



Resolución Directoral

Miraflores, 07 de Marzo del 2013

VISTO:

El Expediente N° 13-001042-002, que contiene el Informe N° 002-DC-HEJCU-2013, emitido por el Departamento de Cirugía, el Informe N° 018-OGC-HEJCU-2013 emitido por la Oficina Gestión de la Calidad, el Informe N° 025-2013-OEPP-EPO-HEJCU, emitido por la Oficina Ejecutiva de Planeamiento y Presupuesto, y el Informe Legal N° 021 - 2013 -OAJ-HEJCU emitido por la Oficina de Asesoría Legal, y;

CONSIDERANDO:

Que, la Ley N° 26842- Ley General de Salud, establece que la protección de la salud es de interés público y por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, la atención en salud requiere de una serie de procedimientos clínicos que sustentan en criterios médicos científicos, determinación de diagnósticos y de tratamiento, por lo cual es necesario estandarizar dichos procedimientos con la finalidad de fortalecer al acto médico, la calidad de la atención de la salud y el uso adecuado de recursos, por lo que los profesionales médicos como parte del equipo de salud, deben mejorar constantemente los procesos de atención, contando con instrumentos técnicos que les facilite el manejo adecuado y oportuno de la atención a los pacientes;

Que, mediante Decreto Supremo N° 013-2006-SA se aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, el cual establece los requisitos y condiciones para la operación y funcionamiento de los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, orientados a garantizar la calidad de sus prestaciones, así como los mecanismos para la verificación, control y evaluación de su cumplimiento;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 422-2005/MINSA, se aprobó la Norma Técnica N° 027-MINSA/dgsp-v.01 "Norma Técnica para la Elaboración de Guías de Práctica Clínica" la cual es de aplicación en las instituciones públicas y privadas del Sector Salud;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 546-2011/MINSA se aprobó la Norma Técnica de Salud N° 021-MINSA/DGSP-V.03 "Categorías de Establecimientos de Salud", cuyo finalidad es; "contribuir a mejorar el desempeño del sistema de salud en respuesta a las necesidades de la salud de la población";

Que, mediante Resolución Directoral N° 091-2012-DG-HEJCU, se aprobó el Manual de Organización y Funciones del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa" en el capítulo IV establece que una de las funciones del Departamento de Cirugía es elaborar el Manual de Organización y Funciones y otros documentos de gestión de su Departamento.

Que, mediante Informe N° 002-DC-HEJCU-2013, el Jefe del Departamento de Cirugía del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa", remite a la Dirección General el proyecto de cinco (05) Guías de Procedimientos Asistenciales de Cirugía solicitando su aprobación correspondiente;

Que, mediante Informe N° 018-OGC-HEJCU-2013, la Jefa de la Oficina Gestión de la Calidad, emite opinión favorable al mismo y adjunta los "Instrumento para evaluar la Estructura de Guías de Procedimientos", elaborado por el Departamento de Cirugía;

Que, el Director de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento y Presupuesto, mediante Informe N° 025-2013-OEPP-EPO-HEJCU, en cumplimiento de sus funciones opina que se continúe con los trámites administrativos para la aprobación de las cinco (05) Guías de Procedimientos Asistenciales de Cirugía, elaborado por el Departamento de Cirugía;

Que, estando a lo opinado por la Jefa de la Oficina de Asesoría Jurídica en el Informe Legal N° 021-2013-OAJ-HEJCU, las Guías de Procedimientos Asistenciales de Cirugía del Departamento de Cirugía propuesto reúne todos los requisitos establecidos en la Ley N° 26842- Ley General de Salud, Ley N° 27657 Ley del Ministerio de Salud.





Estando a lo propuesto por el Departamento de Cirugía;

Contando con las visaciones, del Director Médico, del Director de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento y Presupuesto, de la Jefa de la Oficina de Asesoría Jurídica, de la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad y del Jefe del Departamento de Cirugía del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa;

De conformidad con lo dispuesto en el literal d) del artículo 11 del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, aprobado con Resolución Ministerial N° 767-2006/MINSA;

En uso de las facultades conferidas;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO.- APROBAR las Guías de Procedimientos Asistenciales de Cirugía del Departamento de Cirugía del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa", las que en número de (05) Cinco, forman parte de la presente Resolución, las cuales se detallan a continuación;

- Guía de Procedimientos de Colectectomía Clásica
- Guía de Procedimientos de Colectectomía Laparoscópica
- Guía de Procedimientos de Laparotomía Exploratoria
- Guía de Procedimientos de Apendicetomía Laparoscópica
- Guía de Procedimientos de Apendicetomía Clásica

ARTÍCULO SEGUNDO.- DISPONER que la Jefatura del Departamento de Cirugía, como unidad orgánica competente será el responsable de la difusión, cumplimiento, implementación y monitoreo de las Guías de Procedimientos Asistenciales de Cirugía, en atribución a sus funciones.

