

Habilidades procedimentales invariantes para el diagnóstico y el tratamiento de la peritonitis posoperatoria

Invariant procedural skills for diagnosis and treatment of postoperative peritonitis

Habilidades processuais invariantes para o diagnóstico e tratamento da peritonite pós-operatória

Iliana Guerra-Macías^{I*} , Tania Rosa González-García^{II} , María Eugenia García-Céspedes^{III} , Elsa Martínez-Sariol^{IV} , Angel Anibal Hernández-Casamayor^V 

^I Hospital Oncológico Provincial Docente "Conrado Benítez García". Santiago de Cuba, Cuba.

^{II} Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. La Habana, Cuba.

^{III} Dirección Provincial de Salud Santiago de Cuba. Santiago de Cuba, Cuba.

^{IV} Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba. Santiago de Cuba, Cuba.

^V Hospital Clínico Quirúrgico "Ambrosio Grillo". Santiago de Cuba, Cuba.

*Autora para la correspondencia: ileanagm@infomed.sld.cu

Recibido: 19-11-2022 Aprobado: 09-01-2023 Publicado: 30-01-2023

RESUMEN

Introducción: las habilidades procedimentales invariantes en las peritonitis posoperatorias, les permite a los cirujanos el diagnóstico temprano y la reoperación abdominal urgente. **Objetivo:** diseñar las habilidades procedimentales invariantes de atención diagnóstica y terapéutica a la peritonitis posoperatoria dirigida a los cirujanos. **Método:** se realizó una investigación cualitativa en el Hospital Clínico Quirúrgico "Ambrosio Grillo" de Santiago de Cuba en el trimestre mayo-julio de 2022. La población de estudio estuvo constituida por 33 profesionales tratantes de la peritonitis posoperatoria: 22 médicos (12 cirujanos y 10 intensivistas) y 11 licenciadas en Enfermería. Se utilizó la sistematización como método teórico y como método empírico la revisión documental con la revisión de las historias clínicas y la observación con la práctica atencional-docente de la autora principal. **Resultados:** se diseñaron las habilidades procedimentales invariantes para el diagnóstico

temprano y la terapéutica de la peritonitis posoperatoria dirigida a los cirujanos con especial importancia en el método clínico. La autopreparación del tema en cuestión posibilita la complementación de conocimientos y habilidades aprendidas, así como la actualización de saberes que garantiza la atención clínica quirúrgica a este complejo enfermo. **Conclusiones:** el diseño de las habilidades procedimentales invariantes para el diagnóstico temprano y la terapéutica de la peritonitis posoperatoria en la necesaria superación permanente y continuada de los cirujanos representa una herramienta asistencial-docente que contribuye al mejoramiento del desempeño profesional ante este tipo de enfermo.

Palabras clave: habilidades procedimentales invariantes; método clínico; educación en el trabajo; peritonitis posoperatoria; herramienta de aprendizaje

ABSTRACT

Introduction: invariant procedural skills in postoperative peritonitis allow surgeons an early diagnosis and the performance of urgent abdominal resurgery. **Objective:** to design invariant procedural skills to be implemented for surgeons on the diagnostic and therapeutic care of postoperative peritonitis. **Method:** a qualitative research was conducted at the Hospital Clínico Quirúrgico "Ambrosio Grillo" of Santiago de Cuba in the quarter period of May-July 2022. The study population consisted of 33 specialists on postoperative peritonitis: 22 physicians (12 surgeons and 10 intensivists) and 11 graduated bachelor in nursing. Systematization was used as the theoretical method and the empirical methods used were the document analysis supported with the review of clinical histories and the observation with the main author's attentional-teaching practice. **Results:** it was designed an invariant procedural skills for the early diagnosis and therapy of postoperative peritonitis with special emphasis on the clinical method. The self-preparation on the subject makes possible the complementation of both knowledge and skills learned, as well as an update of knowledge that guarantees the surgical clinical care of these complex patients. **Conclusions:** the design of invariant procedural skills for the early diagnosis and therapy of postoperative peritonitis in the necessary permanent and continuous knowledge improvement of surgeons represents a care-teaching tool that contributes to improve the professional performance at the time to attend to this type of patient.

