



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA

TÍTULO:

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON PERITONITIS.
ECUADOR, 2018

AUTOR(ES):

CÁCERES MANCHENO LISBETH JACQUELINE
CONDOR DELGADO RUTH JESENEA

TUTOR(A):

MSC. CARMEN ELISA CURAY YAULEMA

RIOBAMBA - ECUADOR

2019

ACEPTACIÓN DEL TRIBUNAL

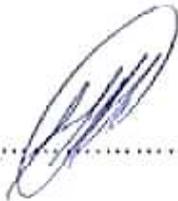
Los miembros del tribunal del proyecto de investigación de título: **CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON PERITONITIS. ECUADOR, 2018**

Presentado por: Lisbeth Jacqueline Cáceres Mancheno y Ruth Jesenea Condor Delgado;
dirigida por: Lic. Carmen Elisa Curay Yaulema MsC.

Una vez escuchada la defensa oral y revisado el informe final del proyecto de investigación con fines de graduación escrito, en el cual se ha constatado el cumplimiento de las observaciones realizadas, remite la presente para uso y custodia en la biblioteca de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNACH. Para constancia de lo expuesto firman:

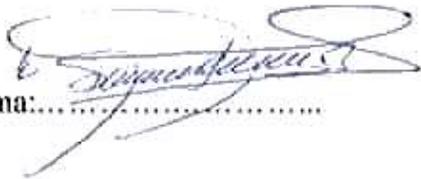
Msc. Viviana del Rocío Mera Herrera

Delegada del señor Decano

Firma:.....

Msc. Susana Padilla Buñay

Miembro del Tribunal

Firma:.....

MsC. Verónica Cecilia Quishpi Lucero

Miembro del Tribunal

Firma:.....

MsC. Carmen Elisa Curay Yaulema

Tutora

Firma:.....

ACEPTACIÓN DEL TUTOR

Certifico que el presente proyecto de investigación previo a la obtención del título de Licenciada de Enfermería, con el tema **“CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON PERITONITIS. ECUADOR, 2018”**, que ha sido elaborado por las señoritas Lisbeth Jacqueline Cáceres Mancheno con CI. 0604064055 y Ruth Jesenea Condor Delgado con CI. 0605585801, el mismo que ha sido asesorado permanentemente por la Lic. Carmen Elisa Curay Yaulema MsC, en calidad de tutora, por lo que certifico que se encuentra apto para su presentación y defensa respectiva.

Es todo lo que puedo informar en honor a la verdad.

Atentamente:



Lic. Carmen Elisa Curay Yaulema MsC.

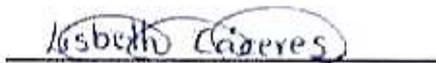
TUTORA

CI. 0602127623

DERECHOS DE AUTORIA

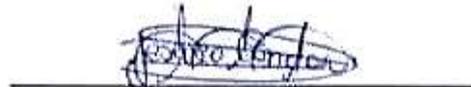
El contenido del presente proyecto de investigación, corresponde exclusivamente a Lisbeth Jacqueline Cáceres Mancheno con CI. 0604064055 y Ruth Jesenea Condor Delgado con CI. 0605585801, como responsables de las ideas, doctrinas y resultados expuestos en el presente trabajo de revisión bibliográfica y de nuestra tutora Lic. Carmen Elisa Curay Yaulema. Los textos constantes en el documento que provienen de otra fuente, están debidamente citados y referenciados. El patrimonio intelectual del mismo pertenece a la Universidad Nacional de Chimborazo.

Como autores, asumimos la responsabilidad legal y académica de los contenidos de este trabajo de titulación.



Lisbeth Jacqueline Cáceres Mancheno
CI. 0604064055

Correo: lisbethjacaceres@gmail.com



Ruth Jesenea Condor Delgado
CI. 0605585801

Correo: ruthcondordelgado@gmail.com

AGRADECIMIENTO

A Dios, por encaminado nuestra vida en esta noble profesión, por la sabiduría, la fortaleza, la responsabilidad y el valor de seguir adelante y no rendirnos durante esta trayectoria.

A nuestros padres, hermanos y demás familiares, por su apoyo incondicional que fueron una guía en los momentos difíciles para no decaer cuando todo parecía complicado e imposible.

A la noble Universidad Nacional de Chimborazo, por abrirnos las puertas y a nuestros docentes de la Carrera de Enfermería, por darnos la confianza necesaria e impartirnos cada uno de sus conocimientos para la formación profesional.

A nuestra tutora, por la dedicación, la dirección y el apoyo brindado al realizar este trabajo, durante las tutorías impartidas.

DEDICATORIA

A nuestros padres y a toda nuestra familia, que estuvieron siempre para nosotras, y nos apoyaron a lo largo de toda la carrera, que nos vieron crecer como profesionales y como personas.

Gracias por todo, queridos padres.

ÍNDICE

ACEPTACIÓN DEL TRIBUNAL.....	I
ACEPTACIÓN DEL TUTOR.....	II
DERECHOS DE AUTORIA.....	III
AGRADECIMIENTO.....	IV
DEDICATORIA.....	V
RESUMEN.....	VII
ABSTRAC.....	VIII
CAPÍTULO I.....	1
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO II.....	14
METODOLOGÍA.....	14
CAPÍTULO III.....	16
DESARROLLO.....	16
CONCLUSIONES.....	23
BIBLIOGRAFÍA.....	25
ANEXOS.....	31
TRIANGULACIÓN DE REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.....	31

RESUMEN

La peritonitis, en la actualidad forma parte de una importante causa de mortalidad en el Ecuador, pero una intervención temprana podría ayudar a reducir el índice de mortalidad. 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. El trabajo es un estudio de tipo descriptivo, la población de estudio estará conformada por 71 artículos científicos actualizados, en bases de datos nacionales e internacionales como Medigraphic, Scielo, Intramed, Medscape, revistas de universidades ecuatorianas e indexadas en revistas internacionales de especialidades. 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.

Palabras clave: peritonitis, cuidados de enfermería, proceso enfermero.

ABSTRAC

Peritonitis is currently part of a significant cause of mortality in Ecuador, but early intervention could help to reduce the mortality rate. The prognosis of the risk of death will allow indicating the degree of severity of the disease and the outcome, and these aspects are essential when evaluating, monitoring and planning therapeutic interventions which could have a positive effect on the patient's recovery. This bibliographical review is carried out to analyze nursing care in patients with peritonitis; through the search of updated scientific articles concerning the subject; to later describe the generalities of the pathology, and finally to select transcendental nursing care. The work is a descriptive study, and the study population will consist of 71 updated scientific articles, in national and international databases such as Medigraphic, Scielo, Intramed, Medscape, journals of Ecuadorian universities and indexed in international journals of specialties. The results obtained in this review are to control the vital signs and hemodynamic parameters. To place the patient in the Fowler position. To keep a record of intake and elimination, to monitor fluid and electrolytes to replenish losses, to perform daily hygiene and skin care and wounds using strictly aseptic techniques, to weigh the patient daily, to assess pain with standardized scales, to observe signs of infection and signs of paralytic ileus and finally dependent on the administration of prescription drugs.

Keywords: peritonitis, nursing care, nursing process.



Reviewed by: Romero, Hugo
Language Skills Teacher



CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

En Ecuador, la peritonitis ha sido una de las principales causas de morbilidad y mortalidad llegando a ser incluso la más frecuente en los años 2016 y 2017, registrándose 38.533 casos de peritonitis y ocupando en el año 2014 el primer lugar en mortalidad. La importancia de esta enfermedad y su incidencia radica en el hecho de que la apendicitis aguda, es una de las causas más frecuentes para que se produzca peritonitis, especialmente cuando no se la maneja adecuadamente, convirtiéndose 3 de cada 5 casos de apendicitis aguda a peritonitis, y siendo más frecuente en hombres. (1)

La peritonitis se define como la inflamación del peritoneo, una membrana serosa que recubre el interior de la cavidad abdominal, suele ocurrir por diversos factores entre ellos inflamación bacteriana, perforación de vísceras huecas (apéndice lo más frecuente), traumatismos abdominales y causas médicas, como diálisis peritoneal. En los casos más graves, la peritonitis puede llegar a ser mortal, y es por esta razón que se desarrollan planes de cuidados estandarizados para brindar intervenciones de enfermería que contribuyan a mejorar la evolución y una correcta recuperación del paciente, además de conocer el proceder adecuado en una peritonitis. (2) (3)

Al ser una enfermedad mundial, el papel de enfermería toma un lugar tan importante, especialmente en el cuidado postquirúrgico de esta patología, porque mediante él se busca evitar que el paciente sufra graves complicaciones como los abscesos, adherencias, obstrucciones abdominales, sepsis y shock abdominal, por ello resulta importante la revisión bibliográfica de contenido científico relacionado con el cuidado específico en pacientes con peritonitis. Se considera como un limitante la poca disponibilidad de información que nos permita exponer claramente el tema. (4)

Anatómicamente, el peritoneo se divide en peritoneo visceral y parietal, los cuales tienen una inervación diferente. El peritoneo visceral está inervado por los nervios espláncnicos y por los plexos celiaco y mesentérico, mientras que el parietal, está inervado por el nervio frénico, los nervios toracoabdominales, subcostales, lumbosacros y por el obturador. Esta

inervación es importante, porque permite explicar las diferentes manifestaciones que se pueden presentar, dependiendo si la afectación es más al peritoneo visceral o parietal; así por ejemplo, el peritoneo visceral es más sensible a la irritación química y a la distensión; mientras que, el parietal es sensible a la presión, temperatura y desgarros. (5)

Fisiopatológicamente, la peritonitis generalmente suele producirse por bacteriemia secundaria; es decir, como consecuencia de la contaminación de la cavidad peritoneal por gérmenes procedentes del sistema digestivo; ya sea, el tracto gastrointestinal, el árbol biliar, el páncreas o del aparato genitourinario, que pasan al peritoneo por medio de los tejidos inflamados o por la perforación espontánea o traumática de las vísceras asociadas. Otra circunstancia que permite el paso de microorganismos patógenos a la cavidad peritoneal, puede ser la ruptura de abscesos intraabdominales o por contaminación externa, como por heridas o traumatismos penetrantes. (6)

La peritonitis por perforación del tracto gastrointestinal es la razón más frecuente de inflamación del peritoneo, es causada por agentes como *E. coli*, *Bacteroides fragilis*, *Pseudomonas spp.*, *Enterococcus spp.*, *Staphylococcus spp.*, siendo las tres últimas, más frecuentes en peritonitis de origen nosocomial. Debido a la perforación visceral, los agentes físicos irritantes que también permiten una inflamación del peritoneo, pueden ser el contenido gástrico, jugo pancreático, bilis, sangre, orina, e incluso bario cuando se lo administra como medio de contraste para estudios de imagen diagnósticos, siendo estos agentes químicos, por lo que se denomina una peritonitis química. (7)

