

UNIDAD N.º 6

ATENCIÓN DEL PACIENTE CON AFECCIONES DEL TRACTO DIGESTIVO Y VÍAS BILIARES DE RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA

Módulo didáctico

Prof. Lic. Karina Velasquez



ÍNDICE

CAPÍTULO 1	2
ABDOMEN AGUDO	
CAPÍTULO 2	13
OCLUSIÓN INTESTINAL	
CAPÍTULO 3	20
OSTOMÍAS	
CAPÍTULO 4	28
ABDOMEN AGUDO POR PATOLOGÍAS GASTROINTESTINALES Y DE LAS VÍAS BILIARES	
CAPÍTULO 5	44
COLECISTECTOMÍA Y DRENAJE DE KEHR	
CAPÍTULO 6	53
CUIDADOS DE ENFERMERÍA DEL PACIENTE CON AFECCIONES ABDOMINALES DE RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA	
CAPÍTULO 7	62
EDUCACIÓN PARA EL ALTA	
CAPÍTULO 8	67
PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	
CAPÍTULO 9	73
INTEGRACIÓN DE LOS CONTENIDOS	
Glosario de la unidad	78
Bibliografía	81
Matriz de correspondencia	83

CAPÍTULO 1

ABDOMEN AGUDO

(borrador para tu revisión — decime qué ajustar antes de seguir con el Capítulo 2)

Objetivos de aprendizaje

Al finalizar este capítulo, el estudiante será capaz de:

1. Explicar el abdomen agudo como un síndrome clínico —y no como una enfermedad única— caracterizado por dolor abdominal de instauración reciente.
2. Reconocer las características del dolor abdominal y relacionarlas con los distintos mecanismos fisiopatológicos del abdomen agudo.
3. Diferenciar el abdomen agudo de origen inflamatorio, hemorrágico e isquémico, y comprender el espasmo del intestino ocluido.
4. Identificar los signos de alarma y los datos que Enfermería debe observar, registrar y comunicar ante un paciente con abdomen agudo.
5. Relacionar los estudios diagnósticos disponibles con la valoración inicial de Enfermería.

Nota sobre fuentes de este capítulo: se desarrolla a partir del material de cátedra (PPT "Abdomen agudo", Prof. Karina Velasquez), la guía institucional de manejo de dolor abdominal agudo, el apunte clínico "Abdomen Agudo 2011", la clase universitaria "Abdomen agudo médico y quirúrgico" y la GPC IMSS de laparotomía/laparoscopia diagnóstica. El apartado sobre el adulto mayor se apoya en el capítulo de geriatría provisto. No fue necesario complementar con bibliografía externa: las fuentes entregadas cubren íntegramente los contenidos exigidos por el programa.

Desarrollo

1. Concepto: un síndrome, no una enfermedad

Es habitual que los estudiantes piensen el "abdomen agudo" como si fuera el nombre de una enfermedad puntual. **No lo es.** Es un **síndrome clínico**: un conjunto de signos y síntomas —cuyo eje central es el dolor abdominal— que puede tener decenas de causas distintas (inflamatorias, obstruictivas, vasculares, perforativas, traumáticas) y que comparte una misma exigencia: **definir rápidamente si el paciente necesita cirugía urgente o no**, porque de esa definición depende su vida.

El cirujano Murphy, a fines del siglo XIX, lo definió como una situación patológica de urgencia que exige una actuación rápida porque la vida del paciente está en peligro inmediato, a causa de un proceso que suele evolucionar con violencia hacia un desenlace grave si no se trata a tiempo.

Un dato para dimensionar su importancia clínica: el dolor abdominal es uno de los principales motivos de consulta en los servicios de emergencia. De esas consultas, entre el 40 y 45% corresponde a dolor abdominal inespecífico (sin causa quirúrgica identificable), mientras que entre el 15 y el 30% de los casos sí requiere tratamiento quirúrgico. La morbilidad está directamente relacionada con el

tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas y la resolución del problema: cuanto más tarda el diagnóstico y el tratamiento, peor es el pronóstico.

2. Definición

Abdomen agudo es un síndrome clínico caracterizado por **dolor abdominal de instauración reciente y aparición generalmente brusca** (según las fuentes, el rango aceptado va de más de 6 horas hasta 6-7 días de evolución), que se acompaña con frecuencia de alteraciones gastrointestinales y compromiso variable del estado general, y que exige un diagnóstico rápido y preciso para determinar si el paciente requiere tratamiento médico o **quirúrgico de urgencia**.

Es importante remarcar dos ideas del concepto:

- **No todo abdomen agudo es quirúrgico.** Existe el llamado *abdomen agudo médico*, cuya causa no requiere cirugía (por ejemplo, una gastroenteritis aguda o una cetoacidosis diabética que se presenta con dolor abdominal).
- El término **no incluye** cuadros dolorosos de otro origen (psiquiátrico, hidroelectrolítico, endocrino) que simulan dolor abdominal sin patología abdominal real —a esto se lo llama a veces "falso abdomen agudo"— ni tampoco patologías de urgencia abdominal que no cursan con dolor como síntoma principal (por ejemplo, una hemorragia digestiva sin dolor).

3. Características del abdomen agudo

Según el material de cátedra, un cuadro de abdomen agudo se caracteriza por:

- Aparición de dolor **brusco e intenso** en el abdomen.
- Generalmente con **signos de irritación peritoneal**.
- Situación que **pone en peligro la vida** del paciente.
- Dolor que **no cede espontáneamente** en un tiempo inferior a las 6 horas.
- **Etiologías múltiples**.
- Se acompaña de **otros síntomas** (fiebre, vómitos, alteración del tránsito, etc.).
- Con frecuencia **precisa tratamiento quirúrgico** (aunque no siempre).

4. Fisiopatología del dolor abdominal

El dolor es el síntoma que sostiene todo el razonamiento clínico del abdomen agudo: casi no existe abdomen agudo sin dolor abdominal. Comprender **por qué duele y dónde duele** permite a Enfermería anticipar signos de alarma y comunicar información clínicamente relevante.

Existen tres tipos de dolor relacionados con el abdomen agudo:

Tipo de dolor	Origen	Características	Ejemplo
Visceral	Vísceras y peritoneo visceral (nervios del sistema nervioso autónomo)	Sordo, profundo, difuso, mal localizado; puede acompañarse de síntomas vagales (náuseas, sudoración)	Dolor periumbilical inicial de la apendicitis

Tipo de dolor	Origen	Características	Ejemplo
Somático o parietal	Pared abdominal y peritoneo parietal (nervios somáticos)	Agudo, intenso, bien localizado; el paciente lo señala con uno o dos dedos	Dolor en fosa ilíaca derecha (FID) de la apendicitis evolucionada
Referido	Se percibe en una región anatómica distinta al sitio real del estímulo, por relaciones nerviosas segmentarias	El paciente refiere dolor lejos del órgano afectado	Dolor en el hombro derecho en la colecistitis (irritación diafragmática); dolor "en banda" hacia la espalda en la pancreatitis

Por qué esto importa para Enfermería: un paciente puede llegar con dolor difuso y luego, con el correr de las horas, señalar con precisión un punto del abdomen. Ese cambio —de un dolor visceral difuso a uno somático localizado— **no es un dato menor**: suele indicar que la irritación llegó al peritoneo parietal, es decir, que el cuadro está progresando. Registrar y comunicar ese cambio es una tarea de Enfermería, no un detalle accesorio.

Además de localización, conviene registrar siempre:

- **Forma de aparición** (súbita, gradual, lenta).
- **Migración** (cambio de localización con el tiempo; clásico en la apendicitis: epigastrio → periumbilical → FID).
- **Tipo** (cólico intermitente, cólico continuo, dolor severo continuo).
- **Irradiación** (hombro, espalda, región lumbar).
- **Factores que lo modifican** (empeora con el movimiento → sugiere peritonitis; mejora al vomitar → sugiere obstrucción).
- **Relación con la respiración y con las comidas.**

5. Cuadro clínico general

Más allá del dolor, el abdomen agudo suele acompañarse de:

- Náuseas y vómitos (de contenido gástrico, biliar o —en cuadros avanzados de obstrucción— fecaloide).
- Alteraciones del tránsito intestinal: constipación, ausencia de eliminación de gases y materia fecal, o diarrea.
- Fiebre y escalofríos.
- Taquicardia.
- Distensión abdominal.
- Deterioro variable del estado general, que puede llegar a signos de shock (hipovolémico o séptico).

6. Valoración inicial e historia clínica

La anamnesis debe orientarse a:

- **Edad y sexo** (la etiología varía mucho según estos datos: en mayores de 50 años predomina la patología biliar, la obstrucción por neoplasia y el dolor inespecífico; en menores de 50

predominan el dolor inespecífico, la apendicitis y la colecistitis; en mujeres en edad fértil siempre debe considerarse la patología ginecológica y el embarazo).

- **Antecedentes:** alergias medicamentosas, hábitos tóxicos (alcohol, tabaco, drogas), fecha de última menstruación en mujeres en edad fértil, enfermedades médicas (incluida historia oncológica), cirugías previas, tratamiento habitual.
- **Características del dolor** (ver punto 4).

El examen físico incluye:

- **Inspección general:** aspecto del paciente, coloración de piel y mucosas, distensión, cicatrices, masas.
- **Auscultación** (siempre antes que la palpación, para no alterar la frecuencia de los ruidos): presencia, ausencia o aumento de ruidos hidroaéreos.
- **Percusión:** matidez, timpanismo, pérdida de la matidez hepática (sugiere aire libre).
- **Palpación:** superficial, profunda, búsqueda de defensa y contractura.
- **Examen ginecológico, rectal, región inguinal y genitales.**

Signos específicos del examen abdominal

Signo	Cómo se busca / qué indica
Murphy	Dolor con detención brusca de la inspiración al palpar el punto cóstico → colecistitis aguda
Blumberg (signo del rebote)	Dolor al descomprimir bruscamente la pared abdominal → irritación peritoneal
Rovsing	Dolor en FID al palpar/percutir la fosa ilíaca izquierda → apendicitis
Psoas	Dolor al elevar la pierna extendida contra resistencia → proceso irritativo retroperitoneal (apendicitis retrocecal, absceso)
Obturador	Dolor al rotar internamente la cadera flexionada → proceso pélvico/apendicular
Cullen	Equimosis periumbilical → hemorragia intraperitoneal
Grey Turner	Equimosis en los flancos → hemorragia retroperitoneal (p. ej. pancreatitis grave)

Aclaración importante: también existe un "**signo de Kehr**", que es distinto del **drenaje de Kehr** que vas a estudiar en el Capítulo 5. El signo de Kehr es un hallazgo del examen físico: dolor referido al hombro (especialmente izquierdo) al palpar el abdomen superior, característico de la ruptura esplénica. El drenaje de Kehr, en cambio, es un dispositivo (tubo en T) que se coloca en la vía biliar. Comparten el apellido del cirujano que los describió, pero **no tienen relación clínica entre sí**. Es un punto de confusión frecuente entre estudiantes: vale la pena tenerlo claro desde ahora.

7. Estudios diagnósticos

Categoría	Estudios	Utilidad
Laboratorio	Hemograma, coagulación, glucemia, urea-creatinina, hepatograma, amilasemia, orina completa	Mejoran la posibilidad diagnóstica (se estima un aporte adicional de alrededor del 10%) y son indispensables ante la eventual necesidad de cirugía
Radiografía simple (de pie/de tórax)	Sombras del psoas, patrón de gas intestinal, aire ectópico (neumoperitoneo), líquido libre	Útil sobre todo ante sospecha de perforación u obstrucción
Ecografía abdominal	—	Tiempo real, rápida, bajo costo, se puede hacer al pie de la cama; limitada por gas intestinal y obesidad, y es operador-dependiente. Muy útil en patología biliar
Tomografía computarizada (TC)	Con contraste oral y/o endovenoso	Alta sensibilidad y especificidad; procedimiento más lento, requiere movilizar al paciente
Punción abdominal	—	Permite obtener muestra de líquido libre (sangre, pus, orina u otro)
Laparoscopia diagnóstica	—	Permite diferenciar patología médica de quirúrgica, determinar la causa exacta y hasta tratar en el mismo acto; evita laparotomías innecesarias ("en blanco"), reduce tiempos de internación, costos y convalecencia

Para Enfermería: ninguno de estos estudios reemplaza la observación clínica continua. Un paciente con estudios "normales" puede seguir evolucionando mal si el proceso recién está comenzando: por eso la reevaluación periódica es tan importante como el estudio inicial.

8. Clasificación del abdomen agudo quirúrgico

Siguiendo la clasificación de Christmann utilizada en la cátedra, el abdomen agudo quirúrgico se agrupa según el **mecanismo fisiopatológico predominante**:

Tipo	Mecanismo	Dolor típico	Otros signos	Ejemplos
Inflamatorio (peritoneal)	Inflamación/infección peritoneal localizada o generalizada	Brusco, continuo, intenso	Fiebre, taquicardia, náuseas, vómitos, defensa, contractura, hiperestesia cutánea, leucocitosis	Apendicitis, diverticulitis, colecistitis

Tipo	Mecanismo	Dolor típico	Otros signos	Ejemplos
Obstrutivo	Obstrucción del tránsito intestinal	Cólico, intermitente	Vómitos, distensión, ausencia de eliminación de gases y materia fecal, timpanismo	Bridas, hernias, tumores, cuerpos extraños
Perforativo	Perforación de víscera hueca	En "puñalada", brusco e intenso	Abdomen en tabla, ausencia de matidez hepática, neumoperitoneo, gran deterioro general	Úlcera gástrica/duodenal perforada
Hemorrágico	Sangrado intraabdominal	Continuo, brusco, intensidad moderada	Taquicardia, hipotensión, palidez, sudoración, tendencia a la pérdida de conciencia	Embarazo ectópico roto, rotura de aneurisma, folículo ovárico roto
Isquémico (vascular)	Compromiso del riego sanguíneo intestinal	Máxima intensidad, súbito, persistente, generalizado	Taquicardia, hipotensión, distensión, silencio abdominal, enterorragia, gran compromiso general	Trombosis/embolia mesentérica
Traumático	Lesión por trauma abdominal	Variable según el órgano lesionado	Depende del compromiso; puede haber hipotensión y alteración de conciencia	Trauma cerrado o penetrante

Esta clasificación por mecanismo es la que después vas a usar para razonar cada patología puntual de los Capítulos 2 y 4: cada una de ellas "encaja" en uno o más de estos tipos.

9. Abdomen agudo de origen inflamatorio

Se produce por fenómenos inflamatorios y/o infecciosos, localizados en un área o generalizados a toda la cavidad, que irritan el peritoneo.

Características clínicas:

- Dolor continuo y persistente, que puede sostenerse hasta 48 horas y que **varía con la evolución** del cuadro.
- Síntomas digestivos acompañantes (náuseas, vómitos).
- Los síntomas infecciosos (fiebre) suelen aparecer de forma más precoz que en otros tipos.
- Signos peritoneales: defensa, contractura, hiperestesia cutánea.
- Repercusión sistémica que comienza leve y puede progresar a mayor gravedad.
- Suele ser el tipo de abdomen agudo de **diagnóstico topográfico más difícil**, por lo que los estudios complementarios cobran más valor.

Ejemplos: apendicitis, colecistitis, diverticulitis, pancreatitis (los cuatro se desarrollan en profundidad en el Capítulo 4).

10. Abdomen agudo de origen hemorrágico

Se produce por sangrado hacia la cavidad abdominal, ya sea por rotura espontánea (patología ginecológica, víscera maciza, aneurisma) o traumática.

Características clínicas:

- Comienzo brusco.
- Predomina el cuadro de **hipovolemia**: taquicardia, hipotensión, palidez, sudoración, frialdad.
- Dolor continuo, de intensidad moderada, con tendencia a la pérdida de conocimiento en cuadros graves.
- Dolor a la palpación profunda, con defensa.
- **Dato clave para Enfermería:** la caída del hematocrito es un hallazgo **tardío**. Esto significa que el diagnóstico debe apoyarse fundamentalmente en la clínica (signos vitales, estado hemodinámico) y no esperar a que el laboratorio "confirme" la sospecha, porque para cuando el hematocrito baja, el paciente ya puede estar gravemente comprometido.
- El tratamiento es **siempre quirúrgico**.

Ejemplos: embarazo ectópico roto, rotura de folículo ovárico, rotura de aneurisma de aorta abdominal, pancreatitis aguda hemorrágica.

11. Abdomen agudo de origen isquémico

Se produce cuando se compromete la irrigación sanguínea de un segmento intestinal, provocando isquemia y, si no se resuelve a tiempo, necrosis.

Características clínicas:

- Dolor de aparición súbita, violenta, persistente, de **máxima intensidad** y generalizado — característicamente, un dolor desproporcionado en relación con lo poco llamativo que puede resultar el examen físico inicial.
- Es más frecuente en pacientes añosos y con antecedentes vasculares.
- Combina elementos de síndrome obstructivo e inflamatorio.
- Gran repercusión sistémica: taquicardia, hipotensión, distensión abdominal, silencio abdominal (ausencia de ruidos), enterorragia.
- Puede producirse translocación bacteriana y acidosis metabólica.

Mecanismos: embolia mesentérica, trombosis mesentérica, o compromiso no oclusivo (bajo flujo).

Para Enfermería: este es uno de los cuadros más peligrosos porque **puede presentarse con signos físicos escasos al principio**, especialmente en el paciente añoso. Un dolor intenso "que no condice" con lo que se palpa en el abdomen debe encender una alarma, no tranquilizar.

12. Espasmo del intestino ocluido

Este concepto explica **qué pasa dentro del intestino en el momento en que se instala una obstrucción**, y es la puerta de entrada al Capítulo 2.

Cuando aparece un obstáculo al tránsito intestinal (una brida, un tumor, una hernia atascada), el segmento de intestino ubicado **por encima** del obstáculo no se queda quieto: reacciona con contracciones reflejas intensas y repetidas —llamadas **peristaltismo de lucha**— en un intento de vencer el obstáculo. Ese peristaltismo de lucha es lo que el paciente percibe clínicamente como **dolor cólico intermitente**, característico de la fase inicial de la obstrucción.

Si el obstáculo no se resuelve, ese esfuerzo muscular sostenido termina agotando la capacidad contráctil del intestino: el segmento comprometido se dilata progresivamente (acumula gas y líquido), y si la distensión y el compromiso vascular avanzan lo suficiente, puede llegar incluso a la perforación.

En síntesis, el espasmo del intestino ocluido resume la secuencia: **obstrucción → peristaltismo de lucha (espasmo) → dilatación de asas → compromiso vascular**, que es exactamente el mecanismo que vas a retomar y profundizar en el Capítulo 2.

13. Consideración especial: el abdomen agudo en el adulto mayor

(complemento a partir de la fuente sobre abdomen agudo en geriatría, incluida entre los materiales del proyecto)

En pacientes mayores el abdomen agudo suele presentarse de forma **atípica**: menos dolor, menos fiebre, menos defensa abdominal, y con manifestaciones inespecíficas como deterioro del estado general, confusión o caídas. Esto retrasa el diagnóstico y empeora el pronóstico. Además:

- La leucocitosis puede estar ausente o ser menor a la esperada, aun con el mismo grado de inflamación.
- El neumoperitoneo puede no verse en la radiografía en un 30-35% de las perforaciones en el anciano.
- Las causas más frecuentes cambian: en el adulto mayor predominan la patología biliar y la obstrucción intestinal (por sobre la apendicitis, que es la causa más frecuente en el joven).

Para Enfermería: en el paciente añoso, la ausencia de signos "típicos" no descarta gravedad. Minimizar los síntomas —por parte del paciente o del entorno, atribuyéndolos "a la edad"— es un riesgo real que retrasa la consulta y el diagnóstico.

14. Tratamiento inicial

Frente a un cuadro de abdomen agudo, mientras se define el diagnóstico y la conducta (médica o quirúrgica), el manejo inicial habitual incluye:

- Internación y control evolutivo.
- Acceso venoso periférico.
- Colocación de sonda nasogástrica si está indicado.
- Sondaje vesical si está indicado (control de diuresis).
- Reposición de volemia.
- Analgesia (hoy se acepta que la analgesia precoz no retrasa el diagnóstico ni dificulta la exploración física, contrariamente a lo que se creía antes).
- Antibioticoterapia según indicación médica.
- Exámenes complementarios mínimos.
- Información clara al paciente y a la familia sobre lo que está sucediendo.

Para Enfermería

Ante todo paciente con sospecha de abdomen agudo, Enfermería debe:

Valorar:

- Estado hemodinámico: frecuencia cardíaca, presión arterial, frecuencia respiratoria, temperatura, saturación.
- Nivel de conciencia.
- Características del dolor (localización, tipo, intensidad, irradiación, factores que lo modifican) usando una escala validada.
- Presencia de distensión abdominal, rigidez, defensa.
- Ruidos hidroaéreos.
- Presencia de vómitos (cantidad, características) y eliminación de gases/materia fecal.
- Coloración de piel y mucosas, signos de hipoperfusión.

Realizar:

- Colocación y control de vía venosa periférica.
- Preparación para estudios complementarios (dejar en ayunas si corresponde, colocación de sonda nasogástrica o vesical según indicación).
- Administración de medicación indicada (analgesia, antieméticos, antibióticos) y registro de la respuesta.

Registrar:

- Hora de inicio del dolor y evolución de sus características.
- Signos vitales seriados.
- Balance de ingresos y egresos.
- Aparición de nuevos síntomas o signos.

Comunicar de inmediato al equipo médico:

- Cambios en el tipo o localización del dolor (especialmente si un dolor difuso se localiza y se hace más intenso).
- Aparición de signos de irritación peritoneal (defensa, contractura, dolor a la descompresión).
- Deterioro hemodinámico.
- Cambios en el nivel de conciencia.

Por qué importa la evolución del cuadro: el abdomen agudo es, por definición, un cuadro **dinámico**. Un paciente puede tener un examen inicial poco llamativo y agravarse en pocas horas —o, a la inversa, mejorar y no requerir cirugía. Por eso ninguna valoración es "definitiva": la **reevaluación periódica y sistemática** es una de las intervenciones de enfermería más importantes en este síndrome, y muchas veces es el personal de enfermería quien primero detecta el cambio que define la conducta quirúrgica.

Signos de alarma

- Dolor que pasa de difuso a localizado y se intensifica.
- Abdomen en tabla (contractura generalizada).

- Ausencia de ruidos hidroaéreos (silencio abdominal).
- Fiebre en aumento con escalofríos.
- Taquicardia e hipotensión (sospecha de shock hipovolémico o séptico).
- Distensión abdominal progresiva con ausencia de eliminación de gases y materia fecal.
- Vómitos de contenido fecaloide.
- Palidez, sudoración fría, alteración del sensorio.
- Dolor desproporcionado respecto al examen físico (sospecha de isquemia).

Cuadro integrador: tipos de abdomen agudo

Tipo	Dolor	Signos característicos	Repercusión sistémica	Ejemplos
Inflamatorio	Continuo, progresivo	Defensa, contractura, fiebre	Leve a moderada, progresiva	Apendicitis, colecistitis, diverticulitis, pancreatitis
Obstructivo	Cólico intermitente	Distensión, timpanismo, ausencia de eliminación	Variable (deshidratación)	Bridas, hernias, tumores
Perforativo	Brusco, en puñalada	Abdomen en tabla, pérdida de matidez hepática, neumoperitoneo	Grave, rápida	Úlcera perforada
Hemorrágico	Continuo, brusco	Palidez, hipotensión, defensa	Hipovolemia	Embarazo ectópico roto, aneurisma roto
Isquémico	Súbito, intenso, desproporcionado	Silencio abdominal, enterorragia	Muy grave, séptica/metabólica	Trombosis/embolia mesentérica

Caso clínico 1

Juan, 24 años, consulta por dolor abdominal que comenzó hace 10 horas en la región periumbilical, de tipo sordo y difuso. En las últimas 3 horas el dolor se trasladó hacia la fosa ilíaca derecha y se hizo más intenso y localizado. Refiere náuseas, un episodio de vómito y falta de apetito. Al examen: T° 37,8 °C, FC 96 lpm, dolor a la palpación en FID con defensa localizada.

Preguntas para razonar:

- ¿Qué dato de la evolución del dolor es clínicamente más relevante y por qué?
- ¿Qué tipo de dolor predominaba al inicio y cuál predomina ahora?
- ¿Qué signos de alarma deberías vigilar en las próximas horas?
- ¿Qué datos registrarías y comunicarías al equipo tratante?

Resolución fundamentada: el dato más relevante es la **migración y localización del dolor** (de periumbilical difuso a FID localizado), que traduce el paso de un dolor visceral (por distensión/inflamación del apéndice) a un dolor somático (por irritación del peritoneo parietal adyacente) —el patrón clásico descrito para la apendicitis, que se desarrolla en detalle en el Capítulo 4.3—. Ante este cuadro, Enfermería debe vigilar la aparición de signos de irritación peritoneal generalizada (que sugerirían perforación/peritonitis), mantener al paciente en ayunas ante la eventual indicación quirúrgica, y comunicar de inmediato cualquier cambio en la intensidad del dolor, la aparición de fiebre en ascenso o signos de descompensación hemodinámica.