Keywords: invariant procedural skills; clinical method; on the workplace teaching environment; postoperative peritonitis; learning tool

RESUMO

Introdução: as habilidades processuais invariantes na peritonite pós-operatória permitem aos cirurgiões o diagnóstico precoce e a reoperação abdominal urgente. **Objetivo:** projetar as habilidades processuais invariantes de atenção diagnóstica e terapêutica para peritonite pós-operatória destinadas a cirurgiões. **Método:** uma pesquisa qualitativa foi realizada no Hospital Clínico Cirúrgico "Ambrosio Grillo" em Santiago de Cuba no trimestre maio-julho de 2022. A população do estudo consistiu em 33 profissionais que tratam de peritonite pós-operatória: 22 médicos (12 cirurgiões e 10 intensivistas) e 11 graduados em enfermagem. Utilizou-se como método teórico a sistematização e como métodos empíricos a revisão documental com revisão de histórias clínicas e a observação com a prática docente-atencional da autora principal. **Resultados:** desenharam-se competências processuais invariantes para o diagnóstico precoce e terapêutica da peritonite pós-operatória dirigidas a cirurgiões com especial importância no método clínico. O autopreparo do sujeito em questão possibilita a complementação dos conhecimentos e habilidades aprendidas, bem como a atualização de conhecimentos que garantem o cuidado clínico cirúrgico desta complexa doença. **Conclusões:** o desenho de habilidades processuais invariantes para o diagnóstico precoce e tratamento da peritonite pós-operatória no necessário aperfeiçoamento permanente e contínuo dos cirurgiões representa uma ferramenta cuidado-ensino que contribui para o aperfeiçoamento da atuação profissional frente a este tipo de paciente.

Palavras-chave: habilidades processuais invariantes; método clínico; educação no trabalho; peritonite pós-operatória; ferramenta de aprendizado

Cómo citar este artículo:

Guerra-Macias I, González-García TR, García-Céspedes ME, Martínez-Sariol E, Hernández-Casamayor AA. Habilidades procedimentales invariantes para el diagnóstico y el tratamiento de la peritonitis posoperatoria. Rev Inf Cient. 2023; 102:4066. DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.7579849>



INTRODUCCIÓN

La superación permanente y continuada de los cirujanos contribuye al mejoramiento del desempeño profesional para la solución de problemas sociales de salud identificados como la peritonitis posoperatoria.^(1,2,3) Esta infección intraabdominal es una complicación grave de la cirugía abdominal que exhibe cifras de mortalidad entre 8 % - 60 %. Requiere reoperación abdominal urgente para solucionarla y en no pocas ocasiones la aplicación de la técnica de abdomen abierto, lo cual complejiza la atención clínica quirúrgica.^(4,5)

De ahí que, el diagnóstico temprano constituye una exigencia social y desde la superación se planifican acciones para el desarrollo de habilidades en el método clínico como procedimiento diagnóstico insustituible^(6,7); la vigencia de este método aplicado a la cabecera del enfermo, confirma la certera y oportuna detección de la complicación sin la espera de resultados de estudios complementarios, la conducta terapéutica específica y la rápida reincorporación social y laboral del afectado.^(8,9)

En función de lo planteado, la autopreparación de los cirujanos constituye una forma de superación^(10,11) que les posibilita la complementación de conocimientos y habilidades específicas aprendidas durante el periodo de residencia, así como la actualización sistemática de saberes para un desempeño óptimo frente a este complejo enfermo.

Dentro de este orden de ideas, es pertinente el desarrollo de habilidades profesionales específicas en la asistencia a un enfermo operado abdomen cuya evolución no es satisfactoria. La integración de síntomas, signos y datos quirúrgicos de importancia en la historia clínica permiten el temprano diagnóstico clínico que podrá corroborarse con estudios de laboratorio e imagenológicos específicos, por otra parte, el empoderamiento de saberes para el cumplimiento de los principios terapéuticos específicos contribuye a un desempeño óptimo en esta área del conocimiento de la cirugía.

En tal sentido se realiza esta investigación, con el objetivo de diseñar las invariantes procedimentales de las habilidades diagnósticas y terapéuticas en la peritonitis posoperatoria dirigida a los cirujanos.

MÉTODO

Se realizó una investigación cualitativa en el Hospital Clínico Quirúrgico “Ambrosio Grillo”, de Santiago de Cuba en el trimestre mayo-julio 2022; cuyo objeto de estudio fue el diseño de invariantes procedimentales de las habilidades diagnósticas y terapéuticas en la peritonitis posoperatoria.

La población de estudio estuvo constituida por 33 profesionales tratantes de la complicación quirúrgica: 22 médicos (12 cirujanos y 10 intensivistas) y 11 licenciadas en Enfermería de la sala de terapia intensiva.

