

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS POST
OPERADOS DE PERITONITIS GENERALIZADA DEL SERVICIO DE
CIRUGÍA PEDIÁTRICA DEL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES
CARRIÓN. CALLAO. 2019**

**TRABAJO ACADEMICO PARA OPTAR EL TITULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE ENFERMERÍA PEDIÁTRICA**

CARMEN ROSA ESPINOZA FARFAN

**Callao - 2020
PERÚ**

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN:

- DRA. MERY JUANA ABASTOS ABARCA PRESIDENTA
- DRA. ANA ELVIRA LÓPEZ DE GÓMEZ SECRETARIA
- MG. VILMA MARÍA ARROYO VIGIL VOCAL

ASESORA: DRA. MERCEDES LULILEA FERRER MEJÍA

Nº de Libro: 04

Nº de Acta: 153-2020

Fecha de Aprobación de la tesis: 11 de Noviembre del 2020

Resolución de Consejo Universitario N° 245-2018-D/FCS, de fecha 30 de Octubre del 2018, para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

DEDICATORIA

*este trabajo fruto de mi esfuerzo y mi constancia
está dedicado, en primer lugar, a Dios y a todas
aquellas personas que permitieron con ánimos y
entusiasmo que continuara con el desarrollo de
mi carrera profesional.*

AGRADECIMIENTO

A Dios, por

A mis amados hijos, quienes son mi motor y motivo para seguir adelante.

A mis estimados docentes, quienes con el apoyo de sus conocimientos permitieron el desarrollo de este trabajo

A la prestigiosa Universidad Nacional del Callao, por abrirme sus puerta y poderme brindar la oportunidad de seguir una especialiacion.

ÍNDICE

Introducción	2
Capítulo I. Descripción de la situación problemática	4
Capítulo II. Marco teórico	8
2.1 Antecedentes	8
2.1.1 Antecedentes Internacionales	8
2.1.2 Antecedentes Nacionales	9
2.2 Bases Teóricas	10
2.3 Bases Conceptuales	13
Capítulo III	
Desarrollo De Actividades para Plan de Mejoramiento en relación a la Situación Problemática	22
3.1. Valoración	22
3.2. Diagnóstico de enfermería	32
3.3. Planificación	33
3.4. Ejecución	36
3.5. Evaluación	43
4. Conclusiones	48
5. Recomendaciones	49
6. Referencias Bibliograficas	50
7. Anexos	55

INTRODUCCIÓN

La peritonitis es un proceso inflamatorio general o localizado de la membrana peritoneal causada por una irritación química, invasión bacteriana, necrosis local o contusión directa del peritoneo. Es causa frecuente de morbilidad en el paciente quirúrgico y complicación de muchas intervenciones intraabdominales. Ocasiona prolongadas estadías hospitalarias, incremento de los costos de la atención médica y serios inconvenientes a los pacientes y sus familiares (1).

La peritonitis es generalmente infecciosa y puede ser mortal. Es ocasionada por una filtración o un orificio en los intestinos, así como por un apéndice reventado. Incluso si el fluido es estéril, puede presentarse una inflamación. Los síntomas suelen incluir dolor, sensibilidad, rigidez de los músculos abdominales, fiebre, náuseas y vómitos. Casi siempre se necesitan antibióticos y cirugía (2).

En tanto, la cirugía de niños o cirugía pediátrica es una subespecialidad de la cirugía, se ocupa del diagnóstico, cuidado preoperatorio, operación y manejo postoperatorio en los pacientes intervenidos en este caso por peritonitis.

Por ello, el profesional de enfermería con especialidad en pediatría tiene conocimientos científicos, metodológicos y técnicos; así como habilidades y destrezas, con el valor agregado de tener actitudes proactivas y valores morales, en la identificación de las posibles consecuencias que pueda traer consigo en el post operatorio.

El presente trabajo académico, titulado “Cuidados de Enfermería en pacientes pediátricos pos operados de Peritonitis Generalizada” tiene por finalidad presentar los cuidados de enfermería en el paciente pediátrico post operado de Peritonitis Generalizada. Así mismo, fortalecer conocimientos y reforzar habilidades y destrezas frente a este tipo de patologías.

La unidad de Cirugía pediátrica, recibe por lo general un porcentaje estimado de pacientes pediátricos intervenidos de una laparotomía exploratoria por peritonitis, este tipo de cirugía suele ser muy compleja para la corta experiencia de estos pequeños, la exposición quirúrgica es prolongada y trae consigo complicaciones inherentes tales como ; el dolor, náuseas, vómitos, riesgo de sangrado, de desequilibrio de volumen de líquidos, de infección, alteración del estado nutricional, entre otras complicaciones, es por ello, que como profesionales de enfermería , debemos de valorar al mínimo el estado de evolución del paciente pediátrico.

Para el desarrollo del presente trabajo académico, se realizó un Plan de Cuidados de enfermería que fue elaborado en su totalidad por la autora.

El trabajo académico consta de los siguientes apartados; Capítulo I: Descripción de la situación problemática, Capítulo II: Marco teórico, Capítulo III: Desarrollo De Actividades para Plan de Mejoramiento en relación a la Situación Problemática, conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas, asimismo, contiene un apartado de anexos.

CAPÍTULO I

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

La peritonitis es el proceso inflamatorio general o localizado de la membrana peritoneal secundaria a una perforación, irritación química, invasión bacteriana, necrosis local contusión directa; es uno de los diagnósticos más frecuentes de urgencias que conduce a sepsis y a la muerte. El diagnóstico se hace principalmente con la clínica; con la investigación minuciosa del dolor abdominal y los signos y síntomas de irritación peritoneal. El comienzo y la evolución de la peritonitis pueden variar según cada caso individual. Súbito en los casos de perforaciones gástricas y en otras gradual o insidioso en lesiones no perforadas (3).

Hay dos tipos principales de peritonitis, la primaria y la secundaria, ambas con unas tasas de mortalidad que pueden llegar al 40% de los casos. El tratamiento puede consistir en la aplicación de medicamentos o en la cirugía, que sigue teniendo un pronóstico malo, con una mortalidad elevada (4).

Dentro de las complicaciones de la cirugía del aparato digestivo, una de las más importantes es el desarrollo de un absceso localizado o bien de una peritonitis generalizada dentro de la cavidad abdominal. El cirujano debe tratar de resolver adecuadamente estos cuadros de infección intraabdominal, ya que, a pesar de la gran mejoría experimentada en el enfoque terapéutico global, las reintervenciones todavía se acompañan de unas cifras de mortalidad de alrededor del 25%(5)

Según Bracho, en México, menciona que, la peritonitis constituye aun en nuestra época una causa importante de muerte por lo que una intervención temprana podría ayudar a reducir la mortalidad. Este problema no puede modificarse sin el conocimiento de los factores que

inciden en el pronóstico. En los estudios se informan que el rango de muerte de la sepsis intra abdominal oscila entre un 8 a 38%, similar a los 10-20% de mortalidad (6).

En los Estados unido, Sakellaris refiere que, as mayores tasas de esta complicación se observan en los primeros cuatro años de vida; se ha informado una incidencia de más del 70% en estos pacientes.^{8,23,29,30} En cambio, la tasa de perforación en los adolescentes es del 10% al 20%. La inmadurez anatómica y, en especial, la ausencia de una barrera mesentérica adecuada que no puede contener el material purulento podrían contribuir a la rápida progresión a la perforación y la peritonitis en pacientes en edad preescolar (7).

Navia en Argentina, encontró que, el inicio del cuadro de peritonitis fue agudo. Todos los pacientes tenían 24 h o menos de evolución de los síntomas en el momento del diagnóstico. Las manifestaciones clínicas principales fueron fiebre (100%) y dolor abdominal (100%). Existió una leucocitosis ($> 15.000/\mu\text{l}$) en 4 casos (66%). Se obtuvo desarrollo de microorganismos del líquido peritoneal en 4 niños (Escherichia coli en dos; Streptococcus pneumoniae en uno) y un bacilo gramnegativo en uno. La recuperación fue rápida y no se registraron complicaciones postoperatorias. El cuadro clínico suele remedar una apendicitis aguda, y el diagnóstico suele ser intraoperatorio. La laparotomía exploratoria temprana y antibioticoterapia son el tratamiento de elección. El pronóstico suele ser favorable (8).

El Centro de Medicina Hierpebarica, Mar la plata, realizó un estudio en 53 niños con dicho cuadro tratados, la edad promedio fue de 7,29 años siendo 55,89% masculinos y 44,11% femeninos. El tiempo de aparición de los síntomas hasta la cirugía para las peritonitis apendiculares fue de 40,79 horas mientras que la peritonitis no apendicular fue de 48,40

horas. La etiología de ese grupo fue de 65,11% de apendicitis perforadas y de 34,89% de peritonitis no apendiculares de distinto origen como: Trauma abdominal, heridas de pared y obstrucción intestinal (9).

Por otro lado, a nivel nacional, un estudio realizado por Barrera en el Hospital Cayetano Heredia, donde incluyeron a 103 pacientes con diagnóstico post operatorio de peritonitis. Las causas de peritonitis fueron: apendicitis complicada 77,66%, trauma abdominal 7,76%, cáncer complicado 4,85%, tuberculosis enteropéritoneal 2,91%, absceso hepático y patología de intestino delgado el 1,94% cada uno, y patología gástrica, hernia complicada y diverticulitis complicada el 0,97% cada uno (10).

El Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja (INSN SB) menciona que, la apendicitis aguda, es una de las patologías que confunde hasta la actualidad a los médicos cirujanos, sobre todo en pacientes en edad pediátrica. El retardo del diagnóstico incrementa el riesgo de perforación intestinal y ello conlleva a una peritonitis que pone en riesgo la vida del paciente pediátrico. A pesar de los grandes avances tecnológicos diagnósticos de los últimos años, se siguen reportando tasas de perforación del 20% al 30% , llegando al 57% en niños menores de 5 años (11).