ARTÍCULO TERCERO.- ENCARGAR al Director Médico, la supervisión de las medidas para el cumplimiento de las Guías de Procedimientos Asistenciales de Cirugía, en observancia a sus funciones.

ARTÍCULO CUARTO.- ENCARGAR a la Oficina de Comunicaciones publique la presente Resolución en la página Web Institucional.

Regístrese, Comuníquese y Cúmplase;

MINISTERIO DE SALUD
Hospital de Emergencias
"JOSE CASIMIRO ULLOA"

Dr. MANUEL A. VILCHEZ ZALDIVAR
DIRECTOR GENERAL
C.M.F. 13552

MAVZ/JHDC/SEVIADZ/ERFZ/dsb

Cc: Dirección Médica
Of. Ejec. de Planeamiento y Presupuesto
Of. de Asesoría Jurídica
Of. de Gestión de la Calidad
Departamento de Cirugía
Of. de Comunicaciones
Archivo

GUIAS DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL:

- 1. Colecistectomía Clásica*
- 2. Colecistectomía Laparoscópica*
- 3. Laparotomía Exploratoria*
- 4. Apendicectomía Laparoscópica*
- 5. Apendicectomía Clásica*

***GUIA DE PROCEDIMIENTO
ASISTENCIAL***

Colecistectomía Clásica



***GUIA DE PROCEDIMIENTO
ASISTENCIAL***

Colecistectomía Laparoscópica



GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA

I. NOMBRE Y CÓDIGO

Colecistectomía Laparoscópica

Código 44970

II. DEFINICIÓN

Es la extirpación quirúrgica de la vesícula biliar a través de pequeñas incisiones en el abdomen, por los cuales se introducen el instrumental y un endoscopio conectado a monitores y fuente de luz para visualizar la cavidad abdominal.

III. INDICACIONES

Enfermedades de la vesícula biliar y vía biliar.

CIE 10: K.80.0-K87

IV. CONTRAINDICACIONES

- a) **ABSOLUTAS:** Cardiopatía descompensada o Neumopatía retenedora de CO₂

CONTRAINDICACIONES RELATIVAS PARA CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA:

- Pacientes con coagulopatía sin tratamiento.
- Fallas en el equipo.
- Falta de conocimientos del cirujano.
- Abdomen hostil, "congelado".
- Cirrosis hepática avanzada y
- Sospecha de cáncer de vesícula biliar.

Nivel de evidencia II, Grado de Recomendación A.

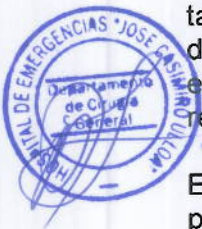
CONVERSION DE COLECISTECTOMIA LAPAROSCÓPICA A CONVENCIONAL O ABIERTA:

La conversión no debe considerarse como una complicación, la decisión de convertir a un procedimiento abierto deben basarse en la evaluación intraoperatoria basado en la claridad de la anatomía y la habilidad del cirujano . (Nivel II, Grado A).

V. REQUISITOS : CONSENTIMIENTO INFORMADO

El paciente, familiar directo o representante legal del paciente será informado por el médico tratante acerca del diagnóstico final, tratamiento recomendado, el procedimiento a realizar y las posibles complicaciones , dejando constancia de tal situación en el **FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO** , que deberá ser firmado por el paciente (en caso de ser mayor de edad y no encontrarse imposibilitado de firmar) y acompañar dicha firma con la respectiva huella digital. En caso de analfabetos se coloca su huella digital

En caso de ser menor de edad o discapacidad mental, éste debe ser firmado por el apoderado o representante legal del paciente debiendo consignar el grado de parentesco, su documento de identidad y huella digital.



En los casos en que el paciente se encuentre sólo y no esté en condiciones de firmar por su estado de conciencia o incapacidad para comunicarse, deberá realizarse una junta médica en la que participen el jefe de guardia, los cirujanos asistentes y médicos especialistas afines al caso.

Si el paciente o representante legal no autoriza la realización del procedimiento y tratamiento recomendado, el médico tratante informará al Jefe de la Guardia. El Jefe de la Guardia notificará a un representante del Ministerio Público y/o a un representante de la Policía Nacional del Perú, consignándole lo actuado en la historia clínica y en el formato de REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO, donde se exprese ésta voluntad con nombres y apellidos, firma y huella digital del paciente o representante legal de ser el caso

VI. RECURSOS MATERIALES A UTILIZAR

- Recursos Humanos :

- ✓ 02 Cirujanos generales, puede asistir un médico de especialidad quirúrgica o residente de cirugía
- ✓ 01 Anestesiólogo
- ✓ 02 Enfermeras : Instrumentista y circulante
- ✓ 01 Técnico de enfermería

- Recursos Materiales :