Se utilizó la sistematización como método teórico, para lo cual se consultó la bibliografía básica y actualizada de pertinencia con el tema de los últimos seis años, en español e inglés, con la utilización de los descriptores método clínico y peritonitis posoperatoria.



Se utilizaron 3 métodos empíricos: la revisión documental que permitió la constatación en las historias clínicas de las principales dificultades para el diagnóstico temprano de la complicación, la observación científica de la autora principal al desempeño de los cirujanos en los diversos escenarios asistenciales de educación en el trabajo a este tipo de enfermo y la prueba de desempeño inicial y final aplicada a los cirujanos mediante una prueba de conocimientos teórica antes y después de implementada la estrategia de superación (Archivos complementarios al final).

RESULTADOS

Particularizado en el tema del método clínico, a continuación (Cuadro 1), se relacionan las invariantes de las habilidades procedimentales para el diagnóstico temprano de la peritonitis posoperatoria y la terapéutica resolutoria dirigida a los cirujanos. Por ende, constituyen habilidades específicas de necesaria incorporación a la práctica quirúrgica diaria para un óptimo desempeño profesional.

Cuadro 1. Habilidades procedimentales invariantes dirigidas a los cirujanos ante un enfermo operado del abdomen que evoluciona insatisfactoriamente

Componentes del Método clínico. Formulación del problema (Evolución insatisfactoria de enfermo operado del abdomen)	
Información (Fase sensorial)	Habilidades profesionales (Habilidades procedimentales invariantes)
I. Interrogatorio al paciente operado del abdomen	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Asertiva comunicación y trato humanizado al enfermo. ✓ Aplicación del recurso ALICIA FREDUSA para el dolor abdominal. ✓ Determinación de síntomas acompañantes: hipo, vómitos (número y características), diarreas (número y características), tenesmo rectal, fiebre.
II. Examen físico exhaustivo al paciente operado del abdomen	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Realización del examen físico general con énfasis en el estado general, la faz, las mucosas, el estado de hidratación, los signos vitales, la forma de deambulación y la posición en el lecho. Presencia de signos de alarma: faz peritonítica, elementos del Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SRIS): taquicardia >90 latidos/min, taquipnea >20 respiraciones/minutos, necesidad de ventilación mecánica, fiebre >38 °C o hipotermia <36 °C, estado mental alterado, oliguria, llenado capilar retardado, deshidratación severa a pesar de fluidoterapia adecuada. ✓ Realización del examen físico abdominal inspección: presencia de distensión abdominal, simetría o asimetría de la distensión, el estado de la herida quirúrgica (si tiene o no signos de infección o necrosis, fetidez, salida de contenido líquido anormal), el estado funcional del drenaje (s) abdominal, la viabilidad y funcionalidad de un estoma. Palpación: presencia de dolor abdominal localizado o generalizado, contractura abdominal localizada o generalizada, presencia de tumoración y las características (localización, tamaño, número, sensibilidad, bordes, movilidad o fijación, si es o no pulsátil, si es de pared abdominal o intracavitaria). Percusión: presencia de dolor percusional localizado o generalizado. Auscultación: presencia de silencio total, de ruidos hidroaéreos normales o disminuidos. ✓ Realización de tacto rectal y/o tacto vaginal de ser necesarios. ✓ Realización de punción abdominal y/o del saco de Douglas, lavado peritoneal y medición de la presión intraabdominal de ser necesarios.