Finalmente, en el hospital Nacional Daniel Alcides Carrión se observó que, de 200 pacientes, predominó el sexo masculino (61%), con una edad 10 a 14 años (55.5%). El tiempo de enfermedad promedio fue de 38 horas siendo el síntoma más frecuente el dolor abdominal de tipo migratorio (61.5%) acompañado del signo de Mc Burney (90.5%). Se encontró leucocitosis en un 81% y sedimento de orina normal en 57%. El 28.5% de la población recibió automedicación. La cirugía convencional predominó (77%). El esquema antibiótico Metronidazol y

Ceftriaxona fue el más usado (52%). La estancia postoperatoria fue mayor a 4 días (55%). El diagnóstico intraoperatorio y anatomopatológico más frecuente fue la apendicitis perforada el cual desarrollo peritonitis (36% y 39.5%). El 73.5%

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes del Estudio

2.1.1. Antecedentes Internacionales

CACERES Y CONDOR (2019) En Ecuador en su investigación titulada “Cuidados de Enfermería en pacientes con Peritonitis”. El pronóstico del riesgo de muerte permitirá señalar el grado de severidad de la enfermedad y el desenlace final, estos aspectos son importantes al momento de evaluar, monitorizar y planificar las intervenciones terapéuticas lo que pudiera repercutir positivamente en la recuperación del paciente. Esta revisión bibliográfica, se realiza con el fin de analizar los cuidados de enfermería en pacientes con peritonitis; a través de la búsqueda de artículos científicos actualizados en relación al tema; para posteriormente describir las generalidades de la patología; y finalmente seleccionar cuidados de enfermería trascendentes. Los resultados obtenidos en esta revisión son controlar constantes vitales y parámetros hemodinámicos; colocar al paciente en posición Fowler, llevar un registro de ingesta y eliminación, monitorizar líquidos y electrolitos para reponer las pérdidas, realizar aseo diario y cuidados de la piel y heridas usando técnicas estrictamente aséptica, pesar diariamente al paciente, valorar el dolor con escalas estandarizadas, observar signos de infección y signos de íleo paralítico y finalmente de manera dependiente la administración de medicamentos bajo prescripción (12).

CADENA KARINA (2016) Ecuador en su investigación titulada “Complicaciones en cirugías de apendicetomía” cuyo objetivo fue “Identificar las complicaciones Post-operatorias” estableciendo como finalidad de obtener información, precisa exacta y clara, que sirva para que los profesionales de salud puedan mejorar la atención a la población y elaborar protocolos hospitalarios, se utilizaron datos recolectados de las historias clínicas y fueron tabulados en tablas de Excel. Los resultados

obtenidos fueron: la infección de herida operatoria fue la primera causa de complicación con el 73%. Los fármacos usados antes del diagnóstico de apendicitis fueron analgésicos con el 32%. La edad de aparición más frecuente esta entre los 11 y 14 años. Se presenta más en hombres 57% que en mujeres 43%. El factor económico, nivel cultural y sector donde habitan los niños son decisivos en mayor presencia de complicaciones post-operatorias, siendo evidente las familias cuyo ingreso es igual o inferior a un salario básico; la demora de buscar ayuda profesional conlleva al aumento de su aparición y admirablemente los niños que viven en el sector urbano tiene una igual incidencia de esta patología. Se recomienda que se realice una campaña informativa para que la población acuda primero en busca de ayuda médica (13).

MORALES Y SALTOS, (2020) Ecuador en su investigación titulada “Riesgos y cuidados de una intervención quirúrgica de apendicitis aguda en niños A lo largo de la vida, el riesgo de experimentar una apendicitis oscila entre 7% y el 8%, pero el género y la edad resultan ser variables que influyen sobre esta enfermedad. Los resultados obtenidos alcanzaron para sustentar las ideas del equipo investigador. En conclusión, los riesgos se encuentran básicamente asociados con la infección o sangrado de la zona de incisión; infección o hinchazón del abdomen, o incontinencia fecal; demora en recuperar la función intestinal (íleo) o bloqueo del intestino grueso; y problemas causados por la anestesia. Sin embargo, existen otros riesgos relacionados más a profundidad con la anestesia y, aparte, con la propia cirugía posterior a la ruptura del apéndice. A nivel pediátrico, la prioridad de los cuidados es para aquellos pacientes que presentan alguna comorbilidad asociada; eventos intra o postoperatorios no programados; requieren manejo del dolor postoperatorio, necesitan tratamiento por náuseas y vómitos postoperatorio; precisan la continuación del tratamiento terapéutico (14).

2.1.2. Antecedentes Nacionales

CELIA CHAUPIS (2018) El presente estudio titulado “Proceso de atención de enfermería a paciente con laparotomía exploratoria por peritonitis secundaria. Unidad de Recuperación Post Anestésica del Hospital Nacional Dos de Mayo, tiene como objetivo aplicar el proceso de atención de enfermería a un paciente pos operado de laparotomía exploratoria por peritonitis secundaria para brindar los cuidados de enfermería oportunos y evitar posibles complicaciones. Metodología. El diseño de investigación fue el estudio de caso, descriptivo y analítico y como método se utilizó el proceso de atención de enfermería que consta de cinco fases, como técnica de recolección de datos la observación y la entrevista; se utilizó como instrumento la guía de valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon adaptado por la investigadora, con el que se realizó la valoración de forma detallada, también se elaboraron los diagnósticos de enfermería (NANDA), para luego realizar la planificación, se ejecutaron las actividades programadas y finalmente se evaluaron los objetivos planteados. Resultados: el 60% de los objetivos propuestos fueron alcanzados, mientras que el 20% de ellos fueron parcialmente alcanzados y el 20% de los objetivos no fueron alcanzados. Conclusiones: se logró aplicar el proceso de atención de enfermería cumpliendo las cinco etapas, se identificaron los principales diagnósticos, también se ejecutó la mayoría de las actividades propuestos en el plan de cuidados, se alcanzó los objetivos planteados en un 60%, parcialmente alcanzado un 20% y no alcanzados un 20% (15).

2.2. Base Teórica

Las teorías del cuidado de enfermería son conjunto de conceptos que explican lo que es enfermería, se ocupan de evidenciar las relaciones que existe entre los cuidados, salud, enfermedad y

entorno, nos sirven como base y guía de investigación para mejorar el proceso de cuidados del paciente, aquí hago referencia de 2 teoristas con las que me siento identificada para brindar cuidado de calidad al paciente agitado.

Virginia Henderson, la Teoría de las necesidades humanas básicas, esta teoría concibe el papel del profesional de Enfermería como la realización de las acciones que el paciente no puede realizar en un determinado momento de su ciclo vital (enfermedad, niñez, vejez), fomentando, en mayor o menor grado el autocuidado por parte del paciente. Según Henderson, las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente de la situación en que se encuentre cada individuo. Sin embargo, dichas necesidades se modifican en razón de dos tipos de factores: permanentes (edad, nivel de inteligencia, medio social o cultural, capacidad física) y variables (estados patológicos). Las actividades que el profesional de enfermería realiza para suplir o ayudar al paciente a cubrir estas necesidades es lo que Henderson denomina cuidados básicos de enfermería; estos cuidados básicos se aplican a través de un plan de cuidados de enfermería, elaborado en razón de las necesidades detectadas en el paciente.

En relación al presente estudio, la influencia de la teoría de las necesidades humanas consiste en la aportación de una estructura teórica que permite el trabajo del profesional de enfermería por necesidades de cuidado, facilitando así la definición del campo de actuación del profesional de Enfermería. La teoría se relaciona con el presente estudio porque todo paciente postoperado tenemos que satisfacer sus necesidades básicas ya que no puede valerse por sí solo durante las primeras 12 horas de operado (17).

Jean Watson, Teoría que se refieren al cuidado como el ser y esencia de enfermería, teoría que se seleccionó para el desarrollo del presente estudio; Watson indica que cuidar es una actividad humana; una relación y un proceso cuyo objetivo va más allá de la enfermedad. En enfermería, el cuidado se considera como el núcleo de la disciplina que implica no solamente al paciente como receptor, sino también a la enfermera como transmisora de él. Teoría del cuidado humano de Jean Watson sostiene en su teoría que el cuidar es el núcleo de la profesión de enfermería; guiando hacia un compromiso profesional orientado por normas éticas que es un factor motivador esencial en el proceso de cuidado. La calidad de las intervenciones de la enfermera se basa en la participación de la enfermera y en el conocimiento amplio del comportamiento humano, sus respuestas, necesidades, y límites, y en su saber reconfortar, tener compasión y empatía.

En esta teoría el profesional de Enfermería se dedica a la promoción y restablecimiento de la salud, a la prevención de la enfermedad y al cuidado de los enfermos. Los pacientes requieren cuidados holísticos que promuevan el humanismo y la calidad de vida; considerando que el cuidado de los enfermos es un fenómeno social universal que sólo resulta efectivo si se practica en forma interpersonal; contribuyendo a la sensibilización de los profesionales, hacia aspectos humanos en la atención a los pacientes.

La presente teoría se relaciona con el estudio realizado porque los cuidados que los profesionales de Enfermería brindados a los pacientes postoperado ene específico, niños, deben ser realizados teniendo en consideración los postulados del cuidado humano expuestos en esta teoría. Promoción y restablecimiento de la salud, a la prevención de la enfermedad y al cuidado del enfermo (18).