- ✓ Material de oficina

- Infraestructura y equipo

- ✓ Sala de operaciones
- ✓ Equipo de monitoreo
- ✓ Ventilador
- ✓ Coche de paro
- ✓ Instrumental Quirúrgico:
 - Equipo de Laparoscopia
 - Insuflador electrónico de CO2
 - Balón para CO2
 - Pinza grasper 5mm (dos)
 - Pinza tipo Maryland 5mm
 - Pinza extractora 10mm
 - Pinza clipadora 10mm
 - Pinza bipolar para coagulación + cable conexión
 - Pinza monopolar en gancho
 - Pinza monopolar en bola
 - Cable de conexión para electrodos monopolares
 - Aplicador de clip (06)
 - Cánula de irrigación
 - Aguja tipo verres



- T. Francesa : T1 y T3 (10mm) T2 y T4 (5mm)
- Paciente en posición supina fowler y lateralizado a la izquierda
 - Exploración de la cavidad e identificación de la vesícula biliar
 - Liberación de adherencias con disección roma , hidrodisección o monopolar
 - Disección del triangulo de calot e identificación de conducto y arteria cística
 - Clipaje por 3 de conducto cístico (2 proximales y 1 distal) y sección de este
 - Colangiografía intraoperatoria si se requiere
 - Clipaje por 2 de arteria cística y sección de esta
 - Colectomía y disección y despegue del lecho vesicular
 - Extracción de vesícula embolsada bajo visión directa por trocar umbilical
 - Lavado de cavidad en caso de peritonitis
 - Colocación de dren laminar si se requiere
 - Retiro de trócares bajo visión directa
 - Cierre de aponeurosis de orificios de 10 mm. con sutura sintética absorbible y piel Con sutura sintética monofilamento no absorbible o absorbible # 3/0, o ó cinta adhesiva cutánea
 - Retiro de agentes anestésicos
 - Traslado del paciente a sala de recuperación
 - Traslado de pieza quirúrgica a Patología
 - Manejo de residuos post quirúrgico según normativa vigente

c. Post operatorio

- Criterios de alta según GPC sobre Diagnóstico y Tratamiento de Enfermedades de la Vesícula Biliar del Hospital
- Los pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica sin complicaciones de la colelitiasis sintomática puede ser dado de alta el mismo día de la cirugía, es importante el control del dolor postoperatorio, las náuseas y los vómitos. (Nivel II, Grado B)
- Tiempo hasta el alta después de la cirugía para los pacientes con colecistitis aguda, coledocolitiasis, o en pacientes convertidos a cirugía abierta se debe determinar sobre una base individual. (Nivel III, Grado A).

VIII. COMPLICACIONES

Lesiones de acceso : Un alto índice de sospecha y la pronta conversión a laparotomía están obligados a reconocer y tratar las complicaciones relacionadas con el acceso. (Nivel III, Grado A).

Lesión de Vías Biliares: Si ocurre, los resultados se mejoran mediante el reconocimiento temprano y la derivación inmediata a experimentados especialistas hepatobiliares para su posterior tratamiento antes de cualquier reparación intentada por el cirujano principal, a menos que el cirujano principal tiene una gran experiencia en la reconstrucción biliar. (Nivel II, Grado A).



IX. NIVEL ASISTENCIAL DE EJECUCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Establecimientos de salud NIVEL II – 1 . II- 2 , III- 1, III- 2

X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Norma Técnica de Salud de los Servicios de Emergencia . NT N^o 042 – MINSA / DGSP – V.01. 2007.
- Norma Técnica de la Historia Clínica de los Establecimientos Del Sector Salud. N.T. N^o 022-MINSA/DGSP-V.02 . 2005
- Guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento de enfermedades de la vesícula biliar y vía biliar . Servicio de Cirugía. Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa. Marzo 2011.
- SAGES guidelines for the clinical application of laparoscopic biliary tract surgery. Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons (SAGES); 2010 Jan. 37 p
- Guías de Cirugía Laparoscópica Segura. Reunión de Consenso del Comité de Cirugía Videoendoscópica y Miniinvasiva. Asociación Argentina de Cirugía. 2010.



***GUIA DE PROCEDIMIENTO
ASISTENCIAL
Laparotomía Exploratoria***



GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL LAPAROTOMIA EXPLORATORIA

I. NOMBRE Y CÓDIGO

Laparotomía Exploratoria

Código 49000

II. DEFINICIÓN

Apertura quirúrgica de la cavidad abdominal revisión de órganos abdominales y pélvicos con objeto de establecer un diagnóstico etiológico y además si el caso lo requiere efectuar el tratamiento quirúrgico.

III. INDICACIONES

- Trauma abdominal (cerrado o penetrante)
- Abdomen agudo de causa desconocida
- Abdomen agudo ginecológico : Embarazo ectópico, salpinguitis aguda , quiste de ovario complicado)
- Perforación gastroduodenal
- Oclusión intestinal
- Bridas
- Hernia de pared complicada
- Tumores y procesos inflamatorios
- Isquemia Intestinal
- Perforación intestinal
- Sangrado de tubo digestivo
- Peritonitis por diverticulitis
- Absceso abdominal (espontáneo o postoperatorio)

IV. CONTRAINDICIONES

a) **Absolutas: no hay**

b) **Relativas:**

Pacientes francamente neuróticos o deprimidos

Pérdida de peso asociado a anemia , hiperglucemia , fosfatasa alcalina elevada o trastornos metabólicos graves.