La gravedad de la peritonitis depende de diversos factores; como por ejemplo, en donde está localizada la perforación visceral, si es en órganos como el intestino delgado o grueso, al existir una mayor carga bacteriana en estos sitios, la infección suele ser más grave; también interviene el lugar donde el paciente sufre la infección; es decir, en la comunidad o en el medio hospitalario, ya que de ser este último sitio, es más grave por el riesgo de adquirir agentes multidrogo-resistentes y por ende, más agresivo; pero sobre todo, es importante el tiempo que transcurre entre el diagnóstico y la instauración del tratamiento. (7)

Por otro lado, cuando la peritonitis es de causa espontánea, el mecanismo patogénico que lo permite, suele ser la translocación bacteriana; siendo un proceso por el que las bacterias cruzan la barrera mucosa intestinal para así llegar a los ganglios linfáticos locales; es decir,

los ganglios mesentéricos, para desde ahí afectar la circulación sanguínea e infectar al fin el líquido ascítico que se encuentra en la cavidad peritoneal. (8)

Esta translocación bacteriana se da frecuentemente en los casos de peritonitis en pacientes con cirrosis hepática; ya que, en este estado el paciente suele tener afectada la barrera intestinal; es decir, el delicado equilibrio de la flora intestinal, integridad de la barrera epitelial intestinal y del sistema inmunitario local; siendo este último, el principal causante para que se de esta diseminación sanguínea e infecte a la cavidad peritoneal. (8)

Una vez que se da la translocación, se da inicio a la respuesta inmunitaria del huésped, que está a cargo de los leucocitos polimorfonucleares los cuales buscan eliminar las bacterias mediante la fagocitosis. Siempre y cuando la carga bacteriana esté al alcance de ser controlada, se limita la infección por un exudado plasmático rico en fibrinógeno que favorece la destrucción bacteriana. Cuando la respuesta inmunológica no es suficiente, se produce una inflamación intrínsecamente y comienza a producirse el desplazamiento de líquido a la cavidad peritoneal, originando un tercer espacio. Dicha acumulación de líquido contribuye a una hipovolemia, y si no se trata a tiempo, esto llevará a una septicemia. (9)

Con la inflamación del peritoneo y la respuesta inmunitaria, se da una hiperproducción de citosinas proinflamatorias y otras propiedades vasoactivas las cuales contribuyen a la vasodilatación arterial y con esto, también afecta al funcionamiento renal, produciendo una insuficiencia renal secundaria, que suele ser fatal en algunos casos. (10) Según varios autores la peritonitis se clasifica en localizada, generalizada o difusa, primaria, secundaria, terciaria, bacteriana espontánea, tuberculosa, biliar y esclerosante encapsulada. (11)(12)(13)

La peritonitis localizada es aquella que se sitúa en un determinado espacio como consecuencia de la inflamación de una víscera abdominal, en cambio la peritonitis difusa, generalizada o extendida, también denominada sepsis intraabdominal diseminada, se establece como el proceso séptico de la cavidad abdominal donde las bacterias afectan 2 o más compartimientos abdominales. (12)

Las infecciones peritoneales se clasifican en primarias, secundarias o terciarias. Las infecciones peritoneales primarias surgen de la diseminación hematológica, generalmente en el contexto de un estado inmunocomprometido, mientras que las infecciones secundarias

están relacionadas con un proceso patológico en un órgano visceral, como perforación, isquemia y gangrena, traumatismo, o un problema postoperatorio, como fuga anastomótica. La infección peritoneal terciaria es una infección persistente o recurrente que existe después de una terapia inicial adecuada para la peritonitis secundaria. (11)

Peritonitis primaria, es una infección bacteriana causada por un microorganismo sin pérdida de la integridad del tracto gastrointestinal, (14) se observa en pacientes cirróticos con ascitis o en pacientes con catéter de diálisis peritoneal, tiene una baja incidencia y se trata sin intervención quirúrgica. (11) Peritonitis secundaria, se produce por la perforación del tracto gastrointestinal, se asocia a la presencia de gérmenes aerobios y anaerobios de la flora intestinal o también con la contaminación derivada de una cirugía previa. (15) Peritonitis terciaria es una infección recurrente de la cavidad peritoneal que ocurre luego de las 48 horas del control de la peritonitis secundaria ya solucionada de manera quirúrgica, (16) frecuente en pacientes críticos o inmunodeprimidos y relacionado a bacterias resistentes a varios antibióticos, es la forma más grave de peritonitis con mortalidad entre el 30% al 63%. (11)

Peritonitis bacteriana espontánea, infección aguda del líquido ascítico, (17) que acontece en niños y adultos, se la involucra como una complicación conocida en pacientes con cirrosis. Suele ocurrir por bacterias como el *Escherichia coli*, *Klebsiella*, *Proteus* o *Pseudomonas*, que normalmente habitan el intestino. (18) Además, la peritonitis bacteriana espontánea puede ocurrir como una complicación de cualquier estado de enfermedad que produzca el síndrome clínico de ascitis, como la insuficiencia cardíaca y el síndrome de Budd-Chiari. (18) (19) La peritonitis tuberculosa, es una de las causas más comunes de ascitis exudativa, especialmente se presenta en los jóvenes, y forma parte de una causa importante de enfermedad extrapulmonar. Sin embargo, el diagnóstico es difícil porque no existen características clínicas, ni encuentros en las imágenes que son los medios de diagnóstico. (20)

En relación a la clasificación anterior puede ser de origen biliar, producida por la perforación de la vesícula biliar, se la considera como una complicación rara y la más peligrosa de la colecistitis aguda, presenta un alto índice de mortalidad y una alta incidencia en hombres. (21) Por último, la peritonitis esclerosante encapsulada que se la define como una inflamación crónica del peritoneo, que se identifica por la formación paulatina de colágeno, el cual produce un engrosamiento peritoneal que encapsula las asas del intestino delgado, causando así una obstrucción intestinal. (22)

Entre las principales causas de peritonitis se mencionan a la apendicitis aguda, úlcera péptica perforada, obstrucción intestinal con estrangulación, ruptura de víscera hueca por perforación tífica o traumática, infecciones pélvicas y contaminación intraoperatoria, también existe factores para la peritonitis bacteriana espontánea que en la mayoría de los episodios son originados por gérmenes aerobios gramnegativos, siendo el propio intestino de los pacientes la fuente de infección. (23) Relacionado en pacientes con cirrosis que presentan graves alteraciones en los mecanismos de defensa: antibacterianos, intestinales, sistémicos y del propio líquido ascítico. (24) Los factores de riesgo más significativos de una peritonitis esclerosante encapsulada es la duración de la diálisis peritoneal. (23)

La peritonitis suele ser causada por la introducción de una infección en el entorno peritoneal, a través de la perforación de un órgano, pero también puede deberse a otros agentes irritantes, como cuerpos extraños; bilis de una vesícula biliar perforada o un hígado lacerado; ácido gástrico o úlcera perforada. Las mujeres también experimentan peritonitis localizada por una trompa de Falopio infectada o un quiste ovárico roto. (25)

La translocación bacteriana, es otro factor de esta patología en donde este fenómeno consistente en el paso de bacterias desde la luz intestinal hacia los ganglios linfáticos mesentéricos. Otro mecanismo involucrado ha sido la baja concentración de ácido clorhídrico dada por el consumo de inhibidores de la bomba de protones en los pacientes cirróticos; en algunos estudios se encontró un riesgo tres veces mayor para el desarrollo de peritonitis. (26)

El cuadro clínico que presenta el paciente, depende de diferentes circunstancias como la causa, el tiempo de evolución, la gravedad de la infección, el sitio más afectado, etc. Un cuadro de peritonitis, generalmente es diagnosticado con una correcta anamnesis y examen físico, por lo que la clínica es muy importantes en esta patología. (27) La peritonitis parietal se manifiesta porque el paciente presenta dolor abdominal agudo, constante y localizado. En caso de que la inflamación del peritoneo parietal afecte la musculatura abdominal, la peritonitis se asocia a rigidez y defensa de la pared abdominal. (26)

De ser una peritonitis de la capa visceral, el paciente sufre de dolor tipo cólico, paroxístico y que se irradia hacia la línea media abdominal anterior, en diferencia de la peritonitis

parietal, donde el paciente está inquieto y moviéndose debido al dolor. (28) En la peritonitis generalizada o localizada, suelen variar los signos dentro de la exploración física. En caso de ser una peritonitis generalizada, suele encontrarse rigidez abdominal, signo de Blumberg positivo o defensa de los cuatro cuadrantes abdominales. Mientras que en la peritonitis localizada existen signos peritoneales pero limitados al área afectada del peritoneo. (29)

En un estudio realizado en la ciudad de Asunción, en el cual se tomaron 99 casos de peritonitis secundaria aguda, se determinó que el signo más frecuentemente encontrado en los pacientes con peritonitis secundaria, era el dolor abdominal a la palpación, asociado a defensa muscular abdominal en un 72% de los casos. (30) Por lo tanto, es fácil deducir que el dolor abdominal es el síntoma característico y principal que aparece en los casos de peritonitis, sobre todo cuando en una peritonitis aguda. (31) En este caso, suele irrumpir súbitamente lo que es característico de una perforación visceral. Aunque el dolor sea agudo, suele desarrollarse en dos tiempos. (32)

En la primera fase o tiempo, el dolor abdominal tiene las características de una patología de base; como por ejemplo: dolor de cólico biliar, signo de Murphy positivo, dolor en fosa iliaca derecha, etc. Pero cuando el cuadro avanza, el dolor se vuelve generalizado difundiéndose rápidamente por todo el abdomen. Dependiendo de la evolución del paciente, los analgésicos comunes ya no funcionan, y el cuadro de dolor se acompaña de otras manifestaciones como vómitos y detención del tránsito abdominal, manifestado por un silencio abdominal a la auscultación. (27)

Suelen añadirse manifestaciones sistémicas que se ven reflejadas en los signos vitales como taquipnea, fiebre, taquicardia, polipnea y palidez cutánea. Cuando existe fallo hemodinámico, se observa hipotensión, hipoperfusión tisular, oliguria y acidosis láctica. (33) Otros signos específicos de irritación peritoneal son el dolor a la descompresión que aparece al retirar rápidamente la mano que se usó en la palpación superficial; contractura la cual es de carácter involuntario de los músculos de la pared abdominal, denominándose como abdomen en tabla, siendo palpable en el foco de origen y dolor en el fondo de saco de Douglas. (34)

En una peritonitis bacteriana espontánea, los signos y síntomas suelen ser similares, al resto de peritonitis, variando en la frecuencia con la que estos se presentan. Por ejemplo, la fiebre

está presente en 68% de los casos, alteración del estado mental en un 61%, dolor abdominal con 46%, sangrado gastrointestinal, escalofríos, náuseas y emesis un 12%, inclusive el 30% de los pacientes pueden estar asintomáticos. Es así, que en caso de que un paciente cirrótico tenga ascitis, es necesario realizar una paracentesis diagnóstica en busca de peritonitis, ya que estos pacientes son los que con más frecuencia pueden presentar una peritonitis bacteriana espontánea. Cuando el cuadro clínico es inespecífico, el diagnóstico se basa en los análisis de laboratorio del líquido ascítico. (35)

