones, sabemos que:

- La mayoría de los pacientes tratados con antibióticos responden clínicamente con una reducción en el recuento de leucocitos, evitación de peritonitis y reducción general de síntomas. En comparación con aquellos que se sometieron a una apendicetomía inmediata, los pacientes tratados con antibióticos tienen puntajes de dolor más bajos o similares, requieren menos dosis de narcóticos, tienen un retorno más rápido al trabajo y no tienen una mayor tasa de perforación.
- Aproximadamente el 90 por ciento de los pacientes tratados con antibióticos pueden evitar la cirugía durante la admisión inicial. El otro 10 por ciento que no responde a los antibióticos requiere una apendicetomía de rescate. Sin embargo, no existe una forma confiable de predecir quién responderá o no a los antibióticos.
- Aproximadamente el 70 por ciento de los pacientes tratados exitosamente con antibióticos durante la admisión inicial pueden evitar la cirugía durante el primer año. El otro 30 por ciento finalmente requiere una apendicetomía para la apendicitis

recurrente o síntomas de dolor abdominal (tiempo medio para la apendicetomía de 4.2 a 7 meses).

Otro ensayo aleatorizado de Corea dio un paso más y comparó la atención de apoyo sola versus los antibióticos en 245 adultos con apendicitis no complicada verificada por tomografía computarizada (TC). Aproximadamente tres cuartas partes de los pacientes seleccionados fueron excluidos; los criterios de exclusión incluyeron diámetro apendicular > 11 mm, apendicolito y apendicitis complicada. Los pacientes tratados con atención de apoyo solo se comportaron tan bien como los pacientes tratados con cuatro días de antibióticos. Aproximadamente el 7 por ciento en cada grupo falló el tratamiento inicial, y la mayoría requirió apendicetomía; un 13 a 16 por ciento adicional en cada grupo tuvo recurrencias durante el seguimiento de 19 meses, y la mayoría requirió apendicetomía. La tasa de fracaso del tratamiento inicial y la tasa de recurrencia con y sin antibióticos son sorprendentemente similares a los de ensayos aleatorizados anteriores, lo que indica que tal vez la atención de apoyo, no los antibióticos, fue responsable del éxito de la terapia no quirúrgica.

Es concebible que si la apendicitis puede tratarse de forma no quirúrgica está predeterminado por la fisiopatología subyacente, y que los pacientes cuya apendicitis está destinada a resolverse sin cirugía mejorarán con o sin antibióticos. Sin embargo, aunque estos pacientes representan la mayoría (del 70 al 90 por ciento de los que presentan apendicitis no perforada), no se pueden identificar a priori de manera confiable en base a los datos clínicos, de laboratorio y radiológicos actualmente disponibles y, lo que es más importante, tampoco pueden los pacientes están destinados a fallar en el manejo no quirúrgico ser seleccionados para una apendicetomía temprana.

A pesar de la creciente evidencia de manejo no operatorio de la apendicitis no perforada, seguimos preocupados por los siguientes problemas:

- La terapia con antibióticos está indicada solo para pacientes con apendicitis no perforada (no complicada). Sin embargo, la TC abdominal preoperatoria no puede distinguir confiablemente la apendicitis no complicada de la enfermedad complicada. En un ensayo, por ejemplo, entre pacientes en el brazo de apendicetomía, el 20 por ciento tenía apendicitis complicada identificada en el momento de la cirugía. Los pacientes con fecalitos en imágenes tienen una tasa alta de apendicitis complicada (hasta 40 por ciento). Por lo tanto, el manejo no quirúrgico no se recomienda para esos pacientes.
- El tratamiento conservador representa un mayor riesgo para los pacientes que son mayores, están inmunocomprometidos o tienen comorbilidades médicas. En tales pacientes, la gravedad de la enfermedad puede subestimarse y el riesgo de lesiones inesperadas en el apéndice, como carcinoide y carcinoma, puede ser mayor. Aunque estos pacientes de alto riesgo podrían beneficiarse al máximo del tratamiento no quirúrgico de la apendicitis, se excluyeron de todos los ensayos. Por lo tanto, se desconoce la eficacia del primer enfoque con antibióticos para el tratamiento de la apendicitis en este grupo de pacientes.

Para una pequeña minoría de pacientes con historia previa de complicaciones quirúrgicas o fobia severa a la apendicetomía, se podría ofrecer un abordaje no quirúrgico como alternativa a la cirugía inmediata. Las estrategias de tratamiento actuales derivadas de los protocolos de prueba requieren antibióticos intravenosos iniciales durante uno a tres días, seguidos de antibióticos orales durante hasta 10 días; las opciones de antibióticos no están estandarizadas. Por lo

general, los pacientes ingresan en el hospital durante los primeros uno o tres días para observarlos de cerca en caso de deterioro clínico, lo que requiere una apendicetomía de rescate inmediata. No está claro si el tratamiento con antibióticos aumenta la utilización hospitalaria y, por lo tanto, el costo, tanto durante la fase inicial del tratamiento como para las recidivas. Los pacientes que eligen el tratamiento no quirúrgico deben ser advertidos de una tasa de recurrencia que suele ser del 15 al 25 por ciento, pero puede ser de hasta el 38 por ciento. Tampoco está claro si el éxito en evitar la cirugía inmediata justifica el temor y la carga de la recurrencia potencial o la neoplasia apendicular perdida (especialmente en adultos mayores).