Fase terminal

Inestabilidad hemodinámica

Abdomen no quirúrgico, con tumor primario de origen desconocido coagulopatía difícil de corregir.

V. REQUISITOS : CONSENTIMIENTO INFORMADO

El paciente, familiar directo o representante legal del paciente será informado por el médico tratante acerca del diagnóstico final, tratamiento recomendado, el procedimiento a realizar y las posibles complicaciones, dejando constancia de tal situación en el **FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**, que deberá ser firmado por el paciente (en caso de ser mayor de edad y no encontrarse imposibilitado de firmar) y acompañar dicha firma con la respectiva huella digital. En caso de analfabetos se coloca su huella digital



En caso de ser menor de edad o discapacidad mental, éste debe ser firmado por el apoderado o representante legal del paciente debiendo consignar el grado de parentesco, su documento de identidad y huella digital.

En los casos en que el paciente se encuentre sólo y no esté en condiciones de firmar por su estado de conciencia o incapacidad para comunicarse, deberá realizarse una junta médica en la que participen el jefe de guardia, los cirujanos asistentes y médicos especialistas afines al caso.

Si el paciente o representante legal no autoriza la realización del procedimiento y tratamiento recomendado, el médico tratante informará al Jefe de la Guardia. El Jefe de la Guardia notificará a un representante del Ministerio Público y/o a un representante de la Policía Nacional del Perú, consignándole lo actuado en la historia clínica y en el formato de REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO, donde se exprese ésta voluntad con nombres y apellidos, firma y huella digital del paciente o representante legal de ser el caso

VI. RECURSOS MATERIALES A UTILIZAR

- Recursos Humanos :
 - ✓ 02 Cirujanos generales , puede asistir un médico de especialidad quirúrgica o residente de cirugía
 - ✓ 01 Anestesiólogo
 - ✓ 02 Enfermeras : Instrumentista y circulante
 - ✓ 01 Técnico de enfermería
- Recursos Materiales :
 - ✓ Material de oficina
- Infraestructura y equipo
 - ✓ Sala de operaciones
 - ✓ Equipo de monitoreo
 - ✓ Ventilador
 - ✓ Coche de paro
 - ✓ Instrumental Quirúrgico:
 - 6 pinzas de primer campo: backhaus
 - 4 pinzas Doyen de segundo campo
 - 1 mango de bisturí N° 4 corto y largo
 - 1 mango de bisturí N° 3 largo
 - 3 tijeras Metzenbaum: corta , mediana y larga
 - 2 tijeras Mayo : recta y curva
 - 1 tijera Sims
 - 3 pinzas disección con diente : 2 medianas y 1 larga
 - 3 pinzas disección sin diente : 2 medianas y 1 larga
 - 1 pinza rusa mediana
 - 2 separadores farabeuf angostos



- 2 separadores farabeuf anchos
- 6 pinzas Halstead curvas
- 6 pinzas Crille curvas
- 6 pinzas Kocher cortas rectas
- 6 pinzas Kocher cortas curvas
- 6 pinzas Kocher largas rectas
- 6 pinzas Allis
- 5 pinzas Bertolas : 3 medianas y 2 largas
- 4 portaagujas : 2 medianos y 2 largos
- 2 pinzas Aro
- 2 pinzas Gregoire : 1 recta y 1 curva
- 2 pinzas Foerster : 1 recta y 1 curva
- 1 pinza triangular de Duval
- 2 pinzas Babcock
- 3 valvas maleables : angosta, mediana y ancha
- ✓ Materiales :
 - Bol mediano con solución fisiológica tibia
 - Electrocauterio
 - Aspiración con cánula
 - 2 jeringas de 20 ml
 - Hisopos
 - 02 drenes laminares
 - Tubo de látex o silicona
 - Suturas : seda negra 2/0 ,Acido poliglicólico 0/0 -1/0 – 2/0 y Nylon 3/0

VII. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

a. Preparación Preoperatoria

- ✓ Informe sobre procedimiento al paciente , familiar directo o representante legal
- ✓ Elaboración de Historia Clínica completa
- ✓ Elaboración de Plan de trabajo y manejo según GPC
- ✓ Llenar formato de consentimiento informado firmado por el paciente y médico tratante
- ✓ Comprobar informe de exámenes pre quirúrgicos solicitados y riesgo quirúrgico
- ✓ Llenado de solicitud para sala de operaciones firmado por Cirujano asistente , Coordinador de Cirujanos y Jefe de la Guardia
- ✓ Registro de recepción de solicitud en Centro Quirúrgico
- ✓ Evaluación Pre Anestésica
- ✓ Traslado del paciente a sala de operaciones

b. En sala de operaciones

- ✓ Llenado de Ficha de Verificación de Cirugía Segura
- ✓ Monitorización del paciente en sala de operaciones