Lo esencial

- El abdomen agudo es un **síndrome**, no una enfermedad: agrupa causas muy diversas bajo un mismo denominador —dolor abdominal agudo con riesgo de requerir cirugía urgente.
- No todo abdomen agudo es quirúrgico; el diagnóstico diferencial entre "médico" y "quirúrgico" es la tarea central del equipo de salud.
- Existen tres tipos de dolor abdominal —visceral, somático y referido— y su combinación orienta el diagnóstico.
- La clasificación por mecanismo (inflamatorio, obstructivo, perforativo, hemorrágico, isquémico, traumático) organiza el razonamiento clínico de todo el módulo.
- En el abdomen agudo hemorrágico, la caída del hematocrito es tardía: el diagnóstico es clínico.
- En el abdomen agudo isquémico, el dolor puede ser desproporcionado respecto al examen físico: es una señal de alarma, no de tranquilidad.
- El espasmo del intestino ocluido (peristaltismo de lucha) explica el dolor cólico inicial de toda obstrucción intestinal.
- La reevaluación continua por parte de Enfermería es tan importante como el diagnóstico inicial, porque el cuadro es dinámico.

CAPÍTULO 2

OCCLUSIÓN INTESTINAL

(mantengo el estándar que ajustamos en el Capítulo 1: cada indicación de Enfermería va acompañada de su fundamentación)

Objetivos de aprendizaje

Al finalizar este capítulo, el estudiante será capaz de:

1. Definir la oclusión intestinal y diferenciar la obstrucción mecánica del íleo paralítico o funcional.
2. Relacionar la fisiopatología de la obstrucción con sus manifestaciones clínicas: dolor, distensión, vómitos, alteración de la eliminación y desequilibrio hidroelectrolítico.
3. Reconocer los estudios diagnósticos y el tratamiento médico-quirúrgico de la oclusión intestinal.
4. Identificar las complicaciones de la oclusión intestinal y los signos que anticipan su aparición.
5. Planificar los cuidados de enfermería del paciente con oclusión intestinal en las etapas de valoración, preparación diagnóstica/quirúrgica y posoperatorio.

Nota sobre fuentes de este capítulo: se desarrolla principalmente a partir del capítulo de Brunner & Suddarth (Enfermería Médico-Quirúrgica) incluido en el proyecto, complementado con el material de cátedra (PPT) y la clase universitaria sobre abdomen agudo. No fue necesario recurrir a bibliografía externa.

Desarrollo

1. Definición

La **oclusión** (u obstrucción) **intestinal** es el bloqueo, parcial o total, que impide el paso normal del contenido intestinal a través del tubo digestivo. Es uno de los cuadros clásicos de **abdomen agudo obstructivo** que ya presentamos en el Capítulo 1: el mecanismo que allí llamamos "espasmo del intestino ocluido" es, justamente, la primera respuesta fisiopatológica que vas a ver desarrollada en detalle en este capítulo.

2. Clasificación: dos procesos, dos lógicas distintas

Es fundamental que puedas diferenciar estos dos mecanismos, porque **cambian completamente el enfoque de tratamiento**:

	Obstrucción mecánica	**Íleo paralítico (obstrucción funcional)**
Qué ocurre	Hay una barrera física real que tapona la luz intestinal o comprime la pared desde afuera	El intestino está anatómicamente permeable, pero la musculatura no logra generar el movimiento peristáltico necesario para impulsar el contenido
Causas típicas	Adherencias/bridas (la causa más frecuente en intestino delgado), hernias, tumores, intususcepción, vólvulo, fecalomas	Manipulación quirúrgica del intestino (posoperatorio inmediato), alteraciones metabólicas (hipocalcemia), fármacos (opiáceos), enfermedades neurológicas o endocrinas
Dolor	Cólico, intermitente, en oleadas (peristaltismo de lucha)	Distensión más que dolor cólico; molestia difusa y constante
Ruidos hidroaéreos	Aumentados, de tono agudo/metálico al inicio	Disminuidos o ausentes desde el principio
Tratamiento	Con frecuencia requiere cirugía	Habitualmente se resuelve con medidas médicas (reposo intestinal, corrección de la causa)

Para entenderlo con una imagen simple: en la obstrucción mecánica, el intestino "quiere" moverse pero se choca contra un obstáculo real —como un embotellamiento de tránsito por un choque en la ruta—. En el íleo paralítico, el camino está libre, pero el motor —la musculatura intestinal— está apagado y no hay auto que avance, haya o no obstáculo.

3. Etiología

Obstrucción del intestino delgado (la más frecuente de las dos):

- Adherencias o bridas posquirúrgicas (causa más común).
- Hernias.
- Tumores.
- Enfermedad de Crohn.
- Intususcepción (invaginación de un segmento intestinal dentro de otro).
- Vólvulo (torsión del intestino sobre sí mismo).

Obstrucción del intestino grueso (con frecuencia en el colon sigmoideo):

- Carcinoma colorrectal (causa más frecuente).
- Diverticulitis.
- Enfermedad inflamatoria intestinal.
- Fecalomas.

Íleo paralítico:

- Posoperatorio de cirugía abdominal (por manipulación intestinal durante la cirugía).
- Alteraciones electrolíticas (sobre todo hipocalcemia).
- Fármacos que enlentecen el tránsito (opiáceos).

- Enfermedades neurológicas (Parkinson) o endocrinas (diabetes).
- Procesos inflamatorios peritoneales (peritonitis).

4. Fisiopatología: de la obstrucción al desequilibrio

Este es el punto que más te conviene entender bien, porque de acá se desprenden **todas** las manifestaciones clínicas y todos los cuidados de enfermería del capítulo.

Cuando se instala una obstrucción, el contenido intestinal, el líquido y el gas **se acumulan por encima** (proximalmente) del obstáculo. Esa acumulación desencadena una cadena de eventos:

1. **Distensión progresiva** del segmento proximal a la obstrucción.
2. La distensión **reduce la absorción** de líquidos y, a la vez, **estimula más secreción** hacia la luz intestinal —es decir, el intestino se llena por dos vías a la vez: no absorbe lo que ya tiene y sigue produciendo más—.
3. Al aumentar la presión dentro de la luz intestinal, **disminuye la presión capilar** de la pared intestinal → esto genera edema, congestión y, si se sostiene en el tiempo, **necrosis y eventual perforación**, con la peritonitis consecuente (ver Capítulo 4.5).
4. Mientras tanto, todo ese líquido que "queda atrapado" dentro del intestino **deja de estar disponible** para el resto del organismo: es un tercer espacio funcional. Sumado a las pérdidas por vómitos, esto explica la **deshidratación** y el **desequilibrio hidroelectrolítico** que acompaña al cuadro (pérdida de hidrogeniones y potasio por los vómitos → hipocloremia, hipopotasemia y alcalosis metabólica; pérdida de agua y sodio → deshidratación y, en cuadros avanzados, acidosis). Si la pérdida de líquido es grande y rápida, puede instalarse un **shock hipovolémico**, y si hay perforación o traslocación bacteriana, un **shock séptico**.

Esta cadena explica directamente cada uno de los síntomas cardinales:

Manifestación	Por qué ocurre
Dolor	Cólico, en oleadas, por el peristaltismo de lucha del intestino intentando vencer el obstáculo (mecánica); molestia difusa por distensión pura (funcional)
Distensión	Acumulación de gas y líquido proximal al obstáculo; cuanto más baja es la obstrucción en el tubo digestivo, más marcada es la distensión
Vómitos	Al no poder avanzar el contenido hacia el recto, y si la obstrucción es total, el peristaltismo puede invertir su dirección y empujar el contenido hacia la boca; el vómito puede pasar de alimentario a bilioso y, en obstrucciones bajas y sostenidas, a fecaloide
Alteración o ausencia de eliminación	El contenido no puede atravesar el obstáculo; en obstrucciones altas el paciente puede seguir eliminando gases/heces distales al inicio, lo que puede confundir la valoración inicial
Desequilibrio hidroelectrolítico	Secuestro de líquido en el "tercer espacio" intestinal + pérdidas por vómitos → deshidratación, hipopotasemia, hipocloremia, alcalosis o acidosis metabólica según el caso

5. Cuadro clínico

Obstrucción del intestino delgado: de instalación más rápida y florida. Dolor cólico tipo ola, vómitos (que pueden volverse fecaloides en obstrucciones bajas y sostenidas), distensión, signos de deshidratación (sed intensa, sequedad de mucosas, malestar general).

Obstrucción del intestino grueso: de instalación más lenta y solapada. Puede manifestarse solo como constipación progresiva durante semanas, cambio en la forma de las heces, pérdida de peso, anemia (por sangrado oculto). Recién en etapas avanzadas aparecen distensión marcada y dolor cólico.

Íleo paralítico: distensión abdominal sin el dolor cólico característico, ausencia de ruidos hidroaéreos desde el inicio, náuseas y vómitos, ausencia de eliminación de gases y materia fecal.

6. Estudios diagnósticos

- **Radiografía de abdomen y TC:** muestran cantidades anormales de gas o líquido, asas dilatadas, niveles hidroaéreos, y el sitio aproximado de la obstrucción.
- **Laboratorio** (electrolitos, hemograma): revela deshidratación, pérdida de volumen plasmático y eventual infección.
- El objetivo del estudio diagnóstico es siempre triple: **confirmar** la obstrucción, **identificar la causa** y **evaluar el riesgo de estrangulación** (compromiso de la irrigación), porque esto último define la urgencia quirúrgica.

7. Tratamiento

Tratamiento médico inicial (común a la mayoría de los casos, mientras se define conducta):

- Reposición de líquidos y electrolitos por vía intravenosa.
- Descompresión intestinal mediante sonda nasogástrica (SNG), que puede sostenerse hasta 3 días en obstrucciones parciales, ya que el reposo intestinal puede llegar a resolver el cuadro por sí solo.

Tratamiento quirúrgico, indicado cuando:

- La obstrucción es completa.
- Existe sospecha de estrangulación o compromiso vascular.
- No hay mejoría con el tratamiento médico.

El procedimiento depende de la causa: liberación de adherencias, reparación de una hernia, resección del segmento afectado con anastomosis, o —en obstrucciones del colon— resección con colostomía temporal o permanente (ver Capítulo 3).

8. Complicaciones

- **Estrangulación y necrosis intestinal** (compromiso de la irrigación del segmento obstruido).
- **Perforación intestinal.**
- **Peritonitis** (ver Capítulo 4.5).
- **Shock hipovolémico o séptico.**
- **Desequilibrio hidroelectrolítico grave** (hipopotasemia, alcalosis o acidosis metabólica).

Para Enfermería

Valorar, y por qué:

- **Características del dolor y su evolución** (cólico vs. distensión sostenida): permite orientar si el mecanismo es mecánico o funcional, lo cual —como vimos en el punto 2— cambia el enfoque terapéutico completo.
- **Distensión abdominal** (medir perímetro abdominal si es posible, y comparar en el tiempo): es un indicador directo de cuánto está acumulando el segmento proximal, y su progresión es uno de los datos más sensibles para anticipar una complicación como la perforación.
- **Ruidos hidroaéreos**: su presencia, ausencia o características (agudos/metálicos vs. ausentes) ayuda a diferenciar obstrucción mecánica de íleo paralítico, como se explicó en el punto 2.
- **Características y cantidad de los vómitos**: el cambio de vómito alimentario a bilioso y luego a fecaloide traduce el nivel y la cronicidad de la obstrucción; cuantificarlo es indispensable porque esas pérdidas son parte directa del desequilibrio hidroelectrolítico descrito en el punto 4.
- **Eliminación de gases y materia fecal**: su ausencia sostenida confirma una obstrucción completa; su presencia parcial al inicio no descarta el cuadro, porque puede corresponder a contenido distal al obstáculo que aún no se vació.
- **Signos de deshidratación** (sequedad de mucosas, turgencia cutánea, sed) **y signos vitales**: porque, como se explicó en el punto 4, el paciente pierde líquido hacia un "tercer espacio" intraluminal que no se ve pero sí se puede sospechar por sus efectos sistémicos.

Control de signos vitales, y por qué: la frecuencia cardíaca y la presión arterial son los indicadores más rápidos de hipovolemia (antes de que el laboratorio lo confirme), y la temperatura permite detectar precozmente un proceso infeccioso o una complicación como la perforación con peritonitis.

Control abdominal seriado, y por qué: un único examen abdominal es una "foto"; lo que orienta la conducta es la "película" —si la distensión aumenta, si aparece defensa donde antes no había, si el dolor cambia de cólico intermitente a continuo (signo de alarma que puede indicar compromiso vascular)—.

Balance hídrico estricto, y por qué: dado que el paciente pierde líquido por vómitos, por secuestro intraluminal y muchas veces está en ayuno con reposición exclusivamente intravenosa, el balance de ingresos y egresos es la principal herramienta para detectar a tiempo un déficit de volumen antes de que se traduzca en inestabilidad hemodinámica.

Control de eliminación, y por qué: registrar si el paciente elimina gases o materia fecal —y en qué cantidad— es, junto con la disminución de la distensión y el retorno de ruidos intestinales normales, uno de los signos que indican que la obstrucción se está resolviendo.

Cuidados de la sonda nasogástrica (cuando corresponda), y por qué: la SNG cumple una función terapéutica central —descomprimir el intestino y reducir la distensión, las náuseas y el riesgo de vómito con aspiración—. Por eso se debe:

- Verificar su correcta colocación y permeabilidad (una sonda obstruida deja de cumplir su función descompresiva y el paciente vuelve a distenderse sin que se note de inmediato).
- Medir y registrar el débito (su volumen y características forman parte del balance hídrico y orientan sobre la evolución del cuadro).
- Vigilar la mucosa nasal y la comodidad del paciente (por el tiempo prolongado que puede permanecer colocada).

Preparación para estudios diagnósticos, y por qué: mantener el ayuno indicado y explicar el procedimiento reduce el riesgo de que el paciente coma o beba antes de una radiografía/TC contrastada, lo que invalidaría el estudio o retrasaría el diagnóstico.

Preparación preoperatoria (si se define cirugía), y por qué: un paciente con oclusión intestinal suele llegar a quirófano deshidratado y con desequilibrio electrolítico; por eso la corrección hidroelectrolítica previa a la cirugía no es un trámite administrativo, sino una medida que reduce directamente el riesgo anestésico-quirúrgico.

Vigilancia de complicaciones, y por qué: un dolor que pasa de cólico a continuo, la aparición de fiebre, taquicardia sostenida o defensa abdominal pueden anticipar una estrangulación, necrosis o perforación —cuadros donde cada hora de demora en la comunicación y en la conducta quirúrgica empeora el pronóstico, tal como se explicó en el Capítulo 1—.

Cuidados posoperatorios, y por qué: son, en líneas generales, los de cualquier cirugía abdominal (ver Capítulo 6), con un punto adicional propio de esta patología: vigilar activamente la reaparición de un **íleo paralítico posoperatorio** (complicación esperable tras la manipulación quirúrgica del intestino), valorando distensión, ruidos hidroaéreos y tolerancia a la realimentación progresiva antes de avanzar la dieta.

Signos de alarma

- Dolor que pasa de cólico intermitente a **continuo** (sospecha de compromiso vascular/estrangulación).
- Fiebre y taquicardia sostenida.
- Distensión abdominal en aumento progresivo.
- Aparición de defensa o contractura abdominal.
- Vómitos de contenido fecaloide.
- Ausencia completa y sostenida de eliminación de gases y materia fecal.
- Signos de deshidratación grave o inestabilidad hemodinámica.
- Débito de la SNG en aumento súbito, o cese brusco (sospecha de obstrucción de la sonda).

Caso clínico 2

María, 58 años, con antecedente de cirugía abdominal (colecistectomía) hace 3 años, consulta por dolor abdominal tipo cólico de 12 horas de evolución, distensión progresiva, vómitos biliosos y ausencia de eliminación de gases y materia fecal en las últimas 8 horas. Al examen: FC 102 lpm, TA 100/60 mmHg, abdomen distendido, timpánico, con ruidos hidroaéreos aumentados y de tono metálico.

Preguntas para razonar:

- ¿Qué mecanismo de oclusión es más probable dado el antecedente quirúrgico de María, y por qué?
- ¿Qué dato del examen físico sostiene que se trata de una obstrucción mecánica y no de un íleo paralítico?
- ¿Qué datos deberías registrar y comunicar de forma prioritaria?
- ¿Qué cuidados de enfermería anticiparías mientras se define la conducta terapéutica?

Resolución fundamentada: el antecedente de cirugía abdominal previa orienta fuertemente hacia **adherencias o bridas** como causa, que —como se desarrolló en el punto 3— son la causa más frecuente de obstrucción del intestino delgado. El dato que sostiene que se trata de una obstrucción **mecánica** (y no de un íleo paralítico) es la presencia de ruidos hidroaéreos **aumentados y de tono metálico**, expresión del peristaltismo de lucha descrito en el Capítulo 1 (punto 12), a diferencia del silencio abdominal que caracteriza al íleo funcional. Deben priorizarse el registro y la comunicación de los signos vitales (la taquicardia con presión arterial en el límite bajo sugiere hipovolemia inicial), la cuantificación de los vómitos, y la vigilancia estrecha por el riesgo de que el dolor se vuelva continuo (señal de alarma de estrangulación). Mientras se define la conducta, corresponde mantener a la paciente en ayuno, colaborar en la colocación de SNG y vía venosa periférica indicadas, e iniciar el balance hídrico estricto.

Lo esencial

- La oclusión intestinal puede ser **mecánica** (obstáculo físico real) o **funcional/paralítica** (el intestino no se mueve aunque esté permeable); distinguirlas cambia el tratamiento.
- Las adherencias posquirúrgicas son la causa más frecuente de obstrucción del intestino delgado; el carcinoma colorrectal, de la obstrucción del intestino grueso.
- La cadena fisiopatológica central es: distensión → menor absorción/mayor secreción → aumento de presión intraluminal → compromiso de la irrigación de la pared → edema, necrosis y riesgo de perforación.
- El "tercer espacio" de líquido atrapado en el intestino, sumado a las pérdidas por vómitos, explica la deshidratación y el desequilibrio hidroelectrolítico típico del cuadro.
- La sonda nasogástrica es una medida terapéutica (descompresiva), no solo diagnóstica: su correcto manejo y registro es una intervención central de enfermería.
- El retorno de ruidos intestinales normales, la disminución de la distensión y la eliminación de gases o heces son los signos que indican que el cuadro se está resolviendo.
- Un dolor que pasa de cólico a continuo es un signo de alarma que puede anticipar estrangulación intestinal.
- Los cuidados posoperatorios deben incluir vigilancia activa del íleo paralítico posquirúrgico como complicación esperable.

CAPÍTULO 3

OSTOMÍAS

Objetivos de aprendizaje

Al finalizar este capítulo, el estudiante será capaz de:

1. Definir qué es una ostomía y por qué un paciente puede necesitarla.
2. Diferenciar los principales tipos de ostomía (colostomía e ileostomía) según su ubicación y las características esperables del efluente.
3. Reconocer las características normales de un estoma y los signos de alarma que indican complicación.
4. Describir los dispositivos utilizados y su manejo básico.
5. Planificar la educación para el autocuidado del paciente y su familia, como eje central de la atención de enfermería en este tema.

Nota sobre fuentes de este capítulo: se desarrolla en su totalidad a partir del capítulo de Brunner & Suddarth incluido en el proyecto, que trae un apartado específico y detallado sobre atención de enfermería del paciente que requiere una ostomía. No fue necesario recurrir a bibliografía externa.

Desarrollo

1. Definición: ¿qué es una ostomía y por qué puede necesitarla un paciente?

Una **ostomía** es una abertura quirúrgica que comunica una víscera hueca con la superficie del abdomen, formando un **estoma** (del griego "boca"), a través del cual se exterioriza el contenido que esa víscera transporta —en este caso, el contenido intestinal—.

En términos simples: cuando por alguna razón el tramo final del tubo digestivo (colon, recto, ano) no puede utilizarse temporal o definitivamente para eliminar la materia fecal —porque está enfermo, fue extirpado, necesita "descansar" para cicatrizar, o está obstruido—, la cirugía crea una salida alternativa a través de la pared abdominal. Esa salida es el estoma, y el paciente elimina materia fecal por ahí en lugar de hacerlo por el recto y el ano.

No es una complicación ni un "último recurso" desesperado: es una **solución quirúrgica planificada** que le permite al paciente seguir eliminando de forma segura mientras se resuelve o se controla la enfermedad de base.

2. Clasificación

Las ostomías digestivas se pueden clasificar según distintos criterios, que conviene tener claros porque cada uno cambia algo importante en el cuidado:

Según el segmento intestinal exteriorizado:

- **Colostomía:** abertura quirúrgica en el colon.

- **Ileostomía:** abertura quirúrgica en el íleon (intestino delgado).

Según su duración:

- **Temporal:** se realiza para que un segmento distal del intestino "descanse" y cicatrice (por ejemplo, después de reseccionar un tramo inflamado o perforado); una vez resuelto el problema, se reconecta el tránsito intestinal en una segunda cirugía.
- **Permanente o definitiva:** cuando el segmento distal fue extirpado por completo (por ejemplo, en algunos cánceres de recto) y no hay tránsito que restituir.

Según la técnica de confección:

- **Terminal:** se exterioriza un solo cabo intestinal (el proximal); el resto queda extirpado o cerrado internamente.
- **En asa (doble boca):** se exterioriza un asa intestinal completa, con dos aberturas visibles (proximal y distal) en el mismo estoma; suele usarse como ostomía temporal, de confección más rápida.

Caso particular: la ileostomía continente (bolsa de Kock). Es una técnica poco frecuente en la que se construye, con el propio íleon, un reservorio interno con una válvula que impide la salida continua del contenido. El paciente no usa bolsa externa: vacía el reservorio varias veces al día introduciendo un catéter a través del estoma. Se usa mucho menos que antes porque tiene más complicaciones (sobre todo, mal funcionamiento de la válvula) que otras alternativas quirúrgicas.

3. Etiología: ¿por qué se indica una ostomía?

Las indicaciones más frecuentes son:

- Enfermedad inflamatoria intestinal (enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa) que no responde al tratamiento médico.
- Diverticulitis complicada (ver Capítulo 4.4).
- Cáncer colorrectal.
- Obstrucción intestinal que requiere resección (ver Capítulo 2).
- Perforación intestinal o peritonitis, cuando no es seguro reconectar el intestino en el mismo acto quirúrgico (ver Capítulo 4.5).
- Traumatismos abdominales graves.

4. Tipos principales y su relación con las características del efluente

Esto es clave para entender por qué el cuidado de una ileostomía no es igual al de una colostomía: **cuanto más proximal es el estoma (más cerca del intestino delgado), menos tiempo tuvo el contenido para que el colon le absorbiera agua, y por lo tanto más líquido y más irritante es el efluente para la piel.**

Tipo de ostomía	Ubicación	Consistencia del efluente	Control voluntario
Ileostomía	Íleon (cuadrante inferior derecho, habitual)	Líquido continuo, muy irritante para la piel	No hay esfínter en el estoma: el drenaje es permanente, se requiere bolsa colectora todo el tiempo

Tipo de ostomía	Ubicación	Consistencia del efluente	Control voluntario
Colostomía ascendente	Colon ascendente	Heces líquidas	No hay control voluntario
Colostomía transversa	Colon transverso	Heces blandas, sin formar	No hay control voluntario
Colostomía descendente	Colon descendente	Heces semiformadas	Puede lograrse cierto control mediante irrigación
Colostomía sigmoidea	Colon sigmoides	Heces formadas (la más parecida a la eliminación habitual)	Puede lograrse cierto control mediante irrigación

Para Enfermería, esta tabla no es un dato para memorizar sin sentido: explica por qué a un paciente con ileostomía hay que vigilarlo mucho más de cerca por el riesgo de deshidratación y de lesión de la piel periestomal, mientras que un paciente con colostomía sigmoidea tiene, en general, un manejo más simple y hasta puede prescindir de la bolsa entre irrigaciones.

5. Dispositivos utilizados

Componentes del sistema de bolsa:

- **Bolsa colectora:** recibe el efluente. Puede ser **cerrada** (se descarta entera cuando se llena; se usa con heces más formadas) o **drenable** (tiene una salida inferior que se abre para vaciarla sin retirarla; se usa cuando el efluente es líquido o muy frecuente, como en la ileostomía).
- **Barrera protectora de piel:** una placa de polímeros e hidrocoloides que se adhiere alrededor del estoma y protege la piel del contacto directo con el efluente. Es el componente más importante para mantener la piel periestomal sana: debe recortarse a la medida exacta del estoma — "abrazándolo" sin tocarlo— para no dejar piel expuesta ni comprimir el estoma.
- **Adhesivo:** fija el conjunto a la piel.

Según el número de piezas:

- **Sistema de una pieza:** la bolsa y la barrera cutánea vienen unidas en una sola pieza.
- **Sistema de dos piezas:** la barrera cutánea se coloca por separado y la bolsa se acopla a ella; permite cambiar la bolsa sin despegar la barrera de la piel cada vez, lo que reduce la irritación por manipulación repetida.

Duración habitual: el dispositivo suele mantenerse colocado entre 5 y 10 días, según la ubicación del estoma y el tipo de barrera. La bolsa se vacía cada 4 a 6 horas (o antes, si se llena).