	<p>Presencia de signos de alarma: dolor abdominal localizado o generalizado espontáneo, a la palpación y a la percusión, reacción peritoneal localizada o generalizada, distensión abdominal simétrica, silencio auscultatorio total, drenaje(s) con descarga de líquido seropurulento, purulento o fecaloideo, de alimentos, contenido intestinal, bilis, herida pútrida, equimótica o necrótica, dehiscente parcial o total con o sin evisceración, salida de fluido anormal entre los puntos, presión intraabdominal elevada (>20 mmHg).</p>
Fase racional (Razonamiento clínico)	Hallazgo de datos quirúrgicos de interés con la evaluación de la historia clínica
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Revisión de la historia clínica: edad, comorbilidades asociadas, estado inmunonutricional. ✓ Revisión de la historia clínica (protocolo de anestesia e informe operatorio): clasificación anestesiológica preoperatoria ASA, diagnóstico preoperatorio y operatorio, órgano afectado, etiología de la afección (congénita o adquirida, traumática o espontánea, inflamatoria, neoplásica o vascular), tipo de operación (urgente o electiva, limpia, limpia contaminada, contaminada o sucia, si exéretica o derivativa o exéretica y derivativa o solamente derivativa), si fue realizada por residente o especialista, días de realizada, tiempo transcurrido entre el comienzo de la afección -la realización del diagnóstico- la operación, tiempo transcurrido entre la cirugía inicial y la situación clínica actual del paciente, si es la primera, segunda o tercera reintervención, si hubo accidentes, el tiempo anestésico-quirúrgico utilizado en el procedimiento, antimicrobianos utilizados, esquema de hidratación aplicado, tipo de cierre abdominal parietal, si transcurrió el periodo posoperatorio en sala de cirugía o terapia. <p><i>Hallazgos importantes:</i> estado inmunonutricional deficiente, tiempo anestésico-quirúrgico prolongado, operación realizada de urgencia, cáncer digestivo complicado o peritonitis generalizada como diagnóstico inicial, intestino delgado o grueso operado, sutura intestinal realizada, número de reintervención, la demora mayor de 24 horas entre el diagnóstico y la operación inicial, si hubo cirugía de control de daño, la demora entre la intervención inicial y la primera reintervención, las características del líquido peritoneal encontrado, la ineficacia de la técnica quirúrgica empleada, la falta de control de la infección intracavitaria con la primera operación y el número de reoperaciones.</p>
Formulación de hipótesis	Diagnóstico presuntivo de peritonitis posoperatoria
Contrastación Fase práctica	<p>Realización de exámenes complementarios.</p> <p>1. Indicación e interpretación de estudios complementarios:</p> <p>a) Analíticos (biomarcadores de infección):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma completo: hemoglobina y hematocrito disminuidos, leucocitosis con neutrofilia o neutropenia, presencia de células jóvenes en periferia (<i>stabs</i>). - Proteína C reactiva: elevada (>15 mg/dl) a partir del tercer día de posoperatorio. - Lactato sérico: elevado (>7,5 mg/dl) - Albúmina sérica: disminuida (<2,8 mg/dl) - Lipoproteínas de alta densidad (HDL sérico): disminuida (<30mg/dl) <p>b) Imagenológicos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Radiografía de tórax PA de pie: imagen de edema pulmonar o derrame pleural. - Radiografía de abdomen simple en vistas de pie y acostado: patrón típico de íleo paralítico, imagen radiopaca difusa que evidencia líquido libre en cavidad abdominal y engrosamiento de la pared intestinal. - Ecografía abdominal: colecciones líquidas intraabdominales encapsuladas o difusas o en el interior de una víscera maciza.

- Otros: TAC abdominopélvica simple y contrastada, RMN.

c) Endoscópicos.

Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) descompresiva urgente con o sin esfinterotomía en la pancreatitis aguda complicada de origen biliar.

d) Microbiológicos.

- Cultivo del pus de la cavidad abdominal, de la herida quirúrgica, del orificio de drenaje, hemocultivo en presencia de fiebre, bilicultivo, urocultivo.

2. Aplicación de los Índices predictivos de complicación intraabdominal y anotarlos en la Historia Clínica:

A. Puntaje de Mannheim (si ≥ 30 puntos: Reintervención).

Factores de riesgo	Puntaje
Edad >50 años	5
Sexo femenino	5
DMO presente	7
Cáncer presente	4
Preoperatorio >24 h	4
Fuente de infección no colónica	4
Peritonitis generalizada	6
Tipo de exudado:	
Claro	0
Purulento	6
Fecaloideo	12

B. Índice predictivo para reintervenciones abdominales (ARPI) (≥ 15 puntos): Reintervención)

Parámetros	Puntaje
Cirugía urgente	3
Fallo respiratorio	2
Fallo renal	2
Íleo paralítico de más de 72 horas	4
Dolor abdominal de más de 48 hora	5
Infección de la herida	8
Alteraciones de la conciencia	2
Síntomas después del 3-4 días de operado	6

3. Discusión colectiva del enfermo con criterios clínicos de peritonitis posoperatoria:

- Hallazgo de síntomas y signos de alarma general y abdominal.
- Deshidratación persistente a pesar de correcta fluidoterapia.
- Hipo y diarreas frecuentes con tenesmo rectal.
- Íleo paralítico persistente más de 72 horas.
- Distensión abdominal simétrica con silencio auscultatorio total.
- Contractura abdominal y tumor palpable.
- Síndrome compartimental abdominal presente o inminente (presión intraabdominal PIA > 20 mm/Hg).