- ✓ Ubicación , reporte y verificación de material quirúrgico listo
- ✓ Alistamiento, colocación de vestuario y desinfección de personal
- ✓ Inicio del Plan Anestésico
- ✓ Preparación del campo quirúrgico en el paciente
- ✓ Autorización de inicio de cirugía

TECNICA OPERATORIA:

- Posición del paciente según técnica:
Decúbito supino brazos abiertos y piernas pegadas.
- Paciente puede requerir sondeo nasogástrico y/o vesical
- Autorización de inicio de cirugía
- Incisión : mediana suprainfraumbilical
- Exploración concéntrica del abdomen, confirmando o identificando patología
- Técnica quirúrgica según lo identificado
- Si se requiere lavado de cavidad abdominal con solución fisiológica tibia
- Verificación de hemostasia
- Si se requiere, colocar tubos de látex o silicona fenestrados, se exteriorizan por contraabertura a nivel de los flancos y se fijan a piel.
- Recuento exacto de gasas y compresas
- Cierre de la laparotomía por planos con sutura absorbible en plano peritoneo-aponeurótico posterior y sutura no absorbible o absorbible de larga duración en aponeurosis anterior. Es aceptable el cierre monopiano con sutura monofilamento 0 o 1. Piel diferido en caso de contaminación extensa.
- Retiro de agentes anestésicos
- Traslado del paciente a sala de recuperación
- Traslado de pieza quirúrgica a Patología

c. Post operatorio

- Todo paciente sometido a Laparotomía deben ser valorados en las primeras horas del postoperatorio inmediato y durante su hospitalización con fines de detectar alguna complicación por los procedimientos

VIII. COMPLICACIONES

- a. Infección de sitio quirúrgico: que varía desde infección de herida operatoria, absceso subaponeurótico hasta colección residual intraabdominal.
- b. Sangrado de la herida operatoria
- c. Ileo postoperatorio
- d. Retención aguda de orina
- e. Hematoma de pared abdominal
- f. Evisceración
- g. Fístulas
- h. Flebitis



i. Síndrome de compartimiento abdominal

IX. NIVEL ASISTENCIAL DE EJECUCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Establecimientos de salud NIVEL II – 1 . II- 2 , III- 1, III- 2

X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Norma Técnica de Salud de los Servicios de Emergencia . NT N ° 042 – MINSA / DGSP – V.01. 2007.
- Norma Técnica de la Historia Clínica de los Establecimientos Del Sector Salud. N.T. N° 022-MINSA/DGSP-V.02 . 2005
- Guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento de enfermedades de la vesícula biliar y vía biliar . Servicio de Cirugía. Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa. Marzo 2011.
- SAGES guidelines for the clinical application of laparoscopic biliary tract surgery. Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons (SAGES); 2010 Jan. 37 p
- Guías de Cirugía Laparoscópica Segura. Reunión de Consenso del Comité de Cirugía Videoendoscópica y Miniinvasiva. Asociación Argentina de Cirugía. 2010.



***GUIA DE PROCEDIMIENTO
ASISTENCIAL***

Apendicectomía Laparoscópica



GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL APENDICECTOMÍA LAPAROSCÓPICA

I. NOMBRE Y CÓDIGO

Apendicetomía Laparoscópica Código 44970

II. DEFINICIÓN

Remoción quirúrgica del apéndice cecal mediante abordaje laparoscópico , es decir con la ayuda de un tubo óptica a través de una fibra óptica por un lado que trasmite la luz para iluminar la cavidad, mientras que se observan las imágenes del interior con una cámara conectada a la misma fibra

III. INDICACIONES

Apendicitis Aguda	CIE 10 K 35
Apendicitis Aguda con Peritonitis Generalizada	CIE 10 K 35.0
Apendicitis Aguda con Absceso peritoneal	CIE 10 K 35.1
Apendicitis Aguda , no especificada	CIE 10 K 35.9

Otras opciones a considerar :
Dolor en cuadrante inferior derecho, si no hay otra patología identificada y el apéndice es normal
Apendicectomía de Intervalo

IV. CONTRAINDICACIONES

ABSOLUTAS:

- Contra indicaciones para anestesia general.
- Pacientes con peritonitis hemodinámicamente inestables.
- Inmunosupresión.
- Radioterapia

RELATIVAS

- Cirugías abdominales previas.
- Coagulopatías.
- Embarazo.(Gestación avanzada)
- Enfermedad hepática severa con hipertensión portal.
- Distensión abdominal por obstrucción intestinal o ileo (secundario a peritonitis).
- Absceso apendicular tardío.