6. Características normales del estoma

Un estoma sano debe verse:

- **De color rosado a rojo, con aspecto brillante y húmedo** (similar a la mucosa oral).
- Con un edema leve en el posoperatorio inmediato, que es esperable por la manipulación quirúrgica.
- Con una pequeña cantidad de secreción mucosa, que también es normal.

- El inicio del drenaje fecal es distinto según el tipo: **24-48 horas** después de la cirugía para una ileostomía, y **3-6 días** para una colostomía (el colon tarda más en "despertar" su función después de la cirugía).

7. Signos de alarma en el estoma

- **Color pálido, oscuro, violáceo o negruzco:** sugiere compromiso de la irrigación sanguínea (isquemia) — es una urgencia, ya que un estoma isquémico puede necrosarse.
- **Sangrado activo, rojo brillante y en cantidad mayor a trazas.**
- **Retracción** (el estoma se hunde por debajo del nivel de la piel): dificulta la adaptación del dispositivo y favorece las filtraciones.
- **Prolapso** (el asa intestinal protruye excesivamente hacia afuera).
- **Estenosis** (el orificio del estoma se estrecha por cicatrización, dificultando la salida del contenido): puede requerir corrección quirúrgica.
- **Ausencia de débito** después del tiempo esperado, asociada a distensión y náuseas: sugiere obstrucción.
- **Piel periestomal enrojecida, erosionada o con signos de infección** (incluyendo crecimiento de hongos).

8. Cuidados de Enfermería

Atención preoperatoria

- **Marcación del sitio del estoma:** el cirujano o el personal de enfermería especializado marca previamente la ubicación ideal en el abdomen, evitando cicatrices, prominencias óseas, pliegues cutáneos y fístulas, y asegurando que el sitio sea **visible para el propio paciente** (fundamental para que después pueda autocuidarse). Para una ileostomía, el sitio habitual es el cuadrante inferior derecho, unos 5 cm por debajo de la cintura.
- **Capacitación preoperatoria:** incluye información sobre qué es una ostomía, qué esperar del drenaje, e introducción a los dispositivos, idealmente con material escrito, modelos y —si es posible— la posibilidad de manipular el equipo antes de la cirugía. Cuanto más preparado llega el paciente, menor es el impacto emocional del posoperatorio inmediato.
- Preparación general similar a la de cualquier cirugía abdominal (ver Capítulo 6).

Atención posoperatoria

- **Observación sistemática del estoma:** color, tamaño, edema, secreción y sangrado, comparando con las características normales descritas en el punto 6, para detectar tempranamente cualquier signo de alarma.
- **Registro estricto de ingresos y egresos, incluyendo el débito por el estoma:** en el posoperatorio inmediato, sobre todo con una ileostomía, se pueden perder entre 1000 y 2000 mL de líquido por día además de las pérdidas habituales (orina, transpiración, respiración), junto con sodio y potasio. Sin este registro, el riesgo de deshidratación y desequilibrio electrolítico pasa inadvertido.
- **Vigilancia de electrolitos** y administración de reposición según indicación, por la misma razón anterior.
- **Cuidado de la sonda nasogástrica**, si está colocada, mientras el intestino recupera su función.

- **Progresión gradual de la dieta**, informando de inmediato náuseas o distensión (pueden indicar obstrucción).
- **Deambulación temprana** y analgesia adecuada, como en cualquier cirugía abdominal.
- **Apoyo emocional activo**: la ostomía implica un cambio corporal y funcional significativo, y es esperable que el paciente atraviese fases similares a un proceso de duelo (negación, enojo, negociación, tristeza, aceptación). Sostener este proceso —sin apurar al paciente a "aceptar" antes de estar listo— es una intervención de enfermería tan importante como el cuidado físico del estoma.

Cuidado continuo de la piel y el estoma

- **Inspección periódica de la piel periestomal**, ya que la irritación por contacto con el efluente es la complicación más frecuente, especialmente en la ileostomía (por lo líquido e irritante del contenido).
- **Uso correcto de la barrera cutánea**, ajustada exactamente al tamaño del estoma, como se explicó en el punto 5: una barrera mal recortada es la causa más habitual de filtraciones e irritación.
- **Cambio regular del dispositivo** antes de que se produzca una filtración (no esperar a que falle).
- **Educación sobre irrigación de la colostomía** (solo aplicable a colostomías descendente o sigmoidea, con heces más formadas): permite vaciar el colon en un horario elegido por el paciente y, una vez lograda la rutina, prescindir de la bolsa entre irrigaciones. **No se recomienda** en pacientes con irradiación pélvica extensa, enfermedad de Crohn, diverticulitis, quimioterapia activa o hernias periestomales, por el riesgo de perforación o de descompensar la enfermedad de base.
- **Orientación dietética**: dieta baja en residuos en las primeras semanas; luego, reintroducción gradual de alimentos, evitando los que puedan generar obstrucción del estoma en la ileostomía (apio, choclo, semillas, coco) y favoreciendo una hidratación adecuada (el exceso de agua no aumenta el débito por la ostomía, ya que el excedente se elimina por orina).

Para Enfermería (síntesis con fundamentación)

Qué hacer	Por qué
Observar color, tamaño y edema del estoma en cada control	El color es el indicador más directo y precoz de la irrigación del estoma; detectar tempranamente un color pálido o violáceo puede evitar que una isquemia progrese a necrosis
Registrar el débito por el estoma como parte del balance hídrico	El efluente, sobre todo de una ileostomía, representa una pérdida real de agua y electrolitos que puede llevar a deshidratación si no se repone a tiempo
Ajustar correctamente la barrera cutánea al tamaño del estoma	Es la medida más eficaz para prevenir la complicación más frecuente: la irritación de la piel periestomal por contacto con el efluente

Qué hacer	Por qué
Enseñar al paciente a manipular el dispositivo lo antes posible	Cuanto antes el paciente domina el cuidado físico del estoma, más rápido lo acepta psicológicamente; el autocuidado temprano se asocia con mejor ajuste emocional
Sostener emocionalmente al paciente sin apurar su aceptación	La ostomía implica un cambio de imagen corporal comparable a un duelo; forzar la "aceptación" antes de tiempo dificulta el aprendizaje del autocuidado
Vigilar signos de obstrucción del estoma (ausencia de débito, distensión, náuseas)	Alimentos fibrosos mal masticados o la propia cicatrización pueden estrechar el estoma; detectarlo a tiempo evita una complicación quirúrgica mayor

Educación para el autocuidado (foco especial de este capítulo)

La educación no es un trámite del alta: es la intervención que determina si el paciente va a poder vivir de forma autónoma y segura con su ostomía. Debe incluir, de forma progresiva y adaptada al ritmo emocional del paciente:

- **Reconocimiento de un estoma normal** versus signos de alarma (repasar el punto 7 con el paciente, con apoyo visual).
- **Manejo práctico del dispositivo:** cómo vaciarlo, cuándo cambiarlo, cómo ajustar la barrera cutánea.
- **Cuidado de la piel periestomal.**
- **Orientación dietética** y manejo de olores (alimentos como el perejil o el yogur pueden ayudar a controlar el olor; el ajo, la cebolla, el repollo y el pescado tienden a aumentarlo).
- **Cuándo y a quién consultar** ante un signo de alarma.
- **Participación de la familia o cuidador**, para que el paciente no dependa exclusivamente de sí mismo en los primeros tiempos.
- **Recursos de apoyo:** la mayoría de los sistemas de salud cuentan con enfermeras/os especializados en heridas-ostomía-continencia y grupos de pacientes que ya viven con una ostomía, que suelen ser un recurso valioso para la adaptación.

Consideración en el adulto mayor: la disminución de la agudeza visual, la destreza manual o la audición pueden dificultar el aprendizaje del autocuidado. Practicar el manejo del dispositivo antes de la cirugía, cuando es posible, y dar tiempo adicional para el aprendizaje (la mayoría de los pacientes necesita alrededor de 6 meses para sentirse cómodo con el cuidado de su ostomía) mejora sustancialmente los resultados.

Signos de alarma (resumen)

- Estoma pálido, oscuro o violáceo.
- Sangrado activo importante.
- Retracción o prolapso del estoma.

- Ausencia de débito con distensión abdominal y náuseas.
- Piel periestomal muy enrojecida, erosionada o con signos de infección.
- Fiebre.
- Diarrea muy abundante y persistente (riesgo de deshidratación rápida, sobre todo en ileostomía).

Caso clínico 3

Roberto, 45 años, en el 2° día del posoperatorio de una ileostomía terminal por enfermedad de Crohn complicada. La bolsa colectora tiene un débito líquido abundante desde hace 6 horas. El paciente refiere sed y se lo observa con la piel algo seca. La familia pregunta cuándo van a poder "sacarle la bolsa" y por qué el estoma "se ve como carne viva".

Preguntas para razonar:

- ¿El aspecto del estoma que describe la familia es esperable o un signo de alarma? ¿Por qué?
- ¿Qué dato de la valoración de Roberto te preocupa más en este momento, y qué acción de enfermería corresponde?
- ¿Cómo responderías a la pregunta de la familia sobre "sacarle la bolsa"?
- ¿Qué contenido educativo priorizarías con Roberto y su familia antes del alta?

Resolución fundamentada: el aspecto "como carne viva" descrito por la familia corresponde, en realidad, al color rosado-rojo y brillante de un estoma **sano** (punto 6); es un hallazgo esperado, no una alarma, y conviene explicárselo así para reducir la angustia inicial. Lo que sí merece atención prioritaria es la combinación de débito líquido abundante, sed y piel seca: son signos de **deshidratación** por las pérdidas propias de una ileostomía reciente (punto 8), que requieren registrar con precisión el débito, comunicar al equipo médico para eventual reposición de líquidos y electrolitos, y vigilar signos vitales. Respecto de la bolsa: en una ileostomía terminal no hay esfínter en el estoma, por lo que el paciente **deberá usar el dispositivo de forma permanente** —a diferencia de algunas colostomías, donde con irrigación regular puede prescindirse de la bolsa entre sesiones—; conviene aclarar esto con cuidado, sin generar mayor angustia. La educación a priorizar antes del alta incluye reconocimiento de signos de alarma, manejo práctico del dispositivo, cuidado de la piel periestomal y pautas de hidratación.

Lo esencial

- Una ostomía es una solución quirúrgica planificada, no una complicación: crea una salida alternativa para el contenido intestinal cuando el tránsito habitual no puede utilizarse.
- Cuanto más proximal es el estoma (ileostomía > colostomía ascendente > transversa > descendente > sigmoidea), más líquido e irritante es el efluente para la piel.
- Un estoma sano es rosado a rojo, brillante y húmedo; el edema leve inicial es normal.
- El color pálido, oscuro o violáceo del estoma es una urgencia: sugiere compromiso de la irrigación.
- La barrera cutánea correctamente ajustada es la medida más eficaz para prevenir la complicación más frecuente: la irritación de la piel periestomal.
- El registro del débito por el estoma es parte esencial del balance hídrico, sobre todo en la ileostomía, por el riesgo de deshidratación.

- La aceptación psicológica del estoma y el dominio del autocuidado físico se retroalimentan: cuanto antes el paciente aprende a manejarlo, mejor es su ajuste emocional.
- La educación para el autocuidado —del paciente y su familia— es el eje central de la atención de enfermería en este capítulo, no un agregado del alta.

CAPÍTULO 4

ABDOMEN AGUDO POR PATOLOGÍAS GASTROINTESTINALES Y DE LAS VÍAS BILIARES

Este es el capítulo más extenso del módulo: desarrolla, en cinco apartados independientes, las cinco patologías puntuales que con mayor frecuencia producen un abdomen agudo de origen inflamatorio (el tipo que presentamos en el Capítulo 1, punto 9). Mantengo el mismo estándar de los capítulos anteriores: cada indicación de Enfermería incluye su fundamentación.

Objetivos de aprendizaje

Al finalizar este capítulo, el estudiante será capaz de:

1. Desarrollar definición, clasificación, etiología, fisiopatología, cuadro clínico, estudios diagnósticos, tratamiento y complicaciones de la pancreatitis, la colecistitis, la apendicitis, la diverticulitis y la peritonitis.
2. Diferenciar cuáles de estas patologías tienen indicación quirúrgica habitual y cuáles no siempre la requieren, evitando simplificaciones incorrectas (en especial en la pancreatitis).
3. Relacionar las manifestaciones clínicas de cada patología con la valoración y vigilancia específica de Enfermería.
4. Reconocer los signos de evolución hacia complicaciones graves (perforación, peritonitis, sepsis) en cada una de las cinco patologías.
5. Aplicar los cuidados de enfermería pre y posoperatorios propios de cada cuadro, cuando corresponde resolución quirúrgica.

Nota sobre fuentes: los cinco apartados se desarrollan a partir del capítulo de Brunner & Suddarth incluido en el proyecto (que cubre las cinco patologías con el nivel de detalle exigido por el programa), complementado puntualmente con el material de cátedra para la localización del dolor y la clasificación general del abdomen agudo ya presentada en el Capítulo 1. No fue necesario recurrir a bibliografía externa.

4.1 PANCREATITIS

Definición

La **pancreatitis** es la inflamación del páncreas. Puede ser **aguda** (un episodio único o recurrente, potencialmente reversible) o **crónica** (destrucción progresiva e irreversible del tejido pancreático, con reemplazo por tejido fibroso).

Aclaración importante que exige el programa: no toda pancreatitis requiere cirugía. La mayoría de los episodios de pancreatitis aguda se tratan de forma **médica** (ayuno, hidratación, analgesia, vigilancia). La cirugía se reserva para complicaciones específicas (necrosis infectada, abscesos, obstrucción biliar persistente) o para tratar su causa de fondo una vez superado el episodio agudo (por ejemplo, la

colecistectomía diferida en la pancreatitis de origen biliar). Presentar la pancreatitis como "una cirugía más" sería un error conceptual grave para un estudiante de Enfermería Médico-Quirúrgica.

Clasificación

- **Pancreatitis aguda edematosa (intersticial):** la forma más frecuente y más leve; edema e inflamación limitados al páncreas, sin necrosis; el paciente igualmente está grave y en riesgo de shock hipovolémico y desequilibrio hidroelectrolítico.
- **Pancreatitis aguda necrosante:** forma grave, con necrosis del tejido pancreático o peripancreático (estéril o infectada); puede complicarse con quistes, abscesos, insuficiencia respiratoria, shock, insuficiencia renal y hemorragia digestiva.
- **Pancreatitis crónica:** destrucción progresiva e irreversible del páncreas por ataques repetidos, con reemplazo fibroso, obstrucción de los conductos pancreático y colédoco, y pérdida progresiva de la función exocrina (digestiva) y endocrina (insulina).

Etiología

- **Colelitiasis y abuso prolongado de alcohol** explican en conjunto alrededor del 80% de los casos de pancreatitis aguda.
- Traumatismo abdominal, cirugía pancreática o manipulación del conducto pancreático (por ejemplo, durante una CPRE).
- Hipertrigliceridemia, hipercalcemia.
- Fármacos (corticoides, diuréticos tiazídicos, anticonceptivos orales, entre otros).
- Infecciones virales (por ejemplo, parotiditis).
- Tabaquismo (factor de riesgo tanto para la forma aguda como crónica).
- En la pancreatitis **crónica**, el consumo prolongado de alcohol es, con amplia diferencia, la causa principal.

Fisiopatología

La pancreatitis aguda se produce por **autodigestión del páncreas por sus propias enzimas**, sobre todo la tripsina. En la forma biliar, un cálculo migra hacia el colédoco y se aloja en la ampolla de Vater, **obstruyendo la salida del jugo pancreático** o provocando el reflujo de bilis hacia el conducto pancreático. Esto activa dentro del propio páncreas enzimas que normalmente solo se activan en el duodeno, generando vasodilatación, aumento de la permeabilidad vascular, necrosis, erosión y hemorragia local.

En la pancreatitis **crónica**, los ataques repetidos generan reemplazo progresivo del tejido pancreático por tejido fibroso, con aumento de la presión intraglandular, obstrucción de los conductos pancreático, colédoco y hasta duodeno, y pérdida progresiva de la función digestiva (malabsorción) y hormonal (diabetes secundaria).

Cuadro clínico

Pancreatitis aguda:

- Dolor abdominal intenso en **epigastrio**, típicamente irradiado "en banda" hacia la espalda, de aparición aguda tras 24-48 horas de una comida abundante o de la ingesta de alcohol; empeora después de comer y **no se alivia con antiácidos**.

- Distensión abdominal, masa palpable de bordes poco definidos, disminución del peristaltismo.
- Náuseas y vómitos que no alivian el dolor.
- Defensa abdominal; el **abdomen en tabla es un signo ominoso** que suele indicar peritonitis asociada.
- **Equimosis periumbilical (signo de Cullen) o en los flancos (signo de Grey Turner)**, que pueden indicar pancreatitis grave (ver también Capítulo 1, punto 6).
- Fiebre, ictericia, confusión mental.
- Hipotensión, taquicardia, piel fría y húmeda (por la pérdida de grandes volúmenes de líquido rico en proteínas hacia los tejidos y la cavidad peritoneal —un mecanismo de shock hipovolémico "interno", similar en lógica al que vimos en la oclusión intestinal del Capítulo 2—).
- Dificultad respiratoria e hipoxia (por elevación del diafragma, derrame pleural o atelectasia).

Pancreatitis crónica:

- Ataques recurrentes de dolor intenso en abdomen superior y espalda, que con el tiempo se hacen más frecuentes, graves y prolongados (aunque en algunos pacientes el dolor disminuye con la evolución de la enfermedad).
- Pérdida de peso significativa (más del 80% de los pacientes), por reducción de la ingesta (anorexia o temor a desencadenar un nuevo ataque).
- **Esteatorrea:** heces frecuentes, espumosas, de mal olor y con alto contenido graso, por deterioro de la digestión de grasas cuando ya se conserva menos del 10% de la función pancreática.
- Puede aparecer diabetes secundaria por pérdida de la función endocrina.

Estudios diagnósticos

- **Amilasa y lipasa séricas:** se elevan dentro de las 24 horas del inicio de los síntomas; la amilasa vuelve a valores normales en 48-72 horas, mientras que la lipasa permanece elevada por más tiempo.
- Hemograma (leucocitosis), calcemia (la hipocalcemia se correlaciona con la gravedad), glucemia, bilirrubina.
- Radiografía de tórax y abdomen (diferenciar de otras causas, detectar derrame pleural).
- Ecografía, TC con contraste y RM: valoran el tamaño del páncreas y detectan quistes, abscesos o pseudoquistes.
- CPRE: de uso limitado en el episodio agudo (por la gravedad del paciente), pero útil en la pancreatitis crónica para valorar la anatomía de los conductos y para tratamiento (extracción de cálculos, colocación de endoprótesis).
- Existen criterios pronósticos (por ejemplo, edad, leucocitosis, glucemia, caída del hematocrito, hipoxemia) que permiten estimar la gravedad y el riesgo de mortalidad del episodio.

Tratamiento

Médico (la base del tratamiento en la mayoría de los casos):

- Ayuno absoluto, para reducir el estímulo de secreción pancreática; se prioriza iniciar alimentación **enteral** precoz cuando es posible, y parenteral si no se tolera la vía enteral.
- Reposición de líquidos y electrolitos por vía intravenosa (prioridad central, dada la pérdida masiva de líquido hacia el tercer espacio).

- Analgesia con opioides parenterales, ajustada según respuesta.
- Aspiración nasogástrica si hay vómitos, distensión o íleo paralítico asociado.
- Antieméticos.
- Vigilancia respiratoria estrecha (riesgo de hipoxemia incluso con radiografía normal).
- Insulina si hay hiperglucemia.
- Antibióticos solo si se confirma infección (no se recomienda su uso profiláctico).

Quirúrgico, reservado para:

- Necrosis pancreática infectada (desbridamiento).
- Drenaje de abscesos o pseudoquistes.
- Resolución de la causa biliar una vez superado el episodio agudo (colecistectomía diferida; ver Capítulo 5).
- En la pancreatitis crónica: técnicas endoscópicas (CPRE) para extraer cálculos ductales o drenar quistes, cuando el tratamiento no quirúrgico no es suficiente.

Complicaciones

- Shock hipovolémico o séptico.
- Insuficiencia respiratoria, renal o multiorgánica.
- Necrosis, abscesos y pseudoquistes pancreáticos.
- Hemorragia digestiva.
- Diabetes secundaria (en la forma crónica).
- Dependencia a opioides (por el dolor crónico recurrente de la pancreatitis crónica).

Cuidados de Enfermería (con fundamentación)

Qué hacer	Por qué
Mantener el ayuno estricto indicado	El objetivo es reducir el estímulo de secreción de enzimas pancreáticas; comer o beber reactiva la autodigestión que causa el dolor y el daño glandular
Valorar y registrar el dolor de forma sistemática, y comunicar si aumenta o cambia de características	Un dolor que se intensifica puede indicar hemorragia pancreática o analgesia insuficiente; detectarlo a tiempo cambia la conducta terapéutica
Colocar al paciente en posición semi-Fowler	Reduce la presión del abdomen distendido sobre el diafragma y mejora la expansión respiratoria, disminuyendo el riesgo de atelectasia
Controlar signos vitales y estado hemodinámico de forma estrecha	El paciente pierde grandes volúmenes de líquido hacia el tercer espacio; la hipotensión y la taquicardia son señales tempranas de esa pérdida, antes de que se vuelva evidente

Qué hacer	Por qué
Vigilar la función respiratoria (oximetría, gasometría si se indica)	La hipoxemia es frecuente incluso con radiografía normal; detectarla permite iniciar oxigenoterapia antes de una insuficiencia respiratoria franca
Registrar balance hídrico estricto	Es la principal herramienta para ajustar la reposición de líquidos en un paciente que pierde volumen de forma "invisible" hacia la cavidad peritoneal
Observar la piel en busca de equimosis periumbilical o en flancos	Son signos clínicos de pancreatitis grave (hemorrágica); su aparición debe comunicarse de inmediato
Brindar cuidado bucal frecuente	Alivia la incomodidad del ayuno prolongado y de la sonda nasogástrica, cuando está colocada
Explicar de forma simple y repetida las razones del ayuno, la sonda y el reposo	El paciente puede estar confuso por el dolor intenso, el desequilibrio hidroelectrolítico y la hipoxia; repetir la información reduce su ansiedad y mejora la adherencia a las indicaciones

Caso particular en la pancreatitis crónica de origen alcohólico: la educación debe incluir, con un enfoque de apoyo y sin juicio, la importancia de suspender el consumo de alcohol y tabaco, y ofrecer la derivación a grupos de apoyo cuando el paciente lo acepte.

4.2 COLECISTITIS

Definición

La **colecistitis** es la inflamación aguda o crónica de la vesícula biliar.

Clasificación

- **Colecistitis litiasica:** responsable de más del 90% de los casos agudos; se debe a la obstrucción del conducto cístico por un cálculo.
- **Colecistitis alitiásica:** inflamación aguda de la vesícula **sin** obstrucción por cálculos; aparece tras cirugías mayores, traumatismos graves, quemaduras o múltiples transfusiones, y su diagnóstico suele ser más difícil.

Relación entre colelitiasis y colecistitis

Es importante que puedas diferenciar estos dos conceptos, porque no son lo mismo aunque estén relacionados:

- La **colelitiasis** es la presencia de **cálculos** en la vesícula biliar. Puede ser completamente **silenciosa** (más de 15 millones de personas conviven con cálculos sin dolor).
- La **colecistitis** es la **inflamación** de la vesícula, y en la mayoría de los casos se desencadena **porque** un cálculo obstruye el conducto cístico: la bilis que queda retenida inicia una reacción

química local, se produce edema, se comprometen los vasos sanguíneos de la pared vesicular y, si esto progresa, puede llegar a gangrena y perforación.

En síntesis: **no toda coleditiasis produce coledistitis**, pero la mayoría de las coledistitis agudas se originan en una coleditiasis que se complica.

Etiología

Los cálculos biliares se forman principalmente por dos mecanismos: cálculos de **pigmento** (menos frecuentes, asociados a cirrosis, hemólisis o infecciones biliares) y cálculos de **colesterol** (los más frecuentes, por sobresaturación de colesterol en la bilis). Son factores de riesgo reconocidos: sexo femenino, edad mayor de 40 años, obesidad, embarazos múltiples, pérdida de peso rápida, uso de anticonceptivos orales o estrógenos, diabetes y antecedentes familiares.

Fisiopatología

Cuando un cálculo obstruye el conducto cístico, la vesícula se distiende y no puede drenar la bilis. Esa retención inicia una reacción inflamatoria local: edema, compresión de los vasos sanguíneos de la pared vesicular y, en aproximadamente la mitad de los casos, infección secundaria (por bacterias entéricas como *E. coli*, *Klebsiella* o *Streptococcus*, aunque la bacteria no es la causa inicial del proceso). Si el cálculo no se moviliza, el cuadro puede progresar a **gangrena de la vesícula y perforación**, con peritonitis generalizada como consecuencia (ver 4.5).