<p>Comprobación</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Dehiscencia de sutura parietal con o sin evisceración. - Evidencia de perforación de víscera hueca. - Salida por la herida quirúrgica o el drenaje abdominal de contenido purulento, hemopurulento, achocolatado, sangre, bilis, contenido intestinal yeyunoileal o fecaloideo, orina, alimentos. - Elevación de índices predictivos: puntaje de Mannheim ≥ 30 puntos. - ARPI ≥ 15 puntos. - Los intensivistas anotarán, además, el APACHE II (<i>Acute Physiology and Chronic Health Evaluation</i>) + 15 puntos y SOFA (<i>Acute Organ System Failure</i>) + 6 puntos. - Deterioro clínico persistente a pesar de la terapéutica impuesta. <p>Corroboración del diagnóstico presuntivo</p> <p><i>Una vez comprobado el diagnóstico:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Realización de anotaciones importantes en la HC: la toma de decisión colectiva sobre la terapéutica a seguir. - Los factores de mal pronóstico que incluyen la edad avanzada, el estado inmunonutricional deficiente, el estado físico IV y V de la clasificación anestesiológica ASA, las comorbilidades asociadas, el germen causante del cuadro peritoneal, la causa de la peritonitis, la necesidad de reintervención, el número de las reintervenciones, los biomarcadores de infección alterados a partir del tercer día del posoperatorio, la instalación progresiva de la disfunción múltiple de órganos (DMO) y el choque séptico con necesidad de ventilación mecánica y uso de drogas vasoactivas. - Decisión colectiva de reoperación abdominal (relaparotomía) y del tipo de estrategia a utilizar: a demanda o programada. <p><i>Consentimiento informado</i></p> <ol style="list-style-type: none"> a) Si el paciente está consciente explicarle con lenguaje claro y preciso la complicación que presenta, la necesidad de la reoperación(s), el riesgo que corre y la autorización escrita al procedimiento anestésico-quirúrgico. b) Si el paciente no está consciente o no tiene autonomía explicarle todo lo anterior al familiar y la autorización escrita al procedimiento anestésico-quirúrgico. <p><i>Tratamiento</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Profiláctico con la eficacia de la primera operación. - Curativo: <ol style="list-style-type: none"> a) Médico general que incluye ingreso, reporte de grave, signos vitales cada 3 horas, corrección del medio interno que logre en las primeras 6 horas una PVC de 12 mm Hg y una diuresis de 0,5 ml/Kg/hora asociado a otras medidas como hemotransfusión, ventilación mecánica no invasiva y medicación antitérmica. b) Médico específico que incluye antimicrobianos de amplio espectro y en combinación, inmunomoduladores, anticoagulantes, antiulcerosos, nutrición parenteral o enteral, acceso venoso profundo e inserción de sondas nasogástrica y uretrovesical. c) Quirúrgico que incluye la eliminación del foco de infección mediante drenaje guiado por ecografía abdominal o a través de la laparotomía exploradora, el lavado peritoneal profuso de la cavidad peritoneal con diferentes soluciones probadas (solución salina fisiológica, solución salina con iodopovidona, agua oxigenada y solución salina tratada magnéticamente) y el drenaje de la cavidad abdominal con tubos insertados en diferentes espacios peritoneales.
----------------------------	--

Si la peritonitis posoperatoria se vuelve persistente y de difícil control siendo necesario múltiples reoperaciones se impone la aplicación de la técnica de abdomen abierto para lavados secuenciales con anotaciones en la HC después de cada lavado peritoneal de las características de la cavidad abdominal según clasificación de Björck⁽¹²⁾:

Grado	Descripción
1a	Limpio sin adherencias.
1b	Contaminado sin adherencias.
1c	Líquido intestinal, asas no fijas.
2a	Limpio con adherencias fijas.
2b	Contaminado con adherencias fijas.
2c	Líquido intestinal, asas fijas.
3a	Abdomen congelado limpio.
3b	Abdomen congelado contaminado.
4	Abdomen congelado y fístula enteroatmosférica.

- Realización del informe operatorio detallado y sin omisiones.
- Seguimiento posoperatorio en sala de terapia intensiva para vigilancia estricta.

DISCUSIÓN

Como afirma Álvarez de Zayas referenciada por Losada⁽⁸⁾, las habilidades son estructuras psicológicas del pensamiento que permiten asimilar, conservar, utilizar y exponer los conocimientos. Se forman y desarrollan a través de la ejercitación de las acciones mentales y se convierten en modos de actuación que dan solución a tareas teóricas y prácticas. Las habilidades clínicas incluyen las habilidades diagnósticas y terapéuticas.