En otras circunstancias; por ejemplo, en la peritonitis tuberculosa las manifestaciones clínicas varían, el paciente refiere únicamente hinchazón y malestar abdominal, mientras que al examen físico, se puede demostrar ascitis. Además, en estos casos el paciente presenta tuberculosis pulmonar anteriormente; por lo que, el diagnóstico previo de tuberculosis o las manifestaciones pulmonares de la misma, pueden ser sospecha de esta causa. (36)

El diagnóstico de la peritonitis, se realiza por la clínica que presenta el paciente; es decir, los signos y síntomas que desarrolla y los antecedentes patológicos. Sin embargo, se hace uso de otros medios diagnósticos no siempre invasivos, para el diagnóstico oportuno como exámenes de laboratorio, ecografía abdominal, tomografía axial computarizada, o incluso una paracentesis cuando se presenta líquido ascítico, el cual podría orientar al diagnóstico de peritonitis si es líquido por trasudado o exudado. La radiografía de abdomen, no es usada en estos casos, porque realmente no aporta datos importantes que orienten al diagnóstico, suele verse, parálisis intestinal o la dilatación del mismo, que no siempre es signo de peritonitis; por lo que, se debería recurrir a otros métodos. (37)

Las pruebas analíticas de sangre en los pacientes con sospecha de peritonitis, reflejan el estado en el que se encuentra el paciente. Por ejemplo, en caso que sea una peritonitis de origen secundario o terciario, se encontraría leucocitosis con neutrofilia, siendo una desviación a la izquierda, orientando a un proceso infeccioso. También se encontraría elevación de los reactantes de fase aguda como la proteína C reactiva y el fibrinógeno. (9)

Las pruebas de imagen más utilizadas son la ecografía abdominal que demuestra la presencia de líquido libre en la cavidad abdominal, la tomografía axial computarizada (TAC) la misma que define si la peritonitis llega a desarrollar ascitis y determinar si se encuentra en un único espacio o tabicada. (38) Al usarse la TAC, no solo se identifica la densidad del contenido de

la cavidad peritoneal; sino que también, se puede llegar a identificar la causa que está produciendo la peritonitis; por ejemplo, una apendicitis o una perforación de algún órgano.

(9)

En la peritonitis espontánea, el diagnóstico se realiza con el estudio del líquido ascítico; es decir, por medio de una paracentesis; dicho procedimiento, se basa en la extracción del líquido peritoneal. En ocasiones la cantidad de líquido no es abundante; por lo que, se recurre a la ecografía para hacer una punción guiada hacia el lugar con mayor cantidad de líquido y obtener una muestra adecuada para el estudio.⁽³⁹⁻⁴⁰⁾ Generalmente no existen muchos diagnósticos diferenciales para la peritonitis, porque se buscan causas que podrían haber desencadenado este cuadro, como perforaciones, obstrucciones intestinales, infecciones de vías urinarias (frecuente en mujeres), fístulas, apendicitis, etc., sobretodo, cuando estos cuadros debutan con peritonitis que enmascara los síntomas y signos que pudiesen orientar a cada uno de estos cuadros.⁽⁴¹⁻⁴²⁾

Cabe agregar que la terapia con antibióticos se usa para prevenir la transmisión local y hematogena de una infección intraabdominal y para reducir las complicaciones tardías, existen varios antibióticos diferentes para el tratamiento de infecciones intraabdominales, entre los medicamentos se encuentra a la amoxicilina/ácido clavulánico, piperacilina/tazobactam, sulbactam, tigeciclina imipenem/cilastatina, meropenem y también se puede utilizar una terapia de combinación con cefuroxima más metronidazol, cefalosporinas de tercera o cuarta generación más metronidazol, ciprofloxacina más metronidazol y aminoglucósido más clindamicina. ⁽³⁹⁾

La terapia de un solo agente, de amplio espectro y las terapias de combinación se han utilizado frente a estas infecciones, aunque no se ha encontrado resultados que demuestren que una terapia específica sea mejor que otra, la infección de la cavidad abdominal requiere que se ataque a bacterias gramnegativas y grampositivas; así como, a los anaerobios por ejemplo se hallan recomendaciones con medicamentos para cuerpos específicos; en el caso de *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Streptococcus pneumoniae* se encuentran cefotaxima, ofloxacina, y ciprofloxacina.; y para tratar parte de enterococos amoxicilina, vancomicina y daptomicina. ⁽⁴⁰⁾

En caso de infecciones graves con rasgos de sepsis sistémica, existe una política que consiste en dar inicio al tratamiento tan pronto como se sospeche usando antibióticos de amplio espectro. (41) Por lo general, en pacientes con infección intraabdominal que han sido sometidos a una intervención quirúrgica, se administra antibióticos durante 5 a 7 días pero depende del contexto clínico. Los antibióticos deben suspenderse una vez que los signos clínicos de infección como fiebre, taquicardia y leucocitosis se hayan resuelto, en los casos relacionados con *Candida* y *Staphylococcus aureus*, el tratamiento debe continuarse durante 2 a 3 semanas. (39)

La orientación operatoria está dirigida por el proceso de la patología, el tipo y la gravedad de la infección intraabdominal; en muchos casos la indicación de intervención quirúrgica se da con mayor facilidad, como en los de peritonitis causada por colitis isquémica, apéndice rota o divertículos colónicos; el cirujano siempre debe procurar obtener un diagnóstico específico. (42) Para la cirugía se deben tener en cuenta aspectos primordiales como el control de la fuente primaria y la eliminación de bacterias de la cavidad abdominal; el momento de la intervención quirúrgica son inquietudes principales, ya que una operación incorrecta puede tener un resultado negativo, en comparación con la terapia médica. (43)

Sin embargo, en la sepsis abdominal grave, las demoras en el manejo quirúrgico pueden originar una nueva intervención quirúrgica, la cirugía puede incluir la resección de una víscera perforada con reanastomosis. (25) Para disminuir la carga bacteriana, se realiza un lavado de la cavidad abdominal tomando énfasis en las áreas propensas a la formación de abscesos; por ejemplo, en canalones paracólicos y área subfrénica. La laparoscopia está ganando aceptación en el diagnóstico y tratamiento de las infecciones abdominales; al igual que, con todas las indicaciones para la cirugía laparoscópica los resultados varían según la habilidad y la experiencia del cirujano laparoscópico. (44)

La peritonitis, generalmente es una complicación de alguna enfermedad de base; sin embargo, independientemente de la causa que origine este cuadro se presentan aún más complicaciones; las cuales, dependiendo del tiempo en que aparezcan pueden ser agudas o tardías. (45) Entre las complicaciones agudas se encuentran el shock y sepsis abdominal; el shock se define como la perfusión tisular insuficiente para el organismo, el cual es causado por reacción inflamatoria debido a la infección de la pared peritoneal; en términos generales,

se caracteriza por la triada de hipotensión, hipoperfusión tisular y disfunción multiorgánica. (7)

El shock séptico se manifiesta principalmente en los signos vitales y otros aspectos que evalúan el estado general del paciente. Por ejemplo, la presión arterial sistólica menor de 90mmHg, frecuencia cardíaca mayor de 100 latidos por minuto, frecuencia respiratoria mayor a 30 por minuto, presión venosa central menor de 7cm de agua y volumen urinario de 30ml/h o menos. De esta manera, se origina un problema multi-orgánico (renal, hepático, metabólico y respiratorio). (46)

La insuficiencia renal aguda, se acompaña de azoemia prerrenal y disminución de la velocidad de flujo urinario; cuando el paciente es sometido a cirugía se le coloca sondas, dando origen a la posibilidad de desarrollar una infección urinaria futura, especialmente si se presenta fiebre a las 48 horas luego de la intervención. La insuficiencia hepática, suele ser rara, y está asociada a abscesos hepáticos secundarios o primarios como causa de la peritonitis. La insuficiencia respiratoria, suele caracterizarse por dificultad para mantener la PO₂ y el PCO₂ en sus valores normales, requiriendo muchas veces intubación y respiración artificial. (5)

Otras complicaciones frecuentes son la infección de herida quirúrgica y absceso de pared, estas pueden ser tempranas o tardías. Cuando se desarrollan precozmente, aparecen a las 48 horas de que el paciente se someta a una intervención quirúrgica, siendo el agente causal más común el estreptococo beta hemolítico aeróbico o clostridium anaerobio. De ser tardío, se presenta a los 5 días aproximadamente y es causado por distintos microorganismos y no solo por uno. (47) Además, existe la posibilidad de desarrollar infecciones formadoras de gas se caracterizan por presentar signos de sepsis y pueden progresar a crepitación y shock. (45)

Las complicaciones tardías son la formación de abscesos intraabdominales, generados como resultado de procesos fisiológicos de curación y resolución de catástrofes intraabdominales. (48) La localización de los abscesos, se relaciona mucho con el lugar de origen de la infección o sitio de contaminación, de las divisiones mesentéricas y recesos peritoneales, de la fuerza de gravedad y los gradientes de presión intraperitoneal. Las localizaciones más frecuentes son subfrénico o subdiafragmáticos, subhepático, fondo de saco de Douglas o rectovesical o

pelviano, inframesocólicos, interasas, parietocólicos derecho e izquierdo y fosas ilíacas derecha o izquierda. (49)

Los abscesos suelen formarse por drenajes inadecuados luego de la intervención quirúrgica, por escurrimientos subclínicos de anastomosis intestinales, colección de sangre o de líquido peritoneal contaminado. Para su formación no solo es necesaria la presencia de bacterias; sino también, la presencia de los residuos, material extraño y tejido necrótico. (48) Clásicamente, suele presentarse como fiebre persistente que se eleva de forma escalonada, precedida por escalofríos. Además, se manifiesta como disfunción de un órgano remoto como insuficiencia respiratoria, renal, hepática o anemia.

Las obstrucciones intestinales, son frecuentes en el postoperatorio tardío, incluso muchos años luego de la intervención. Estos cuadros son de tipo mecánico, ya sea por bridas o adherencias secundarias a procesos inflamatorios intraabdominales. (34) Las adherencias, son fijaciones anormales entre superficies peritoneales o entre órganos abdominales, que pueden ser fibrosas o fibrinosas que aparecen como adhesiones firmes o laxas, incluso con vascularización o no. Las bridas; por otro lado, son una especie de cordones gruesos, elásticos o rígidos, sobre todo entre el mesenterio y el intestino, o entre el epiplón de una parte y la pared abdominal de otra, y en ellas se involucran las asas u órganos. (48)

La asistencia de enfermería en los pacientes con peritonitis, por su complicación y gravedad se basa en un fundamento científico con uso de modelos y teorías; dentro de ellas, se destaca Dorothea Orem, con su teoría “Déficit de autocuidado”, donde define que el autocuidado es una función básica de cada persona y debe ser aprendido y aplicado para mantener un buen estado de salud, desarrollo y bienestar. (50) Establece que los individuos están sujetos a limitaciones relacionadas con su salud, lo que incapacita el autocuidado produciendo que el mismo sea ineficaz o incompleto. Además, señala que el objetivo de enfermería es ayudar al individuo a mantener por sí mismo todas las actividades de autocuidado para conservar su salud, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias que son producidas por la misma. (51)

Otro de los modelos teóricos importantes en la aplicación de los cuidados enfermeros en pacientes con peritonitis, es Virginia Henderson, con “Las catorce necesidades básicas”. Donde se implementa el cuidado directo, fundamentado que el personal enfermero es quien

ayuda a la persona sana o enferma en la ejecución de las actividades cotidianas, colabora en el mantenimiento de la salud o a recuperar la salud del individuo en caso de perderla. La visión de V. Henderson se enfoca en la interdependencia de las necesidades humanas y su oportuna satisfacción, basándose en aspectos biológicos, psicológicos, sociales y espirituales. (52)

Luego de una revisión bibliográfica detallada; se dice que los cuidados de enfermería deben ser estandarizados y orientados a la satisfacción de las necesidades o problemas de salud y a los diagnósticos enfermeros reales o potenciales. Por lo que, se plantea la siguiente pregunta de investigación ¿Qué cuidados de enfermería se brindan a pacientes con peritonitis en el Ecuador?