2.3. Base conceptual

2.3.1. Peritonitis

La peritonitis es una inflamación de la cavidad peritoneal debida a una infección, traumatismos o irritantes químicos como la bilis, el jugo pancreático o los jugos intestinales. En general se presenta de forma aguda y puede ser localizada o difusa. Las peritonitis infecciosas, dependiendo de su origen, suelen clasificarse como primarias, secundarias y terciarias. La peritonitis primaria o espontánea no está relacionada con ningún foco intraabdominal o perforación del tubo digestivo. La secundaria suele aparecer tras una complicación intraabdominal como una perforación gástrica o de víscera hueca, ruptura del apéndice o de un absceso o contaminación quirúrgica o traumática. La peritonitis terciaria aparece en pacientes postoperados con una peritonitis secundaria que no responde al tratamiento y que presenta fallo multiorgánico o sepsis (19).

La peritonitis es la inflamación del peritoneo, una membrana suave que recubre las paredes abdominales internas y los órganos dentro del abdomen, la cual generalmente ocurre a causa de una infección bacteriana o micótica. La peritonitis puede ser el resultado de una rotura (perforación) en el abdomen, o de una complicación de otras enfermedades. Requiere atención médica urgente para combatir la infección y, si fuera necesario, para tratar cualquier enfermedad no diagnosticada. Por lo general, el tratamiento de la peritonitis incluye antibióticos y, en algunos casos, cirugía. Si no se la trata, la peritonitis puede conducir a una infección grave y potencialmente mortal en el cuerpo (20).

A. Fisiológica del peritoneo

El peritoneo es en esencia una membrana dializadora y constantemente secreta y absorbe líquido seroso. Es una membrana muy permeable por la que atraviesan agua, electrolitos, sustancias

tóxicas endógenas y exógenas. (21)

El peritoneo mediante la exudación acompañada o no de trasudación, la absorción, la fagocitosis y el bloqueo establecido por la formación de adherencias se defiende de la agresión y utiliza sobre todo sus funciones.

Etiología de la periyt (21).

La exudación se establece gracias a la riquísima circulación sanguínea, se produce vasodilatación acompañada de aumento de permeabilidad con extravasación de plasma, elementos corpusculares de la sangre y coloides.

La resorción y absorción se produce mayormente en el abdomen superior sobre todo en la región diafragmática y en el delantal de los epiplones, siguen luego el mesenterio, el peritoneo visceral y menos en el peritoneo parietal.

De ahí que Fowler preconizó la posición semisentada en los cuadros peritoneales (21)

Ciertas circunstancias modifican la absorción. El aumento de la presión intraabdominal la favorece, lo mismo que el calor y la hiperemia, mientras que el frío y la vasoconstricción la dificultan. El peristaltismo y el movimiento la aumentan, de ahí el peligro de alimentación, los purgantes, los enemas y la deambulación, cuando la reabsorción supone el paso de productos nocivos o bacterias tóxicas (22).

B. Etiología de la peritonitis

La inflamación del peritoneo puede producirse por:

- Llegada de gérmenes a la cavidad abdominal: por infecciones agudas como son la apendicitis, colecistitis, úlceras perforadas, diverticulitis, pancreatitis, salpingitis, infecciones pélvicas, etc. Por perforaciones agudas debidas a cuadros

infecciosos o traumáticos o estrangulación o infarto intestinal.

- Presencia de sustancias químicas irritantes: ej. Pancreatitis.
- Por la presencia de cuerpos extraños: gasa, talco, almidón, etc.
- Por la presencia de sustancias raras (endógenas o exógenas): escape anastomótico, contaminantes como sangre, bilis, orina, etc.

Es importante anotar que dependiendo de la naturaleza de la sustancia habrá mayor o menor reacción peritoneal, así de mayor a menor, tenemos: líquido pancreático, líquido intestinal, sangre, bilis y orina (23).

Los gérmenes pueden invadir el peritoneo por tres vías:

- Vía Directa o local. - En donde la contaminación puede tener lugar por:
 - Ruptura de víscera hueca de causa inflamatoria o traumática,
 - Ruptura de proceso séptico asentado en cualquier víscera,
 - Invasión de la serosa.
- Vía sanguínea.
- Vía linfática.

C. Clasificación de la peritonitis

La peritonitis puede clasificarse de la siguiente manera:

Por su extensión: Pueden ser (24):

- Localizadas o Focalizadas
- Generalizadas, Difusas o Propagantes

Por su agente causal: Pueden ser:

- Sépticas
- Asépticas

Por el inicio de acción del agente causal o su origen: Pueden ser:

- Primarias (no causa intraabdominal, monobacteriana).
- Secundarias (causa abdominal, polimicrobiana).

Por su evolución: Pueden ser:

- Agudas
 - Crónicas
- a) **Peritonitis Localizadas o Focalizadas.** - Como su nombre lo indica son aquellas que se localizan en un determinado espacio a consecuencia de inflamación de una víscera abdominal, por ejemplo: Fosa Ilíaca Derecha (24).
 - b) **Peritonitis Generalizadas o Difusas.** - Localizadas en toda la cavidad peritoneal provienen de una localización específica inicialmente circunscrita (24).
 - c) **Peritonitis Sépticas.** - Aquellas de causa bacteriana, cuando la presencia de bacterias supera los mecanismos de defensa peritoneal. Las más comunes son: por bacilos coliformes aeróbicos gram negativos (*Escherichia coli*) y anaerobios (*Bacteroides fragilis*) y de origen ginecológico (*Clostridium* y *Gonococo*) (24).
 - d) **Peritonitis Asépticas.** - Se deben a irritación del peritoneo por causa no bacteriana. Puede ser provocada por la introducción en la cavidad peritoneal de ciertos líquidos o preparaciones químicas con fines terapéuticos (por ejemplo, polvo de guantes, talco o almidón) o por el escape hacia la cavidad peritoneal de sangre, bilis, quimo, jugo gástrico o jugo pancreático pero que, en tales casos, si bien el exudado peritoneal al principio no está infectado, tarde o temprano ocurre invasión bacteriana y la peritonitis, luego de un tiempo de no encontrar gérmenes, se torna infecciosa (24).
 - e) **Peritonitis Primarias.** - Peritonitis de causa no aparente y cuando no existe una lesión iniciadora discernible dentro de la cavidad abdominal. Estas peritonitis en sentido estricto son de naturaleza secundaria ya que los organismos infectantes, que habitualmente son estreptococos o neumococos, llegan

al peritoneo de algún foco distante por medio del torrente circulatorio, por los canales linfáticos o a través del tracto genital femenino.

- f) **Peritonitis Secundarias.** - Son entidades que pueden complicar casi cualquier patología abdominal ya sea traumática, infecciosa, ulcerosa, obstructiva o neoplásica. La peritonitis postquirúrgica es una causa frecuente en cirugía de mucha gravedad. Generalmente son polimicrobianas.
- g) **Peritonitis Agudas.** - Aquí tenemos a la mayoría de las peritonitis secundarias que producen procesos, como su nombre lo dice, agudos: infecciosos, perforación de víscera hueca, estrangulación o infarto intestinal que se producen en un tiempo corto y evolución rápida.
- h) **Peritonitis Crónicas.** - Patologías peritoneales que inflaman al peritoneo, pero cuyo cuadro clínico demora en su forma de presentación, ejemplo típico de ello es la peritonitis crónica tuberculosa, actinomicosa, granulomatosa por cuerpos extraños, etc.

D. Manifestaciones Clínicas

Las manifestaciones clínicas más características son la fiebre (80%) y el dolor abdominal difuso (78%) con náuseas y vómitos. El abdomen está distendido, es doloroso a la palpación, con defensa muscular y signo de la descompresión positivo (25).

Los signos y los síntomas de la peritonitis incluyen los siguientes:

- Dolor abdominal o sensibilidad
- Hinchazón o sensación de saciedad (distensión) en la zona del abdomen.
- Fiebre
- Náuseas y vómitos
- Pérdida de apetito
- Diarrea

- Baja producción de orina
- Sed
- Incapacidad para expulsar heces o gases
- Fatiga

E. Diagnostico

En los casos de peritonitis en los que la infección puede ser el resultado de otros trastornos médicos (peritonitis secundaria) o en los que la infección surge de la acumulación de líquido en la cavidad abdominal (peritonitis espontánea), es posible que el médico recomiende las siguientes pruebas para confirmar un diagnóstico (26):

- **Análisis de sangre.** Se toma una muestra de sangre y se la envía al laboratorio para comprobar si hay un recuento alto de glóbulos blancos. También se puede realizar un hemocultivo para determinar si hay bacterias en la sangre.
- **Pruebas de diagnóstico por imágenes.** Es posible que tu médico quiera usar una radiografía para buscar orificios u otras perforaciones en tu tubo gastrointestinal. También se pueden usar ecografías. En algunos casos, tu médico podría usar una tomografía computarizada (TC) en vez de rayos X.
- **Análisis de líquido peritoneal.** Es posible que el médico use una aguja muy fina para tomar una muestra del líquido del peritoneo (paracentesis), en especial si recibes diálisis peritoneal o tienes líquido en tu abdomen a causa de una enfermedad hepática. Si tienes peritonitis, el examen de ese líquido puede mostrar un recuento incrementado de glóbulos blancos, lo que frecuentemente indica una infección o inflamación. Un cultivo del líquido también puede revelar la presencia de bacterias.

F. Tratamiento

Cirugía: Laparotomía exploratoria.

La laparatomía exploratoria es una cirugía para buscar las causas

de dolor, infección, enfermedad, o tejido cicatricial adentro de su abdomen. Una laparatomía exploratoria puede ayudar a su médico a diagnosticar un problema. Si su médico encuentra un problema durante la laparatomía exploratoria, lo podría resolver (27).

La laparotomía exploratoria es una operación en la que se abre el abdomen. Esta cirugía se realiza para determinar la causa de algunos problemas, como dolor o sangrado abdominal, cuando no puede detectarse con otras pruebas. Resulta especialmente útil en casos de traumatismo abdominal que requieren tratamiento inmediato. Para realizar la cirugía, se practica una incisión grande (28).