Cuadro clínico

- **Dolor en hipocondrio derecho** (cólico biliar), que puede irradiarse hacia la región medioesternal, la espalda o el **hombro derecho** (dolor referido, como se explicó en el Capítulo 1) — con frecuencia comienza horas después de una comida abundante o rica en grasas.
- El dolor se intensifica con la **inspiración profunda** (por el contacto de la vesícula distendida con la pared abdominal), lo que puede limitar los movimientos respiratorios.
- Náuseas, vómitos, fiebre.
- **Signo de Murphy positivo** (ver Capítulo 1).
- Masa palpable en hipocondrio derecho en algunos casos.
- **Ictericia**, si hay obstrucción del colédoco asociada, acompañada de orina oscura y heces color arcilla (por la falta de pigmentos biliares).
- Si la obstrucción biliar es prolongada, puede haber déficit de vitaminas liposolubles (A, D, E, K) — por ejemplo, sangrado por déficit de vitamina K.

Estudios diagnósticos

- **Ecografía abdominal**: estudio de elección; rápida, precisa (detecta cálculos con un 90% de exactitud), no irradia, y es más precisa si el paciente está en ayunas.
- **Gammagrafía biliar**: útil cuando la ecografía no es concluyente (por ejemplo, en la coledistitis alitiásica).
- Laboratorio: fosfatasa alcalina, bilirrubina, hepatograma.
- Radiografía simple de abdomen: solo el 10-15% de los cálculos son visibles (poco útil por sí sola).

Tratamiento

- **Analgesia** (el dolor puede ser muy intenso).
- **Antibióticos** si hay signos de infección.
- **Colecistectomía** (extirpación quirúrgica de la vesícula), habitualmente por vía **laparoscópica**: es el tratamiento definitivo de la colecistitis litiásica. Se desarrolla en profundidad en el Capítulo 5, junto con las técnicas alternativas para pacientes de alto riesgo (coledocostomía, colecistostomía quirúrgica o percutánea).

Complicaciones

- Empiema vesicular (vesícula llena de contenido purulento).
- Gangrena y perforación de la vesícula.
- Peritonitis generalizada (ver 4.5).
- Coledocolitiasis (cálculo en el colédoco) con ictericia obstructiva.
- Pancreatitis biliar (ver 4.1): un cálculo que migra y se aloja en la ampolla de Vater puede desencadenar una pancreatitis aguda — esta es una de las relaciones más importantes para entender por qué estas patologías del programa no son compartimentos estancos, sino que se conectan entre sí.

Cuidados de Enfermería (con fundamentación)

Qué hacer	Por qué
Valorar las características del dolor (localización, irradiación, relación con la inspiración y con las comidas)	Permite diferenciar el cuadro de otras causas de dolor en hipocondrio derecho y anticipar su evolución, como se explicó en el Capítulo 1
Observar coloración de piel, mucosas, orina y heces	La ictericia, la orina oscura y las heces color arcilla indican obstrucción del colédoco, un dato que cambia la conducta terapéutica
Controlar signos vitales, en particular temperatura	La fiebre en ascenso puede indicar progresión hacia empiema o perforación vesicular
Mantener a la paciente en ayunas ante sospecha de indicación quirúrgica	Evita el estímulo de contracción vesicular (que agrava el dolor) y prepara para una eventual cirugía de urgencia
Vigilar signos de irritación peritoneal (defensa, dolor a la descompresión)	Su aparición sugiere perforación vesicular con peritonitis, una complicación grave que exige comunicación inmediata
Registrar la respuesta a la analgesia	Permite ajustar el tratamiento del dolor y detectar tempranamente si el cuadro no responde como se espera

Caso clínico 4

Marta, 52 años, con antecedente de cálculos biliares conocidos, consulta por dolor intenso en hipocondrio derecho de 6 horas de evolución, que comenzó después de una cena abundante. El dolor se irradia al hombro derecho y se intensifica al respirar profundo. Presenta náuseas, un vómito y fiebre de 38 °C.

Preguntas para razonar:

- ¿Qué dato de la historia clínica y del examen físico orienta hacia colecistitis aguda?
- ¿Por qué el dolor se irradia al hombro derecho?
- ¿Qué signos de alarma deberías vigilar en las próximas horas?
- ¿Qué cuidados de enfermería son prioritarios mientras se define la conducta?

Resolución fundamentada: el antecedente de colelitiasis conocida, el dolor en hipocondrio derecho desencadenado por una comida abundante, su irradiación al hombro derecho y la fiebre son datos altamente compatibles con colecistitis aguda litiásica (puntos 3 y 5). La irradiación al hombro se explica por el mecanismo de dolor referido descrito en el Capítulo 1: la irritación cercana al diafragma se percibe en una región anatómica distinta al sitio real del estímulo. Los signos de alarma a vigilar incluyen fiebre en ascenso, aparición de defensa o dolor a la descompresión (sospecha de perforación) e ictericia (sospecha de obstrucción del colédoco). Mientras se define la conducta, corresponde mantener a Marta en ayunas, controlar signos vitales de forma seriada y registrar la respuesta a la analgesia indicada.

4.3 APENDICITIS

Definición

La **apendicitis** es la inflamación del apéndice vermiforme, una pequeña estructura tubular de 8-10 cm unida al ciego, cuya luz estrecha y vaciamiento poco eficiente la hacen particularmente vulnerable a la obstrucción y la infección. Es la **causa más frecuente de abdomen agudo quirúrgico** y el motivo más habitual de cirugía abdominal de urgencia. Puede ocurrir a cualquier edad, aunque es más frecuente entre los 10 y los 30 años.

Clasificación

- **Apendicitis no complicada:** sin gangrena, perforación, absceso ni peritonitis.
- **Apendicitis complicada:** con gangrena, perforación, absceso o peritonitis asociada.

Etiología

La obstrucción de la luz apendicular, generalmente por un **fecalito** (masa endurecida de materia fecal), hiperplasia del tejido linfóide (secundaria a infección o inflamación), y con menor frecuencia cuerpos extraños o tumores.

Fisiopatología

La obstrucción de la luz aumenta la presión intraluminal, lo que genera edema y compromete progresivamente la irrigación del apéndice. El tejido se vuelve isquémico, se produce sobrecrecimiento bacteriano y, si el proceso no se resuelve, **gangrena y finalmente perforación**. La perforación suele ocurrir entre las 6 y las 24 horas posteriores al inicio del dolor, por lo que el tiempo hasta el diagnóstico

y la cirugía es un factor determinante del pronóstico —el mismo principio que presentamos en la introducción del Capítulo 1—.

Cuadro clínico: la evolución del dolor es la clave diagnóstica

- **Dolor periumbilical vago** al inicio (dolor visceral, sordo y difuso), con anorexia.
- En horas, el dolor **migra y se localiza en la fosa ilíaca derecha** (dolor somático/parietal, agudo, bien delimitado), acompañado de náuseas en aproximadamente la mitad de los pacientes.
- Puede haber fiebre baja.
- Dolor a la palpación en el **punto de McBurney; signo de Rovsing** positivo (ver Capítulo 1).
- Si el apéndice se perfora, el cuadro pasa a ser el de una **peritonitis**: distensión abdominal por íleo paralítico y marcado deterioro del estado general.
- **No se deben administrar laxantes ni enemas** ante sospecha de apendicitis: pueden aumentar la presión intraluminal y favorecer la perforación de un apéndice ya inflamado.

Estudios diagnósticos

- Hemograma: leucocitosis con predominio de neutrófilos; proteína C reactiva elevada.
- TC abdominal: aumento del diámetro apendicular (≥ 6 mm es sugestivo) o signos de inflamación localizada.
- Prueba de embarazo en mujeres en edad fértil (para descartar embarazo ectópico antes de estudios radiológicos) y ecografía transvaginal como alternativa diagnóstica.
- Análisis de orina, para descartar infección urinaria o litiasis renal como diagnóstico diferencial.
- Laparoscopia diagnóstica en casos dudosos.

Riesgo de perforación y peritonitis

Este es el punto que el programa pide destacar especialmente: cuanto más tiempo transcurre entre el inicio del dolor y la resolución quirúrgica, mayor es el riesgo de que la apendicitis progrese de un cuadro localizado a uno complicado. Por eso, ante la sospecha clínica, **la consulta y la comunicación tempranas no son un detalle administrativo, sino la variable que más influye en evitar la perforación.**

Tratamiento

- **Apendicectomía** (extirpación quirúrgica del apéndice), lo antes posible, habitualmente por **laparoscopia** (recuperación más rápida) o por laparotomía. En casos de apendicitis no complicada, algunos protocolos han utilizado tratamiento antibiótico conservador, aunque la cirugía inmediata sigue siendo la conducta habitual.
- En la apendicitis **complicada** (gangrena o perforación): antibióticos durante 3-5 días en el posoperatorio.
- Si hay un absceso asociado, puede diferirse la cirugía hasta drenarlo (por vía percutánea o quirúrgica), manteniendo tratamiento antibiótico.

Complicaciones

- Gangrena o perforación apendicular.
- **Peritonitis** (ver 4.5).

- Formación de abscesos (pélvicos, subfrénicos, hepáticos).
- Pileflebitis portal (trombosis séptica de la vena porta), una complicación infrecuente pero grave.

Cuidados de Enfermería (con fundamentación)

Preoperatorios:

Qué hacer	Por qué
Mantener a el paciente en ayunas	Prepara para la cirugía inmediata, que es la conducta habitual
Colocar vía intravenosa y reponer líquidos según indicación	Favorece la función renal adecuada y prepara al paciente para la anestesia
Administrar antibióticos y analgesia según indicación	Reduce el riesgo de infección y controla el dolor sin retrasar la evaluación diagnóstica
No administrar enemas ni laxantes	Como se explicó en el punto de fisiopatología, pueden precipitar la perforación de un apéndice inflamado

Posoperatorios (apendicectomía):

Qué hacer	Por qué
Colocar al paciente en posición de Fowler	Reduce la tensión sobre la incisión y los órganos abdominales, disminuye el dolor y mejora la expansión torácica
Estimular el uso de espirómetro de incentivo cada 2 horas	Disminuye el riesgo de atelectasia asociado a la disminución de la expansión torácica por el dolor
Auscultar el abdomen y preguntar sobre eliminación de gases	Es el indicador principal del retorno de la función intestinal tras la cirugía
Alentar la deambulación temprana el mismo día de la cirugía	Reduce el riesgo de atelectasia y de tromboembolismo venoso
Vigilar la producción de orina	Detecta tempranamente retención urinaria posoperatoria o un estado de hidratación inadecuado
En apendicitis complicada, vigilar temperatura, frecuencia cardíaca y recuento de leucocitos	Pueden formarse abscesos secundarios (pélvicos, subfrénicos, hepáticos); estos parámetros son los primeros en alterarse si esto ocurre
Educación sobre cuidados de la incisión y restricciones de actividad al alta	El paciente puede recibir el alta el mismo día de la cirugía (si fue laparoscópica y sin complicaciones); una educación clara evita complicaciones domiciliarias

4.4 DIVERTICULITIS

Definición

Un **divertículo** es una protrusión sacular de la mucosa y submucosa del intestino a través de un punto débil de la capa muscular, más frecuente en el **colon sigmoidees**. La **diverticulosis** es la presencia de divertículos sin inflamación ni síntomas (muy frecuente y, en el 80% de los casos, nunca da complicaciones). La **diverticulitis** es la inflamación de uno o más divertículos, que se produce por una **microperforación** del colon a nivel del divertículo.

Clasificación

La gravedad de la diverticulitis aguda se clasifica según la **escala de Hinchey**, que orienta el tratamiento:

Estadio de Hinchey	Complicación
I	Absceso pericólico o mesentérico localizado
II	Absceso pélvico, intraabdominal o retroperitoneal, alejado de la pared
III	Peritonitis purulenta generalizada
IV	Peritonitis fecal generalizada

Etiología

Baja ingesta de fibra dietética, obesidad, tabaquismo, uso regular de antiinflamatorios no esteroideos, antecedentes familiares. La prevalencia aumenta marcadamente con la edad (presente en la mitad de los mayores de 65 años).

Fisiopatología

La alta presión intraluminal, sumada a un bajo volumen de contenido colónico (por poca fibra) y a cambios en la fuerza muscular de la pared del colon, favorece la herniación de la mucosa a través de puntos débiles de la pared muscular, formando los divertículos. El contenido intestinal puede acumularse y descomponerse dentro del divertículo, generando inflamación e infección; si la pared debilitada del divertículo se perfora (microperforación), se produce la diverticulitis, que puede evolucionar a abscesos, y estos a su vez perforarse y generar peritonitis, o erosionar vasos sanguíneos cercanos y producir hemorragia.

Cuadro clínico

- **Dolor agudo en fosa ilíaca izquierda** (hasta el 70% de los pacientes), de intensidad variable.
- Cambio del hábito intestinal (con frecuencia, estreñimiento).
- Náuseas, fiebre, leucocitosis.
- Si hay absceso: dolor a la palpación, masa palpable, fiebre y leucocitosis más marcadas.
- Complicaciones crónicas por episodios recurrentes: formación de **fístulas** (colovesicales, colovaginales) y **estenosis** del colon por cicatrización repetida, que puede llevar a obstrucción intestinal (relación directa con el Capítulo 2).

Estudios diagnósticos

- **TC abdominal con contraste:** estudio de elección para confirmar diverticulitis, detectar perforación y abscesos.
- Hemograma (leucocitosis).
- Radiografía de abdomen: puede mostrar aire libre bajo el diafragma si hay perforación.
- Colonoscopia: útil para diagnosticar la diverticulosis de base, pero **se evita en el episodio agudo** de diverticulitis por el riesgo de perforación durante el procedimiento.

Tratamiento

- **Diverticulitis no complicada (estadio I de Hinchey):** tratamiento ambulatorio en el 80% de los casos: reposo, dieta líquida inicial y progresión a dieta alta en fibra y baja en grasas una vez resuelto el episodio; analgesia.
- **Diverticulitis con síntomas graves o estadio II:** hospitalización, ayuno, líquidos intravenosos, aspiración nasogástrica si hay vómitos o distensión, antibióticos de amplio espectro.
- **Estadios III y IV de Hinchey (peritonitis):** indicación **quirúrgica**. Según la extensión del compromiso, puede realizarse una resección con anastomosis en un solo tiempo, o un procedimiento en varios tiempos con **colostomía temporal** (procedimiento de Hartmann) que se reconecta en una segunda cirugía una vez resuelta la infección — esta es una de las indicaciones de ostomía que ya presentamos en el Capítulo 3.
- Los abscesos sin peritonitis, hemorragia u obstrucción pueden tratarse con **drenaje percutáneo guiado por TC** más antibióticos, reservando la cirugía definitiva para varias semanas después, una vez resuelta la inflamación aguda.

Complicaciones

Que pueden conducir a resolución quirúrgica: **perforación, absceso, peritonitis generalizada, hemorragia digestiva baja, fístulas (colovesicales o colovaginales), obstrucción intestinal por estenosis cicatricial.**

Cuidados de Enfermería (con fundamentación)

Qué hacer	Por qué
Valorar localización y evolución del dolor (típicamente en FII)	Un dolor que se generaliza o se intensifica puede indicar progresión hacia perforación o peritonitis
Mantener reposo intestinal (ayuno, líquidos IV) en el episodio agudo hospitalario	Reduce el trabajo del colon inflamado y disminuye el riesgo de progresión
Vigilar fiebre, leucocitosis y signos de irritación peritoneal	Son los indicadores tempranos de que el cuadro pasó de una diverticulitis no complicada a una complicada (Hinchey II o más)
Educación sobre la dieta alta en fibra una vez resuelto el episodio agudo (nunca durante la fase inflamatoria)	La fibra aumenta el volumen de las heces y reduce la presión intraluminal a largo plazo, pero durante la inflamación aguda el intestino necesita reposo, no estímulo

Qué hacer	Por qué
Registrar características de la materia fecal (sangre, cambios en la forma de las heces)	Puede indicar hemorragia diverticular o el inicio de una estenosis cicatricial
Si se realizó colostomía, aplicar los cuidados desarrollados en el Capítulo 3	La diverticulitis complicada es una de las indicaciones más frecuentes de ostomía temporal

4.5 PERITONITIS

Definición

La **peritonitis** es la inflamación del peritoneo, la membrana serosa que recubre la cavidad abdominal y las vísceras. En general es consecuencia de una infección bacteriana, aunque también puede deberse a hongos, micobacterias o fuentes externas (cirugía, traumatismo, diálisis peritoneal).

Clasificación

- **Peritonitis primaria** (o peritonitis bacteriana espontánea): infección bacteriana espontánea del líquido ascítico, más frecuente en pacientes con insuficiencia hepática.
- **Peritonitis secundaria**: la más frecuente en el contexto de este módulo; ocurre por la **perforación de un órgano abdominal**, con derrame de su contenido hacia la cavidad peritoneal. Sus causas más comunes son, justamente, las patologías que venimos desarrollando en este capítulo: apéndice o úlcera péptica perforados, colon sigmoideo perforado por diverticulitis grave, y también la estrangulación del intestino delgado (Capítulo 2) o la perforación vesicular por colecistitis (4.2).
- **Peritonitis terciaria**: por sobreinfección en un paciente inmunocomprometido; poco frecuente.

Etiología

Como se desprende de la clasificación, la peritonitis secundaria es, en la práctica, la **complicación común** hacia la que convergen la apendicitis perforada, la diverticulitis complicada, la colecistitis gangrenada y perforada, la úlcera péptica perforada y la estrangulación intestinal. Por eso este apartado funciona como cierre integrador del capítulo: casi todas las patologías desarrolladas hasta acá pueden terminar en una peritonitis si no se tratan a tiempo.

Fisiopatología

La filtración del contenido de un órgano abdominal hacia la cavidad peritoneal (por inflamación, infección, isquemia, traumatismo o perforación) desencadena proliferación bacteriana, edema tisular y exudación de líquido, que se vuelve turbio por el aumento de proteínas, leucocitos, desechos celulares y sangre. El intestino responde primero con hipermotilidad y luego con **íleo paralítico** (ver Capítulo 2), con acumulación de aire y líquido. Ese líquido "secuestrado" en la cavidad peritoneal reduce el volumen circulante efectivo, generando hipovolemia — el mismo mecanismo de pérdida de líquido hacia un espacio no funcional que vimos en la oclusión intestinal y en la pancreatitis.

Cuadro clínico

- Dolor que comienza **difuso** y se vuelve **constante, localizado y más intenso** en el sitio del proceso original (sitio de máxima irritación peritoneal).

- El dolor **empeora con el movimiento**.
- Área abdominal extremadamente sensible, distendida, con **rigidez muscular** (defensa/contractura).
- Dolor a la descompresión (rebote).
- Anorexia, náuseas y vómitos; disminución del peristaltismo, que evoluciona a íleo paralítico.
- Fiebre (inicialmente 37,8-38,3 °C) con aumento de la frecuencia cardíaca.
- Sin tratamiento oportuno, el cuadro progresa hacia **sepsis y shock séptico**: hipotensión, deterioro del sensorio, compromiso multiorgánico.

Estudios diagnósticos

- Hemograma: leucocitosis, con aumento relativo de neutrófilos inmaduros (en banda), compatible con infección bacteriana.
- Hemoglobina y hematocrito (pueden estar bajos si hubo pérdida de sangre).
- Electrolitos séricos (alterados por vómitos y secuestro de líquido).
- Radiografía de abdomen: aire y niveles de líquido, asas distendidas.
- Ecografía abdominal: puede mostrar abscesos y colecciones líquidas.
- TC de abdomen: detecta abscesos con buena precisión.
- Punción/aspiración peritoneal con cultivo y antibiograma: confirma la infección e identifica el microorganismo.

Tratamiento

- **Reposición de líquidos, coloides y electrolitos** por vía intravenosa: es el objetivo médico principal, dado que se movilizan grandes volúmenes de líquido y electrolitos desde el espacio vascular hacia la cavidad peritoneal.
- Analgesia y antieméticos.
- **Sonda nasogástrica con aspiración**, para aliviar la distensión y estimular la recuperación de la función intestinal.
- Oxigenoterapia (el líquido intraabdominal puede comprimir y restringir la expansión pulmonar); en casos graves, asistencia respiratoria mecánica.
- **Antibioticoterapia de amplio espectro** por vía intravenosa, iniciada rápidamente, hasta identificar el microorganismo causante.
- **Tratamiento quirúrgico dirigido a la causa**: extirpación del órgano afectado (por ejemplo, apendicectomía), resección intestinal con o sin anastomosis, reparación de la perforación, y drenaje del absceso. En sepsis generalizada puede requerirse una derivación fecal (ostomía, ver Capítulo 3).
- En casos seleccionados, el **drenaje percutáneo guiado por ecografía o TC** de abscesos puede evitar o postergar la cirugía.

Complicaciones

Sepsis y shock séptico, con compromiso sistémico (respiratorio, renal, cardiovascular, de la coagulación) — es la razón por la cual la peritonitis se considera, dentro de este módulo, la complicación más grave a la que puede conducir cualquiera de las otras patologías abdominales desarrolladas.

Cuidados de Enfermería (con fundamentación)

Qué hacer	Por qué
Valorar el tipo y la localización del dolor, y su relación con el movimiento	Un dolor que empeora con el movimiento y mejora con la inmovilidad es característico de la irritación peritoneal; ayuda a diferenciar peritonitis de otros cuadros
Controlar signos vitales de forma estrecha, en particular temperatura, frecuencia cardíaca y presión arterial	Son los primeros indicadores de progresión hacia sepsis y shock séptico, la complicación más temida de este cuadro
Registrar balance hídrico estricto	El paciente pierde grandes volúmenes de líquido hacia la cavidad peritoneal; sin este registro, la reposición no puede ajustarse adecuadamente
Vigilar el estado respiratorio y colaborar con oxigenoterapia según indicación	La distensión abdominal puede restringir la expansión pulmonar; anticiparlo evita una insuficiencia respiratoria evitable
Cuidar la sonda nasogástrica (permeabilidad, débito)	Es una medida terapéutica central para reducir la distensión y favorecer la recuperación del tránsito intestinal
Administrar antibióticos según horario estricto	La demora en la antibioticoterapia empeora directamente el pronóstico en un cuadro séptico en curso
Preparar al paciente para cirugía de urgencia cuando se indique	La peritonitis secundaria generalizada requiere, en la mayoría de los casos, resolución quirúrgica de la causa; cada hora de demora incrementa el riesgo de shock séptico establecido

Caso clínico 5

Ana, 34 años, con antecedente de dolor en fosa ilíaca derecha de 30 horas de evolución que en las últimas 4 horas se generalizó a todo el abdomen. Se la observa quieta, evitando moverse, con facies de dolor. Al examen: FC 118 lpm, TA 95/60 mmHg, T° 38,6 °C, abdomen rígido, con defensa generalizada y dolor a la descompresión difuso. Ruidos hidroaéreos ausentes.

Preguntas para razonar:

- ¿Qué patología de este capítulo es la causa más probable del cuadro de Ana, dado el antecedente de dolor en FID?
- ¿Qué datos del examen físico confirman que el proceso ya es una peritonitis generalizada?
- ¿Qué signos de alarma indican riesgo de shock séptico?
- ¿Qué cuidados de enfermería son prioritarios en este momento?

Resolución fundamentada: el antecedente de dolor en FID de más de 24 horas de evolución que se generaliza sugiere fuertemente una **apendicitis complicada con perforación** (4.3), que evolucionó a peritonitis generalizada (4.5) — un ejemplo directo de cómo estas patologías se conectan entre sí, como

se explicó al inicio de este apartado. La actitud de inmovilidad (el dolor peritoneal empeora con el movimiento), el abdomen rígido con defensa generalizada, el dolor a la descompresión difuso y la ausencia de ruidos hidroaéreos (íleo paralítico) confirman la irritación peritoneal generalizada. La taquicardia, la hipotensión relativa y la fiebre son signos de alarma que anticipan progresión a sepsis y shock séptico. Los cuidados prioritarios incluyen: control estricto y frecuente de signos vitales, colocación de vía intravenosa para reposición de líquidos, colaboración en la colocación de sonda nasogástrica, inicio de antibioticoterapia según indicación médica, y preparación inmediata para cirugía de urgencia.

Signos de alarma del capítulo (cuadro resumen)

Patología	Signos de alarma prioritarios
Pancreatitis	Dolor en aumento (sospecha de hemorragia), equimosis periumbilical/en flancos, hipotensión, dificultad respiratoria
Colecistitis	Fiebre en ascenso, defensa/dolor a la descompresión, ictericia
Apendicitis	Dolor que se generaliza, fiebre, taquicardia, distensión (sospecha de perforación)
Diverticulitis	Fiebre y leucocitosis en aumento, signos de irritación peritoneal, sangrado rectal
Peritonitis	Taquicardia, hipotensión, fiebre en aumento, alteración del sensorio (shock séptico)

Lo esencial

- No toda pancreatitis requiere cirugía: la mayoría se trata médicamente; la cirugía se reserva para complicaciones o para tratar la causa biliar de fondo.
- La colelitiasis (cálculos) y la colecistitis (inflamación) no son sinónimos, aunque la mayoría de las colecistitis agudas se originan en una colelitiasis complicada.
- La apendicitis es la causa más frecuente de abdomen agudo quirúrgico; su dolor migratorio (periumbilical → FID) es un patrón diagnóstico clave, y el tiempo hasta la cirugía condiciona directamente el riesgo de perforación.
- La diverticulitis se origina en una microperforación de un divertículo colónico; la escala de Hinchey orienta si el tratamiento será médico o quirúrgico.
- La peritonitis secundaria es, en la práctica, el punto de convergencia de casi todas las patologías de este capítulo cuando no se tratan a tiempo, y puede progresar a sepsis y shock séptico.
- Un dolor que se generaliza, se intensifica o se acompaña de fiebre en ascenso es, en cualquiera de estas cinco patologías, señal de que el cuadro está progresando hacia una complicación quirúrgica.
- La reposición de líquidos y electrolitos, y la vigilancia hemodinámica estrecha, son intervenciones de enfermería centrales en las cinco patologías, porque todas comparten mecanismos de pérdida de volumen hacia espacios no funcionales (tercer espacio, cavidad peritoneal).