Apendicetomía para apendicitis no perforada: el tratamiento estándar actual para la apendicitis es la apendicetomía, que se puede realizar abierta o laparoscópicamente.

Momento de la apendicetomía: los pacientes se presentan con apendicitis en todo momento del día. Si un paciente estable con apendicitis no perforada requiere cirugía durante la noche o la mañana siguiente es controvertido. Sin embargo, un metaanálisis de 11 estudios no aleatorizados mostró que un retraso intrahospitalario corto de 12 a 24 horas antes de la cirugía en esa población de pacientes no se asoció con un mayor riesgo de perforación. Los ensayos aleatorizados sobre el tratamiento de la apendicitis con antibióticos solos también proporcionaron evidencia indirecta adicional en apoyo de su seguridad. Sin embargo, retrasar la apendicetomía durante > 48 horas se asoció con un aumento de las infecciones del sitio quirúrgico y otras complicaciones.

El momento de la cirugía también depende de la disponibilidad de los cirujanos y los recursos de la sala de operaciones. Los hospitales que cuentan con un servicio quirúrgico de cuidados agudos interno las 24 horas del día y el personal de la sala de operaciones pueden realizar

una apendicectomía siempre que haya un quirófano disponible, de día o de noche. Para el hospital sin dichos recursos, la apendicectomía cuando se abre el quirófano a la mañana siguiente es apropiada. En cualquier situación, para la apendicitis aguda no perforada en un paciente estable, recomendamos la apendicectomía en 12 horas. Los pacientes deben ser ingresados en el hospital y recibir hidratación intravenosa, control del dolor y antibióticos por vía intravenosa mientras esperan la cirugía.

Preparación preoperatoria: los pacientes con apendicitis aguda requieren una hidratación adecuada con líquidos intravenosos, corrección de anomalías electrolíticas y antibióticos perioperatorios. Deben vigilarse de cerca los signos vitales y la producción de orina del paciente; un catéter de Foley puede ser requerido en pacientes severamente deshidratados. Una vez que se ha tomado la decisión de realizar una operación para la apendicitis aguda, el paciente debe pasar al quirófano con la menor demora posible para minimizar la posibilidad de progresión a la perforación.

Antibióticos para la apendicitis no perforada: los antibióticos profilácticos son importantes para prevenir la infección de la herida y el absceso intraabdominal después de una apendicectomía. La flora del apéndice refleja la del colon e incluye aerobios gram-negativos y anaerobios.

Los pacientes que proceden directamente de la sala de urgencias a la sala de operaciones para la apendicectomía sin más demora deben recibir antibióticos profilácticos dentro de una "ventana" de 60 minutos antes de la incisión inicial. En general, una sola dosis de antibiótico preoperatorio para la profilaxis de la herida quirúrgica es adecuada. Las pautas establecidas por Medical Letter y el Proyecto de mejora de la atención quirúrgica sugieren las siguientes opciones para la apendicectomía: una dosis única de cefoxitina (2 g IV) o cefotetan

(2 g IV) o la combinación de cefazolina (2 g si <120 kg o 3 g si ≥120 kg IV) PLUS metronidazol (500 mg IV), o, en pacientes alérgicos a penicilinas y cefalosporinas, clindamicina ADEMÁS de uno de los siguientes: ciprofloxacina , levofloxacina , gentamicina o aztreonam. Los antibióticos postoperatorios son innecesarios.

Pacientes que toman aspirina o clopidogrel: la apendicetomía se realiza comúnmente de manera urgente o emergente. En un estudio retrospectivo de casos y controles de pacientes sometidos a apendicetomía laparoscópica, los que tomaron aspirina , clopidogrel (Plavix) o ambos no tuvieron más necesidad de transfusión o pérdida de sangre que los controles emparejados; tampoco hubo diferencias en las complicaciones, la duración de la estancia hospitalaria, la readmisión o la mortalidad entre los dos grupos. Por lo tanto, el uso prehospitalario de aspirina o clopidogrel no debe excluir o retrasar la apendectomía laparoscópica.

Los pacientes que se presentan de noche y no se someterán a apendicetomía hasta la mañana siguiente deben ingresar al hospital y comenzar con antibióticos por vía intravenosa tan pronto como sea posible (a menudo en la sala de emergencias), en lugar de esperar hasta justo antes de la cirugía. En este caso, sugerimos elegir antibióticos de la lista destinados a pacientes con apendicitis perforada / complicada para proporcionar una cobertura de amplio espectro.

Abierto versus laparoscópico: la apendicetomía abierta y laparoscópica se compararon en más de 70 ensayos aleatorizados y se analizaron en muchas revisiones sistemáticas y metanálisis. Una revisión sistemática de 2015 de nueve metanálisis de calidad moderada a alta (cada uno analizó de 8 a 67 ensayos aleatorios) concluyó que:

El abordaje laparoscópico fué superior para:

- Una tasa más baja de infecciones de la herida (los nueve metanálisis, O 0.3 a 0.52)
- Menos dolor en el día 1 postoperatorio (dos de tres metanálisis, de 0,7 a 0,8 puntos en una escala analógica visual de 10 puntos [EVA])
- Menor duración de la estadía en el hospital (siete de los ocho metanálisis, de 0,16 a 1.13 días)

El enfoque abierto fue superior para:

- Una tasa más baja de abscesos intraabdominales (tres de seis metanálisis, OR 1.56 a 2.29)
- Un tiempo quirúrgico más corto (ocho metaanálisis, de 7,6 a 18,3 minutos)

Una revisión sistemática separada y un análisis combinado también encontraron que la apendectomía laparoscópica se asocia con menos obstrucciones intestinales adhesivas a corto plazo (OR agrupado 0,43, IC 95% 0,3-0,63) y prolongada (OR 0,33, IC del 95%: 0,19 a 0,56).