Esta le permite al proveedor de atención médica ver y examinar directamente los órganos en el interior del abdomen. Si se encuentra la causa del problema durante el procedimiento, por lo general se realiza el tratamiento al mismo tiempo. En algunos casos, puede usarse una operación mínimamente invasiva llamada laparoscopia exploratoria. En este método, se hacen varias incisiones pequeñas y se usa una cámara diminuta. No obstante, muchas veces se prefiere la laparotomía exploratoria. Siga leyendo para obtener más información sobre este procedimiento (29).

- Incisión recomendada Rockey-Daves o transversa sobre la masa tumoral.
- No es necesario toma de muestra para el estudio bacteriológico
- Lavado de cavidad
- Drenaje laminar o tubular, por contravertura opcional
- Cierre de pared por planos, previo cambio de guante quirúrgico

G. Post operatorio

- Hidratación parenteral según evolución clínica

- Alimentación oral progresiva: dieta líquida, blanda, completa una vez que se haya resuelto los signos de íleo u obstrucción por cuadro perforativo de apendicitis, ausencia de vómitos o distensión abdominal, presencia de flatos y deposiciones.
- Movilización precoz del dren laminar en el PO1 (Para romper el tapón de fibrina) en forma paulatina a partir del PO3, PO4 hasta su retiro definitivo.
- La antibioterapia será de acuerdo al cuadro clínico y o enfermedades o procesos concomitantes, estableciéndose en forma escalonada.
- Con el fin de reducir la resistencia al antibiótico es necesario el uso de antibióticos con espectro reducido que garanticen la cobertura adecuada para los organismos más involucrados y una duración limitada de la antibióticoterapia.
- En los casos, como perforación, el uso de antibióticos debe prolongarse por más de 24 horas. En caso de infección leve o moderada con buen control de foco y sin factor de riesgo, el antibiótico debe mantenerse 7 días.
- En caso de infección del sitio operatorio superficial o profunda, lavado diario usando irrigación a presión con 1 litro de suero fisiológico.
- Analgesia endovenosa los primeros días, luego intramuscular y por vía oral
- Deambulación precoz (30).

H. Complicaciones:

- Sepsis -Shock séptico
- Íleo prolongado
- Piloneflitis
- Abscesos
- Masa apendicular
- Fístula cecal

- Infección de herida
- Hemorragia intraabdominal
- Atelectasia
- Neumonías e infecciones urinarias
- Eventración por cirugía abierta
- Obstrucción tardía por adherencia (30)

CAPÍTULO III.

PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERIA

I. VALORACIÓN

1.1. DATOS DE FILIACION

Paciente : R.A.A
N° HC : 1798026
Sexo : Femenino
Edad : 9 años
Estado Civil : ---
DNI : 75642854
F Nacimiento: 06/01/2011
Peso : -----
Talla : -----
Grupo y F.S : O RH +
Hospital : Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.
Servicio : Cirugía General pediátrica
Fecha : 07/010/2020

1.2. MOTIVO DE CONSULTA

Paciente en edad escolar, ingresa al servicio de emergencia en compañía de madre por presentar náuseas, vómitos 4 veces al día y dolor a nivel de fosa iliaca derecha desde hace dos días aproximadamente. Al examen médico con MC burney (+), Blumberg (+), Rosing (+).

Diagnostico medico: Apendicitis aguda perforada + peritonitis localizada y Covid 19 (Igm). Se le programa para intervención quirúrgica

1.3. ENFERMEDAD ACTUAL

Post operada de apendicetomía convencional más lavado.

1.4. ANTECEDENTES

1.4.1. ANTECEDENTES PERINATALES:

- Parto por cesárea
- Con 40 semanas
- Nació con peso de 3300 kg
- Talla 52 cm
- Recibió lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses
- Tuvo ITU, EDA, convulsiones

1.4.2. ANTECEDENTES FAMILIARES:

- Ninguna

1.4.3. ANTECEDENTES PERSONALES:

- Epilepsia, recibe Carbamazepina

1.4.4. ANTECEDENTES SOCIOECONOMICOS Y CULTURALES:

Madre ama de casa, no trabaja, con 4 hijos, padre de ocupación albañil, viven en una casa de madera, con un ingreso mensual de 1200 aprox, provenientes, de religión católica.

- **Datos subjetivos:**

Quiero irme a mi casa, me da miedo las inyecciones y el hospital, quiero estar con mis hermanitos, cuando se va mi mama la extraño. Me duele mucho mi herida. según EVA 8/10. Madre refiere que no quiere caminar por que le duele la herida.

1.5. EXAMEN FISICO

1.5.1 Control de signos vitales

- F.R: 22 x minuto
- F.C: 120 x minuto
- T°: 38.3 °C (axilar)
- PA:

- SPO₂: 97%

1.5.2 Exploración céfalo caudal:

SNC: LOPTEP, escala de Glasgow 15, no signos meníngeos.

CABEZA: Simétrico, no adenomegalias, distribución del cabello normal.

CARA: No presenta tumefacción ni lesión alguna en la cabeza

Ojos: Simétricos, escleras ictéricas, pupilas isocorionicas, foto reactivas, movimientos oculares conservados.

Orejas: No se palpan ganglios, presenta simetría en ambos lados.

Boca: Mucosa seca, lengua de aspecto saburral, labios semi hidratados.

Nariz: Fosas permeables, sin secreción, tabique nasal central, no pólipos.

CUELLO: Movilidad conservada, no se palpan ganglios, no presenta masa.

TÓRAX: Cilíndrico, simétrico, no presenta lesión ni cicatriz alguna. **Pulmones:** ventilando espontáneamente, vías aéreas permeables, con mucosa oral semihidratada, con murmullo vesicular pasa bien en ACP, no roncus, no estertores, no sibilancias, con Sat de 97%, FR de 22x min

CARDIOVASCULAR: Presencia de ruidos cardiacos con buena intensidad, no presenta soplos. FC: 120 x minuto.

ABDOMEN: Abdomen simétrico, distendido, timpánico doloroso a la palpación, con ruidos hidroaereos +(+++), herida operatoria a nivel de fosa iliaca izquierda, con apósitos limpios y secos, presenta drenaje laminar conectado a bolsa de

colostomía con secreción serohemática de 10cc aprox, no realiza deposición hasta el momento

RIÑONES: Columna vertebral central, puño percusión sin dolor, no globo vesical, micción espontánea.

MIEMBROS SUPERIORES: Tono muscular, fuerza y movimientos conservados. Perfusión endovenosa en miembro superior izquierdo pasando Dextrosa al 5% 1000 cc+ ClNa 20% 15cc a 24 gotas por minuto

ÁREA PERINEAL: Sin alteración ni lesiones, micción espontánea.

MIEMBROS INFERIORES: Tono muscular con fuerza y movimientos conservados, con reposo relativo.

PIEL: piel caliente al tacto, con T° de 38.3°C, semihidratada, higiene conservada.

1.6. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:

- Tolerancia oral
- Dextrosa al 5% 1000 cc + Cl Na al 20% 15cc a 24 gotas x min
- Ranitidina 30 mg EV c/8 hras
- Ceftriaxona 12 mg EV c/12 hras
- Metronidazol 300 mg EV c/8 hras
- Amikacina 230 mg EV C/12 hras
- Ketoroloco 30 mg EV c/12 hras
- Metamizol 1 gr PRN a T > 38 °C
- Control de drenaje
- CFV + BHE

1.6.1. EXÁMENES AUXILIARES:

Ecografía abdominal: Apendicitis aguda más perforación, se observa líquido en cavidad peritoneal.

Datos de laboratorio

- Leucocitos: 7000 m3
- Hb: 13.8 mg/dl
- Hematocrito: 40%
- Glucosa : 107
- Urea :40
- Creatinina :0.68
- Factor Rh: O Positivo
- Tiempo de protombina : 64%
- Tromboplast : 40 seg
- Tiempo de Trombina: 14.3 seg

1.7. VALORACION SEGÚN MODELO DE CLASIFICACION DE DOMINIOS Y CLASES

DOMINIOS Y CLASES

DOMINIO I. Promoción y gestión de la salud.

Clase 1. Toma de conciencia de la salud: paciente en edad escolar en proceso de crecimiento y desarrollo, las decisiones en torno a su salud son tomadas por la madre. Con antecedente de convulsión y recibe tratamiento

Clase 2. Gestión de salud: No conoce las complicaciones de su salud

DOMINIO II. Nutrición

Clase 1. Ingestión: paciente con inicio de tolerancia oral, presento 1 vomito de contenido bilioso de 100 cc aprox el día de ayer según el reporte de enfermería.

Clase 2. Digestión: No digiere alimento alguno ya que recién inicia tolerancia oral

Clase 3. Absorción: No evaluable

Clase 4. Metabolismo: Abdomen simétrico, distendido, timpánico doloroso a la palpación, con ruidos hidroaereos +(+++).

Clase 5. Hidratación: mucosa oral semihidratada, herida operatoria a nivel de fosa iliaca izquierda, con apósitos limpios y secos, presenta drenaje laminar conectado a bolsa de colostomía con secreción serohemática de 10cc aprox. Micción espontánea con orina de 1100 aprox en 24 horas, no realiza deposición hasta el momento, perfusión endovenosa en miembro superior izquierdo pasando Dextrosa al 5% 1000 cc+ ClNa 20% 15cc a 24 gotas por minuto.

DOMINIO III. Eliminación

Clase 1. Función urinaria: micción espontánea con orina de 1100 aprox en 24 horas, con balance positivo

Clase 2. Función gastrointestinal: Abdomen simétrico, distendido, timpánico doloroso a la palpación, con ruidos hidroaéreos +(+++), herida operatoria a nivel de fosa iliaca izquierda, con apósitos limpios y secos, presenta drenaje laminar conectado a bolsa de colostomía con secreción serohemática de 10cc aprox.