CAPÍTULO 5

COLECISTECTOMÍA Y DRENAJE DE KEHR

Aviso sobre fuentes de este capítulo, tal como lo anticipé en el análisis inicial: la sección de colecistectomía se desarrolla íntegramente a partir del capítulo de Brunner & Suddarth (que resultó tener más detalle del que estimé al principio, incluyendo el manejo práctico de la sonda en "T"). Para completar el débito biliar normal esperado, el protocolo de pinzamiento y las complicaciones específicas del drenaje —datos que el programa exige y que Brunner no precisa numéricamente—, complementé con dos fuentes académicas: un artículo de la revista Cirugía Española (Elsevier) y una guía clínica quirúrgica especializada. Cada dato complementario está señalado expresamente en el texto.

Objetivos de aprendizaje

Al finalizar este capítulo, el estudiante será capaz de:

1. Describir la colecistectomía: sus indicaciones, objetivo, tipos de abordaje y los cuidados de enfermería en las etapas pre y posoperatoria.
2. Explicar qué es un drenaje de Kehr, dónde se coloca y cómo funciona, comprendiendo el mecanismo y no solo memorizando su definición.
3. Registrar correctamente el débito y las características de un drenaje de Kehr.
4. Reconocer los signos de alarma asociados a la colecistectomía y al drenaje de Kehr.
5. Planificar la educación para el alta del paciente con colecistectomía y/o drenaje de Kehr.

PARTE A — COLECISTECTOMÍA

Definición

La **colecistectomía** es la extirpación quirúrgica de la vesícula biliar. Es el tratamiento definitivo de la colelitiasis sintomática y de la colecistitis aguda que desarrollamos en el Capítulo 4.2.

Objetivo

Aliviar los síntomas persistentes (cólico biliar recurrente), eliminar la causa del dolor biliar y tratar la colecistitis aguda, evitando su recurrencia y sus complicaciones (empiema, gangrena, perforación, peritonitis, pancreatitis biliar).

Indicaciones

- Colelitiasis sintomática (cólicos biliares recurrentes).
- Colecistitis aguda (litiásica o alitiásica).
- Coledocolitiasis asociada.
- Prevención de complicaciones en pacientes con cálculos de alto riesgo.

Tipos de abordaje

Abordaje	Características
Colecistectomía laparoscópica	Es el estándar de tratamiento actual para los cálculos biliares sintomáticos: se extirpa la vesícula a través de pequeñas incisiones (una de ellas, generalmente umbilical). Reduce el riesgo quirúrgico, la duración de la hospitalización y el tiempo de recuperación en comparación con la cirugía abierta
Colecistectomía abierta (tradicional)	Se reserva para casos poco frecuentes (por ejemplo, conversión intraoperatoria por dificultad técnica o hallazgos complejos); se realiza mediante una incisión subcostal derecha; implica mayor dolor posoperatorio, mayor riesgo de complicaciones respiratorias por la ubicación alta de la incisión, y recuperación más prolongada
Colecistectomía con incisión pequeña	Variante con una incisión más reducida que la cirugía abierta tradicional; permite una estancia hospitalaria más corta, aunque su uso es controvertido porque ofrece una exposición más limitada de las estructuras biliares

Alternativas para pacientes de alto riesgo quirúrgico (colecistitis aguda grave en pacientes que no toleran una cirugía mayor o anestesia general): **coledocostomía** (incisión en el colédoco para extraer cálculos y colocar un tubo de drenaje mientras cede la inflamación, antes de una colecistectomía diferida) y **colecistostomía** quirúrgica o percutánea (drenaje directo de la vesícula sin extirparla, para descomprimir y tratar la infección en un paciente demasiado inestable para una cirugía mayor).

Preparación preoperatoria

- Estudios preoperatorios: radiografía de tórax, electrocardiograma, pruebas de función hepática, estudios de imagen de la vesícula biliar.
- Corrección de la coagulación (vitamina K si el tiempo de protrombina está alterado, algo frecuente cuando hay obstrucción biliar prolongada, como se explicó en el Capítulo 4.2).
- Valoración y optimización del estado nutricional.
- **Suspensión de tabaco** antes de la cirugía, cuando sea posible, para mejorar la recuperación pulmonar y reducir el riesgo de complicaciones respiratorias.
- Suspender ácido acetilsalicílico, antiinflamatorios y otros fármacos o remedios que alteren la coagulación, según indicación médica.
- Capacitación preoperatoria sobre cómo moverse, toser y respirar profundamente después de la cirugía, y anticipar al paciente que puede necesitar sondas de drenaje o sonda nasogástrica en el posoperatorio inmediato (sobre todo si el abordaje es abierto).
- Preparación general propia de cualquier cirugía abdominal (ver Capítulo 6).

Cuidados posoperatorios

Posición y primeras horas: el paciente se ubica en posición de Fowler baja al recuperarse de la anestesia. Se pueden indicar líquidos intravenosos y, en procedimientos no laparoscópicos, aspiración nasogástrica para aliviar la distensión abdominal.

Manejo del dolor

En la cirugía **no laparoscópica**, la incisión subcostal alta suele hacer que el paciente evite moverse y respire de forma superficial para evitar el dolor —justamente lo contrario de lo que se necesita para prevenir complicaciones respiratorias—. Por eso:

- Se administra analgesia según indicación, no solo para el confort del paciente sino como condición para que pueda movilizarse, toser y respirar profundo sin evitarlo.
- Se puede sugerir el uso de una almohada o cojín sobre la incisión para amortiguar el dolor durante estas maniobras.

Control respiratorio

Tanto la cirugía de vías biliares como cualquier incisión abdominal alta predisponen a complicaciones pulmonares (atelectasia, neumonía). Por eso se indican respiraciones profundas y tos asistida cada hora, uso temprano y constante de espirómetro de incentivo, y deambulación temprana (que además previene tromboembolismo venoso). Estas complicaciones son más frecuentes en personas mayores, con obesidad o con enfermedad pulmonar previa.

Control de la herida y del drenaje biliar (cuando corresponde)

- Si se colocó un tubo de drenaje (por ejemplo, tras una coledocostomía), debe conectarse de inmediato a un receptáculo y fijarse de forma que el paciente pueda moverse sin acodarlo ni desplazarlo.
- Vigilar signos de infección de la herida, filtración de bilis hacia la piel o hacia la cavidad peritoneal, y obstrucción del drenaje.
- La bilis es **corrosiva para los tejidos**: si drena alrededor de una sonda o hacia la piel, requiere cambios frecuentes de apósito y protección cutánea.

Alimentación

- Con abordaje laparoscópico, se pueden ofrecer agua y otros líquidos pocas horas después de la cirugía.
- Una vez que retornan los ruidos intestinales, se inicia una **dieta blanda**, habitualmente al día siguiente en los procedimientos laparoscópicos.
- Se recomienda una dieta **baja en grasas y alta en hidratos de carbono y proteínas** en el posoperatorio inmediato. Al momento del alta, en general no se requieren restricciones dietéticas estrictas y permanentes, salvo mantener una alimentación saludable y evitar el exceso de grasas (que pueden desencadenar molestias digestivas mientras el organismo se adapta a la ausencia de la vesícula).

Movilización

Deambulación temprana, tan pronto como el paciente lo tolere, para prevenir complicaciones respiratorias y tromboembólicas — el mismo principio que se aplica a cualquier cirugía abdominal.

Signos de alarma tras la colecistectomía

- Fiebre.
- Dolor abdominal en aumento, especialmente en hipocondrio derecho.
- Ictericia (color amarillento de piel y esclerótica).

- Náuseas y vómitos persistentes.
- Filtración de bilis alrededor de una sonda de drenaje.
- Heces color arcilla o grisáceas (sugieren que la bilis no está llegando al duodeno).
- Sangrado por la herida o por el drenaje.
- Cualquier cambio significativo en los signos vitales.

Educación al alta

- Cuidado de la incisión (higiene, cuándo puede mojarse, cuándo consultar por signos de infección).
- Reconocimiento de los signos de alarma listados arriba, con indicación clara de cuándo y a quién consultar.
- Pautas de alimentación (dieta baja en grasas los primeros días; sin restricciones estrictas y permanentes en la mayoría de los pacientes).
- Restricciones de actividad: evitar levantar objetos pesados en el posoperatorio inmediato; la actividad normal suele poder retomarse de forma progresiva.
- Si el paciente se va de alta con un drenaje aún colocado (por ejemplo, un tubo de Kehr), requiere capacitación específica sobre su función y cuidado —desarrollada en la Parte B de este capítulo—.
- Turno de control con el equipo quirúrgico para seguimiento de la herida y, si corresponde, retiro de suturas o del drenaje.

PARTE B — DRENAJE DE KEHR

Qué es, de forma sencilla

Imaginá la vía biliar como una cañería: la bilis se produce en el hígado, baja por los conductos hepáticos, se junta en un conducto único —el **colédoco**— y desemboca en el duodeno, donde ayuda a digerir las grasas. El **drenaje de Kehr** (también llamado **tubo en "T"**, porque tiene justamente esa forma) es un tubo de goma o silicona blanda que el cirujano coloca **directamente sobre esa cañería**, cuando fue necesario abrirla durante una cirugía de la vía biliar.

Dónde se coloca

Se inserta atravesando una pequeña incisión en el propio colédoco (**coledocotomía**): una rama corta del tubo queda dentro del colédoco (una parte incluso puede alcanzar el conducto hepático), y la rama larga se exterioriza a través de la pared abdominal, conectada a una bolsa colectora externa.

(Fuente: descripción anatómica complementada con Fuente: Grupo de trabajo sobre drenajes biliares, "Complicaciones relacionadas con el tubo en 'T' en cirugía biliar", Cirugía Española, Elsevier.)

Para qué sirve y en qué situaciones se utiliza

El tubo de Kehr se coloca, típicamente, después de que el cirujano tuvo que abrir el colédoco para **extraer cálculos** que estaban alojados ahí (coledocolitiasis) durante una colecistectomía, o en el contexto de una coledocostomía (Parte A) en un paciente demasiado inestable para una cirugía mayor. Sus funciones son:

- **Descomprimir** la vía biliar mientras cede la inflamación o el edema de la zona operada (recordá el mecanismo de la coledocostomía que vimos en el Capítulo 4.2: se retira el cálculo, se coloca la sonda, y se espera a que baje la inflamación antes de la colecistectomía definitiva).
- **Prevenir la peritonitis biliar:** sin una vía de salida controlada, la sutura de la coledocotomía podría filtrar bilis hacia la cavidad peritoneal mientras cicatriza.
- Permitir, si hiciera falta, **tratar cálculos residuales** mediante lavado a través del propio tubo.
- Servir de **acceso** para estudios radiológicos de control (colangiografía a través del tubo) que confirman que la vía biliar quedó permeable antes de retirarlo.

Cómo funciona: la clave para entenderlo, no solo memorizarlo

Este es el punto que más conviene comprender en profundidad. El tubo de Kehr **no reemplaza** el camino natural de la bilis hacia el duodeno: ese camino sigue existiendo, aunque en los primeros días del posoperatorio puede estar parcialmente dificultado por el edema propio de la zona operada. Mientras eso ocurre, el tubo le da a la bilis una salida alternativa hacia el exterior, evitando que se acumule y genere presión dentro de la vía biliar —lo que podría causar dolor o favorecer una filtración hacia el peritoneo—. Por eso se lo describe como una **válvula de seguridad**: no es la vía principal, sino una salida de emergencia mientras el camino natural termina de recuperarse.

Para que esa salida funcione de forma segura, el sistema se maneja como un **drenaje cerrado por gravedad**: la bolsa colectora se mantiene **por debajo del nivel del abdomen** del paciente (en la práctica, sujeta a la cama, por debajo de la cintura), de modo que la bilis fluya libremente hacia afuera sin resistencia y sin riesgo de que el contenido de la bolsa retroceda hacia el colédoco. Mantener la bolsa siempre por debajo del paciente —nunca por encima— es, por eso, uno de los controles que enfermería debe verificar en cada turno.

Nota sobre las fuentes: algunos textos (por ejemplo, Brunner y Suddarth, *Enfermería Médico-Quirúrgica*, citando a Townsend et al., 2016) mencionan que, en situaciones puntuales, el equipo tratante puede indicar colocar el receptáculo en una posición elevada respecto del abdomen, como forma deliberada de limitar la pérdida externa de bilis y favorecer su paso hacia el duodeno. Esa es una indicación médica específica y excepcional —no la posición habitual de manejo por enfermería—. **La práctica estándar, y la que debe aplicarse salvo indicación médica expresa en contrario, es el drenaje cerrado por gravedad, con la bolsa colectora siempre por debajo del nivel del abdomen del paciente.**

Esto explica algo que suele confundir a los estudiantes: **un descenso progresivo del débito por el tubo no es un problema, es la señal de que el drenaje está funcionando como se espera** (la bilis está volviendo a preferir su camino natural). Lo que sí sería preocupante es un aumento sostenido del débito o un débito que no baja con los días, porque sugeriría que el paso hacia el duodeno sigue obstruido.

Características del drenaje: qué es normal

(Datos complementarios de fuentes académicas externas, ya que Brunner no los precisa numéricamente — Fuente: guiadelcirujano.com, guía clínica quirúrgica sobre manejo del tubo de Kehr, y Cirugía Española, Elsevier.)

- El hígado produce, en un día, alrededor de 1000 mL de bilis. Con el tubo funcionando correctamente y buen pasaje hacia el duodeno, es esperable que el drenaje arroje aproximadamente **400 a 500 mL por día**.
- Un débito que se mantiene por debajo de ese rango sugiere buen pasaje hacia el duodeno (justamente lo esperado, como se explicó arriba).

- Un débito que **supera los 500 mL diarios de forma sostenida** puede sugerir hipertensión o algún grado de obstrucción en la vía biliar, y debe comunicarse.
- La bilis normal es un líquido de color entre amarillo-dorado y verde oscuro; **no debe ser turbia, purulenta ni tener sangre.**

Qué debe observar Enfermería

- **Cantidad** del débito, cada 24 horas.
- **Color y aspecto** de la bilis drenada (turbidez, presencia de sangre o pus).
- **Permeabilidad** del tubo (que no esté acodado, comprimido o desplazado).
- **Posición de la bolsa colectora**, siempre por encima del nivel del abdomen del paciente, salvo indicación médica expresa en contrario (por lo explicado en el punto anterior sobre el funcionamiento del sistema).
- **Piel alrededor del sitio de inserción:** por la naturaleza corrosiva de la bilis, cualquier filtración periférica puede lesionar la piel si no se protege.
- **Coloración de piel y esclerótica** (ictericia) y **color de las heces** (heces color arcilla sugieren que la bilis no está llegando al duodeno).
- **Signos generales:** dolor en hipocondrio derecho, fiebre, náuseas y vómitos.

Cuidados del drenaje

- Fijar el tubo de forma segura, con margen suficiente para que el paciente pueda moverse sin desplazarlo ni acodarlo.
- Mantener el sistema cerrado y la bolsa colectora en posición elevada respecto del abdomen (salvo indicación contraria).
- Realizar cambios de apósito según necesidad, aplicando protección cutánea si hay filtración (por el efecto corrosivo de la bilis sobre la piel).
- No pinzar el tubo por iniciativa propia: el **pinzamiento es una indicación médica**, que habitualmente se realiza de forma progresiva —por ejemplo, pinzándolo antes y después de las comidas, para que la bilis vuelva a pasar al duodeno y colabore con la digestión— y solo después de confirmar, mediante una colangiografía a través del propio tubo, que la vía biliar está permeable.

Registro del débito y sus características

Es una tarea de enfermería central en el cuidado de este drenaje:

- Medir y registrar el volumen cada 24 horas.
- Registrar color y características del líquido.
- Comparar la tendencia día a día (¿está descendiendo de forma progresiva, como se espera, o se mantiene elevado o en aumento?).
- Incluir el débito del drenaje en el balance hídrico general del paciente.
- En pacientes con drenaje biliar, también se vigila el color de la orina y de las heces, ya que reflejan si los pigmentos biliares están volviendo a su circuito normal hacia el duodeno.

Signos de alarma específicos del drenaje de Kehr

(Complementado con: *Cirugía Española, Elsevier*)

- Débito mayor a 500 mL/día de forma sostenida, o que no desciende con los días.
- Bilis turbia, con sangre o de aspecto purulento.
- Dolor abdominal intenso, defensa o signos de irritación peritoneal (posible filtración hacia la cavidad peritoneal).
- Fiebre.
- Ictericia progresiva, heces color arcilla, orina muy oscura.
- Salida de líquido biliar alrededor del tubo (filtración externa) o por la herida.
- Retiro accidental del tubo.

Educación al paciente

- Explicar en términos simples qué es el tubo, por qué lo tiene y qué función cumple (recordar la analogía de la "válvula de seguridad" del punto anterior suele ayudar a que el paciente comprenda por qué debe cuidarlo, y no solo que "no debe tocarlo").
- Enseñar a mantener la bolsa colectora en la posición correcta y a evitar tracciones o acodamientos.
- Enseñar a reconocer los signos de alarma y a quién consultar si aparecen.
- Si el paciente es dado de alta con el tubo aún colocado, reforzar la capacitación sobre su manejo cotidiano (higiene alrededor del sitio de inserción, manejo de la bolsa, actividades a evitar).
- Explicar que el retiro del tubo (habitualmente entre los 7 y los 14 días, según la evolución y una vez confirmada la permeabilidad de la vía biliar mediante colangiografía) es un procedimiento sencillo, programado por el equipo tratante, y no algo que deba resolver el paciente por su cuenta.

Para Enfermería (síntesis con fundamentación)

Qué hacer	Por qué
Registrar el débito del drenaje de Kehr cada 24 horas y observar su tendencia	Un descenso progresivo indica que el drenaje cumple su función de "válvula de seguridad" mientras se recupera el paso natural hacia el duodeno; un aumento sostenido sugiere obstrucción
Mantener la bolsa colectora en posición elevada respecto del abdomen	Es lo que permite que el sistema drene "por presión" y no de forma continua, favoreciendo que la bilis circule por su vía natural en cuanto sea posible
Nunca pinzar el tubo sin indicación médica	El pinzamiento se indica recién cuando se confirmó, con estudios, que la vía biliar está permeable; hacerlo antes puede generar acumulación de presión y filtración

Qué hacer	Por qué
Proteger la piel periinserción ante cualquier filtración	La bilis es corrosiva para los tejidos: sin protección adecuada, una filtración leve puede evolucionar rápidamente a una lesión cutánea
Vigilar color de piel, esclerótica, heces y orina	Son los indicadores indirectos de si la bilis está volviendo a circular normalmente hacia el duodeno o si persiste algún grado de obstrucción
Comunicar de inmediato dolor, fiebre o signos de irritación peritoneal	Pueden indicar una filtración de bilis hacia la cavidad peritoneal, con riesgo de peritonitis biliar —la complicación más grave asociada a este drenaje—

Caso clínico 6

Silvia, 47 años, en el 3° día del posoperatorio de una colecistectomía con coledocostomía y colocación de tubo de Kehr por coledocolitiasis. La bolsa colectora, ubicada por debajo del nivel de la cama, muestra un débito de 650 mL en las últimas 24 horas, de color amarillo claro. Silvia pregunta por qué "sale tanta bilis" si se supone que se está recuperando.

Preguntas para razonar:

- ¿Qué error en el manejo del sistema de drenaje podría estar contribuyendo al débito elevado?
- ¿Qué le explicarías a Silvia sobre el funcionamiento del tubo para responder su pregunta?
- ¿Qué otros datos evaluarías antes de comunicar este hallazgo al equipo médico?
- ¿Qué corresponde corregir de inmediato?

Resolución fundamentada: el dato más relevante del caso es que la bolsa colectora está ubicada **por debajo** del nivel de la cama, en lugar de en la posición elevada que corresponde. Como se explicó en el punto "Cómo funciona", esa posición hace que el sistema drene por gravedad de forma continua, en lugar de actuar como una válvula de seguridad que solo libera bilis cuando hay exceso de presión — esto puede explicar, al menos en parte, el débito elevado (650 mL, por encima del rango esperado de 400-500 mL/día). Corresponde corregir de inmediato la posición de la bolsa, colocándola por encima del nivel del abdomen, y luego reevaluar la tendencia del débito en las horas siguientes antes de sacar conclusiones sobre una eventual obstrucción. Antes de comunicar el hallazgo, conviene también valorar el color y aspecto de la bilis (en este caso, amarillo claro, sin signos de turbidez ni sangre, lo cual es tranquilizador), la coloración de piel y esclerótica, y la presencia o ausencia de dolor, fiebre o signos de irritación peritoneal. A Silvia se le puede explicar, con la analogía de la "válvula de seguridad", que el tubo está ahí para dar salida a la bilis mientras su cuerpo termina de recuperar el camino natural hacia el intestino, y que lo esperable es que, a medida que pasen los días, cada vez salga menos bilis por el tubo.

Lo esencial

- La colecistectomía laparoscópica es hoy el estándar de tratamiento para la enfermedad de la vesícula biliar sintomática, con menor riesgo y recuperación más rápida que la cirugía abierta.

- La colecistectomía abierta, aunque menos frecuente, implica mayor riesgo de complicaciones respiratorias por la ubicación alta de la incisión: la analgesia adecuada es lo que permite al paciente moverse y respirar profundo sin evitarlo por dolor.
- El drenaje de Kehr es una "válvula de seguridad" colocada sobre el colédoco, no un reemplazo del camino natural de la bilis hacia el duodeno.
- La posición elevada de la bolsa colectora es lo que hace que el sistema funcione por presión y no por gravedad continua: es un punto crítico del cuidado de enfermería.
- Un débito que desciende progresivamente es una señal esperada y positiva; un débito que aumenta o se mantiene elevado (por encima de 500 mL/día) es un signo de alarma.
- La bilis es corrosiva para la piel: toda filtración externa requiere protección cutánea inmediata.
- El pinzamiento del tubo es siempre indicación médica, y se realiza solo tras confirmar la permeabilidad de la vía biliar.
- La peritonitis biliar es la complicación más grave asociada al drenaje de Kehr: dolor, fiebre y signos de irritación peritoneal exigen comunicación inmediata.

CAPÍTULO 6

CUIDADOS DE ENFERMERÍA DEL PACIENTE CON AFECCIONES ABDOMINALES DE RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA

Nota sobre las fuentes de este capítulo: este capítulo integra los cuidados que ya aparecieron dispersos en los Capítulos 2 a 5 (preparación preoperatoria de la apendicitis, cuidados posoperatorios de la colecistectomía, manejo de drenajes y sondas, etc.), organizados ahora en un esquema único aplicable a cualquier paciente con una afección abdominal de resolución quirúrgica. Para la tabla de complicaciones posoperatorias se usó Brunner & Suddarth (Tabla 47-6, del capítulo de cirugía colorrectal, aplicable en general a la cirugía abdominal). El marco de seguridad quirúrgica (identificación, lista de verificación, traslado a quirófano) y la valoración inmediata en recuperación posanestésica (escala de Aldrete) no están desarrollados en las fuentes que me diste con el nivel de detalle que exige el programa, así que los completé con bibliografía confiable y actualizada: la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía de la OMS, la guía de ayuno perioperatorio de la Asociación de Anestesia, Analgesia y Reanimación de Buenos Aires (2022), y artículos de enfermería especializados en recuperación posanestésica. Cada dato complementario está señalado expresamente.

Objetivos de aprendizaje

Al finalizar este capítulo, el estudiante será capaz de:

1. Sistematizar los cuidados de enfermería preoperatorios comunes a cualquier paciente con una afección abdominal de resolución quirúrgica, integrando lo desarrollado en los capítulos anteriores.
2. Sistematizar los cuidados de enfermería posoperatorios, desde la recepción del paciente hasta la recuperación de la función digestiva y la movilidad.
3. Reconocer las principales complicaciones posoperatorias de la cirugía abdominal y las intervenciones de enfermería asociadas a cada una.
4. Fundamentar por qué la valoración continua de enfermería es la principal herramienta para prevenir y detectar tempranamente esas complicaciones.
5. Aplicar los cuidados perioperatorios integrados a una situación clínica.

Por qué este capítulo es una integración, y no un tema nuevo

Hasta acá, cada capítulo desarrolló la preparación preoperatoria y los cuidados posoperatorios específicos de una patología: el ayuno y la vigilancia respiratoria de la colecistectomía (Cap. 5), la preparación intestinal antes de una ostomía (Cap. 3), la vigilancia hemodinámica antes de operar una peritonitis (Cap. 4.5). Ese detalle específico sigue siendo válido y no se repite acá.