En la obra de Salas Perea⁽¹³⁾ se hace notar lo referido por Ilizástigui acerca de las habilidades del método clínico en la educación médica cubana. De acuerdo con este autor hay tres fases y cinco etapas. Las tres fases son: *sensorial* que obtiene mediante el interrogatorio y el examen físico la información acerca del estado del paciente, *racional* en la que predominan las habilidades intelectuales del razonamiento clínico y *práctica* que permite la interpretación de los resultados de los estudios complementarios y las decisiones terapéuticas.

Dichas fases determinan cinco etapas:

- El problema: pérdida de la salud por lo cual el enfermo solicita ayuda médica.
- La búsqueda de información básica: referida al interrogatorio y al examen físico del paciente.
- La elaboración de la hipótesis clínica: planteamiento de una o varias hipótesis explicativas del problema basada en la información recogida.
- La contrastación del diagnóstico presuntivo: logrado mediante el estudio de la evolución del enfermo y la realización de estudios complementarios.
- Elaboración del diagnóstico de certeza: permite iniciar la terapéutica específica, descubrir nuevos problemas o negación de las hipótesis planteadas.

Sostiene Curbeira⁽¹⁴⁾ que las habilidades del método clínico se consideran específicas para la profesión, por lo que también se denominan habilidades profesionales y son el conjunto de conocimientos, competencias y actitudes necesarios para el desempeño correcto de una determinada actividad laboral en una profesión, de ahí, que posibilitan el diagnóstico y el tratamiento de una enfermedad. Dichas habilidades incluyen, además, el talento y la aptitud del profesional de la salud para el desarrollo eficaz de una determinada tarea.

Por consiguiente, es de valor incuestionable el uso del método clínico en Cirugía de forma general y, particularmente, en todos los escenarios de educación en el trabajo para la atención a la peritonitis posoperatoria. Los cirujanos que desestimen la científicidad de este método estarán ajenos a la ciencia clínica y serán responsables de la mala práctica médica. Se ha verificado que el método clínico puede aportar hasta el 95 % del diagnóstico.^(15,16)

Por otra parte, la historia clínica del enfermo operado es un caudal de información y, de manera singular, el consabido informe operatorio aporta detalles que se incluyen en el porcentaje de información del método clínico, a tener en cuenta en la práctica diaria clínica quirúrgica.

Cabe resaltar, el valor del método clínico en la medicina personalizada, cuestión de primer orden en la atención médica.^(17,18) Existen enfermos y no enfermedades, por esta razón la expresión clínica y evolutiva es diferente para cada enfermo, aun cuando tienen la misma afección. Cada paciente es una situación nueva que debe ser investigada y sometida a la sistemática diagnóstica que debe utilizarse.

Actualmente, hay una creciente debilidad en el desarrollo de las habilidades semiológicas y clínicas, sobrevaloración de la tecnología y, por ende, dependencia de los resultados de los estudios complementarios. El método clínico se aprende y mejora durante toda la vida laboral del médico, pues se aplica en todas las especialidades y escenarios donde se asiste a un enfermo. No da la espalda a los avances científicos de la Medicina, sino que posibilita el diagnóstico oportuno, pronóstico y terapéutica específica.^(19,20,21)

En relación a la problemática expuesta, los componentes del método clínico para el diagnóstico de la peritonitis posoperatoria incluyeron primeramente el interrogatorio personalizado y dirigido al enfermo con insatisfactoria evolución después de una cirugía abdominal. En segundo lugar, el examen físico general y abdominal, en particular.

Por último, el razonamiento clínico^(22,23) que incluye la información obtenida del enfermo y la revisión exhaustiva de la historia clínica para el hallazgo de datos clínicos y quirúrgicos de interés. De importancia en este contexto, la comunicación cirujano-enfermera(o)-enfermo-familiar la cual se desarrolla con ética y gran humanismo.^(23,24)



