

APENDICITIS AGUDA

EN PEDIATRÍA

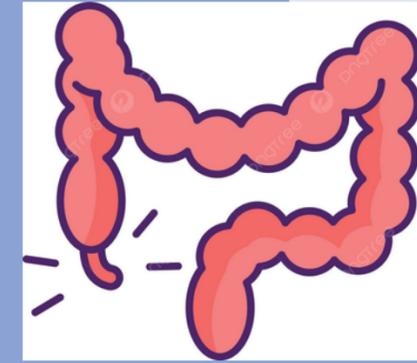
LAURA BORONAT DE LA RIVA
R2 ENFERMERÍA PEDIÁTRICA
CIRUGÍA INFANTIL HGUA



ÍNDICE

1. Introducción
2. Recuerdo de anatomía
3. Evolución
4. Síntomas
5. Signos diagnósticos
6. Intervención quirúrgica
7. Cuidados postquirúrgicos
8. Posibles complicaciones
9. Cuidados de enfermería
10. Recomendaciones al alta
11. Conclusiones
12. Bibliografía

INTRODUCCIÓN



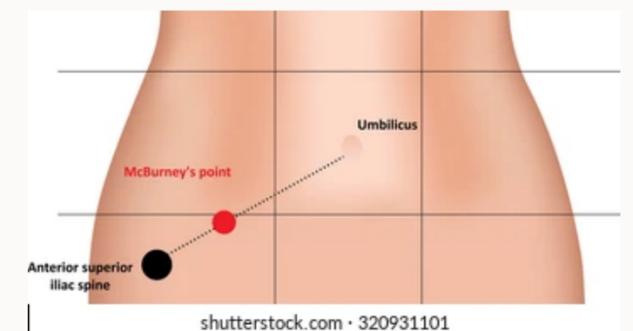
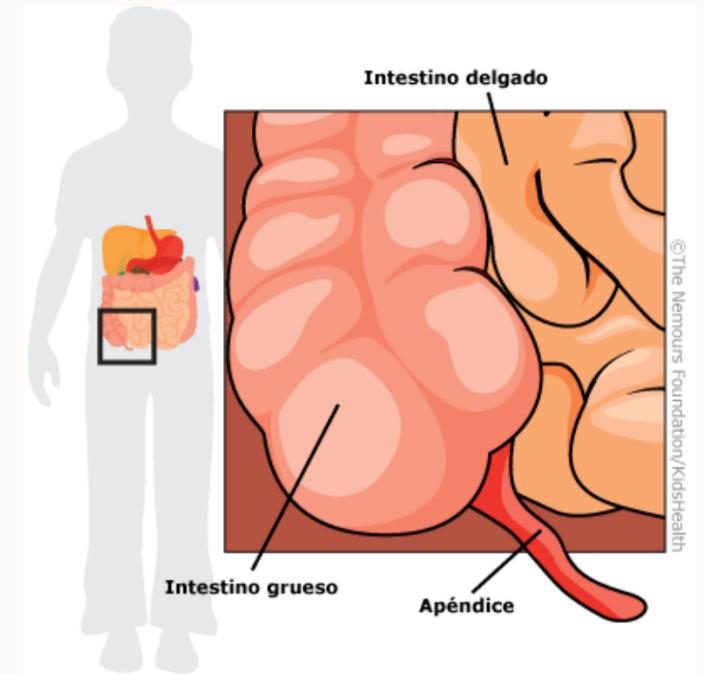
La apendicitis aguda es la inflamación del apéndice cecal, también denominado apéndice vermiforme, normalmente causada por una infección o por una obstrucción.

Es la causa más frecuente de operaciones abdominales urgentes en niños y adolescentes, supone hasta el 10% de todas las intervenciones quirúrgicas abdominales. Más frecuente en escolares, con máxima incidencia entre 9 y 12 años.