Lo que este capítulo aporta es el esquema general que subyace a todos esos casos: no importa si el paciente va a cirugía por una apendicitis perforada, una oclusión intestinal o una colecistitis aguda, hay un conjunto de cuidados preoperatorios y posoperatorios que se aplican siempre, y que son la base sobre la cual se agregan las particularidades de cada patología. Entender ese esquema general evita que el estudiante memorice una lista distinta de cuidados por cada enfermedad, y le permite razonar: "esto

es cirugía abdominal, entonces necesito valorar esto, prevenir esto otro, vigilar tal cosa" — sea cual sea el diagnóstico.

PARTE A — CUIDADOS PREOPERATORIOS

Valoración preoperatoria

Antes de cualquier cirugía abdominal, enfermería recoge y verifica: antecedentes personales y quirúrgicos, alergias (a fármacos, al látex, a antisépticos), medicación habitual (especialmente anticoagulantes, antiagregantes y antihipertensivos, cuya suspensión u ajuste depende de indicación médica), resultado de los estudios de laboratorio e imagen ya solicitados según la patología de base (ver los estudios diagnósticos de cada capítulo), estado nutricional e hidratación, y nivel de dolor y de ansiedad.

Por qué importa: esta valoración no es un trámite administrativo. Un antecedente de alergia no registrado, un anticoagulante no suspendido a tiempo o un estudio de laboratorio alterado que pasa desapercibido pueden convertirse en una complicación evitable durante o después de la cirugía.

Signos vitales

Se registra un control basal completo (presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, temperatura, saturación de oxígeno) antes de la cirugía. *Por qué:* este valor basal es el punto de comparación que permite, en el posoperatorio, distinguir una variación normal de una que indica una complicación (por ejemplo, una taquicardia posoperatoria solo se interpreta correctamente si se sabe cuál era la frecuencia cardíaca previa del paciente).

Ayuno preoperatorio

El ayuno preoperatorio busca reducir el volumen y la acidez del contenido gástrico, para disminuir el riesgo de aspiración broncopulmonar durante la inducción anestésica. Las guías actuales de ayuno perioperatorio establecen, para adultos en cirugía programada: 2 horas para líquidos claros, 6 horas para una comida liviana y 8 horas para comidas con alto contenido graso (Fuente complementaria: Asociación de Anestesia, Analgesia y Reanimación de Buenos Aires, "Guías para el ayuno perioperatorio en pacientes adultos y pediátricos", 2022).

Para Enfermería: informar estas pautas al paciente con anticipación, verificar su cumplimiento antes de la cirugía y comunicar cualquier incumplimiento al equipo tratante — nunca decidir por cuenta propia si se sigue adelante con la cirugía. En los cuadros de abdomen agudo con indicación quirúrgica de urgencia (por ejemplo, una apendicitis perforada), el ayuno puede no haberse cumplido por completo; esto se comunica igualmente, porque cambia el manejo anestésico (inducción de secuencia rápida para proteger la vía aérea).

Accesos venosos e hidratación

Se coloca y verifica la permeabilidad de una vía periférica de calibre adecuado, y se administra la hidratación indicada. Esto es especialmente crítico en los pacientes que ya llegan con déficit de volumen por vómitos, tercer espacio o ayuno prolongado —como el paciente con oclusión intestinal (Cap. 2) o con pancreatitis aguda (Cap. 4.1)—, en quienes la corrección hidroelectrolítica previa a la cirugía puede ser tan urgente como la cirugía misma.

Medicación indicada

- Antibióticos profilácticos, cuando están indicados, administrados en la ventana de tiempo adecuada antes de la incisión (Fuente complementaria: la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía de la OMS establece la confirmación de "antibióticos profilácticos" administrados entre 15 y 60 minutos antes de la incisión como uno de los puntos de control antes de operar).
- Suspensión de anticoagulantes, antiagregantes o antiinflamatorios según indicación médica (ver también Cap. 5).
- Premedicación ansiolítica o analgésica, si está indicada.

Preparación física de la zona quirúrgica

Verificar que la zona no tenga vello que dificulte la asepsia y, si es necesario, rasurarla según protocolo institucional; realizar la higiene corporal del paciente, con atención especial a los pliegues cutáneos y al ombligo en la cirugía abdominal (Fuente complementaria: "Cuidados de Enfermería en el Preoperatorio", Revista Electrónica de Portales Médicos). Cuando el protocolo institucional lo indica, se marca el sitio quirúrgico antes de ingresar a quirófano.

Estudios complementarios

Confirmar que los estudios de laboratorio e imagen requeridos según la patología (ver los "Estudios diagnósticos" de cada capítulo) estén realizados, informados y disponibles para el equipo quirúrgico antes del ingreso a quirófano.

Identificación del paciente y seguridad quirúrgica

La identificación correcta del paciente, del procedimiento y del sitio a operar es, junto con el consentimiento informado, uno de los pilares de la seguridad quirúrgica. La Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía de la Organización Mundial de la Salud organiza estos controles en tres momentos, cada uno con la participación activa del equipo (incluida enfermería):

Fase	Cuándo	Qué se verifica
Entrada	Antes de la inducción anestésica	Identificación del paciente, procedimiento y sitio quirúrgico confirmados verbalmente con el paciente; consentimiento informado firmado; marcación del sitio si corresponde; oxímetro de pulso colocado y funcionando; alergias conocidas comunicadas a todo el equipo; riesgo de vía aérea difícil o de aspiración identificado
Pausa quirúrgica	Después de la inducción, antes de la incisión	Cada integrante del equipo se presenta por nombre y función; se confirma nuevamente paciente, procedimiento y sitio correctos; se confirma la administración de antibióticos profilácticos; se revisan los estudios de imagen esenciales

Fase	Cuándo	Qué se verifica
Salida	Durante o inmediatamente después del cierre de la piel	Se confirma la operación realizada; se verifica el conteo de instrumental, gasas y agujas; se rotulan correctamente las muestras quirúrgicas; se revisan los cuidados posoperatorios previstos

(Fuente complementaria: Organización Mundial de la Salud / World Federation of Societies of Anaesthesiologists, "Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía".)

Para Enfermería, esto no es "trabajo del quirófano" únicamente: el personal de enfermería de la unidad de internación es, muchas veces, quien identifica al paciente, verifica el consentimiento firmado y confirma el ayuno y la medicación antes de que el paciente llegue a quirófano — es la primera barrera de seguridad, no la última.

Apoyo emocional

La cirugía genera ansiedad y temor esperables, sea cual sea el diagnóstico. Escuchar las dudas del paciente, brindarle información clara sobre lo que va a suceder (sin promesas que no se puedan cumplir) y permitirle expresar sus temores libremente no es un gesto accesorio: reduce la ansiedad preoperatoria y favorece una mejor tolerancia al dolor y una recuperación más activa en el posoperatorio (Fuente complementaria: "Cuidados de Enfermería en el Preoperatorio", Revista Electrónica de Portales Médicos). Incluir a la familia en la información, cuando el paciente lo autoriza, también forma parte de este cuidado.

Traslado a quirófano

Verificar identificación, historia clínica completa, consentimiento firmado, ayuno cumplido, vía venosa permeable, retiro de prótesis dentales, joyas y esmalte de uñas (que puede interferir con la lectura del oxímetro), y vaciamiento vesical previo si no se colocó sonda. El traslado se realiza en camilla, con barandas colocadas, acompañando al paciente y entregando la información al equipo de quirófano mediante un pase estructurado (identificación, diagnóstico, procedimiento previsto, alergias, estudios pendientes).

PARTE B — CUIDADOS POSOPERATORIOS

Recepción del paciente

El paciente regresa de quirófano (o de la unidad de recuperación posanestésica) con un pase formal del equipo que lo operó y lo anestesió: diagnóstico, procedimiento realizado, hallazgos relevantes, hemodinamia durante la cirugía, drenajes o sondas colocados, y las indicaciones posoperatorias. Enfermería recibe al paciente, lo conecta a los monitores correspondientes y realiza la primera valoración en la unidad de destino.

Valoración inicial y nivel de conciencia

Se valora, en este orden, la vía aérea, la respiración y la circulación, y luego el nivel de conciencia. Una herramienta ampliamente usada en la recuperación posanestésica es la escala de Aldrete, que puntúa de 0 a 2 cinco parámetros —actividad motora, ventilación, circulación, conciencia y color de piel— hasta un máximo de 10 puntos; un puntaje de 9-10 se considera compatible con el alta de la sala de recuperación (Fuente complementaria: Ocronos – Revista Médica, "Evaluación de la Escala de Aldrete en la recuperación postanestésica"). *Por qué le sirve a Enfermería*: convierte una impresión subjetiva ("está

reaccionando bien") en un dato objetivo y comparable entre turnos, que permite detectar tempranamente una recuperación anestésica más lenta de lo esperado.

Signos vitales

Control de signos vitales con la frecuencia que indique el protocolo institucional —habitualmente más estrecha en las primeras horas y luego más espaciada, a medida que el paciente se mantiene estable—. Cualquier tendencia hacia la taquicardia, la hipotensión, la taquipnea o la fiebre se compara siempre contra el valor basal registrado antes de la cirugía, y se comunica sin demora.

Dolor

Se valora con una escala validada (por ejemplo, escala numérica o visual análoga) y se administra la analgesia indicada de forma anticipada, no solo cuando el dolor ya es intenso. Como se explicó en el Capítulo 5, un dolor no controlado hace que el paciente evite moverse, toser y respirar profundo, lo que aumenta el riesgo de las complicaciones respiratorias que se describen más abajo.

Herida quirúrgica

Inspeccionar el apósito (cantidad y características del exudado, si está seco o manchado), la piel perilesional y los signos de infección (rubor, calor, tumefacción, dolor a la palpación, induración, fiebre). Cualquier salida brusca y abundante de líquido seroso por la herida, o la protrusión de vísceras a través de ella, son signos de alarma mayores que se desarrollan más abajo (dehiscencia y evisceración).

Drenajes

Verificar tipo de drenaje, permeabilidad, fijación y posición, según lo desarrollado específicamente para cada dispositivo en los capítulos anteriores (drenaje de Kehr, Cap. 5; drenajes en general asociados a cirugía biliar o peritonitis). Registrar débito y características cada 24 horas y compararlo con la tendencia de los días previos.

Sondas

- Sonda nasogástrica, cuando está indicada (por ejemplo, en oclusión intestinal, Cap. 2, o íleo paralítico posoperatorio): controlar débito, aspecto y permeabilidad, y fijación segura para evitar lesiones nasales.
- Sonda vesical, cuando está colocada: control de diuresis horaria, aspecto de la orina, y cuidados de higiene para prevenir infección urinaria asociada a catéter.

Eliminación

La reaparición de los ruidos intestinales, la eliminación de gases y la primera deposición son los indicadores de que el intestino recuperó su motilidad después de la cirugía (recordar el íleo paralítico posoperatorio esperable descrito en el Cap. 2). Enfermería valora y registra estos datos de forma sistemática, porque son los que habilitan el avance de la dieta.

Balance hídrico

Registro estricto de ingresos (líquidos intravenosos, ingesta oral cuando se habilita) y egresos (diuresis, débito de sondas y drenajes, pérdidas insensibles estimadas). *Por qué:* en el paciente quirúrgico abdominal, el balance hídrico es, junto con los signos vitales, uno de los primeros indicadores de una

complicación hemodinámica (por ejemplo, un sangrado activo) o de un desequilibrio hidroelectrolítico (por ejemplo, en el paciente pospancreatitis, Cap. 4.1).

Alimentación

La reintroducción de la vía oral es progresiva y depende de la recuperación de la motilidad intestinal (ruidos intestinales presentes, ausencia de distensión ni vómitos): habitualmente se comienza con líquidos y se avanza hacia una dieta blanda y luego normal, como se detalló para la colecistectomía en el Capítulo 5. Iniciar la alimentación antes de que el intestino esté listo puede provocar náuseas, vómitos y distensión.

Movilidad

La deambulación temprana, tan pronto como el paciente lo tolere, se indica de forma sistemática después de cualquier cirugía abdominal. *Por qué:* favorece el retorno de la motilidad intestinal, previene la atelectasia y la neumonía, y reduce el riesgo de trombosis venosa profunda y tromboembolismo pulmonar — los mismos principios ya explicados para la colecistectomía en el Capítulo 5, válidos para cualquier cirugía abdominal.

Principales complicaciones posoperatorias que Enfermería debe reconocer

(Tabla adaptada de Brunner & Suddarth, Enfermería Médico-Quirúrgica, Tabla 47-6, "Complicaciones potenciales e intervenciones de enfermería después de la cirugía colorrectal" — aplicable, en sus lineamientos generales, a la cirugía abdominal por las patologías de este módulo.)

Complicación	Qué observa Enfermería	Intervención de Enfermería
Íleo paralítico posoperatorio	Distensión abdominal, ausencia de ruidos intestinales y de eliminación de gases más allá de lo esperado, náuseas, vómitos	Mantener o iniciar sonda nasogástrica si hay vómitos o distensión; vigilar electrolitos (hipopotasemia, hiponatremia, hipomagnesemia pueden perpetuarlo); favorecer la deambulación
Obstrucción mecánica posoperatoria	Dolor cólico intermitente, náuseas, vómitos (ver diferencias con el íleo paralítico en el Cap. 2)	Intubación nasogástrica si está indicada; preparar estudios de imagen; preparar eventual reintervención
Hemorragia / shock hipovolémico	Taquicardia, hipotensión, palidez, sudoración fría, sangrado visible por herida o drenajes, descenso de hemoglobina/hematocrito	Comunicar de inmediato; controlar signos vitales con mayor frecuencia; asegurar accesos venosos; administrar hemoderivados según indicación
Infección del sitio quirúrgico	Fiebre, rubor, dolor a la palpación, induración alrededor de la herida, drenaje purulento	Controlar temperatura; obtener muestra de drenaje para cultivo; favorecer el drenaje local; administrar antibióticos según indicación

Complicación	Qué observa Enfermería	Intervención de Enfermería
Dehiscencia de la herida	Salida repentina de líquido seroso abundante por la herida, sin protrusión visible de órganos	Cubrir con apósitos húmedos estériles; comunicar de inmediato; no aplicar tensión sobre la herida
Evisceración	Dehiscencia con protrusión visible de vísceras (por ejemplo, asas intestinales) a través de la herida	Emergencia quirúrgica: cubrir con apósitos estériles humedecidos con solución fisiológica, no intentar reintroducir las vísceras, mantener al paciente en reposo y preparar de inmediato para cirugía
Peritonitis / absceso intraabdominal posoperatorio	Náuseas, hipo, escalofríos, fiebre, taquicardia, abdomen en tabla (ver Cap. 4.5)	Administrar antibióticos según indicación; preparar para drenaje o cirugía; reposición hidroelectrolítica
Complicaciones respiratorias (atelectasia, neumonía)	Disminución de la saturación, respiración superficial, fiebre, tos	Favorecer respiraciones profundas y tos asistida, espirometría incentivada, deambulación temprana (ver Cap. 5)
Trombosis venosa profunda / tromboembolismo pulmonar	Edema y dolor unilateral en miembro inferior; disnea súbita, dolor torácico, taquicardia	Favorecer la deambulación temprana; aplicar medidas de profilaxis indicadas; comunicar de inmediato ante sospecha de tromboembolismo

Para Enfermería (síntesis con fundamentación)

Preoperatorio

Qué hacer	Por qué
Verificar identificación, consentimiento informado, ayuno y medicación antes del traslado a quirófano	Es la primera barrera de seguridad del proceso: un error de identificación o un ayuno incumplido no detectado pueden derivar en un evento adverso grave
Registrar un control basal completo de signos vitales	Es el valor de referencia que permite interpretar correctamente cualquier cambio en el posoperatorio
Asegurar accesos venosos permeables y la hidratación indicada, especialmente en pacientes con depleción de volumen previa	Muchos pacientes (oclusión intestinal, pancreatitis) llegan ya deshidratados; corregirlo antes de operar reduce el riesgo anestésico y quirúrgico
Brindar información clara y espacio para expresar temores	Reduce la ansiedad preoperatoria, lo que se asocia a mejor tolerancia al dolor y a una recuperación posoperatoria más activa

Posoperatorio

Qué hacer	Por qué
Valorar nivel de conciencia, signos vitales y dolor de forma sistemática al recibir al paciente	Permite detectar tempranamente una recuperación anestésica más lenta de lo esperado o una complicación hemodinámica incipiente
Registrar eliminación (ruidos intestinales, gases, deposición) y avanzar la dieta solo cuando hay signos de motilidad intestinal recuperada	Iniciar la alimentación antes de tiempo puede provocar vómitos y distensión, y retrasar la recuperación
Favorecer la movilización y la respiración profunda tempranas	Previene, en una sola medida, complicaciones respiratorias, tromboembólicas y digestivas (favorece el retorno del tránsito)
Vigilar la herida en cada control y comunicar de inmediato cualquier salida brusca de líquido o protrusión de tejido	La diferencia entre una dehiscencia y una evisceración cambia por completo la urgencia de la respuesta: la evisceración es una emergencia quirúrgica

Signos de alarma

- Inestabilidad hemodinámica (hipotensión, taquicardia sostenida) en cualquier etapa perioperatoria.
- Fiebre, especialmente si se acompaña de dolor abdominal en aumento o rigidez ("abdomen en tabla").
- Salida brusca y abundante de líquido seroso por la herida, o protrusión de tejido a través de ella.
- Sangrado activo por herida, drenajes o sondas, o descenso significativo de hemoglobina/hematocrito.
- Ausencia prolongada de ruidos intestinales, gases o deposición más allá de lo esperado para el tipo de cirugía.
- Dolor torácico o disnea súbita (sospecha de tromboembolismo pulmonar).
- Cualquier signo de alarma específico ya descrito para la patología de base (ver capítulos correspondientes).

Caso clínico 7

Mauricio, 62 años, en el 5° día del posoperatorio de una laparotomía exploradora por peritonitis generalizada secundaria a una apendicitis perforada (Capítulo 4.5, Caso clínico 4). Durante la curación de la herida, la enfermera observa la salida repentina de una cantidad abundante de líquido serosanguinolento, sin protrusión visible de vísceras. Mauricio refiere haber sentido "como si algo se hubiera aflojado" al toser con fuerza unos minutos antes.

Preguntas para razonar:

- ¿Qué está sugiriendo este hallazgo?
- ¿Qué diferencia a esta situación de una evisceración, y por qué esa diferencia es clínicamente importante?
- ¿Qué debe hacer la enfermera de inmediato con la herida?

- ¿Qué otros datos evaluarías y comunicarías al equipo quirúrgico?
- ¿Qué factores de este caso pudieron favorecer esta complicación?

Resolución fundamentada: el hallazgo es compatible con una dehiscencia de la herida quirúrgica: la salida súbita y abundante de líquido seroso o serosanguinolento es su signo característico. Se diferencia de la evisceración en que en esta última hay protrusión visible de vísceras (por ejemplo, asas intestinales) a través de la separación de los planos de la herida —una emergencia quirúrgica que exige preparar al paciente de inmediato para cirugía—; en la dehiscencia sin protrusión, la conducta inmediata es cubrir la zona con apósitos estériles húmedos y comunicar sin demora al equipo quirúrgico, sin aplicar tensión sobre la herida ni intentar manipularla. Antes de comunicar, conviene valorar signos vitales (buscando taquicardia o hipotensión que indiquen compromiso hemodinámico agregado), temperatura y signos de infección de la herida (la infección es un factor que debilita la cicatrización y predispone a la dehiscencia), y el estado general del paciente. El antecedente de peritonitis generalizada es relevante: la cirugía sobre tejido inflamado e infectado cicatriza peor, y el esfuerzo de la tos —que aumenta bruscamente la presión intraabdominal— es un desencadenante reconocido de la dehiscencia en una herida cuya cicatrización aún es frágil al 5° día.

Lo esencial

- Los cuidados perioperatorios de este capítulo son el esquema general aplicable a cualquier cirugía abdominal; las particularidades de cada patología ya fueron desarrolladas en los capítulos anteriores.
- La identificación del paciente, el consentimiento informado y la lista de verificación de seguridad quirúrgica son responsabilidad compartida de todo el equipo, incluida la enfermería de la unidad de internación.
- El ayuno preoperatorio (2 h líquidos claros, 6 h comida liviana, 8 h comida grasa) busca reducir el riesgo de aspiración durante la anestesia.
- La escala de Aldrete objetiva la recuperación posanestésica en cinco parámetros y orienta el criterio de alta de la sala de recuperación.
- El retorno de los ruidos intestinales, los gases y la primera deposición son los indicadores que habilitan avanzar la alimentación en el posoperatorio.
- La deambulación y la respiración profunda tempranas previenen, con una sola intervención, complicaciones respiratorias, tromboembólicas y digestivas.
- La dehiscencia (salida de líquido seroso) y la evisceración (protrusión de vísceras) son complicaciones distintas en gravedad y en conducta inmediata: la evisceración es siempre una emergencia quirúrgica.
- La vigilancia continua de signos vitales, herida, drenajes, sondas y eliminación es lo que permite a Enfermería detectar tempranamente estas complicaciones, antes de que se agraven.

CAPÍTULO 7

EDUCACIÓN PARA EL ALTA

Nota sobre las fuentes de este capítulo: los contenidos específicos de la educación (heridas, drenajes, ostomías, alimentación) ya fueron desarrollados con su fuente correspondiente en los Capítulos 3, 5 y 6, y acá se sintetizan y organizan sin repetir la cita en cada línea. Lo que las fuentes proporcionadas no desarrollan es el método con el que Enfermería debe dar esa educación para que sea efectiva —y no una simple lista leída al paciente—. Ese marco metodológico se completó con bibliografía confiable y actualizada: un artículo de la Revista Médica Clínica Las Condes sobre la educación para la salud como función central de enfermería, y una síntesis sobre el método teach-back de verificación de la comprensión del paciente. Cada dato complementario está señalado expresamente.

Objetivos de aprendizaje

Al finalizar este capítulo, el estudiante será capaz de:

1. Fundamentar por qué la educación para el alta es una intervención de enfermería con método propio, y no una simple entrega de indicaciones escritas.
2. Organizar los contenidos de la educación al alta según el tipo de afección, herida, drenaje u ostomía del paciente, integrando lo desarrollado en los capítulos anteriores.
3. Aplicar una técnica de verificación de la comprensión real del paciente y su familia.
4. Reconocer el rol del cuidador y del contexto familiar en la continuidad del cuidado después del alta.
5. Relacionar una educación al alta bien planificada con la prevención de complicaciones y de reconsultas evitables.

Desarrollo

Por qué la educación al alta es una intervención, y no una lista de indicaciones

Es habitual pensar la "educación al alta" como el momento de entregarle al paciente una hoja con indicaciones antes de que se vaya. Ese modelo tiene un problema serio: se estima que entre el 40% y el 80% de la información que se brinda en una consulta de salud se olvida de inmediato, y que casi la mitad de lo que sí se retiene se recuerda de forma incorrecta (Fuente complementaria: síntesis sobre el método teach-back, basada en literatura de comunicación en salud). Si Enfermería se limita a "informar", una gran parte de ese esfuerzo se pierde antes de que el paciente llegue a su casa.

Por eso la bibliografía de enfermería sostiene que la educación para la salud es una función central del cuidado, no una tarea administrativa aparte de él: implica valorar qué necesita saber ese paciente en particular, adaptar el mensaje a su situación, favorecer su participación activa, y —el paso que más se omite— evaluar si realmente comprendió, no solo si escuchó (Fuente complementaria: "La educación en salud, un elemento central del cuidado de enfermería", Revista Médica Clínica Las Condes). Enseñada así, la educación al alta cumple los mismos pasos que cualquier otra intervención de enfermería: se

valora, se planifica, se ejecuta y se evalúa — como se sistematizará en el Capítulo 8 con el Proceso de Atención de Enfermería.

El método teach-back: cómo verificar que el paciente realmente entendió

Una señal común de comprensión aparente es el paciente que asiente y dice "sí, entendí" sin hacer ninguna pregunta — eso no confirma que haya comprendido. El método teach-back ofrece una forma concreta de verificarlo:

- **Explicar de a poco:** comunicar 2 o 3 puntos importantes por vez, con lenguaje simple, evitando términos técnicos.
- **Pedirle al paciente que lo repita con sus propias palabras,** con una pregunta abierta y sin tono de examen: por ejemplo, "para que yo me asegure de haberle explicado bien, ¿me mostraría cómo va a limpiar la bolsa de colostomía en casa?" —nunca "¿entendió?", que casi siempre se responde con un "sí" automático.
- **Escuchar la respuesta y volver a explicar** lo que no quedó claro, con otras palabras o un ejemplo distinto —no repitiendo exactamente lo mismo—.
- **Registrar** en la historia clínica que se usó esta verificación y su resultado.

(Fuente complementaria: síntesis sobre el método teach-back en comunicación en salud.) Este método se puede aplicar a cualquiera de los contenidos de este capítulo: pedirle al paciente que muestre cómo cambiaría el dispositivo de ostomía, que explique qué haría si el débito del drenaje aumenta, o que diga con sus palabras cuándo debería consultar de urgencia.