Aunque la apendicectomía laparoscópica ha ganado aceptación generalizada, existen beneficios y limitaciones para el abordaje laparoscópico. Como resultado, el abordaje quirúrgico en pacientes con sospecha de apendicitis es mejor decidido por el cirujano en función de la experiencia personal, las capacidades institucionales y los factores individuales del paciente, como la confianza en el diagnóstico; antecedentes de cirugía previa; la edad del paciente, el género y el habitus corporal; y severidad de la enfermedad. La evidencia sugiere que la laparoscopia puede ser el enfoque preferido en estos siguientes entornos:

- Un diagnóstico incierto: el abordaje laparoscópico proporciona una ventaja en pacientes en quienes el diagnóstico es incierto, ya que permite la inspección de otros órganos abdominales. Este beneficio puede ser mayor para las mujeres en edad fértil, que tradicionalmente han tenido tasas de apendicectomía negativas más altas, y en quienes la laparoscopia puede revelar otras causas de patología pélvica. En un estudio de 181 mujeres que se sometieron a laparoscopia por sospecha de apendicitis aguda, 86 (48 por ciento) fueron diagnosticadas con un trastorno ginecológico como la etiología de los síntomas.
- Pacientes obesos: la apendicetomía laparoscópica es útil en pacientes con sobrepeso u obesos, ya que la exposición del cuadrante inferior derecho durante la apendicetomía abierta puede requerir incisiones más grandes propensas a la morbilidad.
- Pacientes adultos mayores: los pacientes adultos mayores pueden beneficiarse significativamente del abordaje laparoscópico, ya que la estadía hospitalaria es más corta y las tasas de alta hospitalaria son más altas en esta población que con una apendicetomía abierta.

Las técnicas laparoscópicas - apendicetomía laparoscópica fue descrita por primera vez por Semm en 1983. Aunque la apendicetomía abierta la precedió en casi 100 años, la apendectomía laparoscópica ha superado a su contraparte abierta en popularidad. Un análisis prospectivo de tendencias encontró que las tasas de complicación, conversión, reoperación y duración de la estancia hospitalaria asociadas a la apendicetomía laparoscópica han disminuido en una década de observación.

- Anestesia: la apendicetomía laparoscópica generalmente se realiza bajo anestesia general.

- Preparación del paciente: en el abordaje laparoscópico, generalmente se coloca un tubo orogástrico para descomprimir el estómago. La vejiga se puede descomprimir con un catéter de Foley o haciendo que el paciente se vacíe inmediatamente antes de ingresar al quirófano.
- Colocación del paciente: el paciente se coloca en posición supina sobre la mesa de la sala de operaciones con el brazo izquierdo metido. El monitor de video se coloca en el lado derecho del paciente porque una vez que se establece el neumoperitoneo, tanto el cirujano como el asistente se paran a la izquierda del paciente.
- Colocación de los puertos - Varias colocaciones del puerto han defendido para la apendicetomía laparoscópica. Estos métodos comparten el principio de triangulación de puertos de instrumentos para garantizar una visualización y exposición adecuadas del apéndice. En un método, el neumoperitoneo se obtiene a través de un puerto periumbilical de 12 mm, a través del cual se inserta el laparoscopio y se realiza una laparoscopia exploratoria. Los otros dos puertos se colocan bajo visión directa: un puerto de 5 mm en el cuadrante inferior izquierdo y un puerto suprapúbico de 5 mm en la línea media. Si se utiliza un laparoscopio de 5 mm, puede colocarse a través del trocar del cuadrante inferior izquierdo, y el trocar umbilical de 12 mm se puede utilizar para una engrapadora. La mayoría de las engrapadoras requieren un puerto de 12 mm.

Cuando el apéndice se encuentra en la posición retrocecal, también se puede lograr una buena triangulación de los instrumentos con un puerto de 12 mm colocado en la línea media superior. Este puerto permite que los instrumentos o el laparoscopio se coloquen para acceder al canal entre el colon

derecho y la pared abdominal. Si el riesgo de conversión abierta es alto, todas las incisiones de la línea media deben estar orientadas verticalmente para que puedan incorporarse fácilmente en una incisión en la línea media inferior.

Un método alternativo de acceso abdominal a la laparoscopia convencional es la laparoscopia de incisión única, en la cual todos los instrumentos y el laparoscopio se insertan a través de un portal multicanal colocado en el ombligo. En un metaanálisis de 11 ensayos aleatorios que compararon la incisión única con la apendicectomía laparoscópica convencional, la apendicetomía laparoscópica de incisión única se asoció con una estancia más corta y un retorno más rápido a las actividades, pero un tiempo quirúrgico más prolongado y una tasa de conversión más alta.

- **Movilización:** una vez que se identifica el apéndice enfermo, cualquier adherencia a las estructuras circundantes se puede lisar con una combinación de disección roma y aguda. Si se encuentra un apéndice retrocecal, la división de las inserciones peritoneales laterales del ciego a la pared abdominal a menudo mejora la visualización. Se debe tener cuidado para evitar las estructuras retroperitoneales subyacentes, específicamente el uréter derecho y los vasos ilíacos.