Clase 3. Función tegumentaria: rubicunda, turgente. No realiza deposición hasta el momento.

Clase 4. Función respiratoria: ventilando espontáneamente, vías aéreas permeables, con murmullo vesicular pasa bien en Acp, no roncus, no estertores, no sibilancias. FR 23Xmin, sat o2 96%, F.C: 120 x minuto.

DOMINIO IV. Actividad y reposo

Clase 1. Reposo/sueño: Conservado

Clase 2. Actividad/ejercicio: Post operado mediato, se encuentra con reposo relativo. Madre refiere que no quiere caminar por que le duele la herida.

Clase 3. Equilibrio/energía: post operado mediato

Clase 4. Respuesta cardiovascular/pulmonar: post operatorio inmediato. ventilando espontáneamente, vías aéreas permeables,

con murmullo vesicular pasa bien en Acp, no roncus, no estertores, no sibilancias. FR 22xmin, sat o2 97%, FC 120 xmin.

Clase 5. Autocuidado: post operado mediato, paciente en edad escolar de 9 años bajo el cuidado de madre.

DOMINIO V: Percepción – Cognición

Clase 1. Atención: orienta en tiempo, lugar y espacio

Clase 2. Orientación: Glasgow 15/15

Clase 3. Sensación-percepción: Refiere dolor a nivel de la herida operatoria

Clase 4. Cognición: Glasgow 15/15

Clase 5. Comunicación: se muestra un poco apática y callada cuando madre no se encuentra con ella.

DOMINIO VI. Autopercepción

Clase 1. Autoconcepción: No evaluable

Clase 2. Autoestima: No evaluable

DOMINIO VII. Rol/Relaciones

Clase 1. Rol de cuidador: Madre se muestra muy preocupada por la situación de salud de su menor hija.

Clase 2. Relaciones familiares: Conservada, con familiares a espera.

Clase 3. Desempeño del rol: No evaluable.

DOMINIO VIII. Sexualidad

Clase 1. Identidad sexual: paciente en edad escolar en crecimiento y desarrollo

Clase 2. Función sexual: paciente en edad escolar en crecimiento y desarrollo, conservado si alteración alguna.

Clase 3. Reproducción: paciente en edad escolar en crecimiento y desarrollo

DOMINIO IX. Afrontamiento/Tolerancia al estrés

Clase 1. Respuesta post traumática: Ninguno

Clase 2. Respuesta de afrontamiento: Quiero irme a mi casa, me da miedo las inyecciones y el hospital, quiero estar con mis hermanitos, cuando se va mi mama la extraño.

Clase 3. Estrés neuro-compartmental: Paciente con antecedente de Epilepsia.

DOMINIO X. Principios vitales

Clase 1. Valores: No evaluable

Clase 2. Creencia: católica según refiere madre

Clase 3. Congruencia entre valores/creencias/acciones: Ninguno

DOMINIO XI. Seguridad y protección

Clase 1. Infección: herida operatoria a nivel de fosa iliaca izquierda, con apósitos limpios y secos, presenta drenaje laminar conectado a bolsa de colostomía con secreción serohemática de 10cc aprox. perfusión endovenosa en miembro superior izquierdo pasando Dextrosa al 5% 1000 cc+ ClNa 20% 15cc a 24 gotas por minuto. F.C: 120 x minuto, T°: 38.3 °C (axilar), piel caliente al tacto.

Clase 2. Lesión física: herida operatoria a nivel de fosa iliaca izquierda, con apósitos limpios y secos, presenta drenaje laminar conectado a bolsa de colostomía con secreción serohemática de 10cc aprox. perfusión endovenosa en miembro superior izquierdo pasando Dextrosa al 5% 1000 cc+ ClNa 20% 15cc a 24 gotas por minuto. F.C: 120 x minuto

Clase 3. Violencia: No evaluable

Clase 4. Peligros del entorno: Ambiente hospitalario

Clase 5. Procesos defensivos: Ninguno

Clase 6. Termorregulación: T° 38.3°C, piel tibia al tacto.

DOMINIO XII. Confort

Clase 1. Confort Físico: Post operado mediato.

Clase 2. Lesión física: herida operatoria a nivel de fosa iliaca izquierda, con apósitos limpios y secos, presenta drenaje laminar conectado a bolsa de colostomía con secreción serohemática de 10cc aprox. Me duele mucho mi herida, según EVA 8/10.

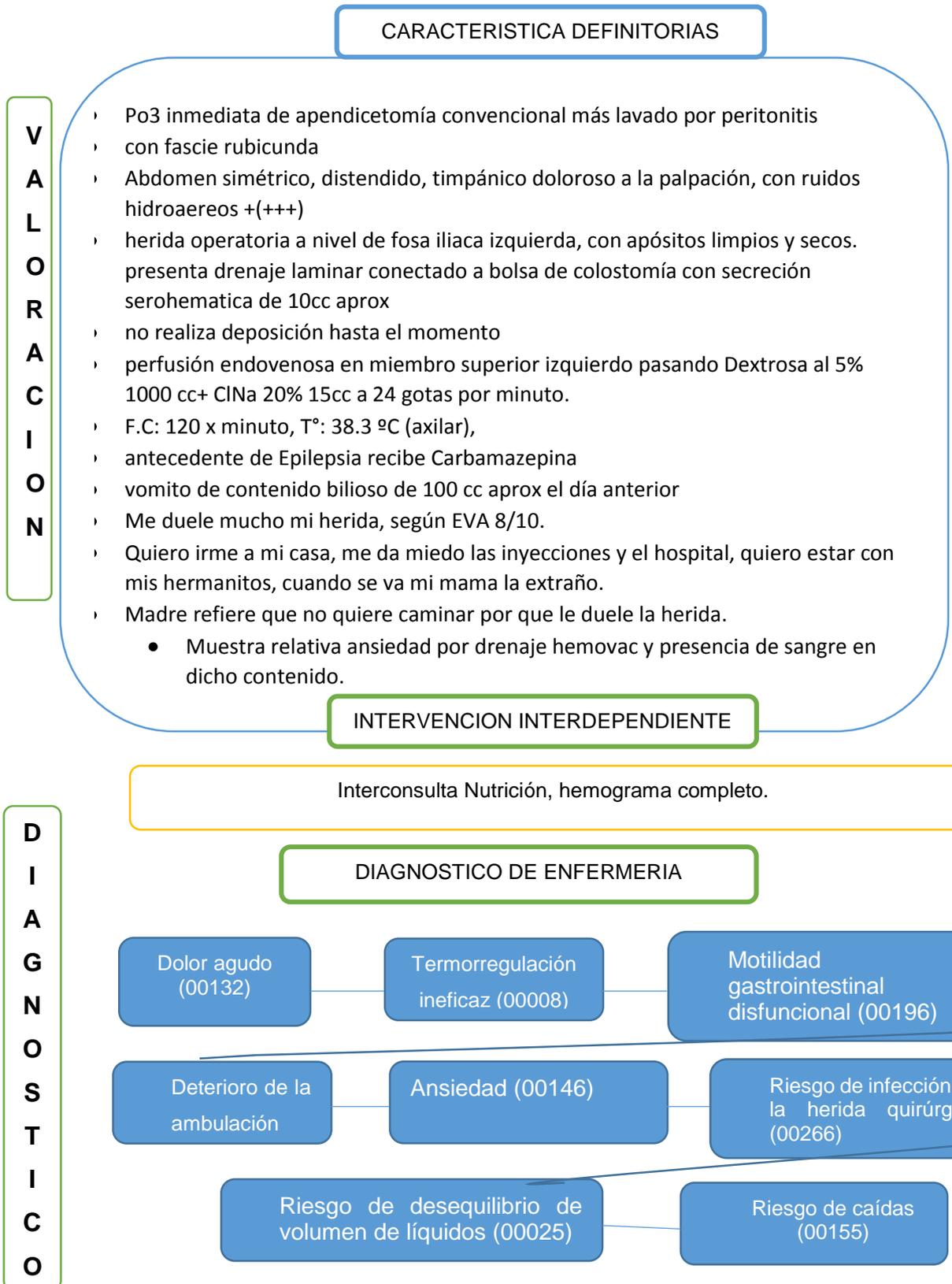
Clase 2. Confort del entorno: Quiero irme a mi casa, me da miedo las inyecciones y el hospital, quiero estar con mis hermanitos, cuando se va mi mamá la extraño.

DOMINIO XIII. Crecimiento y desarrollo

Clase 1. Crecimiento: dentro de lo esperado

Clase 2. Desarrollo: dentro de lo esperado

1.8. ESQUEMA DE VALORACION



II. DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

2.1. LISTA DE HALLAZGOS SIGNIFICATIVOS

- Po3 inmediata de apendicetomía convencional más lavado por peritonitis
- con fascie rubicunda
- Abdomen simétrico, distendido, timpánico doloroso a la palpación, con ruidos hidroaereos +(+++)
- herida operatoria a nivel de fosa iliaca izquierda, con apósitos limpios y secos. presenta drenaje laminar conectado a bolsa de colostomía con secreción serohematica de 10cc aprox
- No realiza deposición hasta el momento
- perfusión endovenosa en miembro superior izquierdo pasando Dextrosa al 5% 1000 cc+ ClNa 20% 15cc a 24 gotas por minuto.
- F.C: 120 x minuto, T°: 38.3 °C (axilar),
- Antecedente de Epilepsia recibe Carbamazepina
- Vomito de contenido bilioso de 100 cc aprox el día anterior
- Me duele mucho mi herida, según EVA 8/10.
- Quiero irme a mi casa, me da miedo las inyecciones y el hospital, quiero estar con mis hermanitos, cuando se va mi mama la extraño.
- Madre refiere que no quiere caminar por que le duele la herida.