La peritonitis es una de las patologías más frecuentes que se observa en el área de emergencia y cirugía en el Ecuador, su causa principal es la apendicitis que ocupa un alto índice de morbi-mortalidad en los últimos años según las estadísticas del INEC. (1) La importancia de este trabajo radica en describir cuidados de enfermería que se brindan a pacientes con peritonitis, para evitar complicaciones futuras como la sepsis e incluso la muerte. Puesto que, en el Ecuador durante el año 2017, se han registrado 38.533 casos de peritonitis, constituyendo una tasa de 22,97 por cada 10.000 habitantes, siendo la primera causa de morbilidad en el país. (53) Además que la complicación antes mencionada constituye la primera causa de mortalidad en las unidades de terapia intensiva, produciendo más del 60% de las muertes en estos servicios. (54)

Para la intervención en este tipo de patología, se toman en cuenta factores propios del cuadro clínico, la evolución del mismo, la causa y el estado del paciente; requiriendo de un equipo multidisciplinario de salud. (55) Tomando en cuenta estas consideraciones, es significativo señalar que el papel de enfermería es indispensable durante el cuidado de pacientes con peritonitis, mediante la toma de decisiones se busca emprender acciones específicas en bien del paciente con peritonitis, reducir significativamente las complicaciones, mejorar la calidad de vida del paciente y reducir el riesgo potencial. (56)

La relevancia del tema y la práctica de los cuidados de enfermería, hicieron que se establezcan los siguientes objetivos de investigación: analizar los cuidados de enfermería en pacientes con peritonitis en el Ecuador; mediante la búsqueda de artículos científicos

actualizados en relación al tema; que permitan describir la fisiopatología, factores etiológicos, cuadro clínico, diagnóstico, tratamiento y complicaciones de la patología; y finalmente seleccionar cuidados de enfermería trascendentes en pacientes con peritonitis.

CAPÍTULO II

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio de tipo descriptivo usando el método teórico: analítico- sintético; a través, de una revisión bibliográfica actualizada. La población de estudio está conformada por 71 artículos científicos en los cuáles se encontró datos relacionado a la temática de los cuidados de enfermería en pacientes con peritonitis, la búsqueda se hizo a partir del mes de noviembre del año 2018 hasta febrero del siguiente año, en las siguientes bases de datos nacionales e internacionales como son: Medigraphic, Scielo, Intramed, Medscape.

Además revistas ecuatorianas de: la Universidad San Francisco de Quito, Universidad Técnica de Ambato, Universidad Técnica de Machala e indexadas en revistas internacionales de especialidades. También se tomaron en cuenta trabajos de pregrado y postgrado para especializaciones de cirugía, libros de actualización inferior a 10 años, manuales y protocolos de atención a pacientes con peritonitis, de donde se obtuvieron datos de soporte electrónico relevantes para la elaboración de este trabajo; a través de esta plataforma electrónica, usando los operadores booleanos “AND”, “Y”, “OR”, “O”.

Las palabras claves utilizadas en la búsqueda fueron: peritonitis, sepsis abdominal, cirugía abdominal, complicaciones de peritonitis, pacientes con laparotomía exploratoria, diálisis peritoneal, cuidados de enfermería y proceso de atención de enfermería. Utilizando las distintas cadenas de búsqueda mencionadas y aplicando los limitadores de búsqueda establecidos para esta revisión, se ha seleccionado documentos que responden a los criterios de inclusión y exclusión planteados.

Se limitó los artículos en relación al año de publicación; teniendo en cuenta un periodo de 6 años, los artículos incluidos en esta revisión son desde el año 2014 hasta el 2019; y los años en relación a los libros, manuales y protocolos tomados en cuenta en periodo de 10 años, con los que contamos desde el año 2009 hasta el 2017, que fueron de gran importancia para esta revisión. Los mismos que fueron obtenidos en idioma inglés y español.

Los criterios de inclusión fueron documentos disponibles en texto completo de acceso gratuito, documentos publicados en los idiomas seleccionados, artículos internacionales debido a la ausencia de artículos relacionados al tema en el Ecuador, la población de estudio fueron pacientes adultos y artículos que respondan a los objetivos del presente estudio. Mientras que los criterios de exclusión fueron documentos incompletos o que no dispongan de acceso gratuito al texto completo, estudios realizados paciente pediátrico con peritonitis y artículos fuera del rango de fecha establecida.

CAPÍTULO III

DESARROLLO

En el análisis de la triangulación empezamos diciendo; que el peritoneo, membrana serosa que delimita la cavidad abdominal y los órganos abdominales al ser un ambiente estéril contiene líquido peritoneal; responde, como un proceso inflamatorio al enfrentarse a estímulos patológicos, ⁽⁵⁷⁾ que puede ser localizada o difusa. ⁽⁵⁸⁾ Posterior a la respuesta inflamatoria, se origina una respuesta infecciosa o no infecciosa frente al ingreso del agente agresor. ⁽⁵⁹⁾ Estos agentes patógenos, ingresan a dos o más compartimientos abdominales originando un proceso séptico de la cavidad abdominal. ⁽³⁰⁾

Dentro de la clasificación de la peritonitis existen algunas determinaciones; Gorodo, Pérez Porras y Altamirano en su estudio lo clasifican de acuerdo a su extensión en localizadas o focalizadas y generalizadas, difusas o propagantes; por su agente causal en sépticas y asépticas; por su evolución en agudas y crónicas coincidiendo con la clasificación de Varo y otros; Rodríguez, Aranda y Samaniego; y la categorización establecida por el Hospital Civil Dr. Juan I Menchaca; por su origen en: primaria, secundaria y terciaria. ⁽³⁹⁻⁴⁰⁾ ⁽⁵⁷⁾ La peritonitis de origen primario o espontánea, es el ingreso de un agente patógeno a la cavidad peritoneal sea por vía hematógica o linfática. ⁽³⁰⁾

La peritonitis secundaria es la forma más frecuente de presentarse, se relaciona a una infección de la cavidad peritoneal acompañada de la pérdida del tracto gastrointestinal o ruptura de glándulas anexas, donde el tratamiento es netamente médico-quirúrgico, ⁽³⁰⁾ y surge por una complicación rara vez al realizar diálisis peritoneal. ⁽⁶⁰⁾ Por otra parte, la peritonitis terciaria, es la recurrencia o persistencia de infección intra-abdominal de origen primario o secundario, que ocurre al menos 48 horas tras el aparente manejo adecuado o tratamiento oportuno, es frecuente tras realizar procedimientos laparoscópicos ⁽⁶¹⁾ asociándose a una disfunción o fallo multi-orgánico. ⁽⁵⁷⁾ ⁽⁶²⁾

Por otra parte; Bernal, García y Ferrero lo clasifican como: congénita, asintomática, idiopática y secundaria; y de esa manera se describe a la peritonitis esclerosante encapsulada como una inflamación crónica del peritoneo producida por la formación paulatina de

colágeno que provoca un aumento del peritoneo, y de esa manera encapsula las asas del intestino delgado, dando lugar a una obstrucción intestinal, una de las complicaciones de peritonitis secundaria. (28) Mientras que; Rodríguez, Gonzalez, Cabrera y Algas las clasifican de acuerdo al origen anatómico en supramesocólicas, cuando se originan sobre el colon transverso, mesocolon o el epiplón mayor; e inframesocólicas, cuando se originan por debajo de las estructuras antes mencionadas. (63)

Para Suárez, Mirabal y sus colaboradores en su estudio “Factores pronósticos de mortalidad por peritonitis secundaria en una unidad de cuidados intensivos” las causas frecuentes para el desarrollo de peritonitis son: perforación de vísceras abdominales, presente en el 48% de los casos estudiados, complicaciones posoperatorias un 29,9%, enfermedades inflamatorias agudas de víscera intra-peritoneal 22% y la presencia de exudados purulentos o fecaloides y depósitos de fibrina. (60) Coinciden con otros autores que las perforaciones de vísceras abdominales se dan por apéndice rota, según Rodríguez y otros en un 19% de la muestra de su estudio, (30) por úlcera gastroduodenal perforada, divertículo perforado, ruptura de vesícula biliar (9) y perforación de las asas delgadas (16%). (30) En las complicaciones postoperatorias están: cirugías abdominales, diálisis peritoneal, (9) peritonitis postoperatorias (17%). (30)

Así como, Valdivia y Morera hacen énfasis que depende del tipo de cirugía o proceder laparoscópico, tiempo del diagnóstico y los antecedentes patológicos del paciente; (61) también incluye el trasplante hepático y la duración de la inserción de catéter de diálisis peritoneal. (28) En las enfermedades inflamatorias agudas de vísceras intra-peritoneal se encuentra: enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) (9) o de origen ginecológico (12%), (30) pancreatitis aguda (57) y enfermedad tuberculosa pélvica. (28) Finalmente en presencia de exudados purulentos o fecaloides están los traumatismos abdominales, (9) tejido necrótico en tres o más espacios del abdomen, (63) absceso apendicular y hepático. (57) A demás el Hospital Civil Dr. Juan I Menchaca agrega otras causas como heridas penetrantes de abdomen por arma blanca o de fuego y heridas estranguladas. (57)

La peritonitis, es ocasionada por patógenos oportunistas y nosocomiales; (62) Gorodo y otros colaboradores indican en su estudio que el agente causal de peritonitis son: Escherichia coli en 56.7% de los casos, (45) seguido de Streptococcus (25%) y Staphylococcus aureus, (64) de diferentes tipos como lo menciona la Secretaría de Salud de México, en la guía de práctica

clínica para la prevención de peritonitis por diálisis peritoneal, como son: staphylococcus aureus (30%), coagulasa negativo, epidermidis y saprophiticus (10%);⁽⁵⁹⁾ así mismo como lo menciona Tural y sus colaboradores incluyendo al staphylococcus spp.⁽⁵⁸⁾ Otros agentes causales poco frecuentes son: enterococcus faecalis,⁽³⁵⁾ klebsiella, pseudomonas,⁽⁹⁾ enterobacter,⁽⁶⁴⁾ candida sp y presencia de hongos en raros casos de sepsis intra-abdominal de origen bacteriano.⁽⁶²⁾

Generalmente, la peritonitis, es asintomática en un 30% de los casos;⁽³⁵⁾ por su parte Navasa y su equipo de investigación manifiesta la existencia de signos sugestivos y signos propios de infección sistémica (calor, enrojecimiento, eliminación de secreciones de mal olor)⁽⁶²⁾ o de shock.⁽⁶⁴⁾ Al igual que Bernal y su equipo de investigación reconoce que las manifestaciones clínicas se pueden presentar de acuerdo a la etapa fisiopatológica de la peritonitis.⁽²⁸⁾ Durante la etapa inflamatoria el paciente puede manifestar: fiebre mayor a 38 grados centígrados (68%), alteración del estado mental (61%),⁽³⁵⁾ ascitis, distensión abdominal, pérdida de peso y alteraciones del tránsito intestinal (ausencia de ruidos hidroaéreos, falta de peristaltismo).⁽⁹⁾

Mientras que en la fase obstructiva se puede evidenciar: náusea, vómito, dolor abdominal (46%) que puede ser intenso y difuso con sensibilidad de reboto o signo positivo de Murphy, escalofríos,⁽³⁵⁾ ansiedad, malestar general, oliguria, signos de deshidratación.⁽⁹⁾ En peritonitis por diálisis peritoneal se puede evidenciar líquido residual peritoneal turbio e irritación peritoneal⁽⁵⁹⁾ y en estado de shock signos de hipotensión, taquicardia y taquipnea.⁽⁴⁵⁾ Para el diagnóstico de la peritonitis, se basa en la correcta identificación del cuadro clínico.