- **Disección de mesoapéndice :** el apéndice o el mesoapéndice pueden agarrarse suavemente con una pinza Babcock y retraerse en dirección anterior. La arteria apendicular, o mesoapéndice que la contiene, puede dividirse bruscamente entre clips hemostáticos, con una grapadora laparoscópica de anastomosis gastrointestinal (GIA), cauterio monopolar o uno de los dispositivos de ligadura de vasos avanzados (por ejemplo, bisturí ultrasónico o LigaSure). Las diversas tecnologías difieren en tiempo de operación y costo, pero no en resultados importantes para el paciente, como la tasa de

complicaciones y la duración de la estadía. Por lo tanto, los cirujanos pueden elegir una técnica basada en su experiencia personal, la condición del apéndice y los recursos disponibles.

- **Transección del apéndice:** el apéndice se borra a su unión con el ciego, y la base del apéndice se divide usando una grapadora GIA laparoscópica, teniendo cuidado de no dejar un muñón significativo. A veces es necesario incluir parte del ciego dentro de la engrapadora para garantizar que las grapas se coloquen en un tejido sano no infectado. Alternativamente, el apéndice se puede dividir claramente entre endoloops. El uso de endoloops para cerrar el muñón apendicular lleva más tiempo, pero cuesta menos que el uso de una grapadora GIA laparoscópica; de lo contrario, la duración de la estancia y la tasa de complicaciones (incluida la del absceso intraabdominal) no difieren. Por lo tanto, cada cirujano puede elegir el método de cierre del muñón apendicular basado en su / supreferencia personal, la condición del apéndice y los recursos disponibles. Se han descrito otros métodos de cierre del muñón apendicular (p. Ej., Nudo de sutura, clip, LigaSure), pero se usan con menos frecuencia debido a los datos limitados. El muñón apendicular generalmente no está invertido después de la apendicectomía laparoscópica.

- **Cierre:** luego se extrae el apéndice a través del puerto umbilical en una bolsa de muestras para prevenir la infección de la herida. El campo operatorio se inspecciona para detectar hemostasia y se irriga con solución salina si es necesario, y luego se cierran el defecto fascial y las incisiones de la piel.

Técnicas Abiertas - apendicectomía abierta fue descrito por McBurney en 1891]. Desde entonces, la técnica se ha mantenido en gran medida sin cambios.

- Anestesia: la apendicectomía abierta en adultos se puede realizar bajo anestesia general o regional (espinal).
- Incisión: el paciente debe volver a examinarse después de la inducción de anestesia general, ya que esto permite la palpación profunda del abdomen. Si se puede palpar una masa que representa el apéndice inflamado, la incisión puede ubicarse sobre la masa. Si no se detecta masa apendicular, la incisión debe centrarse sobre el punto de McBurney, un tercio de la distancia desde la espina ilíaca anterosuperior hasta el ombligo. Una incisión curvilínea en un pliegue de la piel permite un excelente resultado cosmético.

Es importante no hacer la incisión demasiado medial o demasiado lateral. Una incisión colocada demasiado medialmente se abre sobre la vaina del recto anterior, en lugar de los músculos oblicuos deseados, mientras que una incisión demasiado lateral puede ser lateral a la cavidad abdominal. La incisión puede orientarse transversalmente u oblicuamente (perpendicular a la línea que conecta la espina ilíaca anterosuperior con el ombligo). Algunos cirujanos prefieren una incisión transversal porque se puede extender más fácilmente a una mayor exposición si es necesario.

- Movilización y resección: la disección comienza a través del tejido subcutáneo hacia la fascia oblicua externa, que está marcadamente incisa lateral a la vaina del recto. Usando una técnica de división muscular, el oblicuo externo se separa sin rodeos en la dirección de las fibras musculares; los músculos oblicuos internos y transversos del abdomen están claramente separados de manera similar. El peritoneo está fuertemente introducido, evitando lesionar el intestino subyacente.

El cirujano a menudo puede localizar el apéndice al deslizar un dedo lateralmente hacia medialmente en el canal paracólico derecho. Las adherencias delgadas entre el apéndice y las estructuras circundantes generalmente pueden liberarse con una disección roma; ocasionalmente, se requiere disección aguda para adherencias más densas. Si el apéndice no puede identificarse a través de la palpación, puede localizarse siguiendo las teniae coli hasta su origen en la base cecal.

Una vez identificado y liberado de las adherencias, el apéndice se administra a través de la incisión. El mesoapéndice se puede agarrar con una pinza Babcock, teniendo cuidado de no romper la pared del apéndice y provocar el derrame de los contenidos entéricos. La arteria apendicular, que se ejecuta en el mesoapéndice, se divide entre pinzas hemostáticas y se ata con suturas absorbibles de 3-0.

Se coloca una sutura de cordón no absorbible en la pared cecal alrededor del apéndice. Después de aplastar la base del apéndice con una pinza Kelly, el apéndice está doblemente unido con 2-0 suturas absorbibles. El apéndice se extirpa con un bisturí, y el muñón restante se cauteriza para prevenir un mucocele. El muñón del apéndice generalmente se invierte en el ciego mientras se aprieta la sutura de la bolsa, aunque la utilidad de la inversión del muñón es discutible. El lecho quirúrgico se irriga con solución salina.