A quién se dirige la educación: paciente, familia y cuidador

No siempre la persona que va a realizar los cuidados en el domicilio es el propio paciente. Un paciente añoso, con limitaciones visuales o motoras, o que vive solo, puede depender de un familiar o cuidador para el cambio de un dispositivo de ostomía o el registro del débito de un drenaje. Para Enfermería, esto implica identificar desde antes del alta quién va a sostener el cuidado en el hogar, e incluir activamente a esa persona en la educación —con su consentimiento y el del paciente—, y no dar por hecho que "ya le explicaron al paciente" alcanza.

Contenidos de la educación al alta

Cuidados de la herida quirúrgica

- Cómo reconocer una herida en buen proceso de cicatrización, y cuándo puede mojarse (según indicación del equipo quirúrgico).
- Signos de infección a vigilar: enrojecimiento, calor, dolor en aumento, secreción purulenta, fiebre (ver tabla de complicaciones del Cap. 6).
- A quién y cómo consultar si aparece alguno de esos signos.

Cuidados de drenajes

Si el paciente es dado de alta con un drenaje colocado (por ejemplo, el drenaje de Kehr del Cap. 5), reforzar: posición correcta de la bolsa colectora (por debajo del nivel del abdomen, para el drenaje por gravedad), registro del débito y su aspecto, signos de alarma específicos, y qué hacer ante un retiro accidental.

Cuidados de ostomías

Retomar lo desarrollado en el Capítulo 3: características normales del estoma, cuidado de la piel periestomal, manejo del dispositivo, reconocimiento de signos de alarma (isquemia, retracción, prolapso, sangrado).

Dar espacio a la dimensión emocional: la adaptación a una ostomía suele acompañarse de preocupación por la imagen corporal y la vida social; preguntar activamente cómo se siente el paciente al respecto forma parte de la educación, no es un tema aparte.

Medicación

- Nombre del medicamento, para qué se indica, cómo y cuándo tomarlo, y qué efectos adversos vigilar.
- Advertir explícitamente sobre no automedicarse ni suspender por cuenta propia una medicación indicada (por ejemplo, antibióticos).

Alimentación

- Pautas específicas según la patología ya desarrolladas en los capítulos correspondientes (por ejemplo, dieta baja en grasas tras la colecistectomía, Cap. 5; progresión de la dieta según recuperación del tránsito, Cap. 2 y 6).
- Diferenciar restricciones transitorias (primeros días) de las que, si las hay, son permanentes.

Actividad física

- Restricciones concretas (por ejemplo, evitar levantar peso en el posoperatorio inmediato) y el criterio para retomar la actividad habitual de forma progresiva.
- Orientación sobre cuándo podría retomar tareas específicas (conducir, trabajar), remitiendo siempre a la indicación del equipo tratante según el tipo de cirugía.

Higiene

Higiene general y, en particular, de la zona de la herida, el drenaje o el estoma, con la frecuencia y los productos indicados.

Signos de alarma y cuándo consultar

Ver el cuadro consolidado más abajo. Es central diferenciar, con el paciente, qué signo exige una consulta de urgencia y cuál puede esperar al control programado — esta distinción reduce tanto las reconsultas innecesarias como, lo que es más grave, las demoras en consultar ante un signo verdaderamente urgente.

Controles posteriores

Turno de control con el equipo quirúrgico (retiro de suturas o del drenaje, evaluación de la herida), y controles con el equipo de atención primaria u otros especialistas según la patología de base.

Prevención de complicaciones y autocuidado

Cerrar la educación reforzando qué depende del propio paciente y su entorno para prevenir complicaciones (adherencia a la dieta y la medicación, reconocimiento temprano de signos de alarma, asistencia a los controles) — y transmitir confianza en que puede hacerse cargo de su recuperación, no solo una lista de restricciones.

Para Enfermería (síntesis con fundamentación)

Qué hacer	Por qué
Identificar antes del alta quién sostendrá los cuidados en el domicilio (paciente, familia, cuidador) e incluirlo en la educación	Una educación dirigida solo al paciente es insuficiente si quien va a realizar el cuidado real es otra persona
Explicar en tramos breves, con lenguaje simple, y verificar con el método teach-back (pedir que el paciente repita o muestre lo aprendido)	Entre el 40% y el 80% de la información brindada se olvida de inmediato; el asentimiento pasivo del paciente no confirma comprensión
Diferenciar explícitamente qué signo exige consulta urgente y cuál puede esperar al control programado	Evita tanto reconsultas innecesarias como demoras peligrosas ante un signo de alarma real
Registrar en la historia clínica los contenidos educados y el resultado de la verificación de comprensión	Garantiza la continuidad de la educación entre turnos y sirve como respaldo de la atención brindada
Dar espacio a las preocupaciones emocionales del paciente (imagen corporal, vida social, miedo a fallar en el autocuidado), especialmente con ostomías o dispositivos visibles	La adherencia al autocuidado depende tanto de la información recibida como de cómo la persona se siente respecto de su nueva condición

Signos de alarma

(Síntesis de los signos de alarma ya desarrollados en los capítulos anteriores; remitir al capítulo correspondiente para el detalle completo.)

- Fiebre.
- Dolor abdominal en aumento, o dolor distinto al esperado en la evolución.
- Signos de infección de la herida (enrojecimiento, calor, secreción purulenta).
- Sangrado por la herida, el drenaje o la ostomía.
- Cambios en el estoma: coloración oscura o pálida, retracción, prolapso brusco, ausencia de función más allá de lo esperado (Cap. 3).
- Alteración del débito o el aspecto del drenaje respecto de lo esperado (Cap. 5).
- Ictericia, heces color arcilla u orina muy oscura, en pacientes con afección biliar (Cap. 4.2 y 5).
- Náuseas, vómitos persistentes o ausencia prolongada de eliminación de gases o deposiciones.
- Cualquier síntoma que el paciente perciba como "distinto" o en empeoramiento, aunque no esté en esta lista — se lo alienta explícitamente a consultar ante la duda.

Caso clínico 8

Doña Rosa, 74 años, será dada de alta con una colostomía definitiva tras una cirugía por diverticulitis complicada (Capítulo 4.4). Vive con su hija, quien trabaja gran parte del día. Durante la explicación sobre el cambio del dispositivo, Doña Rosa asiente todo el tiempo y repite "sí, sí, entendí", sin hacer ninguna pregunta ni mirar de cerca el material que se le muestra.

Preguntas para razonar:

- ¿Qué llama la atención en la respuesta de Doña Rosa?
- ¿Qué técnica usarías para verificar si realmente comprendió?
- ¿A quién más convendría incluir en esta educación, y por qué?
- ¿Qué contenidos priorizarías en esta situación?
- ¿Qué registrarías en la historia clínica?

Resolución fundamentada: el asentimiento repetido sin preguntas ni interacción con el material es, precisamente, la señal de alarma de una comprensión que probablemente no es real —es la situación exacta para la que se describió el método teach-back—. En lugar de preguntarle "¿entendió?", correspondería pedirle a Doña Rosa que muestre, con el dispositivo en mano, cómo haría el cambio de la bolsa, o que explique con sus palabras qué señales del estoma la llevarían a llamar a su equipo de salud. Dado que su hija convive con ella y trabaja gran parte del día, conviene evaluar si Doña Rosa podrá manejarse de forma autónoma la mayor parte del tiempo, e incluir también a la hija en al menos una sesión educativa, priorizando que ambas puedan reconocer los signos de alarma del estoma y el manejo básico del dispositivo, aun si la hija no está presente en cada cambio. Los contenidos prioritarios en este caso son: características normales del estoma, señales de alarma, técnica de cambio del dispositivo y cuidado de la piel periestomal. En la historia clínica corresponde registrar qué se educó, que se utilizó el método teach-back, el resultado de esa verificación (por ejemplo, si logró demostrar correctamente el cambio o si necesitó una nueva explicación), y quién más participó de la educación.

Lo esencial

- La educación al alta es una intervención de enfermería con método propio: se valora, se planifica, se ejecuta y se evalúa — no es una lista de indicaciones entregada al pasar.
- Gran parte de la información brindada verbalmente se olvida de inmediato: el asentimiento del paciente no equivale a comprensión real.
- El método teach-back —pedirle al paciente que repita o demuestre lo aprendido, en lugar de preguntar "¿entendió?"— es la forma de verificar la comprensión efectiva.
- La educación debe dirigirse a quien realmente sostendrá el cuidado en el domicilio: el paciente, la familia o el cuidador, según cada situación.
- Diferenciar con claridad qué signo exige consulta urgente y cuál puede esperar al control programado evita tanto reconsultas innecesarias como demoras peligrosas.
- Los contenidos de la educación al alta (herida, drenajes, ostomía, medicación, alimentación, actividad, higiene) ya fueron desarrollados en detalle en los capítulos previos: este capítulo aporta el cómo enseñarlos, no contenido nuevo.
- La dimensión emocional (imagen corporal, temor a fallar en el autocuidado) forma parte de la educación, especialmente en pacientes con ostomías o dispositivos visibles.
- Registrar qué se educó y cómo se verificó la comprensión garantiza la continuidad del cuidado entre turnos y respalda la atención brindada.

CAPÍTULO 8

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Nota sobre las fuentes de este capítulo: las dos situaciones clínicas integradoras que se desarrollan más abajo están construidas a partir de los procesos de atención de enfermería completos que Brunner & Suddarth describe para el paciente sometido a cirugía de vías biliares con sonda en "T" (Cap. 47, apartado de colecistectomía) y para el paciente que requiere una ostomía (Cap. 47, apartado de atención de enfermería del paciente que requiere una ostomía). Este segundo apartado de Brunner desarrolla su ejemplo sobre un paciente con enfermedad intestinal inflamatoria (EII) —una patología que no forma parte del programa de esta unidad—, pero aclara expresamente que esa misma atención de enfermería (preparación del estoma, diagnósticos de riesgo de lesión cutánea, ansiedad prequirúrgica, conocimientos deficientes) es la que corresponde a cualquier paciente que requiere una ostomía, mencionando explícitamente a la diverticulitis como una de las indicaciones más frecuentes. Por eso se adaptó esa base de Brunner a un paciente con diverticulitis complicada (Cap. 4.4 de este módulo), en lugar de usar la EII como diagnóstico de base. El marco de diagnósticos de enfermería utilizado es NANDA-I, tal como se aclaró en el análisis inicial de fuentes de este módulo.

Objetivos de aprendizaje

Al finalizar este capítulo, el estudiante será capaz de:

1. Describir las etapas del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) y explicar en qué consiste cada una.
2. Relacionar la valoración de enfermería ya desarrollada en los capítulos anteriores con la identificación de problemas y la formulación de diagnósticos de enfermería según la taxonomía NANDA-I.
3. Formular objetivos, intervenciones y criterios de evaluación coherentes con un diagnóstico de enfermería.
4. Aplicar el PAE completo a dos situaciones clínicas integradoras de pacientes con afecciones abdominales de resolución quirúrgica.
5. Reconocer que el PAE es el método que organiza los cuidados ya desarrollados en toda la unidad, y no un contenido aislado ni adicional.

El PAE no es un tema nuevo: es el método que ya se venía usando

Si se repasa la sección "Para Enfermería" de cualquier capítulo anterior, se encuentra siempre la misma lógica: qué datos hay que valorar, qué problema explican esos datos, qué hay que hacer al respecto, y por qué (la fundamentación exigida desde el Capítulo 1). Eso es, en esencia, el Proceso de Atención de Enfermería. Este capítulo no agrega cuidados nuevos: le pone nombre y estructura formal a lo que ya se viene razonando desde el principio de la unidad, y lo aplica de punta a punta en dos situaciones clínicas completas.

Las etapas del PAE aplicadas al paciente abdominal quirúrgico

1. Valoración

Es la recolección sistemática de datos: entrevista (antecedentes, medicación, alergias, características del dolor —recordar la caracterización semiológica del Cap. 1—), examen físico (inspección, auscultación, palpación, percusión del abdomen) y revisión de estudios complementarios. Todo lo desarrollado en "Cuadro clínico" y "Estudios diagnósticos" de cada patología (Caps. 1 a 5) es, en rigor, contenido de esta primera etapa.

2. Identificación de problemas y diagnósticos de enfermería (NANDA-I)

A partir de los datos de la valoración, Enfermería identifica problemas de salud que puede tratar de forma autónoma o en colaboración —esto es distinto del diagnóstico médico—. Por ejemplo: el diagnóstico médico es "apendicitis aguda"; un diagnóstico de enfermería relacionado, con formato NANDA-I, sería "Dolor agudo relacionado con proceso inflamatorio e incisión quirúrgica, evidenciado por expresión verbal de dolor y facies de dolor".

La estructura habitual de un diagnóstico de enfermería tiene tres partes (formato PES): **Problema** (la etiqueta diagnóstica NANDA-I) + **Etiología** ("relacionado con...", los factores que lo explican) + **Signos/síntomas** ("evidenciado por...", los datos concretos de la valoración que lo sustentan).

Además de los diagnósticos de enfermería propiamente dichos, Brunner distingue los **problemas interdependientes/posibles complicaciones**: son situaciones que Enfermería vigila y ante las cuales interviene, pero que requieren de indicación médica para su tratamiento definitivo (por ejemplo, una hemorragia posoperatoria). Reconocer esta diferencia es importante: ante un problema interdependiente, la intervención de enfermería prioritaria es la vigilancia estrecha y la comunicación inmediata, no la resolución autónoma.

3. Planificación

Se formulan objetivos y resultados esperados para el paciente, realistas y medibles, y se priorizan según la urgencia (un problema que compromete la vida, como una hemorragia activa, se prioriza sobre uno que no la compromete, como el conocimiento deficiente sobre la dieta).

4. Ejecución (intervenciones de enfermería)

Es la puesta en práctica de las acciones planificadas: todo lo desarrollado en las secciones "Cuidados de Enfermería" y "Para Enfermería" de los capítulos anteriores.

5. Evaluación

Se compara el estado del paciente con los resultados esperados formulados en la planificación, y se decide si el plan continúa, se ajusta o se da por cumplido. La evaluación no es el último paso de una sola vez: en un paciente quirúrgico, se reevalúa turno a turno.

Para Enfermería: el PAE como hilo conductor de toda la unidad

Etapa del PAE	Dónde ya se aplicó en este módulo
Valoración	Cuadro clínico y estudios diagnósticos de cada patología (Caps. 1 a 5); valoración preoperatoria y posoperatoria (Cap. 6)

Etapa del PAE	Dónde ya se aplicó en este módulo
Diagnóstico de enfermería	Cada vez que se identificó, a partir de un signo o síntoma, qué problema de enfermería explicaba (por ejemplo, riesgo de deterioro de la integridad cutánea por la bilis corrosiva, Cap. 5)
Planificación	Los objetivos implícitos detrás de cada "para qué" fundamentado en las tablas "Qué hacer / Por qué"
Ejecución	Las secciones "Cuidados de Enfermería" y "Para Enfermería" de cada capítulo
Evaluación	Los "Signos de alarma" de cada capítulo: son, en el fondo, los criterios que indican que el plan no está funcionando y hay que revalorar

Por qué importa distinguir las etapas, y no solo "hacer todo junto": un plan de cuidados que salta directamente de un dato aislado a una acción, sin pasar por el diagnóstico y el objetivo, corre el riesgo de tratar síntomas sueltos en lugar de resolver el problema de fondo del paciente. Formular el diagnóstico de enfermería obliga a preguntarse "¿por qué está pasando esto?" antes de actuar — la misma lógica de fundamentación pedida desde el Capítulo 1.

Signos de alarma

Independientemente de en qué etapa del PAE se encuentre el plan de cuidados, cualquier dato de valoración compatible con uno de los problemas interdependientes/posibles complicaciones (hemorragia, signos de peritonitis, signos de shock, alteración aguda del nivel de consciencia) debe comunicarse de inmediato al equipo médico — no esperar a "completar" el plan de enfermería antes de escalar el hallazgo.

SITUACIÓN CLÍNICA INTEGRADORA 1 — DIVERTICULITIS COMPLICADA CON COLOSTOMÍA

Caso clínico 9

Marta, 68 años, con antecedente de diverticulosis conocida, ingresa por dolor en fosa ilíaca izquierda de 48 horas de evolución, fiebre de 38.7 °C y defensa abdominal localizada (ver Capítulo 4.4). Los estudios de imagen muestran una diverticulitis complicada con perforación cubierta y signos de peritonitis localizada. Se decide una cirugía de urgencia con resección del segmento afectado y confección de una colostomía tipo Hartmann. Marta está muy angustiada: "¿voy a tener que usar una bolsa el resto de mi vida?", pregunta antes de ingresar a quirófano.

Valoración

Dolor abdominal en FII de 48 h, fiebre, defensa localizada, diagnóstico por imagen de diverticulitis complicada con perforación cubierta; antecedente de diverticulosis; cirugía de urgencia programada con colostomía; expresión verbal de angustia y desconocimiento sobre la vida con un estoma.

Diagnósticos de enfermería (NANDA-I)

- Dolor agudo relacionado con el proceso inflamatorio/infeccioso intraabdominal y la incisión quirúrgica, evidenciado por expresión verbal de dolor y defensa abdominal.

- Riesgo de infección relacionado con la contaminación peritoneal por perforación intestinal y el procedimiento quirúrgico.
- Ansiedad relacionada con el diagnóstico, la cirugía de urgencia y la confección de una colostomía, evidenciada por la expresión verbal de temor ("¿voy a tener que usar una bolsa el resto de mi vida?").
- Conocimientos deficientes sobre el autocuidado del estoma, evidenciados por la pregunta espontánea de la paciente y la ausencia de experiencia previa con una ostomía.
- Riesgo de deterioro de la integridad cutánea periestomal relacionado con el contacto del efluente fecal con la piel.

(Problema interdependiente/posible complicación a vigilar: peritonitis generalizada / sepsis de origen abdominal — ver Cap. 4.5.)

Planificación (objetivos)

- Marta refiere alivio del dolor con la analgesia indicada.
- Marta no presenta signos de infección de la herida ni de peritonitis en el posoperatorio.
- Marta expresa sus temores y logra formular al menos una pregunta concreta sobre la vida con la colostomía antes del alta.
- Marta demuestra, antes del alta, el manejo básico del dispositivo (o su hija, si ella no puede) mediante el método teach-back (Cap. 7).
- La piel periestomal de Marta se mantiene íntegra durante la internación.

Intervenciones

- Valorar y registrar el dolor con escala validada; administrar analgesia según indicación y antes de que el dolor sea intenso.
- Vigilar signos vitales, herida y signos de irritación peritoneal (Cap. 4.5 y 6); administrar antibióticos según indicación.
- Antes de la cirugía, dar espacio a que Marta exprese sus temores; explicarle en qué consiste una colostomía con un lenguaje simple, aclarando desde el principio si se planea temporal o definitiva, sin dar información que el equipo tratante no haya confirmado.
- Iniciar la educación sobre el estoma progresivamente desde el posoperatorio (Cap. 3 y 7), incluyendo a un familiar si Marta lo autoriza, y verificar la comprensión con el método teach-back.
- Inspeccionar la piel periestomal en cada cambio de dispositivo y aplicar barrera cutánea según necesidad (Cap. 3).

Evaluación (resultados esperados)

Marta transita el posoperatorio sin signos de infección ni de peritonitis; expresa una disminución progresiva de su ansiedad y logra verbalizar dudas concretas en lugar de temor difuso; demuestra correctamente, mediante teach-back, el manejo básico del dispositivo antes del alta; su piel periestomal permanece sin lesiones.

SITUACIÓN CLÍNICA INTEGRADORA 2 — COLECISTECTOMÍA ABIERTA CON SONDA EN "T"

Caso clínico 10

(Diagnósticos de enfermería adaptados de Brunner & Suddarth, atención de enfermería del paciente sometido a cirugía de la vesícula biliar.)

Eduardo, 55 años, con colecistitis aguda litiasica y sospecha de coledocolitiasis (Cap. 4.2), es sometido a una colecistectomía abierta con exploración de la vía biliar y colocación de una sonda en "T" (Cap. 5). En el 1er día del posoperatorio, refiere dolor en la incisión subcostal que lo hace "quedarse quieto" y evitar respirar hondo.

Valoración

Colecistectomía abierta con sonda en "T" colocada, 1er día posoperatorio, incisión subcostal alta, dolor que limita la movilización y la respiración profunda, drenaje biliar en curso.

Diagnósticos de enfermería (NANDA-I)

- Dolor agudo relacionado con la incisión quirúrgica subcostal.
- Deterioro del intercambio de gases (riesgo) relacionado con la incisión abdominal alta, que lleva a Eduardo a respirar de forma superficial y evitar toser.
- Deterioro de la integridad tisular relacionado con un drenaje biliar potencialmente inadecuado a través de la sonda en "T".
- Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades, relacionado con una secreción biliar inadecuada hacia el duodeno mientras el drenaje externo predomina.
- Conocimientos deficientes sobre el autocuidado de la incisión, la dieta, la medicación y los signos de alarma que debe informar (fiebre, sangrado, vómitos).

(Problemas interdependientes/posibles complicaciones: hemorragia; síntomas gastrointestinales por filtración biliar o lesión intestinal — Fuente: Brunner & Suddarth.)

Planificación (objetivos)

- Eduardo logra alivio del dolor suficiente para movilizarse, toser y respirar profundo.
- Eduardo mantiene una función respiratoria adecuada, sin signos de atelectasia.
- El drenaje de la sonda en "T" se mantiene permeable, con posición y débito dentro de lo esperado (Cap. 5).
- Eduardo tolera una alimentación progresiva baja en grasas.
- Eduardo comprende, antes del alta, los cuidados de la incisión y de la sonda, y los signos de alarma a informar.

Intervenciones

- Administrar analgesia según indicación de forma anticipada, no reactiva; sugerir el uso de una almohada sobre la incisión al toser o movilizarse (Cap. 5).
- Estimular respiraciones profundas y tos asistida cada hora, uso de espirómetro de incentivo y deambulación temprana, explicándole a Eduardo por qué es imprescindible pese al dolor (prevención de atelectasia y neumonía, Cap. 5 y 6).

- Vigilar posición de la bolsa colectora (por debajo del nivel del abdomen, Cap. 5), débito y características de la bilis; registrar cada 24 horas y comunicar cualquier desvío del rango esperado.
- Favorecer el avance de la dieta según tolerancia y retorno de los ruidos intestinales, con las pautas bajas en grasas ya desarrolladas (Cap. 5).
- Educar progresivamente sobre el cuidado de la incisión, la sonda (si se va de alta con ella) y los signos de alarma, verificando la comprensión con teach-back (Cap. 7).

Evaluación (resultados esperados)

Eduardo logra movilizarse y respirar profundo con dolor controlado; no presenta signos de atelectasia ni de infección respiratoria; el drenaje biliar se mantiene permeable y con tendencia descendente en el débito; tolera la dieta indicada; y demuestra, antes del alta, el reconocimiento correcto de los signos de alarma que debe comunicar.

Lo esencial

- El PAE tiene cinco etapas: valoración, diagnóstico de enfermería, planificación, ejecución y evaluación — y ya se venían aplicando de forma implícita en cada capítulo de este módulo.
- El diagnóstico de enfermería (formato NANDA-I: problema + etiología + signos/síntomas) es distinto del diagnóstico médico: identifica un problema que Enfermería puede abordar de forma autónoma o en colaboración.
- Los "problemas interdependientes/posibles complicaciones" (por ejemplo, hemorragia) exigen vigilancia estrecha y comunicación inmediata, no resolución autónoma de enfermería.
- La planificación fija objetivos medibles; la evaluación los compara con el estado real del paciente y decide si el plan continúa o se ajusta — no es un paso único al final, sino continuo.
- Aplicar el PAE evita tratar síntomas sueltos: obliga a preguntarse por qué está pasando algo antes de decidir qué hacer.
- Un mismo paciente puede tener varios diagnósticos de enfermería simultáneos, que se priorizan según el riesgo para la vida.
- Las dos situaciones clínicas de este capítulo muestran que el PAE se aplica igual —con el mismo método— sea cual sea la patología abdominal de base.

CAPÍTULO 9

INTEGRACIÓN DE LOS CONTENIDOS

Nota sobre las fuentes de este capítulo: no incorpora datos nuevos. Es una síntesis comparativa de los contenidos ya desarrollados y citados en los Capítulos 1, 2 y 4 de este módulo; cada dato de las tablas remite a la fuente ya declarada en su capítulo de origen (mayoritariamente Brunner & Suddarth).

Objetivos de aprendizaje

Al finalizar este capítulo, el estudiante será capaz de:

1. Diferenciar las seis patologías centrales de la unidad (apendicitis, colecistitis, pancreatitis, diverticulitis, peritonitis y oclusión intestinal) según la localización y las características del dolor.
2. Comparar los síntomas, signos, estudios diagnósticos y tratamiento de cada una.
3. Reconocer que estas patologías no son compartimentos aislados, sino que varias de ellas pueden ser causa o consecuencia una de la otra.
4. Utilizar los cuadros comparativos como herramienta de razonamiento clínico ante un paciente con dolor abdominal, sin reemplazar el diagnóstico médico.
5. Aplicar la comparación a una situación clínica que exige descartar diagnósticos diferenciales.