Se deben corroborar con exámenes de laboratorio y complementarios de ser necesario; el Hospital Civil Dr. Juan I Menchaca, señala que los medios para un diagnóstico oportuno y tratamiento inmediato se deben realizar, exámenes de laboratorio como hemograma completo, recuento plaquetario, bioquímica completa, perfil de coagulación, proteína C reactiva (PCR), control de electrolitos, dímero D, examen elemental de orina, exámenes microbiológicos, cultivo de sitios y líquidos biológicos (líquido ascítico), serología para especificidad de virus o agente patógeno,⁽⁵⁷⁾ tinción GRAM, pruebas de funcionamiento renal y hepático (enzimas hepáticas).⁽⁴⁵⁾

Dentro de los exámenes complementarios de imagen se encuentran la ecografía abdominal, radiografías de abdomen, tomografía axial computarizada ⁽⁵⁷⁾ y biopsia de la zona afectada. ⁽⁴⁵⁾ A través de los exámenes de laboratorio es de importancia, tomar en cuenta valores elevados de proteína C reactiva, leucocitos, polimorfonucleares (especialmente neutrófilos, eosinófilos y basófilos), ⁽⁶⁴⁾ trombocitos, nitrógeno ureico, hemoglobina, hematocrito, ⁽⁶⁰⁾ albumina, glucosa sérica y creatinina, ⁽⁴⁵⁾ siendo parámetros fundamentales en el diagnóstico complementario de la peritonitis. Por otra parte, en los exámenes de imagen se pueden identificar la presencia de líquido en la cavidad abdominal (ecografía abdominal 58%), ⁽³⁰⁾ dilatación de las asas del intestino delgado (peritonitis esclerosante encapsulada). ⁽²⁸⁾

Sin embargo, al identificar todos aquellos parámetros antes mencionados y guiados por la clínica del paciente, al no establecerse el diagnóstico se recurre a la laparotomía exploratoria, procedimiento quirúrgico de diagnóstico y tratamiento oportuno. ⁽⁶⁵⁾ Adjunto a ello; Suárez, Mirabal y otros autores, indican que la valoración del pronóstico de la peritonitis es fundamental y en su estudio mencionan: el índice pronóstico de Mannheim donde el 79,2% de los casos fallecieron al presentar más de 25 puntos y la valoración del ASA (American Society of Anesthesiologists) que alcanza un pronóstico alto de mortalidad (100%) en pacientes de clase V. ⁽⁶⁰⁾

Las complicaciones de las peritonitis, aparecen a corto o largo plazo, independientemente del tipo, tiempo de diagnóstico o nivel de gravedad de la misma; entre las más predominantes y hacen énfasis la gran mayoría de autores de la revisión realizada son el shock séptico, la septicemia, la sepsis, el fallo multi-orgánico y el alto índice de mortalidad (80%) ^{(9)(30; 35; 49)(61-65; 68; 70)} Dentro del fallo multi-orgánico Rodríguez y sus participantes detallan que la disfunción es a nivel renal (33,3%), cardiovascular (29,6%) y hepático (14,9%). ⁽⁶³⁾

Otra complicación evidente es el desequilibrio hidroelectrolítico 73,1% (Hipopotasemia e hiponatremia), debido a la pérdida de líquidos y electrolitos, tras la intervención quirúrgica y la eliminación de los mismos a través de drenajes y sondas, ⁽⁶¹⁾ que pueden desencadenar un shock hipovolémico, siendo aún una complicación mayor durante el tratamiento. ⁽⁹⁾ Existen también complicaciones reflejadas a nivel abdominal como la aparición de fistulas, íleo paralítico, obstrucción intestinal ⁽²⁸⁾, infección en el sitio quirúrgico (12%), ⁽⁴⁵⁾ formación de abscesos y adherencias. ⁽⁹⁾ Existen otras complicaciones que no pasan por desapercibido

como la resistencia al tratamiento farmacológico, ⁽⁶⁰⁾ hemorragias digestivas, infecciones nosocomiales por la hospitalización prolongada y la baja economía familiar relaciona a los altos costos de los recursos necesarios para la atención. ⁽⁵⁸⁾

La intervención de enfermería en la peritonitis, conlleva a desarrollar actividades interdisciplinarias, de manera dependiente o independiente; con el fin de brindar cuidados de enfermería de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Las actividades relacionadas a la prevención, están encaminadas a los pacientes que tienen un riesgo de desarrollar peritonitis en casos de diálisis peritoneal, cirugías abdominales no contaminadas y heridas abdominales profundas. ⁽⁵⁹⁾ Las actividades de diagnóstico por su parte son aquellas que netamente se realizan de manera dependiente e interdisciplinaria con el fin de obtener un diagnóstico temprano y brindar un tratamiento oportuno. ⁽⁴⁵⁾

Las actividades de tratamiento, se basan en el cuidado directo de cada una de las manifestaciones fisiopatológicas que puede presentar el paciente, enfocadas en la prevención de complicaciones a corto y largo plazo, estas actividades pueden ser independientes o dependientes. ⁽⁹⁾ ⁽⁵⁷⁾ Las actividades de rehabilitación se basan en el apoyo familiar y al paciente para la inserción al medio en el que se desarrolla, luego de haber sufrido dicha enfermedad. ⁽⁹⁾ De acuerdo a la guía práctica de prevención de la peritonitis por diálisis peritoneal establecida por la Secretaría de Salud de México; las actividades de prevención son el fomento de los controles médicos periódicos a este tipo de pacientes, curar y valorar la inserción del catéter peritoneal cada vez que el usuario asista al control médico, educar y valorar la técnica aséptica que el paciente emplea en sus actividades de autocuidado. ⁽⁵⁹⁾

Las actividades de enfermería encaminadas y que contribuyen al diagnóstico de manera interdisciplinaria comprenden: recibir la muestra para cultivo o biopsia de la cavidad peritoneal ⁽⁴⁵⁾ y finaliza con el envío de muestras de sangre o cultivo para control de valores que ayuden en el diagnóstico de la peritonitis. ⁽⁹⁾ Dentro de las actividades de tratamiento de la peritonitis, enfermería cumple el rol fundamental desarrollando actividades en el cuidado directo del usuario.

Entre las actividades independientes de enfermería se detallan las siguientes: controlar constantes vitales y parámetros hemodinámicos; mantener la vía aérea permeable, cuando existe apoyo ventilatorio o colocar al paciente en posición Fowler, para localizar la infección

y facilitar la ventilación pulmonar, brindar oxigenoterapia si lo requiere, mantener un registro estricto de diuresis horaria y notificar si la diuresis es $<30\text{mL/h}$, monitorizar el estado de líquidos y electrolitos; a través del control de la ingesta y eliminación; en relación a la eliminación o excreta reponer líquidos para restaurar la tensión arterial, mantener la perfusión de órganos el volumen vascular; además realizar aseo y cuidados de la piel, higiene oral; curaciones de heridas y aspiración de secreciones, cuidados de sistemas de drenaje (Penrose, o Jackson-Pratt) diarios, usando técnicas estrictamente aséptica. ^{(9) (57)}

Otras actividades son canalizar vía periférica con calibre grueso e iniciar con fluidoterapia (coloides o cristaliodes), mantener en reposo absoluto, aspirar secreciones de la cavidad peritoneal, ^{(57) (64)} pesar diariamente al paciente, valorar: el dolor con escalas estandarizadas, membranas mucosas al menos cada 8 horas, signos de infección, eficacia antibiótica y signos de toxicidad farmacología. ^{(9) (59)} Valorar también signos de íleo paralítico (ruidos intestinales altos o sin ruidos); ⁽⁹⁾ los ruidos también llamados borborigmos, son suaves y continuos con intermitencia de 5 a 30 por minuto, no se acompañan de dolor y a veces se escuchan a distancia, producidos por la movilización del contenido líquido-gaseoso del intestino; ⁽⁶⁶⁾ también valorar las heridas quirúrgicas (eritema, calor, edema y presencia de secreción) ante la sospecha de alguna complicación. ⁽⁴⁵⁾

Entre las actividades enfermeras dependientes en el cuidado directo del paciente con peritonitis, se encuentran la administración de electrolitos, analgésicos que brinden confort al paciente y esquema antimicrobiano empírico contra microorganismo grampositivos y gramnegativos que contenga ampicilina, metronidazol, cefotaxime, eritromicina, cotrimoxazol, cefotaxime y meropenem (fármacos que en la gran mayoría de los estudios revisados han sido efectivos) bajo prescripción y criterio médico previo a los resultados de antibiograma; ^{(35) (45) (62) (63;69-70)} colaborar con el equipo médico en la fase intra-operatoria en la colocación de sonda nasogástrica, drenajes, catéter venoso central de ser necesario, ⁽²⁸⁾ lavado peritoneal con soluciones a temperatura adecuada, ^{(45) (57)} secado y cierre de la cavidad peritoneal. ⁽³⁰⁾

En prevención de shock séptico o hipovolémico las actividades de enfermería dependientes, son la administración bajo prescripción médica de fármacos vasopresores (obtener una tensión arterial media de 65 - 70mmHg), heparina (prevención de trombosis venosa profunda), insulina (mantener glucosa $<150\text{mg/dl}$) y paquetes globulares de ser necesario,

cuando la hemoglobina sea $<7.0\text{gr/dl}$ o para conseguir un hematocrito $>30\%$. (57) Ayudar en la nutrición enteral o parenteral, por la oral previa valoración médica. (9) Finalmente las actividades en prevención de complicaciones se enfocan en la contribución del seguimiento clínico y control hemático 48 horas tras el inicio de antibiótico terapia. (35)

Las actividades de rehabilitación no se han descrito en ningún estudio, cabe recalcar que enfermería debe brindar un cuidado integral, holístico y tomando en cuenta sus esferas biopsicosocial. Esta característica de cuidado enfocado a la familia y la reinserción al ambiente de desarrollo del paciente solo son tomada en cuenta en el libro de Enfermería Médico-quirúrgico Pensamiento crítico de Lemone y Burke, sin embargo tampoco se detallan actividades específicas de cuidado enfermero. (9)

CONCLUSIONES

La peritonitis, es la inflamación de la cavidad peritoneal, que se origina en respuesta al ingreso de un agente patógeno en la misma; su clasificación conlleva un sin número de tipos de acuerdo a su origen, anatomía, agente causal, tiempo y entre otras. Esta puede ser primaria o espontánea, secundaria y terciaria o recurrente; los agentes causales que más se destacan puede ser E. coli, Streptococcus y Staphylococcus.