- Cierre: la incisión se cierra en capas con sutura absorbible 2-0 en ejecución, comenzando con el peritoneo, seguido del transversal del abdomen, oblicuo interno y oblicuo externo. El riego

se realiza en cada capa. Para mejorar la analgesia y limitar los requisitos narcóticos postoperatorios, la fascia oblicua externa puede inyectarse con anestésico local. La fascia de Scarpa se cierra con una sutura absorbible 3-0 interrumpida, seguida de un cierre subcuticular o grapas para la piel. En la apendicitis no perforada, la piel puede cerrarse principalmente con una baja probabilidad de infección de la herida.

Manejo posoperatorio: después de la apendicetomía abierta o laparoscópica para la apendicitis no perforada, los pacientes pueden comenzar con una dieta líquida clara y avanzar según lo tolere una dieta regular. Los antibióticos no son necesarios en el postoperatorio. La mayoría de los pacientes son dados de alta dentro de las 24 a 48 horas de la cirugía. La descarga en el mismo día es factible, más comúnmente después de una apendicetomía laparoscópica.

Intervenciones por parte del personal de enfermería

Intervenciones.

- 5820. Disminución de la ansiedad del paciente y su familia
- 3140. Manejo de la vía aérea y precauciones para evitar la aspiración
- 6482. 6486. Manejo ambiental: regulación de la temperatura, seguridad, confort
- 6490. Prevención de caídas
- 1400. Manejo del dolor
- 2210. Administración de analgésicos
- 2214. Administración de analgésicos intraespinal
- 2314. Administración de medicación intravenosa
- 4030. Administración de productos sanguíneos
- 6540. Control de infecciones
- 3660. Cuidados de la herida y cuidados del sitio de incisión
- 1870. Cuidados del drenaje
- 1876. Cuidados del catéter urinario
- 0620. Cuidados de la retención urinaria

La evaluación de un paciente con apendicitis puede ser tanto objetiva como subjetiva.

Evalúa el nivel de dolor.

Evaluar los hallazgos de laboratorio relevantes.

Evaluar los signos vitales del paciente en preparación para la cirugía.

Diagnóstico

En base a los datos de evaluación, los diagnósticos más apropiados para un paciente con apendicitis son:

Dolor agudo relacionado con el apéndice obstruido.

Riesgo de volumen deficiente de líquido relacionado con vómitos preoperatorios, restricciones postoperatorias.

Riesgo de infección relacionada con la ruptura del apéndice.

Evaluación

Dolor aliviado

Déficit de volumen de líquido prevenido.

Reducción de la ansiedad.

Infección eliminada debido a la interrupción potencial o real del tracto gastrointestinal.

Integridad de la piel mantenida.

Nutrición óptima alcanzada.

Planificación y objetivos

Artículo principal: 4 planes de cuidado de enfermería de apendectomía

Las metas para un paciente con apendicitis incluyen:

Aliviar el dolor

Previendo el déficit de volumen de líquidos.

La reducción de la ansiedad.

Eliminando la infección debido a la interrupción potencial o real del tracto gastrointestinal.

Manteniendo la integridad de la piel.

Alcanzar la nutrición óptima.

CAPÍTULO II

CASO CLÍNICO

FILIACIÓN

Nombres y apellidos: A.M.H.C

Fecha de nacimiento: 15/06/1999

Edad: 19 años

Sexo: Masculino

Ocupación: Estudiante

Procedencia: Lima

Grado de instrucción: Superior

Fecha de ingreso: 01/02/2018

ANAMNESIS

Signos y síntomas principales:

1. Fiebre
2. Dolor abdominal
3. Náuseas y vómitos
4. Hiporexia

Tiempo de enfermedad: 18 horas

Forma de inicio: Insidioso

Curso de la enfermedad: Progresivo

Relato:

Paciente refiere que 18 horas antes del ingreso presenta dolor en epigastrio tipo cólico de intensidad 5/10 no irradiado que cede parcialmente con analgésicos. 6 horas antes del ingreso refiere dolor migra a fosa iliaca derecha tipo cólico de intensidad 8/10 asociado a náuseas vómitos e hiporexia. 3 horas antes del ingreso presenta fiebre de 39. 5°, por persistencia de sintomatología acude por emergencia.

FUNCIONES BIOLÓGICAS:

Apetito: Hiporexia

Sed: Aumentada

Sueño: Disminuido

Orina: Conservada

Deposiciones: Conservada

ANTECEDENTES**Antecedentes personales**

Antecedentes patológicos: Niega

Consumo de alcohol: Eventualmente

Consumo de tabaco: Niega

Consumo de drogas: Niega

Cirugías: Niega

Transfusión: Niega

Alergias: Niega

Antecedentes familiares:

Padre: Hipertensión arterial.

Madre: Niega

Hermanos: Niega

EXAMEN FISICO

FC 115 lpm FR 20 rpm T: 38° SatO2: 98%

Paciente en aparente regular estado general, de nutrición e hidratación, ventilando espontáneamente sin apoyo oxigenatorio.

Piel y anexos: tibia, hidratada, elástica, llenado capilar <2". No cianosis, no ictericia.

Tejido celular subcutáneo: no edemas

Tórax: buena ampliación.

Aparato respiratorio: murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no estertores, no tirajes.

Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buen tono e intensidad, no soplos audibles.

Abdomen:plano, ruidos hidroaereos presentes, doloroso a la palpación profunda en fosa iliaca derecha, Mc Burney positivo, Signos de Rovsing positivo, Signo de Blumberg negativo.

Genitourinario: puño percusión lumbar bilateral negativo. No globo vesical.

Neurológico: Despierto, orientado en tiempo, espacio y persona. ECG 1 5/15. No signos de focalización.

IMPRESION DIAGNÓSTICA

1. SINDROME DOLOROSO ABDOMINAL

1.1 D/C APENDICITIS AGUDA

PLAN

Se solicita pre quirúrgico:

Hemograma completo, PCR, Perfil hepático, Perfil de coagulación completo.

Grupo sanguíneo más factor.

Examen de orina

Radiografía de abdomen.

Consentimiento informado.

Apendicetomía convencional.

EXAMENES AUXILIARES:

HEMOGRAMA	WBC 15×10^3 Neutrófilos: 9×10^3 Eosinofilos 0.1 Abastoados 01% Hb 13 g/ dl Hematocrito 38.5% Plaquetas 198.000
-----------	--

PCR	2.3
PERFIL DE COAGULACION	TP 13 INR 1 TC 7 MIN TS 2 MIN
GRUPO SANGUINEO Y FACTOR	O+
ECOGRAFIA ABDOMINAL	DISMINUCION EN EL PERISTALTISMO A NIVEL DE FOSA ILIACA DERECHA. RESTO ECOSONOGRAFICAMENTE NORMALES. D/C APENDICITIS AGUDA
RX TORAX	DENTRO DE LOS LIMITES NORMALES
EXAMEN DE ORINA	LEU 0-1 / campo HEMATIES 0 GERMENES 0 CELULAS EPITELIALES 0 PIOCITOS 0

RIESGO QUIRÚRGICO: I

ECOGRAFÍA ABDOMINAL:

Se evidencia apendicolitos en apéndice cecal. No liquido libre.



--Apendicolitos (flechas) en un apéndice difusamente hipoecogénico.

Se toma radiografía de abdomen:

No alteración estructural.



IMPRESION DIAGNÓSTICA

1. ABDOMEN AGUDO QUIRURGICO:

1.1 Apendicitis aguda

PACIENTE INGRESA A SOP

Diagnóstico post operatorio:

1. PO Apendicetomía convencional por Apendicitis aguda supurada

Pieza operatoria: apéndice cecal.

Se envía pieza operatoria a anatomía patológica.



Paciente tolera acto quirúrgico y pasa a recuperación con funciones vitales estables, afebril.

Pasa a recuperación con la siguiente terapéutica:

- NPO
- Dextrosa 33% } XXX gotas por minuto.
- Nacl 20% }
- Ceftriaxona 1gr EV cada 24 horas

- Ketoprofeno 100mg EV cada 8 horas
- Tramadol 100mg IM PRN dolor intenso.
- CFV+BH

DÍA HOSPITALARIO 1

EXAMEN FISICO

FC: 100 lpm FR: 19 rpm T: 37° Sat O2: 98%

Paciente en aparente regular estado general, de nutrición e hidratación, ventilando espontáneamente sin apoyo oxigenatorio, con vía periférica permeable en miembro superior derecho.

Piel y anexos: tibia, hidratada, elástica, llenado capilar <2". No cianosis, no ictericia.

Tejido celular subcutáneo: no edemas

Tórax: buena ampliación.

Aparato respiratorio: murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no estertores, no tirajes.

Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buen tono e intensidad, no soplos audibles.

Abdomen: plano, herida operatoria en fosa iliaca derecha transversa de 3 cms aproximadamente, con bordes afrontados, no signos de flogosis cubierta por gasas secas. Blando, depresible, dolor a la palpación profunda en fosa iliaca derecha. Timpánico.

Genitourinario: puño percusión lumbar bilateral negativo. No globo vesical.

Neurológico: Despierto, orientado en tiempo, espacio y persona. ECG 1 5/15. No signos de focalización.

Evolución:

Paciente termodinámicamente estable, afebril, sin ninguna intercurrentia.

Plan:

- Probar Tolerancia oral.
- Analgésicos.
- Antibioticoterapia.
- Hemograma y PCR control
- CFV

HEMOGRAMA	WBC 10×10^3 Neutrófilos: 7×10^3 Eosinófilos 0.1 Abastionados 00% Hemoglobina 12 g/ dl Hematocrito 38 % Plaquetas 197.000
PCR	0.4

DÍA HOSPITALARIO 2

EXAMEN FISICO

FC: 95 lpm FR: 19 rpm T: 37° Sat O₂: 98%

Paciente en aparente regular estado general, de nutrición e hidratación, ventilando espontáneamente sin apoyo oxigenatorio, con vía periférica permeable en miembro superior derecho.

Piel y anexos: tibia, hidratada, elástica, llenado capilar <2". No cianosis, no ictericia.

Tejido celular subcutáneo: no edemas

Tórax: buena ampliación.

Aparato respiratorio: murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no estertores, no tirajes.

Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buen tono e intensidad, no soplos audibles.

Abdomen: plano, herida operatoria en fosa iliaca derecha transversa de 3 cms aproximadamente, con bordes afrontados, no signos de flogosis. Blando, depresible, leve dolor a la palpación profunda en fosa iliaca derecha.