Desarrollo

Por qué integrar, y no solo repasar

A esta altura del módulo ya se estudió cada patología por separado, con su propia lógica interna. El riesgo de estudiarlas así es perder de vista dos cosas: primero, que se parecen entre sí en varios puntos y hay que saber diferenciarlas con precisión; segundo, que se conectan entre sí —la colecistitis puede desencadenar una pancreatitis biliar (Cap. 4.1 y 4.2), la diverticulitis y la apendicitis complicadas terminan en peritonitis (Cap. 4.5), la peritonitis genera íleo paralítico (Cap. 2)—. Este capítulo cierra el módulo ordenando ambas cosas: las diferencias y las conexiones.

Cuadro comparativo A — Semiología del dolor y presentación clínica

Patología	Localización del dolor	Características del dolor	Síntomas predominantes	Signos relevantes
Apendicitis (4.3)	Migra: periumbilical → fosa ilíaca derecha (FID)	Sordo y difuso al inicio (visceral); agudo y bien delimitado al migrar (somático)	Anorexia, náuseas, vómitos (después del dolor), febrícula	Dolor en punto de McBurney, signo de Rovsing positivo

Patología	Localización del dolor	Características del dolor	Síntomas predominantes	Signos relevantes
Colecistitis (4.2)	Hipocondrio derecho, irradiado a hombro derecho o región medioesternal	Tipo cólico biliar que se sostiene; se intensifica con la inspiración profunda	Náuseas, vómitos, fiebre, relación con comida rica en grasas	Signo de Murphy positivo, masa palpable en hipocondrio derecho
Pancreatitis (4.1)	Epigastrio, irradiado "en banda" hacia la espalda	Intenso, agudo, no se alivia con antiácidos, empeora al comer	Náuseas y vómitos que no alivian el dolor, distensión	Equimosis periumbilical (Cullen) o en flancos (Grey Turner) en formas graves; abdomen en tabla si hay peritonitis asociada
Diverticulitis (4.4)	Fosa ilíaca izquierda (FII)	Agudo, de intensidad variable	Cambio del hábito intestinal, fiebre	Dolor a la palpación y, si hay absceso, masa palpable en FII
Peritonitis (4.5)	Difuso al inicio, luego se localiza en el sitio del proceso original, o generalizado	Constante, empeora con el movimiento	Anorexia, náuseas, vómitos, disminución del peristaltismo	Rigidez muscular (defensa/contractura), dolor a la descompresión (rebote), fiebre
Oclusión intestinal (Cap. 2)	Difuso, referido a todo el abdomen	Cólico e intermitente en la obstrucción mecánica; molestia difusa y constante en el íleo paralítico	Distensión, vómitos (biliosos o fecaloides según altura), ausencia de eliminación de gases y heces	Ruidos hidroaéreos aumentados y metálicos (obstrucción mecánica inicial) vs. ausentes desde el inicio (íleo paralítico)

Cuadro comparativo B — Estudios diagnósticos y tratamiento

Patología	Estudios diagnósticos principales	Tratamiento	¿Puede requerir resolución quirúrgica?
Apendicitis	Hemograma (leucocitosis), TC abdominal, descartar diferenciales ginecológicos/urinarios	Apendicectomía (laparoscópica o abierta)	Sí, siempre — es el tratamiento definitivo de la enfermedad
Colecistitis	Ecografía abdominal (de elección), hepatograma	Analgesia, antibióticos si hay infección, colecistectomía	Sí, en la gran mayoría — la colecistectomía es el tratamiento definitivo, aunque el momento puede variar

Patología	Estudios diagnósticos principales	Tratamiento	¿Puede requerir resolución quirúrgica?
Pancreatitis	Amilasa y lipasa séricas, TC con contraste, criterios pronósticos de gravedad	Médico en la mayoría de los casos (ayuno, hidratación, analgesia); quirúrgico solo ante complicaciones	No siempre — solo ante necrosis infectada, abscesos, pseudoquistes complicados o para tratar la causa biliar de forma diferida
Diverticulitis	TC abdominal con contraste (de elección); colonoscopia diferida (nunca en el episodio agudo)	Ambulatorio en formas no complicadas; hospitalización y antibióticos en formas moderadas; cirugía en estadios III-IV de Hinchey	No siempre — depende del estadio de Hinchey (complicada = sí)
Peritonitis	Hemograma, radiografía/TC de abdomen, punción peritoneal con cultivo	Reposición hidroelectrolítica, antibióticos de amplio espectro, SNG	Sí, en la mayoría de los casos (peritonitis secundaria); la primaria puede tratarse médicamente
Oclusión intestinal	Radiografía de abdomen y TC	Reposición hidroelectrolítica y SNG (manejo médico inicial); cirugía si es completa, hay sospecha de estrangulación o no mejora	Depende — muchas obstrucciones parciales resuelven con manejo médico; las completas o con signos de estrangulación requieren cirugía

Cuadro comparativo C — Cuidados de enfermería prioritarios y complicaciones

Patología	Cuidado de enfermería prioritario	Principal complicación a vigilar
Apendicitis	No administrar enemas ni laxantes; vigilar evolución del dolor mientras se define la cirugía	Perforación y peritonitis
Colecistitis	Observar ictericia, orina oscura, heces color arcilla (sospecha de obstrucción del colédoco)	Empiema, gangrena, perforación vesicular, pancreatitis biliar
Pancreatitis	Mantener ayuno estricto; vigilar signos vitales y función respiratoria de forma estrecha	Shock hipovolémico/séptico, necrosis infectada
Diverticulitis	Mantener reposo intestinal en el episodio agudo; educar sobre dieta rica en fibra recién después de resuelto el cuadro	Perforación, absceso, peritonitis, fístulas

Patología	Cuidado de enfermería prioritario	Principal complicación a vigilar
Peritonitis	Control estricto de signos vitales y balance hídrico; preparar para cirugía de urgencia	Sepsis y shock séptico
Oclusión intestinal	Vigilar el cambio de un dolor cólico a continuo (signo de compromiso vascular)	Estrangulación, necrosis, perforación

Para Enfermería: cómo usar estos cuadros en la práctica

Estos cuadros no reemplazan el diagnóstico médico: son una herramienta de razonamiento para que, ante un paciente con dolor abdominal, Enfermería sepa qué datos buscar activamente para orientar la valoración y comunicarlos con precisión. Por ejemplo, ante un dolor en FID con anorexia, preguntar específicamente por el patrón migratorio del dolor (periumbilical → FID) y buscar el signo de Rovsing aporta un dato mucho más útil al equipo tratante que informar solamente "dolor abdominal".

Por qué esto es responsabilidad de Enfermería, y no solo del médico: en la práctica, Enfermería suele ser quien realiza el primer contacto sostenido con el paciente, quien reevalúa el dolor turno a turno y quien detecta un cambio en el patrón (por ejemplo, un dolor que pasa de cólico a continuo). Saber qué cambio es relevante para cada patología depende de conocer estas diferencias.

Signos de alarma transversales

Independientemente de la patología de base, estos signos indican progresión hacia una complicación quirúrgica grave y exigen comunicación inmediata:

- Dolor que se generaliza o pasa de intermitente a continuo.
- Fiebre en ascenso, especialmente si se acompaña de taquicardia.
- Defensa abdominal generalizada o abdomen en tabla.
- Signos de shock (hipotensión, taquicardia, piel fría y húmeda, alteración del sensorio).
- Ausencia prolongada de ruidos intestinales y de eliminación de gases/heces.

Caso clínico 11 (integrador)

Julián, 29 años, consulta por dolor abdominal de 10 horas de evolución. Refiere que comenzó como una molestia difusa alrededor del ombligo, sin mucha intensidad, pero que en las últimas 4 horas "se corrió" hacia abajo y a la derecha, y ahora es un dolor agudo, bien localizado, que empeora al caminar o toser. Presenta un vómito, anorexia y febrícula de 37.9 °C. Al examen: dolor a la palpación y a la descompresión en el punto de McBurney; Rovsing positivo. No refiere cambios en el hábito intestinal ni antecedentes de cálculos biliares.

Preguntas para razonar:

- Con los datos disponibles, ¿qué patología de este capítulo es la más probable?
- ¿Qué dos patologías del cuadro comparativo deberían descartarse activamente, y por qué la localización y las características del dolor las hacen menos probables?
- ¿Qué justifica que este cuadro no sea, por ejemplo, una diverticulitis o una colecistitis?
- ¿Qué cuidado de enfermería es prioritario mientras se confirma el diagnóstico?

- ¿Qué signo de alarma, si apareciera en las próximas horas, cambiaría la urgencia de la conducta?

Resolución fundamentada: el patrón de dolor migratorio (periumbilical → FID), el punto de McBurney doloroso, el signo de Rovsing positivo, la anorexia y la febrícula son el patrón característico de la apendicitis aguda (Cap. 4.3). La diverticulitis es menos probable porque su dolor típico se localiza en fosa ilíaca izquierda, no derecha, y Julián no presenta cambios del hábito intestinal. La colecistitis también es poco probable: su dolor se localiza en hipocondrio derecho —no en FID—, suele irradiarse al hombro derecho, y Julián no tiene antecedente de litiasis biliar ni relación del dolor con una comida grasa. Mientras se confirma el diagnóstico y se define la cirugía, el cuidado prioritario de enfermería es mantener a Julián en ayunas y no administrar enemas ni laxantes, por el riesgo de precipitar una perforación de un apéndice ya inflamado (Cap. 4.3). Si en las próximas horas el dolor pasara de estar localizado en FID a generalizarse a todo el abdomen, con aparición de defensa generalizada o fiebre en ascenso, correspondería sospechar una perforación apendicular con peritonitis (Cap. 4.5), lo que cambia la urgencia de la comunicación y de la conducta quirúrgica.

Lo esencial

- Estas seis patologías comparten mecanismos (dolor visceral/somático/referido, inflamación, isquemia) pero se diferencian con precisión por la localización del dolor, su evolución y los signos asociados.
- No son compartimentos aislados: la colecistitis puede causar pancreatitis biliar, y la apendicitis, la diverticulitis y la colecistitis complicadas pueden derivar en peritonitis.
- La pancreatitis y la diverticulitis no siempre requieren cirugía; la apendicitis, en cambio, la requiere prácticamente siempre.
- Un dolor que cambia de patrón (de cólico a continuo, de localizado a generalizado) es, en cualquiera de estas patologías, la señal más importante de progresión hacia una complicación.
- Los cuadros comparativos son una herramienta de razonamiento clínico para Enfermería, no un reemplazo del diagnóstico médico.
- Conocer estas diferencias permite comunicar hallazgos con precisión, en lugar de informar de forma genérica "dolor abdominal".

Glosario de la unidad

- **Abdomen agudo** — síndrome clínico caracterizado por dolor abdominal de instalación aguda, que exige definir con rapidez si el paciente requiere una cirugía de urgencia.
- **Absceso** — colección localizada de material purulento.
- **Amilasa** — enzima pancreática cuya elevación en sangre orienta el diagnóstico de pancreatitis aguda.
- **Anastomosis** — unión quirúrgica de dos estructuras tubulares (por ejemplo, dos segmentos de intestino) tras una resección.
- **Apendicectomía** — extirpación quirúrgica del apéndice.
- **Balance hídrico** — registro comparativo entre los ingresos y los egresos de líquidos de un paciente.
- **Bilirrubina** — pigmento producto de la degradación de la hemoglobina; su elevación en sangre produce ictericia.
- **Colecistectomía** — extirpación quirúrgica de la vesícula biliar.
- **Colecistitis** — inflamación aguda o crónica de la vesícula biliar.
- **Colecistostomía** — drenaje quirúrgico o percutáneo de la vesícula biliar sin extirparla, para pacientes de alto riesgo quirúrgico.
- **Coledocolitiasis** — presencia de cálculos en el colédoco.
- **Coledocostomía** — incisión quirúrgica del colédoco, habitualmente para extraer cálculos y colocar una sonda de drenaje.
- **Colédoco** — conducto que transporta la bilis desde la confluencia de los conductos hepáticos hasta el duodeno.
- **Colelitiasis** — presencia de cálculos en la vesícula biliar, con o sin síntomas.
- **Colostomía** — abertura quirúrgica del colon hacia la piel del abdomen, para el drenaje del contenido intestinal.
- **Débito** — cantidad de líquido drenado por una sonda o drenaje en un período determinado.
- **Defensa abdominal** — contracción muscular involuntaria de la pared abdominal ante la irritación del peritoneo.
- **Dehiscencia** — separación de los bordes de una herida quirúrgica antes de completarse la cicatrización.
- **Diagnóstico de enfermería** — juicio clínico sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad a un proceso de salud, formulado según una taxonomía como NANDA-I.
- **Diverticulitis** — inflamación de uno o más divertículos del colon, por microperforación.
- **Diverticulosis** — presencia de divertículos en el colon, sin inflamación ni síntomas.
- **Efluente** — contenido, fecal o urinario, que drena a través de un estoma.
- **Empiema vesicular** — acumulación de material purulento dentro de la vesícula biliar.
- **Escala de Aldrete** — instrumento que evalúa la recuperación posanestésica según actividad motora, ventilación, circulación, conciencia y color de piel.
- **Escala de Hinchey** — clasificación de gravedad de la diverticulitis complicada, que orienta la conducta terapéutica.

- **Estoma** — abertura creada quirúrgicamente entre una víscera hueca y la piel.
- **Estrangulación intestinal** — compromiso de la irrigación sanguínea de un segmento intestinal obstruido, con riesgo de necrosis.
- **Evisceración** — protrusión de vísceras abdominales a través de una herida quirúrgica dehiscente; es una emergencia quirúrgica.
- **Fístula** — comunicación anormal entre dos superficies epitelizadas (por ejemplo, entre el colon y la vejiga).
- **Ictericia** — coloración amarillenta de piel y mucosas por acumulación de bilirrubina.
- **Íleo paralítico** — cese de la motilidad intestinal sin obstáculo mecánico, habitualmente transitorio (por ejemplo, tras una cirugía abdominal).
- **Ileostomía** — abertura quirúrgica del íleon hacia la piel del abdomen.
- **Laparoscopia** — técnica quirúrgica que utiliza pequeñas incisiones y una cámara para operar dentro de la cavidad abdominal.
- **Laparotomía** — incisión quirúrgica amplia de la pared abdominal para acceder a la cavidad peritoneal.
- **Lipasa** — enzima pancreática cuya elevación es más específica que la de la amilasa para el diagnóstico de pancreatitis aguda.
- **NANDA-I** — North American Nursing Diagnosis Association International; organización que desarrolla y estandariza la taxonomía de diagnósticos de enfermería.
- **Obstrucción mecánica** — bloqueo del tránsito intestinal por una causa física (bridas, hernias, tumores, entre otras).
- **Ostomía** — término general para cualquier abertura quirúrgica entre una víscera y la piel (incluye colostomía, ileostomía y otras).
- **PAE (Proceso de Atención de Enfermería)** — método sistemático de trabajo de Enfermería, organizado en valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.
- **Pancreatitis** — inflamación del páncreas, aguda o crónica.
- **Peritonitis** — inflamación del peritoneo.
- **Piel periestomal** — piel que rodea inmediatamente un estoma.
- **Punto de McBurney** — punto de máximo dolor a la palpación en la apendicitis, ubicado en la unión del tercio externo con los dos tercios internos de la línea que une el ombligo con la espina ilíaca anterosuperior derecha.
- **Sepsis** — respuesta sistémica desregulada del organismo ante una infección, con riesgo de disfunción orgánica.
- **Signo de Blumberg** — dolor a la descompresión brusca del abdomen; indicador de irritación peritoneal.
- **Signo de Murphy** — interrupción brusca de la inspiración al palpar el hipocondrio derecho; característico de la colecistitis aguda.
- **Signo de Rovsing** — dolor referido en fosa ilíaca derecha al palpar la fosa ilíaca izquierda; característico de la apendicitis.
- **Sonda en "T" / drenaje de Kehr** — tubo de drenaje colocado en el colédoco tras una coledocotomía, que funciona por gravedad.

- **Teach-back** — método de verificación de la comprensión del paciente: pedirle que repita o demuestre, con sus propias palabras o acciones, lo que se le explicó.
- **Vólvulo** — torsión de un segmento intestinal sobre su propio eje, que puede causar obstrucción y compromiso vascular.

Bibliografía

Bibliografía básica

(Fuentes prioritarias, provistas para esta unidad; deben ser la base de estudio de los estudiantes.)

1. Brunner, L. S., & Suddarth, D. S. *Enfermería Médico-Quirúrgica* (capítulo sobre trastornos gastrointestinales y de las vías biliares provisto para la cátedra). Material de cátedra, 2026.
2. Velasquez, K. *Abdomen agudo* [presentación de cátedra]. Tecnicatura Superior en Enfermería, 2026.
3. *Programa de Abdomen Agudo* [programa oficial de la Unidad N.º 6]. Tecnicatura Superior en Enfermería, 2026.
4. Guía institucional de abdomen agudo (adaptada de Fistera / Ministerio de Salud). Material de cátedra, 2026.
5. Clase universitaria sobre clasificación sindrómica del abdomen agudo. Material de cátedra, 2026.
6. Apunte clínico breve sobre abdomen agudo: definición, fisiopatología del dolor y manejo inicial. Material de cátedra, 2026.
7. Capítulo de Tratado de Geriatria sobre abdomen agudo en el adulto mayor. Material de cátedra, 2026.
8. Instituto Mexicano del Seguro Social. *Guía de Práctica Clínica: Laparotomía y/o laparoscopia diagnóstica*. Material de cátedra, 2026.

Bibliografía complementaria

(Fuentes utilizadas para completar contenidos que el programa exige y que el material de cátedra no desarrollaba con suficiente detalle, según se declaró expresamente en cada capítulo. Para profundizar.)

1. Grupo de trabajo sobre drenajes biliares. "Complicaciones relacionadas con el tubo en 'T' en cirugía biliar". *Cirugía Española*, Elsevier. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-articulo-complicaciones-relacionadas-con-el-tubo-13858> (consultado en agosto de 2026).
2. "El tubo de Kehr: todo lo que un cirujano debe saber". *Guía del Cirujano*. Disponible en: <https://guiadelcirujano.com/el-tubo-de-kehr-todo-lo-que-un-cirujano-debe-saber/> (consultado en agosto de 2026).
3. Servicio Andaluz de Salud. *Control y cuidado de drenajes quirúrgicos* (procedimiento de enfermería, 2012). Disponible en: https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_enfermeria/enfermeria/procedimientos/procedimientos_2012/rd9_control_cuidado_drenajes_quirurgicos.pdf (consultado en agosto de 2026).
4. "Enfermería en los cuidados de los drenajes quirúrgicos". *Revista Electrónica de Portales Médicos*. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidados-drenajes-quirurgicos/> (consultado en agosto de 2026).
5. Organización Mundial de la Salud / World Federation of Societies of Anaesthesiologists. *Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía*. Disponible en: https://resources.wfsahq.org/wp-content/uploads/325_spanish.pdf (consultado en agosto de 2026).

6. Asociación de Anestesia, Analgesia y Reanimación de Buenos Aires. *Guías para el ayuno perioperatorio en pacientes adultos y pediátricos* (2022). Disponible en: <https://www.anestesia.org.ar/assets/downloads/articles/458/301-GUIAAYUNO2022-4.pdf> (consultado en agosto de 2026).
7. "Cuidados de Enfermería en el Preoperatorio". *Revista Electrónica de Portales Médicos*. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidados-de-enfermeria-preoperatorio/> (consultado en agosto de 2026).
8. "Evaluación de la Escala de Aldrete en la recuperación postanestésica". *Ocronos, Revista Médica*. Disponible en: <https://revistamedica.com/escala-alldrete-recuperacion-postanestesia/> (consultado en agosto de 2026).
9. "Función de la enfermera en las unidades de recuperación postanestésica". *Revista Sanitaria de Investigación*. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/funcion-de-la-enfermera-en-las-unidades-de-recuperacion-postanestesia/> (consultado en agosto de 2026).
10. "La educación en salud, un elemento central del cuidado de enfermería". *Revista Médica Clínica Las Condes*, Elsevier. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-la-educacion-en-salud-un-S0716864018300543> (consultado en agosto de 2026).
11. "El método Teach-Back: mejorando la comprensión del paciente y la calidad de la atención en salud". Disponible en: <https://cosechandosalud.substack.com/p/el-metodo-teach-back-mejorando-la> (consultado en agosto de 2026).

Matriz de correspondencia

Contenido del programa	Capítulo donde se desarrolla	Fuente utilizada
Abdomen agudo: definición, clasificación, características, estudios diagnósticos, cuadro clínico	Cap. 1	PPT de cátedra (Christmann); guía institucional; clase universitaria; apunte clínico
Abdomen agudo inflamatorio, hemorrágico, isquémico; espasmo del intestino ocluido	Cap. 1	PPT de cátedra; apunte clínico breve
Cuadro integrador de tipos de abdomen agudo	Cap. 1	Síntesis propia a partir de las fuentes de cátedra
Consideraciones en el adulto mayor	Cap. 1 (recuadro complementario)	Tratado de Geriatria (capítulo sobre abdomen agudo en el anciano)
Oclusión intestinal: definición, clasificación, etiología, fisiopatología, cuadro clínico, estudios, tratamiento, complicaciones	Cap. 2	Brunner & Suddarth
Diferenciación obstrucción mecánica / íleo paralítico	Cap. 2	Brunner & Suddarth
Cuidados de enfermería en oclusión intestinal (valoración, SV, balance hídrico, sondas, pre y posoperatorio)	Cap. 2	Brunner & Suddarth
Ostomías: definición, clasificación, etiología, tipos, indicaciones, dispositivos, cuidados	Cap. 3	Brunner & Suddarth
Educación para el autocuidado del estoma	Cap. 3	Brunner & Suddarth
Pancreatitis: definición, clasificación, etiología, fisiopatología, cuadro clínico, estudios, tratamiento, complicaciones, cuidados	Cap. 4.1	Brunner & Suddarth
Colecistitis: ídem, y relación colelitiasis-colecistitis	Cap. 4.2	Brunner & Suddarth
Apendicitis: ídem, evolución del dolor, riesgo de perforación y peritonitis	Cap. 4.3	Brunner & Suddarth
Diverticulitis: ídem, complicaciones que llevan a cirugía	Cap. 4.4	Brunner & Suddarth
Peritonitis: ídem, relación con sepsis y otras patologías abdominales	Cap. 4.5	Brunner & Suddarth

Contenido del programa	Capítulo donde se desarrolla	Fuente utilizada
Colecistectomía: definición, indicaciones, objetivo, abordajes, cuidados pre y posoperatorios	Cap. 5 (Parte A)	Brunner & Suddarth
Drenaje de Kehr: qué es, dónde se coloca, cómo funciona, características, cuidados, registro, signos de alarma	Cap. 5 (Parte B)	Brunner & Suddarth (mecanismo general, características anatómicas); Cirugía Española/Elsevier y Guía del Cirujano (débito normal, protocolo de pinzamiento, complicaciones numéricas); Servicio Andaluz de Salud y Revista de Enfermería (posición de la bolsa colectora y mecanismo de gravedad, corregido tras verificación)
Cuidados preoperatorios generales (valoración, ayuno, accesos venosos, identificación, seguridad, traslado a quirófano)	Cap. 6 (Parte A)	OMS/WFSAHQ (lista de verificación quirúrgica); AAARBA (ayuno perioperatorio); Revista Electrónica de Portales Médicos (cuidados preoperatorios)
Cuidados posoperatorios generales (recepción, valoración inicial, nivel de conciencia, dolor, drenajes, sondas, eliminación, balance, alimentación, movilidad)	Cap. 6 (Parte B)	Ocronos (Escala de Aldrete); Revista Sanitaria de Investigación (URPA); Brunner & Suddarth (principios generales ya desarrollados en Cap. 5)
Principales complicaciones posoperatorias	Cap. 6	Brunner & Suddarth (Tabla 47-6, complicaciones tras cirugía colorrectal, generalizada a la cirugía abdominal)
Educación para el alta (paciente, familia, cuidador; heridas, drenajes, ostomías, medicación, alimentación, signos de alarma)	Cap. 7	Revista Médica Clínica Las Condes/Elsevier (educación en salud); cosechandosalud.substack.com (método teach-back); síntesis de contenidos ya desarrollados en Caps. 3, 5 y 6
Proceso de Atención de Enfermería: valoración, diagnósticos NANDA-I, planificación, intervenciones, evaluación	Cap. 8	Marco NANDA-I (adoptado por decisión de cátedra, según análisis inicial de fuentes)
Situaciones clínicas integradoras (≥ 2) aplicando el PAE	Cap. 8	Brunner & Suddarth (procesos de enfermería de los pacientes con ostomía y con cirugía de vesícula biliar/sonda en T, adaptados a las patologías del programa)
Cuadros comparativos de las 6 patologías centrales	Cap. 9	Síntesis propia a partir de los Caps. 1, 2 y 4 de este módulo

Contenido del programa	Capítulo donde se desarrolla	Fuente utilizada
Casos clínicos distribuidos a lo largo del módulo	Caps. 1 a 9	Elaboración propia sobre la base de los contenidos de cada capítulo
Glosario, bibliografía y matriz de correspondencia	Cierre del módulo	Síntesis de todas las fuentes citadas en el módulo