2.2. DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA SEGÚN DATOS SIGNIFICATIVOS

- Dolor agudo (00132)
- Motilidad gastrointestinal disfuncional (00196)
- Deterioro de la ambulación (00088)
- Termorregulación ineficaz (00008)
- Ansiedad (00146)

- Riesgo de infección de la herida quirúrgica (00266)
- Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos (00025)
- Riesgo de caídas (00155)

2.3. ESQUEMA DE DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

PROBLEMA	FACTOR RELACIONADO	EVIDENCIA	DIAGNOSTICO
Dolor agudo (00132)	Estímulos de terminaciones nociceptoras secundaria agresión quirúrgica	herida operatoria a nivel de fosa iliaca izquierda, con apósitos limpios y secos. presenta drenaje laminar conectado a bolsa de colostomía. Refiere "Me duele mucho mi herida", según EVA 8/10. F.C: 120 x minuto	Dolor agudo (00132) r/c Estímulos de terminaciones nociceptoras secundaria agresión quirúrgica e/p herida operatoria a nivel de fosa iliaca izquierda, con apósitos limpios y secos. presenta drenaje laminar conectado a bolsa de colostomía. Refiere "Me duele mucho mi herida", según EVA 8/10. F.C: 120 x minuto
Termorregulación ineficaz (00008)	Estímulo a nivel hipotalámico secundario a inflamación del lecho quirúrgico(lavado y manipulación de peritoneo)	Po3, Fascie rubicunda, piel caliente al tacto, F.C: 120 x minuto, T°: 38.3 °C (axilar), leucocitos dentro de parámetros 7000 m3	Termorregulación ineficaz (00008) e/p Estímulo a nivel hipotalámico secundario a inflamación del lecho quirúrgico(lavado y manipulación de peritoneo) e/p Po3, Fascie rubicunda, piel caliente al tacto, F.C: 120 x minuto, T°: 38.3 °C

			(axilar), leucocitos dentro de parámetros 7000 m3
Motilidad gastrointestinal disfuncional (00196)	Manipulación directa del intestino y activación del sistema simpático secundario a intervención quirúrgico.	Po3 inmediata de apendicetomía convencional más lavado por peritonitis, Abdomen simétrico, distendido, timpánico doloroso a la palpación, con ruidos hidroaereos +(+++), no realiza deposición hasta el momento. Vomito de contenido bilioso de 100 aprox.	Motilidad gastrointestinal disfuncional (00196) r/c Manipulación directa del intestino y activación del sistema simpático secundario a intervención quirúrgico e/p Po3 inmediata de apendicetomía convencional más lavado por peritonitis, Abdomen simétrico, distendido, timpánico doloroso a la palpación, con ruidos hidroaereos +(+++), no realiza deposición hasta el momento. Vomito de contenido bilioso de 100 aprox.
Deterioro de la ambulación (00088)	Presencia de dolor a nivel de herida operatoria	Madre refiere que no quiere caminar por que le duele la herida.	Deterioro de la ambulación (00088) r/ c Presencia de dolor a nivel de herida operatoria e/p Madre refiere que no quiere caminar por que le duele la herida.
Riesgo de infección de la	Ruptura de las primeras barreras	Herida operatoria a nivel de fosa	Riesgo de infección de la herida quirúrgica (00266)

herida quirúrgica (00266)	de defensa secundaria intervención quirúrgica	iliaca izquierda, con drenaje laminar, con vía periférica.	r/c Ruptura de las primeras barreras de defensa secundaria intervención quirúrgica e/p Herida operatoria a nivel de fosa iliaca izquierda, con drenaje laminar, con vía periférica.
Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos (00025)	Estado hipermetabólico, perdida de bajo gasto secundario a intervención quirúrgico	T°: 38.3 °C (axilar), drenaje laminar conectado a bolsa de colostomía con secreción serohemática de 10cc aprox, vomito de contenido bilioso de 100 cc aprox.	Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos (00025) r/c Estado hipermetabólico, perdida de bajo gasto secundario a intervención quirúrgico e/ p T°: 38.3 °C (axilar), drenaje laminar conectado a bolsa de colostomía con secreción serohemática de 10cc aprox, vomito de contenido bilioso de 100 cc aprox.
Riego de Caídas (00155)	Deterioro de actividad de la cortea cerebral por episodios.	Antecedente de Epilepsia según refiere madre.	Riego de Caídas (00155) r/c Deterioro de actividad de la cortea cerebral por episodios e/p Antecedente de Epilepsia según refiere madre.

III. PLANIFICACIÓN

3.1. ESQUEMA DE PLANIFICACION

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO NOC	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA NIC	EVALUACIÓN
<p>Código: (00132)</p> <p>Dolor agudo r/c Estímulos de terminaciones nociceptoras secundaria agresión quirúrgica e/p herida operatoria a nivel de fosa iliaca izquierda, con apósitos limpios y secos. presenta drenaje laminar conectado a bolsa de colostomía.</p> <p>Refiere "Me duele mucho mi herida", según EVA 8/10.</p> <p>F.C: 120 x minuto</p>	<p>Código: 01605</p> <p>Control del dolor</p> <p>Disminuir dolor</p> <p>Escala:</p> <p>Con frecuencia (4)</p> <p>Indicadores</p> <p>Reconoce el comienzo del dolor (4)</p> <p>Refiere síntomas al profesional sanitario (4)</p>	<p>Código: 1400</p> <p>Manejo del dolor</p> <ul style="list-style-type: none"> • Control y monitorización de las funciones vitales. • Valorar la intensidad del dolor. • Brindar comodidad y confort • Favorecer la posición antálgica. • Realizar deambulación diaria y pasiva • Valorar características de la herida operatoria. <p>Código: 2210</p> <p>Administración de analgésicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comprobar historial de alergias y órdenes 	<p>Paciente tranquila, no refiere molestia alguna, con dolor disminuido según Eva de 2/10.</p>

		<p>médicas sobre el medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito.</p> <ul style="list-style-type: none"> • administrar analgésico según indicación médica. <p>Ketoroloco 30 mg EV c/12 horas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar efecto de analgésico • Registro de enfermería 	
<p>Código: (00008)</p> <p>Termorregulación ineficaz e/p Estímulo a nivel hipotalámico secundario a inflamación del lecho quirúrgico(lavado y manipulación de peritoneo) e/p Po3, Fascie rubicunda, piel caliente al tacto, F.C: 120 x minuto, T°: 38.3 °C (axilar), leucocitos</p>	<p>Código:0800</p> <p>Mantener la termorregulación dentro de los parámetros</p> <p>Escala: sustancialmente comprometido,</p> <p>Indicadores</p> <p>Frecuencia cardíaca</p> <p>Malestar general</p> <p>Temperatura corporal</p>	<p>Código:3900</p> <p>Regulación de la temperatura.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitorización de la temperatura y frecuencia cardíaca. • Aligerar cobertores • Uso de medios físicos si así lo requiere • Balance hídrico estricto • Perfusión de líquidos vía intravenosa. • Administración de antipiréticos: <ul style="list-style-type: none"> • Metamizol 1 gr ev 	<p>Paciente con temperatura dentro de los parámetros normales, T ° de 36.7 °C axilar.</p> <p>Piel hidratada y tibia al tacto.</p>

dentro de parámetros 7000 m3		<ul style="list-style-type: none"> • Administración de antibióticos según indicación médica: <ul style="list-style-type: none"> • Ceftriaxona 12 mg EV c/12 hras • Metronidazol 300 mg EV c/8 hras • Amikacina 230 mg EV C/12 hras • Revaluar temperatura y monitorización estricto. • Registro de temperatura en gráfica. 	
<p>Código: (00196)</p> <p>Motilidad gastrointestinal disfuncional r/c Manipulación directa del intestino y activación del sistema simpático secundario a intervención quirúrgico e/p Po3 inmediata de apendicetomía</p>	<p>Código:1015</p> <p>Función gastrointestinal</p> <p>Favorecer motilidad intestinal</p> <p>Escala: sustancialmente comprometido</p> <p>Indicador:</p>	<p>Código:0430</p> <p>Manejo intestinal</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valorar características del estado del abdomen. • Controlar los movimientos intestinales, incluyendo la frecuencia, consistencia, forma, volumen y color, si procede. 	<p>Paciente con motilidad aumentada ++(+++), con primera deposición media compacta.</p> <p>Deambula con la ayuda de su madre. No presenta vómitos,</p>

<p>convencional más lavado por peritonitis, Abdomen simétrico, distendido, timpánico doloroso a la palpación, con ruidos hidroaereos +(+++), no realiza deposición hasta el momento. Vomito de contenido bilioso de 100 aprox.</p>	<p>Motilidad intestinal disminuida. No realiza deposición</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Incentivar a la deambulación asistida • Educar sobre la importancia de la deambulación y la movilización. • Valorar si existe impactación fecal. • Colocación de sonda nasogástrica si medico lo indica. • Control de balance hídrico estricto. • Hidratación continua. • Administración de algún laxante si así lo indica el médico. 	
<p>Código: (00266) Riesgo de infección de la herida quirúrgica r/c Ruptura de las primeras barreras de defensa secundaria intervención quirúrgica e/p Herida operatoria a nivel de fosa</p>	<p>Código:01101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas. Reducir riesgo de infección. Escala: Moderadamente Indicador:</p>	<p>Código:3660 Cuidado de las heridas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manejo de bioseguridad • Control de la hemodinamia. • Curación de herida operatoria. • Administración de antibióticos: <ul style="list-style-type: none"> • Ceftriaxona 12 mg EV c/12 hras 	<p>Herida operatoria limpia y seca, retiro de drenaje, no signo de flogosis.</p>