Genitourinario: puño percusión lumbar bilateral negativo. No globo vesical.

Neurológico: Despierto, orientado en tiempo, espacio y persona. ECG 15/15. No signos de focalización.

Evolución:

Paciente termodinámicamente estable, afebril, sin ninguna intercurencia. Tolera vía oral. Paciente actualmente con criterios de alta.

Plan:

- Analgésicos.
- Antibioticoterapia.
- Alta con indicaciones médicas.
- Control por consultorio externo de cirugía en 3 días.
- Acudir por emergencia si presenta signos y/o síntomas de alarma.

CAPÍTULO III

DISCUSIÓN

Intervenciones de enfermería La enfermera prepara al paciente para la cirugía. Infusión IV. Se realiza una infusión IV para reemplazar la pérdida de líquidos y promover el funcionamiento renal adecuado. Terapia con antibióticos. La terapia con antibióticos se administra para prevenir la infección. Posicionamiento Después de la cirugía, la enfermera coloca al paciente en posición de alto cazador para reducir la tensión en la incisión y los órganos abdominales, lo que reduce el dolor. Fluidos orales Cuando se tolera, se pueden administrar fluidos orales. Evaluación Dolor aliviado Déficit de volumen de líquido prevenido. Ansiedad reducida Infección eliminada debido a la interrupción potencial o real del tracto gastrointestinal. Integridad de la piel mantenida. Nutrición óptima alcanzada. Pautas para el alta y el cuidado en el hogar La enseñanza de alta para el paciente y la familia es imprescindible. Eliminación de suturas. La enfermera le indica al paciente que haga una cita con el cirujano para quitar las suturas entre el quinto y el séptimo día después de la cirugía. Ocupaciones. El levantamiento pesado se debe evitar postoperatoriamente; sin embargo, la actividad normal se puede reanudar dentro de 2 a 4 semanas. Cuidados en el hogar. Es posible que se necesite una enfermera de atención domiciliaria para ayudar con el cuidado de la

incisión y controlar al paciente para detectar complicaciones y curación de heridas. Pautas de documentación El enfoque de la documentación en pacientes con apendicitis debe incluir: Descripción del cliente de la respuesta al dolor. Nivel aceptable de dolor Uso previo de medicación Resultados de pruebas de laboratorio. Sitio quirurgico. Signos y síntomas del proceso infeccioso. Terapia antibiótica reciente o actual. Plan de cuidado Plan de enseñanza Respuesta a intervenciones, enseñanza y acciones realizadas. Logro o progreso hacia los resultados deseados. Modificaciones al plan de cuidado. Necesidades a largo plazo.

CONCLUSIÓN

Este plan de cuidado de enfermería es para pacientes que están experimentando dolor agudo. Según Nanda, la definición de dolor agudo es el estado en el que un individuo experimenta e informa la presencia de una incomodidad grave o una sensación incómoda que dura de 1 segundo a menos de 6 meses. Es importante tener en cuenta que si un paciente informa dolor que dura más de 6 meses, esto se considera dolor crónico. La característica definitoria de un plan de atención de enfermería para el dolor agudo es que el paciente debe informar o mostrar signos de malestar. Algunos signos de incomodidad incluyen náuseas, picazón, vómitos o dolor. Otros signos que pueden estar presentes son aumento de los signos vitales a partir de los signos vitales de línea de base, llanto, gemidos, máscara facial de dolor o una posición resguardada. El paciente puede experimentar dolor agudo debido a muchas razones. Algunas razones incluyen trastornos musculoesqueléticos como fracturas o artritis por problemas relacionados con el tratamiento, como quemaduras o accidentes. A continuación se muestra un plan de atención de enfermería para el dolor agudo que incluye un diagnóstico de enfermería, intervenciones y objetivos.

RECOMENDACIONES

Controle con frecuencia los signos y síntomas de empeoramiento de la condición, indicando perforación, absceso o peritonitis (aumento de la gravedad del dolor, sensibilidad, rigidez, distensión, ausencia de ruidos intestinales, fiebre, malestar general y taquicardia).

Notifique de inmediato al médico si el dolor cesa repentinamente, esto indica una perforación, que es una emergencia médica.

Asistir al paciente a la posición de comodidad, como los semi-cazadores con las rodillas flexionadas.

Restrinja la actividad que pueda agravar el dolor, como la tos y la deambulación.

Aplique una bolsa de hielo al abdomen para mayor comodidad.

Evite la palpación indiscriminada del abdomen para evitar el aumento de la incomodidad del paciente.

Prepare prontamente al paciente para la cirugía una vez que se establezca el diagnóstico.

Explicar los signos y síntomas de complicaciones postoperatorias para informar temperatura elevada, náuseas y vómitos, o distensión abdominal; estos pueden indicar una infección.

Instruya al paciente sobre el giro, la tos o la respiración profunda, el uso de un espirómetro de incentivo y la deambulación. Discuta el propósito y la importancia continua de estas maniobras durante el período de recuperación.

Enseñe el cuidado incisional y evite levantar cosas pesadas o conducir hasta que el cirujano lo aconseje.

