



# Apendicitis Aguda Complicada



K35.0 K35.1 K35.9 K36

Criterios de Inclusión	Criterios de Exclusión
<p>Diagnóstico preoperatorio de apendicitis aguda complicada (clínico-analítico y por imagen: ecografía y/o TAC en función de disponibilidad)</p> <p>Diagnóstico intraoperatorio de apendicitis complicada: gangrenosa y perforada+/- peritonitis (antes o durante la intervención)</p> <p>ASA I-II-III</p> <p>Saint-Antonie SCORE &lt; 3</p> <p>Valorar los pacientes con Saint-Antonie Score 3</p> <p>Edad: 18 a 85 años</p>	<p>ASA IV</p> <p>COVID positivo por PCR</p> <p>Embarazo</p> <p>Sepsis severa</p> <p>Saint-Antonie SCORE 3 restantes</p> <p>Saint-Antonie SCORE 4 y 5</p>

1	Preoperatorio Cirugía, Anestesiología
1.1	Valoración preoperatoria habitual (POCUS), incluyendo PCR en la analítica.
1.2	Valorar Scores AIR, AAS, fragilidad (Mfi Frailty, VIG Express), delirium (evaluar criterios de beers)
1.3	Normotermia preoperatoria en pacientes frágiles (mantas calor)
1.4	Micción voluntaria
1.5	Control de glucemia perioperatoria: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si es diabético, protocolo hospitalario de DM y cirugía</li> <li>• Resto: Evitar glucemia &gt; 180 mg/dL en paciente de riesgo de desarrollar insulinoresistencia (obeso, anciano, duración quirúrgica &gt; 1 hora)</li> </ul>
1.6	Profilaxis Antibiótica según protocolo del hospital (PROA).
1.7	Paquete de medidas (Bundle) para prevenir la infección de la herida quirúrgica según protocolo IQZ (Infección Quirúrgica Zero).



## Apendicitis Aguda Complicada



K35.0 K35.1 K35.9 K36

1.8	Todos los pacientes que cumplan los criterios para entrar en el protocolo serán ampliamente informados, con la entrega de consentimiento informado.
2	<b>Intraoperatorio</b> <b>Anestesiología, Cirugía, Enfermería</b>
2.1	Lista de verificación quirúrgica.
2.2	Monitorización rutinaria.
2.3	<b>PROCEDIMIENTO DE ELECCIÓN:</b> Cirugía laparoscópica o mínimamente invasiva <b>SALVO EXCEPCIONES.</b>
2.4	Inducción anestésica de secuencia rápida.
2.5	Oxigenación con FiO2 de 0,6 a 0,8
2.6	Fluidoterapia: Se recomienda optimización hemodinámica mediante FLUIDOTERAPIA GUIADA POR OBJETIVOS con dispositivos validados (CLEARSIGHT). Si no se dispone, fluidoterapia basada en peso ideal en perfusión continua con solución balanceada: <ul style="list-style-type: none"><li>• 3-5ml/kg/h para laparoscopia</li><li>• 5-7 ml/kg/h para laparotomía</li></ul>
2.7	Sondaje vesical sólo si precisa (evitar en la medida de lo posible)
2.8	Sonda nasogástrica sólo si precisa (evitar en la medida de lo posible)
2.9	Protocolo de normotermia.
2.10	Control de glucemia perioperatoria: <ul style="list-style-type: none"><li>• Si es diabético, protocolo hospitalario de DM y cirugía</li><li>• Resto: Evitar glucemia &gt; 180 mg/dL en paciente de riesgo</li></ul>
2.11	Profilaxis de náuseas y vómitos postoperatorios según escala de Apfel.
2.12	Evitar drenajes (en la medida de lo posible)
2.13	Analgesia multimodal ahorradora de opiodes, incluyendo infiltración de los puertos de laparoscopia con anestésico local o TAP BLOCK.