RECUERDO DE ANATOMÍA

- El apéndice cecal es una prolongación tubular del intestino grueso.
- Está unido al ciego, que es la primera porción del colon (ubicada justo debajo de la válvula ileocecal, donde desemboca el intestino delgado).
- Se localiza en el cuadrante inferior derecho del abdomen, específicamente en la región denominada fosa ilíaca derecha.
- El punto de McBurney es un marcador clínico para localizar el apéndice: se encuentra en la línea imaginaria entre el ombligo y la espina ilíaca anterosuperior derecha, a 2/3 de distancia del ombligo.



EVOLUCIÓN:

6-12 horas

SIMPLE

12-24 horas

FLEGMONOSA

24-48 horas

GANGRENOSA

>48 horas

PERFORADA

No complicada

Complicada



SÍNTOMAS

- Dolor abdominal:
 - Comienza cerca del ombligo puede irradiar hacia la parte inferior derecha del abdomen.
 - El dolor puede empeorar al moverse, toser o hacer presión en la zona.
- Pérdida de apetito.
- Náuseas y vómitos.
- Fiebre leve (puede aumentar si la apendicitis progresa).
- Hinchazón abdominal.
- Estreñimiento o diarrea.
- Gases o incapacidad para expulsarlos.



SIGNOS DIAGNÓSTICOS

- Signo de McBurney
 - Dolor a la palpación en el punto de McBurney (ubicado entre el ombligo y la espina ilíaca anterosuperior derecha).
- Signo de Blumberg (rebote positivo)
 - Dolor agudo al retirar bruscamente la mano después de presionar el abdomen.
- Signo del psoas
 - Dolor abdominal al extender la pierna derecha hacia atrás (decúbito lateral o supino).
- Signo del obturador
 - Dolor al flexionar y rotar internamente la cadera derecha.
- Signo de Rovsing
 - Dolor en la fosa iliaca derecha al presionar la fosa iliaca izquierda.



INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA



Apendicectomía laparoscópica:

- La más utilizada actualmente.
- Se hacen 3 pequeñas incisiones en el abdomen (de 0.5 a 1 cm).
- Se inserta una cámara (laparoscopio) y herramientas quirúrgicas para retirar el apéndice.
- Ventajas:
 - Menor dolor postoperatorio
 - Menor tiempo de hospitalización
 - Recuperación más rápida
 - Menores cicatrices
 - Menor riesgo de infección

Apendicectomía abierta:

- Se hace una incisión de 5 a 10 cm en el cuadrante inferior derecho del abdomen (sobre el punto de McBurney).
- Se realiza si:
 - Hay absceso o peritonitis severa
 - El apéndice está muy inflamado o perforado
 - Hay dificultad técnica para hacer la laparoscopia
- Ventajas:
 - Acceso más directo si hay complicaciones

CUIDADOS POSTQUIRÚRGICOS

- Iniciar tolerancia a las 6 horas tras la intervención. Realizar una tolerancia progresiva.
- Mantener fluidoterapia hasta tolerancia positiva, una vez realizada la tolerancia a líquidos disminuir el ritmo de los fluidos progresivamente.
- Administrar analgesia pautada.
- No levantar los apósitos hasta las 24h post intervención mientras se mantengan limpios.

Si apendicitis gangrenosa:

- Extraer hemograma a las 24h afebril
 - si leucocitos < 10.000U, ALTA
 - si leucocitos > 10.000U atb 5 días

Si apendicitis perforada:

- Se administra antibiótico 5-7 días
 - Ceftriaxona
 - Metronidazol

Criterios de alta:

- Tolerancia a sólidos positiva
- Buen estado clínico: deambula sin dolor.
- Afebril durante 24 horas