V. REQUISITOS : CONSENTIMIENTO INFORMADO

El paciente, familiar directo o representante legal del paciente será informado por el médico tratante acerca del diagnóstico final, tratamiento recomendado, el procedimiento a realizar y las posibles complicaciones , dejando constancia de tal situación en el FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO , que deberá ser firmado por el paciente



(en caso de ser mayor de edad y no encontrarse imposibilitado de firmar) y acompañar dicha firma con la respectiva huella digital. En caso de analfabetos se coloca su huella digital

En caso de ser menor de edad o discapacidad mental, éste debe ser firmado por el apoderado o representante legal del paciente debiendo consignar el grado de parentesco, su documento de identidad y huella digital.

En los casos en que el paciente se encuentre sólo y no esté en condiciones de firmar por su estado de conciencia o incapacidad para comunicarse, deberá realizarse una junta médica en la que participen el jefe de guardia, los cirujanos asistentes y médicos especialistas afines al caso.

Si el paciente o representante legal no autoriza la realización del procedimiento y tratamiento recomendado, el médico tratante informará al Jefe de la Guardia. El Jefe de la Guardia notificará a un representante del Ministerio Público y/o a un representante de la Policía Nacional del Perú, consignándole lo actuado en la historia clínica y en el formato de REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO, donde se exprese ésta voluntad con nombres y apellidos , firma y huella digital del paciente o representante legal de ser el caso

VI. RECURSOS MATERIALES A UTILIZAR

- Recursos Humanos :
 - ✓ 02 Cirujanos generales
 - ✓ 01 Anestesiólogo
 - ✓ 02 Enfermeras : Instrumentista y circulante
 - ✓ 01 Técnico de enfermería
- Recursos Materiales :
 - ✓ Material de oficina
- Infraestructura y equipo
 - ✓ Sala de operaciones
 - ✓ Equipo de monitoreo
 - ✓ Ventilador
 - ✓ Coche de paro
 - ✓ Instrumental Quirúrgico
 - ✓ Equipo de Laparoscopia
 - Insuflador de CO 2
 - Monitor de alta resolución.
 - Electrocoagulador mono-bipolar.
 - 1 Aguja de Veress.
 - 3 Trocares de 10 mm.
 - 1 Trocar de 5mm.
 - 2 Reductores de 10 a 5 mm.
 - 2 BaBcok Lap de 10 y 5 mm



- 1 Disector atraumático.
- 1 Cánula de aspiración- irrigación Lap.
- 1 Tijera metzembaun Lap.
- 1 Tijera recta Lap.
- 1 Aplicador de endoligaduras Lap.
- 1 Clipera M-L.
- 1 Pinza baja nudos Lap.
- 1 Porta agujas Lap.
- 1 Gancho electrocoagulador.
- 1 Pinza bipolar lap

VII. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

a. Preparación Preoperatoria

- ✓ Informe sobre procedimiento al paciente , familiar directo o representante legal
- ✓ Elaboración de Historia Clínica completa
- ✓ Elaboración de Plan de trabajo y manejo según GPC sobre apendicitis Aguda del Hospital
- ✓ Llenar formato de consentimiento informado firmado por el paciente y médico tratante
- ✓ Comprobar informe de exámenes pre quirúrgicos solicitados y riesgo quirúrgico
- ✓ Llenado de solicitud para sala de operaciones firmado por Cirujano asistente , Coordinador de Cirujanos y Jefe de la Guardia
- ✓ Registro de recepción de solicitud en Centro Quirúrgico
- ✓ Evaluación Pre Anestésica
- ✓ Traslado del paciente a sala de operaciones

b. En sala de operaciones

- ✓ Llenado de Ficha de Verificación de Cirugía Segura
- ✓ Monitorización del paciente en sala de operaciones
- ✓ Ubicación , reporte y verificación de material quirúrgico listo
- ✓ Alistamiento, colocación de vestuario y desinfección de personal
- ✓ Inicio del Plan Anestésico
- ✓ Preparación del campo quirúrgico en el paciente
- ✓ Autorización de inicio de cirugía

TECNICA OPERATORIA

- Incisión Umbilical, y neumoperitoneo 10 – 12 mmHg
 - Colocación de trocares bajo visión directa T 1 (10 mm), T 2 y T3 (10 mm o 5 mm)
 - Paciente en posición supina o ligero Trendelenburg, lateralización a la izquierdo
 - Exploración de la cavidad e identificación del apéndice cecal.
- Opciones :
- Sección escalonado del meso apendicular:
 - Bipolar / Ligadura extracorpórea
 - Clip + Monopolar