## Apendicitis Aguda Complicada



K35.0 K35.1 K35.9 K36

2.14	Profilaxis tromboembólica según protocolo (medias de compresión o compresión intermitente)
2.15	Paquete de medidas (Bundle) para prevenir la infección de la herida quirúrgica según protocolo IQZ (Infección Quirúrgica Zero).
<b>3</b>	<b>Postoperatorio Inmediato – Día 0</b> <b>Anestesiología, Enfermería</b>
3.1	Mantenimiento activo de la temperatura.
3.2	Oxigenoterapia con FiO2 adecuada para mantener SpO2 óptimas.
3.3	Analgesia multimodal ahorradora de opioides
3.4	Fluidoterapia restrictiva.
3.5	Control de glucemia perioperatoria: <ul style="list-style-type: none"><li>• Si es diabético, protocolo de DM y cirugía</li><li>• Resto: Evitar glucemia &gt; 180 mg/dL en paciente de riesgo</li></ul>
3.6	Sedestación a las 2h como paso previo a ala deambulación
3.7	Inicio de movilización precoz a las 8 horas de la intervención.
3.8	Inicio de dieta según situación clínica (agua): 10-12 h tras la intervención
3.9	Respetar horas de sueño en ingesta y deambulación.
3.10	Profilaxis del tromboembolismo a partir de 12 h tras la intervención según protocolo.
3.11	Antibioterapia según protocolo PROA
3.12	Formulario de Control de Analgesia en Dolor Agudo Postoperatorio al ALTA de la URPA.
<b>4</b>	<b>Postoperatorio Día 1</b> <b>Cirugía, Enfermería</b>



## Apendicitis Aguda Complicada



K35.0 K35.1 K35.9 K36

4.1	Dieta líquida/gelatina/yoghourt según situación clínica
4.2	Movilización activa (cama/sillón/inicio deambulación)
4.3	Fisioterapia respiratoria.
4.4	Analgesia vía oral si es posible
4.5	Si tolerancia oral correcta, retirar sueroterapia.
4.6	Antibioterapia según PROA.
4.7	Tromboprofilaxis
<b>5</b>	<b>Postoperatorio Día 2</b> <b>Cirugía, Enfermería</b>
5.1	Dieta semilíquida/blanda fácil digestión según situación clínica
5.2	Movilización activa (cama/sillón/inicio deambulación)
5.3	Fisioterapia respiratoria
5.4	Analgesia vía oral
5.5	Si tolerancia oral correcta, retirar sueroterapia
5.6	Antibioterapia según PROA.
5.7	Tromboprofilaxis
5.8	Valorar alta si cumplen criterios de alta.
<b>6</b>	<b>Durante el resto de Hospitalización</b> <b>Cirugía, Enfermería</b>



## Apendicitis Aguda Complicada



K35.0 K35.1 K35.9 K36

6.1	Dieta progresiva
6.2	Movilización activa (deambulaci3n)
6.3	Fisioterapia respiratoria
6.4	Analgesia v3a oral
6.5	Antibioterapia seg3n PROA.
6.6	Tromboprofilaxis
6.7	Valorar alta si cumplen criterios de alta.
<b>7</b>	<b>Al Alta</b> <b>Cirug3a, Enfermer3a, MAP</b>
7.1	Mantenimiento de tromboprofilaxis individualizado seg3n riesgos
7.2	Antibioterapia seg3n protocolo PROA (valorar ciclo corto si cumple criterios)
7.3	Anal3tica de control con PCR (valorar reducci3n pcr 50%) previo al alta.
7.4	Valorar control telef3nico tras el alta a las 24 horas.
7.5	Criterios generales de alta: no complicaciones, no fiebre, dolor controlado con analgesia oral, deambulaci3n completa, aceptaci3n por parte del paciente.
7.6	Seguimiento al alta/continuidad asistencial
7.7	Apoyo domiciliario-Coordinaci3n con atenci3n Primaria.