<p>iliaca izquierda, con drenaje laminar, con vía periférica.</p>	<p>Temperatura tisular (3)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Metronidazol 300 mg EV c/8 hras • Amikacina 230 mg EV C/12 hras • Incentivar a la deambulación. • Manejo de nutrición • Valorar características de secreción del drenaje laminar. • Monitoreo de temperatura • Monitoreo de características de herida operatoria. • Control de hemograma. • Manejo de balance hídrico. 	
<p>Código: (00025)</p> <p>Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos r/c Estado hipermetabólico, perdida de bajo gasto secundario a intervención quirúrgico e/ p T°: 38.3 °C (axilar),</p>	<p>Código:0606</p> <p>Equilibrio hídrico</p> <p>Mantener equilibrio hidroelectrolítico</p> <p>Escala: Moderadamente comprometido</p>	<p>Código:4120</p> <p>Manejo de líquidos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitorización de funciones vitales. • Valorar características de herida operatorio • Valorar perdidas y características de drenaje laminar • Control de la temperatura. 	<p>Con piel y mucosas hidratadas, se le retira drenaje laminar, herida limpia y seca. Con balance hídrico positivo.</p>

<p>drenaje laminar conectado a bolsa de colostomía con secreción serohemática de 10cc aprox, vomito de contenido bilioso de 100 cc aprox.</p>	<p>Indicador: Presencia de drenajes, vómitos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Control de peso diario • Valorar signos de deshidratación y diuresis horaria • Reponer líquidos y electrolitos • Valorar resultados de electrolitos séricos. • Valorar características de la piel y mucosas • Balance hídrico estricto • Registro de enfermería. 	
<p>Código: (00155) Riego de Caídas r/c Deterioro de actividad de la corteza cerebral por episodios e/p Antecedente de Epilepsia según refiere madre.</p>	<p>Código:01902 Control del riesgo Evitar caídas Escala: Nunca Indicador: Antecedente de epilepsia</p>	<p>Código:6490 Prevención de caídas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar déficit, cognoscitivos o físicos del paciente que puedan aumentar la posibilidad de caídas en un ambiente dado. • identificar las características del ambiente que puedan aumentar las posibilidades de caídas (suelos resbaladizos, escaleras sin barandillas, etc.) 	<p>No presenta ningún tipo de caídas, ya que se mantiene estricta vigilancia.</p>

		<ul style="list-style-type: none">• Controlar la marcha, el equilibrio y el cansancio en la deambulaci3n.• Asistir en la deambulaci3n.• Colocar varanada de seguridad en la cama.• Enseñar al paciente c3mo caer para minimizar el riesgo de lesiones• Disponer de una estrecha vigilancia.• Continuar con la toma de antiepil3ptico.	
--	--	--	--

IV. EJECUCION Y EVALUACION

4.1. REGISTRO DE ENFERMERIA:

S	Quiero irme a mi casa, me da miedo las inyecciones y el hospital, quiero estar con mis hermanitos, cuando se va mi mama la extraño. Me duele mucho mi herida, según EVA 8/10.
O	<ul style="list-style-type: none">• Po3 inmediata de apendicetomía convencional más lavado por peritonitis• con fascie rubicunda• Abdomen simétrico, distendido, timpánico doloroso a la palpación, con ruidos hidroaereos +(+++)• herida operatoria a nivel de fosa iliaca izquierda, con apósitos limpios y secos. presenta drenaje laminar conectado a bolsa de colostomía con secreción serohemática de 10cc aprox• no realiza deposición hasta el momento• perfusión endovenosa en miembro superior izquierdo pasando Dextrosa al 5% 1000 cc+ ClNa 20% 15cc a 24 gotas por minuto.• F.C: 120 x minuto, T°: 38.3 °C (axilar),• antecedente de Epilepsia recibe Carbamazepina• vomito de contenido bilioso de 100 cc aprox el día anterior• Me duele mucho mi herida, según EVA 8/10.• Quiero irme a mi casa, me da miedo las inyecciones y el hospital, quiero estar con mis hermanitos, cuando se va mi mama la extraño.

	<ul style="list-style-type: none"> • Madre refiere que no quiere caminar por que le duele la herida.
A	<ul style="list-style-type: none"> • disminuir dolor • Mantener la termorregulación dentro de los parámetros • Favorecer motilidad intestinal • Reducir riesgo de infección • Mantener equilibrio hidroelectrolítico • Evitar caídas
P	<ul style="list-style-type: none"> • Dolor agudo (00132) r/c Estímulos de terminaciones nociceptoras secundaria agresión quirúrgica e/p herida operatoria a nivel de fosa iliaca izquierda, con apósitos limpios y secos. presenta drenaje laminar conectado a bolsa de colostomía. Refiere “Me duele mucho mi herida”, según EVA 8/10. F.C: 120 x minuto. • Termorregulación ineficaz (00008) e/p Estímulo a nivel hipotalámico secundario a inflamación del lecho quirúrgico(lavado y manipulación de peritoneo) e/p Po3, Fascie rubicunda, piel caliente al tacto, F.C: 120 x minuto, T°: 38.3 °C (axilar), leucocitos dentro de parámetros 7000 m3. • Motilidad gastrointestinal disfuncional (00196) r/c Manipulación directa del intestino y activación del sistema simpático secundario a intervención quirúrgico e/p Po3 inmediata de apendicetomía convencional más lavado por peritonitis, Abdomen simétrico, distendido, timpánico doloroso a la palpación, con ruidos hidroaereos +(+++), no realiza deposición hasta el momento. Vomito de contenido bilioso de 100 aprox.

	<ul style="list-style-type: none"> • Riesgo de infección de la herida quirúrgica (00266) r/c Ruptura de las primeras barreras de defensa secundaria intervención quirúrgica e/p Herida operatoria a nivel de fosa iliaca izquierda, con drenaje laminar, con vía periférica • Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos (00025) r/c Estado hipermetabólico, perdida de bajo gasto secundario a intervención quirúrgico e/ p T°: 38.3 °C (axilar), drenaje laminar conectado a bolsa de colostomía con secreción serohemática de 10cc aprox, vomito de contenido bilioso de 100 cc aprox. • Riesgo de Caídas (00155) r/c Deterioro de actividad de la corteza cerebral por episodios e/p Antecedente de Epilepsia según refiere madre.
I	<ul style="list-style-type: none"> • Control y monitorización de las funciones vitales. • Valorar la intensidad del dolor. • Brindar comodidad y confort • Favorecer la posición antalgica. • Realizar deambulacion diaria y pasiva • Valorar características de la herida operatoria. • administrar analgésico según indicación médica. • Ketoroloco 30 mg EV c/12 hras • Evaluar efecto de analgésico • Registro de enfermería • Monitorización de la temperatura y frecuencia cardiaca. • Aligerar cobertores • Uso de medios físicos si así lo requiere • Balance hídrico estricto • Perfusión de líquidos vía intravenosa. • Administración de antipiréticos:

	<ul style="list-style-type: none"> • Metamizol 1 gr ev • Administración de antibióticos según indicación médica: • Ceftriaxona 12 mg EV c/12 hras • Metronidazol 300 mg EV c/8 hras • Amikacina 230 mg EV C/12 hras • Valorar características del estado del abdomen. • Controlar los movimientos intestinales, incluyendo la frecuencia, consistencia, forma, volumen y color, si procede. • Incentivar a la deambulaci3n asistida • Educar sobre la importancia de la deambulaci3n y la movilizaci3n. • Valorar si existe impactacion fecal fecal. • Valorar características de secreci3n del drenaje laminar. • Monitoreo de temperatura • Monitoreo de características de herida operatoria • Manejo de bioseguridad • Control de la hemodinamia. • Curaci3n de herida operatoria. • Identificar d3ficit, cognoscitivos o f3sicos del paciente que puedan aumentar la posibilidad de caídas en un ambiente dado. • identificar las características del ambiente que puedan aumentar las posibilidades de caídas (suelos resbaladizos, escaleras sin barandillas, etc.)
E	<ul style="list-style-type: none"> • Paciente tranquila, no refiere molestia alguna, con dolor disminuido seg3n Eva de 2/10.

	<ul style="list-style-type: none">• Con temperatura dentro de los parámetros normales, T ° de 36.7 °C axilar. Piel hidratada y tibia al tacto.• Motilidad aumentada ++(+++), con primera deposición media compacta. Deambula con la ayuda de su madre. No presenta vómitos.• Herida operatoria limpia y seca, retiro de drenaje, no signo de flogosis.• Con piel y mucosas hidratadas, se le retira drenaje laminar, herida limpia y seca. Con balance hídrico positivo.• No presenta ningún tipo de caídas, ya que se mantiene estricta vigilancia.
--	--

CONCLUSIONES

- La peritonitis es una complicación de la apendicitis y dependerá del diagnóstico rápido oportuno para su intervención.
- El dolor post operatorio en cirugía abdominal donde implica la manipulación directa del intestino, como en este caso el lavado del peritoneo, es de umbral alto, y más siendo un paciente pediátrico. Es por eso el manejo y control oportuno del dolor por parte del profesional de enfermería es importante.
- La disminución de la motilidad intestinal, se relaciona directamente al tipo de cirugía, es por eso la deambulacion debe de ser precoz.
- El proceso de atención de enfermería mediante pasos metodológicos, permite al profesional actuar de manera eficaz, científica y analítica frente a la patología intervenida.
- Es importante que el profesional de enfermería conozca la fisiopatología de la enfermedad y los cambios fisiológicos que se presentan después de una intervención quirúrgica, para así poder tomar decisiones correctas frente a las actividades y eviten complicaciones favoreciendo la pronta recuperación del paciente pediátrico.

