



APENDICITIS AGUDA COMPLICADA



K81

Criterios de Inclusión	Criterios de Exclusión
<p>Pacientes sometidos a intervención quirúrgica urgente de colecistitis aguda (según clasificación de Tokyo II + AAST) complicada sin peritonitis.</p> <p>Comienzo de los síntomas < 5 días</p> <p>ASA I-III</p> <p>Edad: 18 a 85 años</p>	<p>ASA IV</p> <p>COVID positivo por PCR</p> <p>Colecistitis aguda Grado Severidad I y III</p> <p>Paciente en tratamiento con anticoagulantes orales y antiagregantes a dosis terapéuticas</p> <p>Enfermedad crónica hepática Child B y C, pancreatitis o patología de la vía biliar asociadas</p> <p>Salida de protocolo lesiones intraoperatorias de estructuras anatómicas adyacentes y /o hemorragia asociada</p> <p>Salida de protocolo cirugía abierta y /o reconversión</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	Control de glucemia perioperatoria: <ul style="list-style-type: none"> • Si es diabético, protocolo hospitalario de DM y cirugía • Resto: Evitar glucemia > 180 mg/dL en paciente de riesgo de desarrollar insulinoresistencia (obeso, anciano, duración quirúrgica > 1 hora)
1.5	Profilaxis Antibiótica según protocolo del hospital (PROA).
1.6	Paquete de medidas (Bundle) para prevenir la infección de la herida quirúrgica según protocolo IQZ (Infección Quirúrgica Zero).



APENDICITIS AGUDA COMPLICADA



K81

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



APENDICITIS AGUDA COMPLICADA



K81

Anestesiología, Enfermería	
3.1	Mantenimiento activo de la temperatura.
3.2	Oxigenoterapia con FiO2 adecuada para mantener SpO2 óptimas.
3.3	Analgesia multimodal con mínima administración de mórnicos.
3.4	Fluidoterapia restrictiva.
3.5	Control de glucemia perioperatoria: <ul style="list-style-type: none">• Si es diabético, protocolo de DM y cirugía• Resto: Evitar glucemia > 180 mg/dL en paciente de riesgo
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	Colecistectomía complicada: Antibioterapia según protocolo PROA
3.12	Formulario de Control de Analgesia en Dolor Agudo Postoperatorio al ALTA de la URPA.
4	Postoperatorio Día 1 Cirugía, Enfermería
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	Valorar retirada de drenajes si procede
4.7	Valorar retirada de sondaje vesical si procede
4.8	Antibioterapia según PROA



APENDICITIS AGUDA COMPLICADA



K81

4.9	Tromboprofilaxis
5	Postoperatorio Día 2 Cirugía, Enfermería
5.1	Dieta progresiva biliar según tolerancia
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	En cirugía abierta/colelitis complicada: <ul style="list-style-type: none">• Valorar retirada de drenajes si procede• Valorar retirada de sondaje vesical si procede• Valorar retirada de catéter epidural si procede
5.7	Antibioterapia según PROA
5.8	Mantenimiento de tromboprofilaxis
5.9	Valorar alta si cumplen criterios de alta.
6	Durante el resto de hospitalización Enfermería, Cirugía
6.1	Dieta biliar
6.2	Movilización activa (deambulación)
6.3	Fisioterapia respiratoria
6.4	Analgesia vía oral
6.5	Antibioterapia según PROA
6.6	Tromboprofilaxis
6.7	Valorar alta si cumplen criterios de alta.
7	Al Alta Cirugía, Enfermería, MAP



APENDICITIS AGUDA COMPLICADA



K81

7.1	Mantenimiento de tromboprofilaxis individualizado según riesgos
7.2	Antibioterapia según protocolo PROA (valorar ciclo corto si cumple criterios)
7.3	Analítica de control con PCR y enzimas hepáticos previo al alta
7.4	Valorar control telefónico 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