CONCLUSIONES

El diseño de las invariantes procedimentales de las habilidades diagnóstico temprano y la terapéutica de la peritonitis posoperatoria representa una herramienta asistencial-docente en la necesaria superación permanente y continuada de los cirujanos, que contribuyen al mejoramiento del desempeño profesional ante este tipo de enfermo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Valcárcel Izquierdo N, Suárez Cabrera A, López Espinosa GJ, Pérez Bada E. La formación permanente y continuada: principio de la educación médica. EDUMECENTRO [Internet]. 2019 [citado 26 Jul 2022]; 11(4):258-265. Disponible en: <http://www.revedumecentro.sld.cu/index.php/edumc/article/view/1382/html515>
2. Guerra Macías I, Espinosa Torres F. El desempeño profesional del cirujano general en la detección temprana de la peritonitis aguda postoperatoria. Rev Cubana Tecnol Salud [Internet]. 2020 [citado 26 Jul 2022]; 11(1):35-40. Disponible en: <http://www.revtecnologia.sld.cu/index.php/tec/article/view/1763>
3. Guerra-Macías I, Suárez-Guerra J, Martínez-Sariol E, García-Céspedes ME. Necesidad de superación profesional del cirujano en la atención al anciano con peritonitis aguda. Rev Maestro y Soc [Internet]. 2021 [citado 26 Jul 2022]; 18(3):869-80. Disponible en: <https://maestroysociedad.uo.edu.cu/index.php/MyS/article/view/5382>
4. Guerra Macías I, Espinosa Torres F. Relaparotomía, una alternativa de vida desde una visión humanista. Rev Cubana Tecnol Salud [Internet]. 2020 [citado 26 Jul 2022]; 11(4):133-136. Disponible en: <http://www.revtecnologia.sld.cu/index.php/tec/article/view/1834>
5. Guerra Macías I. Infección intraabdominal posoperatoria tratada con técnica de abdomen abierto desde un enfoque inclusivo. Rev Inf Cient [Internet]. 2021 [citado 26 Jul 2022]; 100(5):e3474. Disponible en: <http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/3474>
6. Alvares Sintés R. Método clínico en la atención primaria de salud. Segunda Edición [Internet]. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2019 [citado 26 Jul 2022]. Disponible en: https://www.academia.edu/49381289/Libro_Medicina_Medicina_General_Alvarez_Sintés_Vol
7. Espinosa Brito A. Las destrezas en el examen físico. Medisur [Internet]. 2020 [citado 26 Jul 2022]; 18(1):[aproximadamente 4 p.]. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/4531>
8. Losada Guerra JL. El desarrollo de la habilidad profesional generalizada solucionar problemas clínicos en la carrera de Medicina. [Tesis Doctoral]. Sancti Spíritus, 2017.
9. Amador Morán R. La importancia del método clínico en neonatología. Rev Cubana Ped [Internet]. 2019 [citado 26 Jul 2022]; 91(4):e796. Disponible en: <http://www.revpediatria.sld.cu/index.php/ped/article/view/796/461>
10. Ministerio de Educación Superior. Manual para la Gestión del Posgrado. Instrucción No. 01/2020. Capítulo III de la Superación Profesional de Posgrado, sección primera, de