RECOMENDACIONES

- Proponer al servicio de Cirugía la implementación de una guía en relación al cuidado de paciente pediátricos pots operado de peritonitis localizada o generalizada.
- Sugerir al servicio de cirugía pediátrica la capacitación continua en relación al manejo de diagnósticos con Nic y Noc, y actualizaciones con los diagnósticos nuevos.
- Incentivar el cuidado bajo del modelo de Watson (teoría del cuidado humanizado), cada paciente es especial, un mundo diferente a otro, por lo que los cuidados de enfermería deben guiados de forma holística, entiendo más aún si son pacientes pediátricos.
- Impulsar al resto de profesionales de enfermería que laboran en el área de cirugía pediátrica a la especialización, con ello, ejecutaran procedimientos y técnicas especializadas en el cuidado pediátrico, así como el uso adecuado de equipos de alta tecnología

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Vivian Vialat Soto, Vivian R. Mena Miranda, Eduardo Labrada Arjona, Dania Manresa Gómez. Peritonitis en niños. Revista Medisur [revista en línea] 2011 [citado el 13 de oct 2020] vol 3 (5). Disponible en:
<http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/160/4832>.
2. Parswa Ansari..Apendicitis. Rev. Northell [revista en línea] 2018 [citado el 13 de oct 2020] Lenox Hill Hospital, New York. Disponibe en: <https://www.merckmanuals.com/es-us/hogar/trastornos-gastrointestinales/urgencias-gastrointestinales/apendicitis>
3. Becerra Coral Luis Enrique, Gomez Ceron Lorena Natalia, Delgado Bravo Adriana Isabel. Peritonitis manejada por laparoscopia como método terapéutico eficaz. Rev. gastroenterol. Perú [Internet]. 2018 Jul [citado 2020 Oct 15] 38(3): 261-264. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292018000300007&lng=es.
4. Diario el Español. Peritonitis, una inflamación que puede llevar a la muerte. 2017. Disponible en: https://www.elespanol.com/ciencia/20170406/206479990_0.html
5. M. Caínzos Fernández. Peritonitis postoperatoria. Revista Cirugia Española [revista en línea] 2010[citado el 13 de oct 2020] Vol. 69. Núm. 3. páginas 304-309. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-articulo-peritonitis-postoperatorias-11000128>
6. Bracho-riquelme R, Melero-Vela a, Torresramirez A. MMannheim Peritonitis Index Validation study at the Hospital General de Durango (Mexico). Cir Ciruj 2002: 217-225.

7. Nikolaos Partalis. Apendicitis aguda en niños de edad preescolar. Revista Salud(i)Ciencia [revista en línea] 2015[citado el 13 de oct 2020] 21 (2015) 284-293. Disponible en: <https://www.siicsalud.com/dato/sic/213/126115.pdf>
8. M.J. Navia y P.L. Caroli. Peritonitis primaria en niños sanos. Revista An Pediatr (Barc) [revista en línea] 2004[citado el 13 de oct 2020] 2004;61(6):554-7. Disponible en: <https://www.analesdepediatria.org/es-pdf-S1695403304784441>
9. Urra M Eugenia, Jana A Alejandra, García V Marcela. Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales. Cienc. enferm. [Internet]. 2011 Dic [citado 2020 Oct 17] ; 17(3): 11-22. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532011000300002&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532011000300002>.
10. Centro de Medicina Hiperbariaca. Peritonitis difusa en pediatría. Mar la plata argentina. 2014. Disponible en: <http://medicinahiperbarica.com.ar/wordpress/peritonitis-difusa-en-pediatria>
11. Barrera Melgarejo Elizabeth, Rodríguez Castro Manuel, Borda Luque Giuliano, Najjar Trujillo Néstor. Valor predictivo de mortalidad del índice de peritonitis de Mannheim. Rev. gastroenterol. Perú [Internet]. 2010 Jul [citado 2020 Oct 15]; 30(3): 219-223. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292010000300005&lng=es.
12. Instituto Nacional de Salud del Niño. Guía parctia para el diagnóstico y tratamiento de apendicitis aguda. 2018
13. Cáceres mancheno lisbeth jacqueline condor delgado ruth jesenea. “Cuidados de Enfermería en pacientes con Peritonitis [Tesis en línea] 2018 Jul [citado 2020 Oct 15] Universidad Nacional de Chimborazo.

- Disponible en:
<http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/5674/1/UNACH-EC-FCS-ENF-2019-0022.pdf>
14. Cadena Ortega, Karina Yadira. Complicaciones en cirugías de apendicetomía [Tesis en línea] 2016 abr [citado 2020 Oct 15] Universidad regional Autónoma de los Andes Disponible en:
<http://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/3651/1/TUAM-EQ004-2016.pdf>
15. Gema Magdalena Morales Loo¹; Ana Valeria Espinoza Castro²; Génesis Carolina Alcívar Bowen³; María Gertrudis Saltos Chica⁴; Mirian Josselyn Moreira Viteri⁵; María Belén Iglesias López. Riesgos y cuidados de una intervención quirúrgica de apendicitis aguda en niños. Rev Científica de investigación actualización del mundo de las ciencias [Internet]. 2020 abr [citado 2020 Oct 15]; 4(2): 168-178. Disponible en:
<https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/488/749>
16. Chaupis Huaroc, Celia Rosavel. Proceso de atención de enfermería a paciente con laparotomía exploratoria por peritonitis secundaria de la Unidad de Recuperación post Anestésica un hospital de Lima, 2018 [Tesis en línea] 2017 [citado 2020 Oct 15] Universidad Peruana Unión. Disponible en:
<https://repositorio.upeu.edu.pe/handle/UPEU/1406>
17. Irigibel-Uriz Xabier. Revisión crítica de una interpretación del pensamiento de Virginia Henderson: Acercamiento epistemológico al libro de Luis, Fernández y Navarro. Index Enferm [Internet]. 2007 Nov [citado 2020 Oct 17]; 16(57): 55-59. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962007000200012&lng=es.
18. Urra M Eugenia, Jana A Alejandra, García V Marcela. ALGUNOS ASPECTOS ESENCIALES DEL PENSAMIENTO DE JEAN WATSON Y SU TEORÍA DE CUIDADOS TRANSPERSONALES.

- Cienc. enferm. [Internet]. 2011 Dic [citado 2020 Oct 17]; 17(3): 11-22. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532011000300002&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532011000300002>.
19. Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas. Peritonitis y otras infecciones intraabdominales.x edición. Pag. 3. Disponible en: <https://www.seimc.org/contenidos/documentoscientificos/procedimientosclinicos/seimc-procedimientoclinicoix.pdf>
 20. Enfermedades gastrointestinales. Buenos Aires. Editorial Médica Panamericana 1994: 1152-1188
 21. Vintimilla A. Validación del Índice Pronóstico de Mannheim en pacientes con peritonitis secundaria en el hospital regional Vicente Corral Moscoso y hospital José Carrasco Arteaga IESS. Cuenca 2009 – 2010. Tesis doctoral Universidad de Cuenca; 2010.
 22. Barrera E, Rodríguez M, et al. Valor predictivo de Mortalidad del Índice de Peritonitis de Mannheim. Revista de Gastroenterología; Perú; 2010; 30(3). http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1022-51292010000300005&script=sci_arttext. (ultimo acceso el 23 de noviembre del 2015).
 23. Tortora G.J, Derrickson B. Principios de Anatomía y Fisiología 13a ed. México D.F: Editorial Panamericana; 2013.
 24. Jiménez L, Montero F. Medicina de Urgencias y Emergencias: Guía diag
nóstica y protocolos de actuación. 5a ed. Barcelona: Elsevier editorial; 2015
 25. Samaniego C, Rodríguez C, et al. Peritonitis Aguda Generalizada: Presentación Clínica; Causas y Diagnóstico Preoperatorio. Revista de Cirugía Paraguaya. 2012. 34. <http://www.sopaci.org.py/v2/uploads/Samaniego%20Castor%20jun%202012.pdf> (ultimo acceso el 17 de septiembre del 2015).

26. Rodríguez C, et al. Peritonitis aguda secundaria: Causas, tratamiento, pronóstico y mortalidad. Revista de Cirugía Paraguaya. 2014. 38. <http://www.sopaci.org.py/v2/uploads/Rodriguez%20Cynthia%20Junio2014.pdf>. (ultimo acceso 23 de noviembre del 2015)
27. Garcia J, et al. Diagnostico Microbiológico de las infecciones intraabdominales. Enfermedades Infecciosas y Microbiología clínica. 2013. 31 (4). <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica28-articulo-diagnostico-microbiologico-las-infecciones-intraabdominales90197041?referer=buscador#t0010>
28. Rodríguez C, Arce C, Samaniego C. Peritonitis aguda secundaria. Causas, tratamiento, pronóstico y mortalidad. Rev. Cir. Parag. 2014 Junio http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2307-04202014000100004&lng=en (ultimo acceso 26 de septiembre del 2017)
29. Sarduy C, Pouza I, Pérez R, González L. Sepsis intraabdominal postquirúrgica. Archivo Médico de Camagüey. 2011; 15(2); 235 – 247. <http://redalyc.org/articulo.oa?id=211118853004>. (Ultimo acceso 5 de diciembre de 2015).
30. Guía Clínica del Hospital Nacional Casimiro Ulloa. Diagnóstico y tratamiento de apendicitis aguda y sus complicaciones. Junio 2017. Disponible en: http://www.hejcu.gob.pe/PortalTransparencia/Archivos/Contenido/1301/Guia_de_Practica_Clinica_Diagn%C3%B3stico_y_Tratamiento_de_Apendicites_Aguda.PDF

ANEXOS

Evidencias fotográficas



Paciente Post operada mediata de apendicetomía convencional + peritonitis.

Administrando antibióticos y analgésicos según indicación médica.



Fomentando la deambulaci3n precoz de forma asistida



Paciente con buena evolución clínica.