- Ligadura de la base . Opciones:
 - o Endoloop proximal y distal(catgut crónico ó poliglactina # 0 o 1)
 - o Ligadura triple extracorpórea (2 + 1 distal)
 - o Ligadura doble intracorpórea (1 + 1distal)
 - o Ligadura simple intracorpórea + clip distal
- Ectomía y esterilización de la mucosa de muñón con electrocauterio.
- Extracción del apéndice embolsado por trocar umbilical bajo visión directa
- Revisión de hemostasia
- Lavado de cavidad en caso de peritonitis.
- Colocación de drenaje laminar o tubular en caso de peritonitis (opcional)
- Desinfección del artificio del trócar umbilical con yodopovidona
- Si se reinstala el trócar umbilical, reemplazarlo por otro esterial , además de cambio de guantes
- Aspiración de Neumoperitonéo, previa desinfección de la cánula de aspiración - irrigación
- Retiro de trócares bajo visión directa
- Cierre de aponeurosis de orificios de 10 mm. con sutura sintética absorbible y piel Con sutura sintética monofilamento no absorbible o absorbible # 3/0, o ó cinta adhesiva cutánea
- Retiro de agentes anestésicos
- Traslado del paciente a sala de recuperación
- Traslado de pieza quirúrgica a Patología

c. Post operatorio

- **Inmediato** : En sala de recuperación hasta que el médico anesthesiólogo a cargo considere que se encuentra en condiciones de seguir su manejo en otra unidad. En aquellos casos donde el paciente requiera manejo en cuidados intensivos o intermedios , se realizaran las coordinaciones oportunas para su traslado lo más pronto posible.
- **Mediato** : En el servicio de Cirugía , cuarto piso
- Criterios de alta según GPC de Apendicitis Aguda del Hospital

VIII. COMPLICACIONES

- Infección de sitio operatorio : Varía desde infección de herida operatoria, absceso subaponeurótico hasta colección residual intrabdominal
- Dehiscencia de muñón apendicular : Varía desde fistula enterocutánea hasta peritonitis estercoracea.
- Hemorragia apendicular : sangrado proveniente de la arteria apendicular
- Absceso pélvico
- Absceso hepático
- Hematoma de pared abdominal
- Evisceración



- Pileflebitis : Trombosis séptica de la vena porta

IX. NIVEL ASISTENCIAL DE EJECUCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Establecimientos de salud NIVEL II – 1 . II- 2 , III- 1, III- 2

X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Norma Técnica de Salud de los Servicios de Emergencia . NT N^o 042 – MINSA / DGSP – V.01. 2007.
- Norma Técnica de la Historia Clínica de los Establecimientos Del Sector Salud. N.T. N° 022-MINSA/DGSP-V.02 . 2005
- Guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento de Apendicitis Aguda . Servicio de Cirugía. Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa. Marzo 2011.
- Sages guideline for laparoscopic appendectomy. The Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons (SAGES).2009



***GUIA DE PROCEDIMIENTO
ASISTENCIAL***

Apendicectomía Clásica



**GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL
APENDICECTOMÍA CLÁSICA**

I. NOMBRE Y CÓDIGO

Apendicectomía Clásica

Código 44950

II. DEFINICIÓN

Remoción quirúrgica del apéndice cecal a través de una incisión abdominal en fosa iliaca derecha y en algunos casos mediante una incisión mediana

III. INDICACIONES

Apendicitis Aguda

CIE 10 K 35

Apendicitis Aguda con Peritonitis Generalizada

CIE 10 K 35.0

Apendicitis Aguda con Absceso peritoneal

CIE 10 K 35.1

Apendicitis Aguda , no especificada

CIE 10 K 35.9

IV. CONTRAINDICIONES

a) absolutas: no existen

b) Relativas : Coagulopatía

V. REQUISITOS : CONSENTIMIENTO INFORMADO

El paciente, familiar directo o representante legal del paciente será informado por el médico tratante acerca del diagnóstico final ,tratamiento recomendado , el procedimiento a realizar y las posibles complicaciones , dejando constancia de tal situación en el **FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO** , que deberá ser firmado por el paciente (en caso de ser mayor de edad y no encontrarse imposibilitado de firmar) y acompañar dicha firma con la respectiva huella digital. En caso de analfabetos se coloca su huella digital

En caso de ser menor de edad o discapacidad mental, éste debe ser firmado por el apoderado o representante legal del paciente debiendo consignar el grado de parentesco , su documento de identidad y huella digital.

En los casos en que el paciente se encuentre sólo y no esté en condiciones de firmar por su estado de conciencia o incapacidad para comunicarse, deberá realizarse una junta médica en la que participen el jefe de guardia, los cirujanos asistentes y médicos especialistas afines al caso.

Si el paciente o representante legal no autoriza la realización del procedimiento y tratamiento recomendado, el médico tratante informará al Jefe de la Guardia. El Jefe de la Guardia notificará a un representante del Ministerio Público y/o a un representante de la Policía Nacional del Perú, consignándole lo actuado en la historia clínica y en el formato de **REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO** , donde se exprese ésta voluntad con nombres y apellidos , firma y huella digital del paciente o representante legal de ser el caso