- las formas organizativas para impartir superación profesional de posgrado, artículo 18 [Internet]. La Habana: MES, 2020. [citado 26 Jul 2022]. Disponible en: <https://www.instituciones.sld.cu/inhem/files/2022/12/Manual-Gesti%C3%B3n-Posgrado-MES-20-5-2020.pdf>
11. Ministerio de Educación Superior. Resolución No. 140/2019 Reglamento de la Educación de Posgrado de la República de Cuba. En: Ministerio de Educación Superior. Gaceta Oficial de Cuba. [Internet]. La Habana: MES; 2019. [citado 26 Jul 2022]; Disponible en: <https://cuba.vlex.com/vid/resolucion-no-140-19-810750577>
 12. Björck M, Kirkpatrick AW, Cheatham M, Kaplan M, Leppäniemi A, De Waele JJ. Amended Classification of the Open Abdomen. Scand J Surg [Internet]. 2016 Mar [citado 22 Jul 2022]; 105(1):5-10. DOI: <https://doi.org/10.1177/1457496916631853>
 13. Salas RS, Salas A. El modelo formativo del médico cubano. Bases teóricas y metodológicas [Internet]. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2017. [citado 26 Jul 2022]. Disponible en: <http://www.ecimed.sld.cu/2017/06/02/modelo-formativo-del-medico-cubano-bases-teoricas-y-metodologicas/>
 14. Curbeira Hernández D, Bravo Estévez ML, Morales Díaz YC. La formación de habilidades profesionales en la educación superior. Rev Cubana Med Mil [Internet]. 2019 [citado 26 Jul 2022]; 48(2 supl):426-440. Disponible en: <http://revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/384>
 15. Frómata Guerra A, Sánchez Figueredo SA, Maya Castro MA, Jara Lalama J, Valarezo Sevilla DV. El método clínico: perspectivas actuales. Rev Bionatura [Internet]. 2017 [citado 26 Jul 2022]; 2(1):255-260. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.21931/rb/2017.02.01.8>
 16. Guerra Macías I. Importancia del método clínico en el diagnóstico del embarazo ectópico. Rev Cubana Obst Gin [Internet]. 2019 [citado 26 Jul 2022]; 45(4):e619. Disponible en: <http://www.revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/619>
 17. Ilizástigui Dupuy F, Rodríguez Rivera L. El método clínico. Medisur [Internet]. 2010 [citado 26 Jul 2022]; 8(5):2-11. Disponible en: <https://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1311/6069>
 18. Díaz Novás J, Soler Fonseca V, Díaz Pérez D. Acerca de la 2da edición del libro Método Clínico en la Atención Primaria. Rev Cubana Med Gen Int [Internet]. 2020 [citado 26 Jul 2022]; 36(4):e1321. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252020000400018
 19. Alba Pérez L, Gil Alba H, Pérez de la Paz JR, Sosa Saborit Y. La enseñanza del método clínico ¿exclusivo solo en Medicina? EDUMECENTRO [Internet]. 2020 [citado 26 Jul 2022]; 12(4):242-247. Disponible en: <http://www.revedumecentro.sld.cu/index.php/edumc/article/view/1353>
 20. Conde Fernández BD, Conde Pérez M. Conde Pérez Y. El método clínico y el carácter científico de la medicina clínica. Rev Cubana Med [Internet]. 2020 [citado 26 Jul 2022]; 59(4):e1408. Disponible en: <http://revmedicina.sld.cu/index.php/med/article/view/1408/2046>
 21. Arredondo Bruce A. La actualización del método clínico. Rev Cubana Med [Internet]. 2020 [citado 26 Jul 2022]; 58(1):e977. Disponible en: <http://revmedicina.sld.cu/index.php/med/article/view/977/981>
 22. Estepa Pérez JL, Santana Pedraza T, Estepa Ramos JL. Cualidades necesarias y valores en

el cirujano contemporáneo. Medisur [Internet]. 2019 [citado 26 Jul 2022]; 17(5):[aproximadamente 4 p.]. Disponible en:

<http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/4380>

23. Guerra Macías I, Suárez Guerra J, Suárez Guerra J. Algunas consideraciones necesarias sobre la infección intraabdominal posoperatoria. Rev Cubana Med Mil [Internet]. 2021 [citado 26 Jul 2022]; 50(4):[aproximadamente 0 p.]. Disponible en:

<http://www.revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/1281>

24. Guerra Macías I, Martínez Sariol E, Luna Vázquez L, Chacón Suárez Y, Espinosa López E. Cuidados especializados de enfermería en el anciano con peritonitis aguda. Medisan [Internet]. 2021 [citado 26 Jul 2022]; 25(2):[aproximadamente 13 p.]. Disponible en:

<http://www.medisan.sld.cu/index.php/san/article/view/3530>

Declaración de conflicto de intereses:

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

Contribución de los autores:

Conceptualización: Iliana Guerra-Macías.

Curación de datos: Iliana Guerra-Macías, Tania Rosa González-García, María Eugenia García-Céspedes, Elsa Martínez-Sariol, Angel Anibal Hernández-Casamayor.

Análisis formal: Iliana Guerra-Macías, Tania Rosa González-García.

Investigación: Iliana Guerra-Macías, Tania Rosa González-García, María Eugenia García-Céspedes, Elsa Martínez-Sariol, Angel Anibal Hernández-Casamayor.

Metodología: Iliana Guerra-Macías, Tania Rosa González-García.

Administración del proyecto: Iliana Guerra-Macías.

Supervisión: Iliana Guerra-Macías, Tania Rosa González-García.

Validación: Iliana Guerra-Macías, Tania Rosa González-García.

Visualización: Iliana Guerra-Macías.

Redacción-borrador original: Iliana Guerra-Macías, Tania Rosa González-García.

Redacción-revisión y edición: Iliana Guerra-Macías, Tania Rosa González-García, María Eugenia García-Céspedes, Angel Anibal Hernández-Casamayor

Financiación:

Los autores no recibieron financiación para el desarrollo de la presente investigación.

Archivos complementarios (Open Data):

- [Prueba de desempeño inicial aplicada a los cirujanos \(prueba de conocimientos teórica\)](#)
- [Estudio de casos múltiples mediante prueba de desempeño final \(prueba de conocimientos teórica\)](#)
- [Prueba de desempeño final en el Entrenamiento \(aprendizaje basado en problemas\)](#)