Causas que predisponen el ingreso de alguno de los agentes causales antes mencionados son la diálisis peritoneal, cirugías abdominales, traumatismos e ingreso de armas blancas o de fuego a la cavidad abdominal, enfermedades inflamatorias agudas, trasplante de órganos abdominales, ruptura de vísceras o glándulas anexas del tracto gastrointestinal (vesícula), presencia de exudados o líquidos intra-abdominales.

Los signos más importantes para el diagnóstico clínico son fiebre, dolor y sensibilidad abdominal intenso y difuso, signo de Murphy positivo, ascitis, distensión abdominal, ausencia de ruidos hidroaéreos, pérdida de la conciencia, ansiedad, náusea, vómito, diarrea, entre otros. Para confirmar estas manifestaciones se hace uso de un hemograma y bioquímica sanguínea completos, ecografía abdominal, proteína C reactiva; como exámenes básicos de diagnóstico.

Las complicaciones que se destacan son inminentemente la formación de fistulas y adherencias; además sepsis, septicemia, shock séptico con daño multi-orgánico (renal, cardiovascular y hepático) o shock hipovolémico, que pueden desencadenar alto grado de mortalidad; sin embargo, no pasa por desapercibido el riesgo de desequilibrio hidroelectrolítico, infecciones nosocomiales e infecciones de la herida, mayor tiempo de hospitalización y disminución de recursos económicos en la familia.

Según la revisión bibliografía los cuidados de enfermería, que tienen similitud e importancia para la atención directa a este tipo de pacientes son; el controlar constantes vitales y parámetros hemodinámicos; mantener al paciente en posición Fowler, llevar un registro estricto ingesta y eliminación, monitorizar el estado de líquidos y electrolitos para reponer líquidos y restaurar la tensión arterial, realizar aseo diario y cuidados de la piel y heridas

usando técnicas estrictamente aséptica, peso diario, valorar el dolor utilizando escalas estandarizadas, observar signos de infección y signos de íleo paralítico. Finalmente la administración de medicamentos (electrolitos, analgésicos, antibióticos y otros) bajo prescripción y criterio médico.

BIBLIOGRAFÍA

1. INEC. La apendicitis aguda es la causa de mayor morbilidad en Ecuador. [Online].; 2016 [cited 2018 Noviembre 2. Available from: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/la-apendicitis-aguda-es-la-causa-de-mayor-morbilidad-en-ecuador/>.
2. Andoni M, Arriaga J. Atención de Enfermería para la Prevención de Peritonitis Infecciosa. [Online]. Available from: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/797GER.pdf>.
3. Jimenez J, Roca C. Predicción diagnóstica de peritonitis en pacientes con apendicitis aguda. [Online].; 2017 [cited 2018 Noviembre 2. Available from: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/11241/1/T-UCE-0006-011-2017.pdf>.
4. Morocho M. Guía Basada en el Proceso de Atención de Enfermería para Pacientes Postquirúrgico Inmediato y capacitación a las Enfermeras, en el área de Recuperación. [Online].; 2015 [cited 2018 Noviembre 2. Available from: <http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/2536/2/UNACH-IPG-ENF-CLI-QUI-2016-ANX-0002%20%281%29.pdf>.
5. Ross J, Harris H. Peritonitis Secundaria. Inramed. 2018.
6. Daley BJ. Peritonitis y sepsis abdominal. Logotipo de Medscape. 2017.
7. Farreras Valentí , Rozman C. Medicina Interna España: ELSEVIER; 2016.
8. Gonzáles R, Gonzáles M. Fisiopatología de la translocación y la peritonitis bacteriana espontánea en la cirrosis. ELSEVIER. 2017 Febrero.
9. Lemone P, Burke K. Enfermería medicoquirurgico. Pensamiento crítico I Madrid: ISBN; 2009.
10. Guelmes Domínguez A, Haliberto B, Velozo M. Peritonitis secundaria a apendicitis aguda perforada Madrid: SciELO; 2015.
11. Espinosa G, Olivera E. Clínicas Quirúrgicas Facultad de Medicina. [Online].; 2018. Available from: https://www.quirurgicab.hc.edu.uy/images/Peritonitis_aguda_CQFM.pdf.
12. Rodríguez C. Peritonitis aguda secundaria. Scielo. 2014.
13. Rosero C, Herrera J. Peritonitis: conceptos actuales. Rev Fac Cien Med (Quito). 2014.

14. Munrós J, Alonso I, Carmona MDPJPMAMyF. Peritonitis primaria por *Streptococcus pyogenes*. *Rev Esp Quimioter*. 2014;; p. 273-278.
15. Mejía J, René H, Sanabria MAyÁ. Efecto del secado frente al lavado peritoneal sobre la mortalidad y las complicaciones en peritonitis secundaria. *Revista Colombiana de Cirugía*. 2015;; p. 279-285.
16. Aulestia C. Peritonitis Terciaria: Conceptos Actuales. 2016 Enero 14..
17. Olivera G, Espinosa E. Peritonitis aguda. *Clínicas Quirúrgicas Facultad de Medicina*. 2018;; p. 801 - 807.
18. Green T. Peritonitis Bacteriana Espontánea. *Medscape*. 2018.
19. Abellán I, González A, Bernabé PSyA. Primary peritonitis by *Streptococcus pyogenes*. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*. 2016;; p. 231-232.
20. Hwang J. Peritonitis tuberculosa tras perforación intestinal en neoplasia. *Scielo*. 2018.
21. Villanueva A. Peritonitis biliar por perforación de vesícula biliar. *Rvista Médica*. 2016.
22. Bernal J, García JyFE. Obstrucción intestinal por peritonitis esclerosante encapsulada en un adulto con derivación ventriculoperitoneal. *Revista de Chile*. 2018.
23. Bravo N. Peritonitis Bacteriana en Diálisis Peritoneal. 2017..
24. Soublett J, Aldana LyPM. Cirrosis Hepática: características de la peritonitis bacteriana espontánea. *Scielo*. 2017.
25. Daley B. Peritonitis y Sepsis Abdominal. *Medscape*. 2017.
26. Cardona A, Hurtado J, Crespo J. Una mirada actual a la peritonitis bacteriana. *Asociaciones Colombianas de Gastroenterología, Endoscopia digestiva, Coloproctología y Hepatología*. 2015.
27. Espinosa G, Olivera E. Peritonitis Aguda. *Revista de Gastroenterología de Uruguay*. 2018.
28. Bernal J, García J, Ferrero E. Obstrucción intestinal por peritonitis esclerosante encapsulada en un adulto con derivación ventriculoperitoneal. *SciELO*. 2018.
29. Green T, Taylor J. Spontaneous Bacterial Peritonitis. *Medscape*. 2018 Noviembre.
30. Rodríguez C, Arce C, Samaniego C. Peritonitis aguda secundaria. Causas, tratamiento, pronóstico y mortalidad. *SciELO*. 2014.
31. Pérez M, Campbell D, Pérez C, Gamboa A, Palacios L. Peritonitis difusa por divertículo de Meckel perforado. *Multimed. Revista Médica. Granma*. 2017;; p. 431-437.

32. Bravo J, Larrate C, Quiñonez S. Candida haemulonii: causa infrecuente de peritonitis asociada a diálisis peritoneal. SciELO. 2017.
33. Aguirre P. Peritonitis Bacteriana Espontánea. Intramed. 2016.
34. Daley B. Peritonitis and Abdominal Sepsis. Medscape. 2017 Enero.
35. Holguín A, Hurtado J, Restrepo J. Una mirada actual a la peritonitis bacteriana espontánea. SciELO. 2015.
36. Hwuang J, Sook Hong S, Oh E. Tuberculous peritonitis following intestinal perforation in malignancy. SciELO. 2018.
37. Torres R. Diagnóstico y seguimiento de 12 casos de peritonitis esclerosante. [Online].; 2017. Available from: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872017000100006.
38. Rivacoba C, Ceballos L, Coria P. Infecciones asociadas a diálisis peritoneal en el paciente pediátrico: diagnóstico y tratamiento. SciELO. 2018.
39. Kapoor V. Tratamiento con antibióticos para el tratamiento de la peritonitis. Medscape. 2019.
40. Bruce M. Peritonitis bacteriana espontánea, terapia específica para el organismo. Medscape. 2015.
41. Apolo E. Determinar la eficacia de los antibióticos enterales vs intravenosos para prevenir infecciones postquirúrgicas de apendicectomía abierta en apendicitis fase III y IV con peritonitis localizada. 2018..
42. Miranda M. Uso de drenes y Complicaciones post operatorias en la Peritonitis Secundaria por Apendicitis Aguda. 2015..
43. Ruben P. Abordaje quirúrgico de la peritonitis y sepsis abdominal. Medscape. 2017.
44. Vaca L, Cárdenas A, García SFyL. Utilización de bolsa de Bogotá en peritonitis secundaria y abdomen abierto. Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento. 2018;; p. 287-296.
45. Gorodo L, Pérez O, Porras O, Altamirano C. Sepsis abdominal: fisiopatología, diagnóstico y tratamiento. Revista Mexicana de Cirugía del Aparato Digestivo. 2015; 4(3): p. 110-117.

46. Sierra R, Porro C, Esteban LGy. Mortalidad por peritonitis secundaria en la unidad de terapia intensiva. *Revista Cubana de Cirugía*. 2018; 57(4): p. 20-24.
47. Benitez E, Galli V, Jara J, Miranda A, Olazar JMyL. COMPLICACIONES Y MORTALIDAD POR PERITONITIS: UN ESTUDIO TRANSVERSAL. *Medicina Clínica y Socia*. 2018;; p. 6-12.
48. Gorondo L, Pérez O, Porras O. Sepsis Abdominal: fisiopatología, diagnóstico y tratamiento. *Revista Mexicana de Cirugía del Aparato digestivo*. 2015.
49. OPS-OMS. Shock séptico con punto de partida abdominal. [Online].; 2018 [cited 2019 Febrero 17. Available from: <http://www.paho.org/relacsis/index.php/areas-de-trabajo/registro-adecuado-de-causas-de-muerte/item/857-foro-becker-shock-septico-con-punto-de-partida-abdominal>.
50. Velasquez V. Proceso de atención de enfermería a paciente posoperado de laparotomía exploratoria posttrauma abdominal cerrado de la Unidad de Recuperación Posanestésica de un hospital de Lima, 2018. [Online].; 2018. Available from: http://repositorio-dev.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/1432/Violeta_Trabajo_Academico_2018.pdf?sequence=5&isAllowed=y&fbclid=IwAR0sUBBWAgKs-SUmAExr95JtaB6O4tcm-gyQ74gQ17WE1yb4VMpwKLun8.
51. Naranjo Y, Rodríguez M. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. [Online].; 2017. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009.
52. Godos D. Universidad Técnica de Machala. [Online].; 2019. Available from: http://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/13335/1/E-7861_GODOS%20ZAPATA%20DIANA%20MARITZA.pdf?fbclid=IwAR1WTvaiWK4RvaGkAGeYVCzX8HycZY72n4qa8yOfACEeuVGxC3b6Q0nA5q0.
53. INEC. La apendicitis aguda, primera causa de morbilidad en el Ecuador. [Online].; 2018 [cited 2018 Noviembre 5. Available from: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/la-apendicitis-aguda-primera-causa-de-morbilidad-en-el-ecuador/>.
54. Vargas B. NivelesdeInterleucina-6en pacientes sépticos como biomarcador de mortalidad, en la Unidadde Cuidados Intensivos del Hospital General Enrique Garcésen el periodo Agosto 2015 – Junio 2016. [Online].; 2016. Available from: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/9339/1/T-UCE-0006-087.pdf>.