- ✓ Autorización de inicio de cirugía

APENDICITIS AGUDA NO PERFORADA

- Incisión de elección :Rocky - Davis
- Aspiración y secado con gasas de líquido libre
- Ligadura simple o escalonada de meso apéndice con Catgut crómico o ácido poliglicólico # 0 (opcional hilo de algodón)
- Apendicectomía directa o retrógrada según el caso
- Coprostasia , ligadura de muñon según técnica del muñon libre con sutura absorbible.....y ectomía
- Esterilización de la mucosa del muñon con yodo o electrocauterio
- No lavar , no colocar drenaje (puede ser necesaria en casos de apendicitis aguda gangrenada)
- Colocar drenajes si fuese necesario
- Cierre por planos :
Peritoneo - con ácido poliglicólico 1/0 punto continuo.
Aponeurosis - ácido poliglicólico 1/0 punto continuo
Irrigación a presión con suero fisiológico de herida(opcional)
Piel - Nylon 4/0 puntos separados
- Retiro de agentes anestésicos
- Traslado del paciente a sala de recuperación
- Traslado de pieza quirúrgica a Patología

APENDICITIS AGUDA + PERITONITIS LOCALIZADA

- Incisión de elección :Rocky – Davis ampliada
- No es necesario toma de muestra para estudio bacteriológico
- Aspiración del absceso periapendicular, no lavado
- Tratamiento del mesopaéndice y apendicectomía igual que la apendicitis aguda no perforada
- Drenaje laminar por contraabertura
- Cierre por planos :
Peritoneo - con ácido poliglicólico 1/0 punto continuo.
Aponeurosis - ácido poliglicólico 1/0 puntos separados
Irrigación a presión con suero fisiológico de herida
Piel , se deja abierto para cierre primario diferido después de 4 ó 5 días (en casos seleccionados puede realizarse un cierre primario de piel)
- Retiro de agentes anestésicos
- Traslado del paciente a sala de recuperación
- Traslado de pieza quirúrgica a Patología

APENDICITIS AGUDA + PERITONITIS GENERALIZADA

- Incisión de elección :Rocky – Davis ampliada
- En caso de duda diagnóstica : Laparotomía Exploratoria (incisión mediana)
- No es necesario toma de muestra para estudio bacteriológico



- Tratamiento del mesopaéndice y apendicectomía igual que la apendicitis aguda no perforada
- Lavado exhaustivo de la cavidad abdominal con suero fisiológico tibio hasta obtener líquido claro (usualmente entre 9 a 10 litros)
- No usar drenaje laminar , excepto en caso de absceso localizado concomitante
- Cierre por planos :
Peritoneo - con ácido poliglicólico 1/0 punto continuo.
Aponeurosis - ácido poliglicólico 1/0 puntos separados
Irrigación a presión con suero fisiológico de herida
Piel , se deja abierto para cierre primario diferido después de 4 ó 5 días (en casos seleccionados puede realizarse un cierre primario de piel)
- Retiro de agentes anestésicos
- Traslado del paciente a sala de recuperación
- Traslado de pieza quirúrgica a Patología

MUÑÓN APENDICULAR DIFÍCIL

- Base apendicular y ciego en buenas condiciones: Ligadura doble con ácido poliglicólico # 0 a muñón libre
- Base apendicular pequeña cn tejido cecal adecuado con escasa flogosis : neomuñón o jareta con el mismo material
- Base apendicular comprometida y/o ciego perforado: cecostomía y drenaje laminar por contraabertura.
- Base apendicular imposible de identificar y/o apéndice parcialmente digerida : Drenaje tubular y laminar por contraabertura
- En caso de severo compromiso cecal : Resección ileal o hemicolectomía derecha.

c. Post operatorio

- **Inmediato** : En sala de recuperación hasta que el médico anesthesiólogo a cargo considere que se encuentra en condiciones de seguir su manejo en otra unidad. En aquellos casos donde el paciente requiera manejo en cuidados intensivos o intermedios , se realizaran las coordinaciones oportunas para su traslado lo más pronto posible.
- **Mediato** : En el servicio de Cirugía , cuarto piso

VIII. COMPLICACIONES

- Infección de sitio operatorio : Varía desde infección de herida operatoria, absceso subaponeurótico hasta colección residual intrabdominal
- Dehiscencia de muñón apendicular : Varía desde fistula enterocutánea hasta peritonitis estercoracea.



- Hemorragia apendicular : sangrado proveniente de la arteria apendicular
- Absceso pélvico
- Absceso hepático
- Hematoma de pared abdominal
- Evisceración
- Pileflebitis : Trombosis séptica de la vena porta

IX. NIVEL ASISTENCIAL DE EJECUCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Establecimientos de salud NIVEL II – 1 . II- 2 , III- 1, III- 2

X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Norma Técnica de Salud de los Servicios de Emergencia . NT N^o 042 – MINSA / DGSP – V.01. 2007.
- Norma Técnica de la Historia Clínica de los Establecimientos Del Sector Salud. N.T. N° 022-MINSA/DGSP-V.02 . 2005
- Guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento de enfermedades de la vesícula biliar y vía biliar . Servicio de Cirugía. Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa. Marzo 2011.
- Guía de Práctica Clínica TRATAMIENTO DE APENDICITIS AGUDA. Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS) 2008.