Aconseje evitar los enemas o laxantes fuertes; el aumento de líquidos y ablandadores de heces se puede utilizar para el estreñimiento postoperatorio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Leung TT, Dixon E, Gill M, y col. Obstrucción intestinal después de una apendicectomía: ¿cuál es la verdadera incidencia? *Ann Surg* . 2009; 250 (1): 51-53.
2. Margenthaler JA, Longo WE, Virgo KS, y col. Factores de riesgo para los resultados adversos después del tratamiento quirúrgico de la apendicitis en adultos. *Ann Surg* . 2003; 238 (1): 59-66.
3. McBurney C. Experiencia con interferencia quirúrgica temprana en casos de enfermedad del apéndice vermiforme. *NY Med J*. 1889; 50: 676-684.
4. Fitz R. Inflamación perforante del apéndice vermiforme. *Am J Med Sci* . 1886; 92: 321-346.
5. Coldrey E. Tratamiento de la apendicitis aguda. *Br Med J*. 1956; 2 (5007): 1458-1461.
6. Hansson J, Körner U, Khorram-Manesh A, Solberg A, Lundholm K. ensayo clínico aleatorizado de la terapia con antibióticos versus apendicectomía como tratamiento primario de la apendicitis aguda en pacientes no seleccionados. *Br J Surg* . 2009; 96 (5): 473-481.
7. Styrud J, Eriksson S, Nilsson I, et al. La apendicectomía versus el tratamiento con antibióticos en la apendicitis aguda: un ensayo controlado aleatorizado multicéntrico prospectivo. *Mundo J Surg* . 2006; 30 (6): 1033-1037.

8. Vons C, Barry C, Maitre S, et al. Amoxicilina más ácido clavulánico versus apendicectomía para el tratamiento de la apendicitis aguda no complicada: un ensayo controlado aleatorizado, de no inferioridad, de etiqueta abierta. *Lancet* . 2011; 377 (9777): 1573-1579.
9. Wilms IM, de Hoog DE, de Visser DC, Janzing HM. Apendicectomía versus tratamiento con antibióticos para la apendicitis aguda. *Cochrane Database Syst Rev* . 2011; (11): CD008359.
10. Ansaloni L, Catena F, Coccolini F, y col. Cirugía versus tratamiento antibiótico conservador en la apendicitis aguda: una revisión sistemática y metanálisis de ensayos controlados aleatorios. *Dig Surg* . 2011; 28 (3): 210-221.
11. Liu K, Fogg L. Uso de antibióticos solos para el tratamiento de la apendicitis aguda no complicada: una revisión sistemática y un metanálisis. *La cirugía*. 2011; 150 (4): 673-683.
12. Liu C, Robin AL, Brenner S, Eastman J. Social acceptability of methylphenidate and behavior modification for treating attention deficit hyperactivity disorder. *Pediatrics*. 1991;88(3):560-565.
13. Davis CC, Claudius M, Palinkas LA, Wong JB, Leslie LK. Putting families in the center: family perspectives on decision making and ADHD and implications for ADHD care. *J Atten Disord*. 2012;16(8):675-684.
14. Chapman J, Davies M, Wolff B, et al. Complicated diverticulitis: is it time to rethink the rules? *Ann Surg*. 2005;242(4):576-581.

15. McCafferty MH, Roth L, Jordan J. Current management of diverticulitis. *Am Surg.* 2008;74(11):1041-1049.
16. Ripens F, Dubois J, Garel L. The place of interventional radiology in Crohn disease in children. *Pediatr Radiol.* 2007;37(11):1093-1095.
17. Bussing R, Gary FA, Mills TL, Garvan CW. Parental explanatory models of ADHD: gender and cultural variations. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2003;38(10):563-575.



**FORMATO DE VALIDEZ SUBJETIVA DE
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS
ESCALA DE OPINIÓN DEL EXPERTO
APRECIACION DEL EXPERTO SOBRE EL INSTRUMENTO DE
MEDICIÓN**

N°	ASPECTOS A CONSIDERAR	SI	NO
1	El instrumento tiene estructura lógica.		
2	la secuencia de presentación de ítems es óptima		
3	El grado de dificultad o complejidad de los ítems.		
4	Los términos utilizados en las preguntas son claros y comprensibles.		
5	Los reactivos reflejan el problema de investigación.		
6	El instrumento abarca en su totalidad el problema de investigación.		
7	Los ítems permiten medir el problema de investigación.		
8	Los reactivos permiten recoger información para alcanzar los objetivos de la investigación.		
9	El instrumento abarca las variables, sub variables e indicadores.		
10	Los ítems permiten contrastar la hipótesis.		

FECHA:...../...../.....

NOMBRE Y APELLIDOS



**FORMATO DE VALIDEZ SUBJETIVA DE
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS
ESCALA DE OPINIÓN DEL EXPERTO
APRECIACION DEL EXPERTO SOBRE EL INSTRUMENTO DE
MEDICIÓN**

N°	ASPECTOS A CONSIDERAR	SI	NO
1	El instrumento tiene estructura lógica.		
2	la secuencia de presentación de ítems es óptima		
3	El grado de dificultad o complejidad de los ítems.		
4	Los términos utilizados en las preguntas son claros y comprensibles.		
5	Los reactivos reflejan el problema de investigación.		
6	El instrumento abarca en su totalidad el problema de investigación.		
7	Los ítems permiten medir el problema de investigación.		
8	Los reactivos permiten recoger información para alcanzar los objetivos de la investigación.		
9	El instrumento abarca las variables, sub variables e indicadores.		
10	Los ítems permiten contrastar la hipótesis.		

FECHA:...../...../.....

NOMBRE Y APELLIDOS