55. Robles C, Alvarado H. Instituto Ecuatoriano de Enfermedades Digestivas. [Online].; 2016 [cited 2018 Noviembre 2. Available from: <http://www.ieced.com.ec/peritonitis/>.
56. Lopez A, Espinoza G. Intervención de Enfermería en la Prevención de Peritonitis Infecciosa. [Online].; 2016 [cited 2018 Noviembre 2. Available from: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/IMSS-797-16/ER.pdf>.
57. Hospital Civil Dr. Juan I Menchaca. Guía Clínica de Manejo de: Sepsis Abdominal. [Online].; 2014. Available from: http://www.hcg.udg.mx/PAGs/Sec_Transparencia/PDFs_Transparencia/4H_GC_UCI_28.pdf.
58. Tural T, Yilmazb S, Ozdemira H, Birsin Z, Derya A, Ciftcia E, et al. Scielo. [Online].; 2016. Campylobacter jejuni: un agente infrecuente de peritonitis en un niño con diálisis peritoneal. Available from: <https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2016/v114n5a29.pdf>.
59. Secretaría de Salud México. Guía de Práctica Clínica Intervenciones de Enfermería para la Atención y Prevención de Peritonitis infecciosa en Adultos con Diálisis Peritoneal Ambulatoria. [Online].; 2016. Available from: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/IMSS-797-16/ER.pdf>.
60. Suárez R, Mirabal E, Navarro Z, Planas M, Carbonell R. Factores pronósticos de mortalidad por peritonitis secundaria en pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos. MEDISAN. 2016; 20(10): p. 5001-5008.
61. Valdivia L, Morera M. Scielo. [Online].; Estudio de pacientes ingresados por peritonitis en el Centro Nacional de Cirugía de Mínimo Acceso. 2018. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2018000100011.
62. Sánchez A, Sibaja P. Scielo. [Online].; Peritonitis terciaria por Candida famata: infección por una levadura atípica. 2017. Available from: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022017000100035.
63. Rodríguez T, González C, Cabrera O, Algas A. Factores pronósticos de fallo orgánico y muerte en pacientes con peritonitis difusa secundaria. Revista cubana de Medicina Intensiva y Emergencia. 2018; 17(4).

64. Navasa M, Casafont F, Clemente G, Guarner C, Mata Mdl, Planas R, et al. Clínica infectológica. [Online].; 2018. Available from: <http://clinicainfectologica2hnc.webs.fcm.unc.edu.ar/files/2018/03/Consenso-sobre-peritonitis-bacteriana-espont%C3%A1nea-tratamiento-y-profilaxis.pdf>.
65. Varo M, Salazar L, Juárez I, Royo S, Velasco M, Gilabert J. Peritonitis primaria por *Streptococcus pyogenes*, infección inusual en mujeres jóvenes. Medigraphic. [Online].; 2017. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2017/gom179j.pdf>.
66. Álvarez M, Mendoza HAYG. Semiología - Medicina interna Colombia: Médica Panamericana; 2013.
67. Freire A, Kusumota L, Luchetti F, Coelho M. Peritonitis and catheter exit-site infection in patients on peritoneal dialysis at home. SciELO. 2015.
68. San Juan P, Pérez A, Barrientos C. Aspectos clínicos y microbiológicos de la peritonitis asociada a diálisis peritoneal en pacientes adultos con insuficiencia renal crónica en el servicio de urgencias.. Scielo. 2018.
69. Kumar V. Antibiotic Therapy for Peritonitis Treatment Overview. MedScape. 2019 Enero.
70. Fernández M, Angulo I, Ruiz P, González M, Ruiz C, Rodríguez J, et al. Peritonitis bacteriana espontánea por *Listeria monocytogenes*: presentación de ocho casos y revisión de la literatura. [Online].; 2018. Available from: <https://seq.es/wp-content/uploads/2018/10/fernandez22oct2018.pdf>.
71. Osorio D. PROTOCOLO PARA PERITONITIS EN PACIENTES DEL HOSPITAL MUNICIPAL “NUESTRA SEÑORA DE LA MERCED”. 2018..

ANEXOS

TRIANGULACIÓN DE REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA				
Autor y título	Definición	Signos y síntomas	Complicaciones	Cuidados de enfermería
Julia B, Javier G, Eduardo F. Obstrucción intestinal por peritonitis esclerosante encapsulada en un adulto con derivación ventriculoperitoneal [Internet]. 2018.	La peritonitis esclerosante encapsulada: inflamación crónica del peritoneo por la formación paulatina de colágeno con aparición de un infiltrado inflamatorio que aumenta el peritoneo que encapsula las asas del intestino delgado, dando lugar a una obstrucción intestinal	Fase inflamatoria: fiebre, ascitis, distensión abdominal pérdida de peso, anorexia y alteraciones del tránsito intestinal Fase obstructiva: náuseas, vómitos, dolor abdominal	Preoperatorio: Obstrucción intestinal completa Isquemia intestinal Aparición de fístulas Postoperatorias: Íleo paralítico	Colocar una sonda nasogástrica. Valorar signos de íleo paralítico.
Alfredo S, Pablo S. Peritonitis terciaria por	Peritonitis terciaria: recurrencia de peritonitis primario o secundario,	Signos de infección (calor, enrojecimiento, eliminación de	Shock séptico Septicemia	Administrar esquema antimicrobiano empírico: ampicilina, metronidazol, cefotaxime y meropenem bajo prescripción médica.

<p>Candida famata: infección por una levadura atípica. [Internet]. Marzo 2017</p>	<p>después de 48 horas de un tratamiento oportuno</p>	<p>secreciones de mal olor) tras un procedimiento</p>		
<p>M. Navasa, F. Casafort, G. Clemente, C. Guarner, M. de la Mata, R. Planas, R. Solà, J. Suh. Consenso sobre peritonitis bacteriana espontánea en la cirrosis hepática: diagnóstico, tratamiento y profilaxis. [Internet]. 2018, Enero.</p>	<p>Infección del líquido ascítico (LA) producto de ausencia de un foco infeccioso intra-abdominal</p>	<p>Ascitis: a) Signos sugestivos de peritonitis: dolor abdominal, alteraciones en la motilidad intestinal (vómitos, diarrea, íleo). b) Signos de infección sistémica: fiebre, leucocitosis o shock séptico. C) Encefalopatía hepáticas o</p>	<p>Deterioro de la función renal y hepática Hemorragia digestiva Shock séptico</p>	<p>Canalizar vías intravenosas e iniciar fluidoterapia. Suministrar fármacos vasoactivos, en presencia de shock. Aplicar terapia antibiótica empírica, tras prescripción médica.</p>

		deterioro de la función renal. d) Hemorragia digestiva		
Andrea H, José H, Carlos R. Una mirada actual a la peritonitis bacteriana espontánea. [Internet]. 2015, Julio.	Infección del líquido peritoneal sin fuente intra-abdominal cierta, la cual fuera dispuesto de tratamiento quirúrgico. “Espontánea” cuando la causa de la infección no es claramente determinada	Fiebre (68%), Alteración del estado mental (61%) Dolor abdominal (46%) Sangrado Gastrointestinal Escalofríos Náuseas Emesis 30% asintomático	Síndrome hepato-renal tipo I (30%)	Suministrar Antibióticoterapia de manera empírica: cefotaxime 2 gr. intravenosa cada 12 horas, amoxicilina más ácido clavulánico y fluoroquinolonas; bajo prescripción. Contribuir en el seguimiento clínico y control hemático 48 horas después de iniciar la terapia antibiótica.
Luis G, Orlando P, Oscar P, Carlos A. Sepsis abdominal: fisiopatología,	Inflamación peritoneal relacionada a respuestas infecciosas o no infecciosas	Ascitis Fiebre Dolor abdominal Signos de shock séptico	Mortalidad 12% por complicaciones de la infección	Colaborar en la realización de lavado peritoneal y en la colocación de sondas de drenaje. Recibir cultivo para biopsia de la cavidad peritoneal y contribuir al diagnóstico microbiológico.

<p>diagnóstico y tratamiento. [Internet]. 2015.</p>		<p>Proteína C elevada Polimorfonucleares elevados</p>	<p>Disfunción hepática y renal 20% Bacteriemia Sepsis sistémica Sitios secundarios de infección</p>	<p>Suministrar terapia antibiótica tras prescripción. Revisar frecuentemente las heridas quirúrgicas, ante la sospecha de complicaciones. Administrar antibióticos de amplio espectro, con esquemas prescritos. Monitorizar de manera continua todos los sistemas implicados y constantes vitales.</p>
<p>Hospital Civil Dr. Juan I. Menchaca. Guía Clínica de Manejo de: Sepsis Abdominal. [Internet]. 2014, Septiembre.</p>	<p>Inflamación de la membrana serosa; delimita la cavidad abdominal y los órganos. El peritoneo, un ambiente estéril, responde un proceso inflamatorio frente a estímulos patológicos</p>	<p>Dolor abdominal Fiebre Náuseas Vómito Estado de choque Taquipnea Escalofríos Ansiedad Malestar general Ausencia de ruidos hidroaéreos Taquicardia Hipotensión Leucocitosis</p>	<p>Sepsis grave Choque séptico Falla orgánica múltiple Muerte</p>	<p>Administrar antibióticos intravenosos dentro de la primera hora; previa indicación médica. Valorar la eficacia antibiótica, prevenir la resistencia, evitar la toxicidad y minimizar los costos. Iniciar con fluidoterapia: coloides o cristaloides. Reponer líquidos para restaurar la tensión arterial y perfusión de órganos. Suministrar vasopresores de acuerdo a prescripción para obtener una tensión arterial media de 65 - 70mmHg. Transfundir glóbulos rojos tras indicación médica, cuando hemoglobina <7.0gr/dl o lograr un hematocrito >30%.</p>