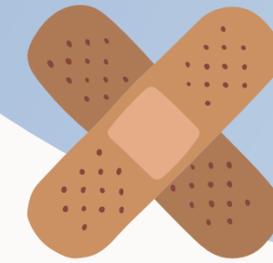


POSIBLES COMPLICACIONES



- **Infección de la herida quirúrgica:** poco frecuente cuando se realiza por laparoscopia.
- **Absceso intraabdominal:** acumulación localizada de pus dentro de la cavidad abdominal.
- **Íleo paralítico:** parálisis temporal del intestino, lo que impide el paso de alimentos, líquidos y gases.
 - Se dejará al paciente en ayunas.
 - Puede que necesite sonda nasogástrica, nutrición parenteral, hidratación intravenosa y corrección de electrolitos.
 - Si no se resuelve con tratamiento conservador en 2-4 días puede que necesite reintervención.
- **Obstrucción intestinal:** provocada por la formación de adherencias del tejido cicatricial. Inicialmente también se llevará un tratamiento conservador, si no mejora puede que necesite una reintervención quirúrgica.
- **Sangrado interno.**

CUIDADOS DE ENFERMERÍA



- Control de constantes a su llegada de quirófano.
- Observación de signos de infección (fiebre, malestar, taquicardia).
- Observar la herida quirúrgica (enrojecimiento, calor, hinchazón, sangrado).
- Evaluar el dolor.
- Vigilar el abdomen: distensión, dolor, tolerancia, náuseas o vómitos.
- Progresión de la dieta.
- Control de diuresis (volumen, color...) y eliminación (cantidad, consistencia...).
- Favorecer la movilización precoz.
- Informar tanto a pacientes como a los familiares que es posible que aparezca dolor irradiado hacia los hombros debido a la técnica de laparoscopia.

RECOMENDACIONES AL ALTA

- Reposo en casa durante una semana desde el día de la operación
 - Debe moverse por casa, no tiene que guardar reposo en cama.
 - Posteriormente puede ir al colegio pero debe evitar el ejercicio físico.
 - Reanudar actividad física cuando hayan pasado 2 semanas tras la intervención.
- Curas: mantener las heridas limpias y secas.
 - Limpiar una vez al día con clorhexidina y cubrir con apósito durante 5 días.
 - No es necesario retirar los puntos, se reabsorben solos.
 - Puede ducharse pero no bañarse los primeros días.
- Signos de alarma:
 - Dolor intenso que no cede con analgesia pautada.
 - Sangrado.
 - Signos de infección: fiebre, malestar.

CONCLUSIONES

- Aunque la apendicitis sea uno de los ingresos más comunes y no suele tener complicaciones, es función de enfermería estar atentas a la evolución y asegurarse de que todo vaya bien.
- Una vez más se evidencia la importancia de revisar los menús de cocina y proponer comidas más apetitosas para los niños lo que puede mejorar la recuperación postquirúrgica.
- Es importante involucrar a los padres en todo lo que podamos y mejorar así su estancia en el hospital. No debemos olvidar que para nosotras es una intervención quirúrgica muy común y estamos acostumbradas a verlo pero para la familia es un momento de estrés.



GRACIAS

BIBLIOGRAFÍA:

- Manual MSD. Apendicitis en niños. MSD [Internet]. [Consultado el: 10 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es/hogar/salud-infantil/trastornos-gastrointestinales-en-ni%C3%B1os/apendicitis-en-ni%C3%B1os>
- Alonso Cadenas JA, de la Torre Espí M. Diagnóstico y tratamiento del dolor abdominal agudo (abdomen agudo) en Urgencias. Protoc diagn ter pediatr. [Internet]. [Consultado el: 10 de mayo de 2025]. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/16_abdomen_agudo.pdf
- González López SL, González Dalmau LP, Quintero Delgado Z, Rodríguez Núñez BR, Ponce Rodríguez Y, Fonseca Romero BE. Apendicitis aguda en niños: diagnóstico y tratamiento. Rev Cubana Pediatr [Internet]. [Consultado el: 11 de mayo de 2025]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312020000400015
- Castro S F, Castro A I. Apendicitis aguda en el niño: cómo enfrentarla. Rev Pediatr Electrón [Internet]. [Consultado el: 11 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.revistapediatria.cl/volumenes/2008/vol5num1/pdf/APENDICITIS%20AGUDA.pdf>
- KidsHealth. La apendicitis en niños y adolescentes. Akron Children's Hospital [Internet]. [Consultado el: 11 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://kidshealth.org/es/parents/appendicitis.html>