		<p>Proteína c reactiva elevada</p>	<p>Controlar niveles de glucosa (<150mg/dl) o realizar ajustes con dosis de insulina, tras indicación.</p> <p>Administrar heparina previa prescripción, en prevención de trombosis venosa profunda.</p> <p>Asistir en el procedimiento de irrigación peritoneal con soluciones salinas, a temperatura ambiente.</p> <p>Aspirar secreciones de la cavidad peritoneal y curación diaria.</p> <p>Mantener vía aérea permeable, cuando existe apoyo ventilatorio.</p> <p>Canalizar vía periférica con calibre grueso o asistir en la inserción de catéter venoso central.</p> <p>Mantener en reposo absoluto.</p> <p>Monitorizar cada hora las funciones vitales.</p> <p>Brindar oxigenoterapia.</p> <p>Registrar balance hídrico estricto.</p> <p>Realizar control de diuresis horaria.</p> <p>Suspender la vía oral, previa valoración de estado hemodinámico.</p>
--	--	------------------------------------	---

				<p>Realizar curación de heridas y aspiración de secreciones diario.</p> <p>Realizar aseo diario.</p> <p>Desarrollar cuidados de drenajes y sondas.</p> <p>Sustituir la nutrición enteral o parenteral, por la oral de ser necesario.</p>
<p>Secretaría de Salud México. Guía de Práctica Clínica. Intervenciones de Enfermería para la Atención y Prevención de Peritonitis infecciosa en Adultos con Diálisis Peritoneal Ambulatoria. [Internet]. 2016, Marzo 17.</p>	<p>Inflamación de la membrana peritoneal en respuesta a un agente agresor en diálisis peritoneal</p>	<p>Presencia > 100 leucocitos/μL en el líquido peritoneal residual, de los cuales > 50 % son polimorfonucleares</p> <p>Dolor abdominal</p> <p>Líquido residual peritoneal turbio</p> <p>Tinción de Gram positiva</p> <p>Náusea</p> <p>Vómito</p> <p>Diarrea</p> <p>Irritación peritoneal</p>	<p>Mortalidad</p> <p>Shock séptico</p> <p>Septicemia</p>	<p>Administrar tratamiento antibiótico con receta médica hasta obtener resultados de antibiograma.</p> <p>Vigilar reacciones adversas del fármaco administrado.</p> <p>Prevención de peritonitis en pacientes con diálisis peritoneal:</p> <p>Indicar sobre controles médicos periódicos.</p> <p>Curar y valorar la inserción de catéter peritoneal.</p> <p>Valorar la técnica aséptica empleada por el paciente, durante la auto-curación del catéter peritoneal.</p>

		Fiebre Líquido turbio		
Varo M, Salazar L, Juárez I, Royo S, Velasco M, Gilabert J. Peritonitis primaria por Streptococcus pyogenes, infección inusual en mujeres jóvenes. [Internet]. 2017, Septiembre	Infección intra-abdominal por causa evidente, alteración poco frecuente	Signos de sepsis	Septicemia Shock séptico	Administrar antibióticos intravenosos rápidamente, previa indicación médica.
Marina F, Itziar A, Patricia R, otros. Peritonitis bacteriana espontánea por Listeria	Infección bacteriana del líquido ascítico por causa desconocida que es fuente evidente de infección intra-abdominal.	Signos de sepsis e infección	Sepsis Muerte Falla multi-orgánica	Suministrar cefalosporina de 3ª generación (cefotaxime,) y otros antibióticos de tratamiento empírico (ampicilina, meropenem, eritromicina y cotrimoxazol.), bajo receta médica.

<p>monocytogenes: presentación de ocho casos y revisión de la literatura. [Internet]. 2018.</p>				
<p>Priscilla L, Karen B. Enfermería medico quirúrgica: Pensamiento crítico de la asistencia al paciente. Volumen I. Cuarta edición. PEARSON EDUCACIÓN, S. A. Madrid, 2009.</p>	<p>Inflamación del peritoneo, origen de varios trastornos abdominales agudos tras una complicación grave.</p>	<p>Signos de abdomen Agudo Dolor abdominal intenso y difuso Sensibilidad de rebote Falta de peristaltismo Íleo paralítico Ruidos intestinales reducidos o ausentes Distensión Nausea Vomito</p>	<p>Muerte Formación de abscesos Adherencias fibrosas en la cavidad abdominal Septicemia Shock séptico Shock hipovolémico Fallo orgánico múltiple</p>	<p>Suministrar antibióticos de amplio espectro, contra múltiples microorganismos (ampicilina, metronidazol, clindamicina o amikacina) bajo prescripción. Administrar analgésicos, promover el confort del paciente. Asistir al médico durante el lavado peritoneal (abundante líquido isotónico a temperatura tibia, durante la cirugía). Monitorizar el estado de líquidos y electrolitos. Usar técnica estrictamente aséptica, durante los cuidados. Realizar cuidados de sistemas de drenaje (Penrose, o Jackson-Pratt). Ejecutar cuidados de la herida.</p>

		<p>Fiebre</p> <p>Malestar general</p> <p>Taquicardia</p> <p>Taquipnea</p> <p>Inquietud</p> <p>Desorientación</p> <p>Oliguria</p> <p>Signos de deshidratación y shock.</p>		<p>Restaurar líquidos y electrolitos para mantener el volumen vascular y equilibrio de líquidos y electrolitos.</p> <p>Ayudar en la nutrición parenteral, de ser necesario.</p> <p>Colocar al paciente en posición Fowler, para localizar la infección y facilitar la ventilación pulmonar.</p> <p>Administrar oxígeno, para favorecer el metabolismo celular y cicatrización.</p> <p>Conectar sonda nasogástrica o sonda intestinal larga a un drenaje continuo, para descompresión intestinal y alivio de distensión abdominal.</p> <p>Valorar el dolor (localización, intensidad y tipo) con escalas estandarizadas.</p> <p>Controlar la ingesta y eliminación de líquidos.</p> <p>Mantener registro estricto de diuresis horaria y notificar, si diuresis <30mL/h.</p> <p>Controlar constantes vitales y parámetros hemodinámicos.</p> <p>Pesar diariamente al paciente.</p>
--	--	---	--	---

				<p>Valorar estado de membranas mucosas (turgencia, color y temperatura de la piel) al menos cada 8 horas.</p> <p>Suministrar fluidoterapia y electrolitos según indicación médica.</p> <p>Realizar cuidados de la piel e higiene oral habitual.</p> <p>Valorar signos de infección (fiebre, taquicardia, enrojecimiento e hinchazón alrededor de la herida, presencia de pus, orina turbia o con mal olor).</p> <p>Enviar muestras de sangre para control de leucocitos, proteínas séricas y albúmina.</p> <p>Utilizar técnicas asépticas estrictamente en cambios de vendajes, cuidado de heridas e irrigaciones.</p>
Rodríguez C, Aranda C, Samaniego C. Peritonitis aguda secundaria.	Proceso séptico de la cavidad abdominal, ingresan agentes patógenos a 2 o más	Dolor abdominal generalizado (49,4%) Dolor en fosa iliaca derecha (9%)	Mortalidad 16%	<p>Colaborar con el medico en el lavado, secado y cierre de la cavidad peritoneal (93%).</p> <p>Asistir al médico en la colocación de drenajes en la cavidad abdominal.</p> <p>Realizar cuidados de drenajes y curación.</p>

Causas, tratamiento, pronóstico y mortalidad. [Internet]. 2014, Junio.	compartimientos abdominales	Leucocitosis con neutrofilia		
Lilian V, Maricela M. Estudio de pacientes ingresados por peritonitis en el Centro Nacional de Cirugía de Mínimo Acceso. 2018, Febrero.	Peritonitis postoperatoria, complicaciones más frecuentes tras realizar procedimientos laparoscópicos	Signos de infección o sepsis	Desequilibrio hidroelectrolítico en 73,1% Hipopotasemia Hiponatremia Fallo múltiple de órganos	Proporcionar nutrición enteral temprana (57,7%). Suministrar antibióticos de la triada: ceftriaxona, metronidazol y amikacina tras indicación médica. (61,5 %). Monitorizar constantes vitales continuamente.
Tugce T, Songul Y, Halil O, Zeynep B, Ahmet D, Ergin C, Erdal I. Campylobacter	Complicación grave cuando se realiza diálisis peritoneal	Dolor abdominal Fiebre (38,1°C) Líquido de diálisis turbio Taquicardia (118)	Resistencia a tratamiento empírico: cefalosporinas y aminoglucósidos	Administrar tratamiento empírico para microorganismos grampositivos y gramnegativos, cefalosporina de cuarta generación o cefalosporina de primera generación

<p>jejuni: un agente infrecuente de peritonitis en un niño con diálisis peritoneal. Scielo [Internet]. 2016.</p>		<p>Edema Ascitis Hemoglobina 9,4 g/dl Leucocitos 9500/mm Trombocitos 183 000/mm Nitrógeno ureico en sangre 91 mg/dl Creatinina 7,09 mg/dl Proteína C-reactiva 78,2 mg/l Diarrea Vómitos</p>	<p>Sepsis</p>	<p>en combinación con ceftazidima o un aminoglucósido, bajo prescripción médica. (Duración del tratamiento: dos semanas, infecciones graves es de tres semanas, Cefepime intraperitoneal por 14 días, Claritromicina por 10 días vía oral, Macrólidos por vía oral en fracaso de tratamiento empírico).</p>
<p>Elizabeth R, César G, Omar C, Antonio A. Factores pronósticos de</p>	<p>Enfermedad quirúrgica grave, con alta incidencia de ingreso en las unidades de cuidados intensivos</p>	<p>Frecuencia cardiaca Frecuencia respiratoria Tiempo de evolución</p>	<p>Alta morbilidad y mortalidad Fallo de múltiples órganos</p>	<p>Suministrar tratamiento antimicrobiano con prescripción médica. Realizar cuidados de enfermería que brinda la unidad de cuidados intensivos.</p>

<p>fallo orgánico y muerte en pacientes con peritonitis difusa secundaria.</p> <p>Revista cubana de Medicina Intensiva y Emergencia. Vol. 17. N° 4. [Internet]. 2018.</p>		<p>Valores séricos de leucocitos</p> <p>Niveles de la albúmina</p>	<p>Fallo renal (33,3 %)</p> <p>Fallo cardiovascular (29,6 %)</p> <p>Fallo hepático (14,9 %)</p> <p>Choque séptico</p>	
<p>Rafael S, Normides M, Zadis N, Maylet P, Ramona de los Ángeles C.</p> <p>Factores pronósticos de mortalidad por peritonitis secundaria en</p>	<p>Inflamación localizada o difusa de la membrana peritoneal, con graves secuelas humorales y hormonales que llevan usualmente a la muerte.</p>	<p>Reacción maligna y citotóxica del peritoneo contaminado</p>	<p>Mortalidad (80%)</p> <p>Insuficiencia funcional múltiple en los órganos</p> <p>Infección</p> <p>Sepsis</p> <p>Fallo multi-orgánico</p> <p>Neumonías</p> <p>Bacteriemias</p>	<p>Contribuir en la evaluación del ASA e índice de Mannheim, para determinar el riesgo de mortalidad.</p>

pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos. MEDISAN [Internet]. 2016.			Costo de atención Hospitalización prolongada	
--	--	--	--	--

Tabla 1. Fuente: Triangulación y análisis de datos de revisión bibliográfica

Elaboración: Cáceres, L. & Condor, R. Carrera de Enfermería - UNACH