

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN DE AREQUIPA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
UNIDAD DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ENFERMERIA



**CONOCIMIENTO SOBRE SÍNDROME DOLOROSO ABDOMINAL
AGUDO Y APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE
ENFERMERÍA, SERVICIO DE EMERGENCIA HOSPITAL
GOYENECHÉ, AREQUIPA 2019**

Tesis presentada por la Licenciada:

VANEGAS QUISPE, LIZBETH YANINA

Para obtener el Título Profesional de la
Segunda Especialidad en Enfermería, con
mención en: Emergencia

Asesora: Dra. Gloria Angles Machicao

AREQUIPA – PERÚ
2019

ACEPTACIÓN DE LA ASESORA

La presente tesis, CONOCIMIENTO SOBRE SÍNDROME DOLOROSO ABDOMINAL AGUDO Y APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA, SERVICIO DE EMERGENCIA HOSPITAL GOYENECHÉ, AREQUIPA 2019, reúne las condiciones y tiene mi conformidad.



Dra. Gloria Angles Machicao

Asesora

MIEMBROS DEL JURADO

Dra. Cristina Linares Rasmussen	Presidenta
Dra. Gloria Angles Machicao	Vocal
Dra. Yessika Abarca Arias	Secretaria

La presente tesis sustentada el día 14 de agosto del 2019, aprobada por UNANIMIDAD, queda conforme para seguir con el trámite correspondiente.



Dra. Yessika Abarca Arias

Secretaria

ÍNDICE

	Pág.
RESUMEN	
ABSTRACT	
INTRODUCCIÓN	
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	
A. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	13
B. OBJETIVOS	18
C. HIPÓTESIS	19
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
A. ANTECEDENTES	20
B. BASE TEÓRICA	23
C. IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES	61
D. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS	61
E. ALCANCES Y LIMITACIONES	63
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO	
A. MÉTODO Y DISEÑO DE ESTUDIO	64
B. DESCRIPCIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO	66
C. POBLACIÓN Y MUESTRA	67
D. MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	67
CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	
A. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	70
B. DISCUSIÓN	86
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
A. CONCLUSIONES	89
B. RECOMENDACIONES	90
BIBLIOGRAFÍA	
ANEXOS	

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
TABLA N° 01 CARACTERÍSTICAS DE LAS ENFERMERAS DEL SERVICIO DE EMERGENCIA, HOSPITAL GOYENECHÉ, AREQUIPA 2019	71
TABLA N° 02 CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES, SERVICIO DE EMERGENCIA, HOSPITAL GOYENECHÉ, AREQUIPA 2019	72

ÍNDICE DE CUADROS

	Pág.
CUADRO Nº 01 CONOCIMIENTOS DE SÍNDROME DOLOROSO ABDOMINAL, DIMENSIÓN: DEFINICIÓN Y CAUSAS, ENFERMERAS DELSERVICIO DE EMERGENCIA HOSPITAL GOYENECHÉ, AREQUIPA 2019	73
CUADRO Nº 02 CONOCIMIENTOS DE SÍNDROME DOLOROSO ABDOMINAL, DIMENSIÓN: SINTOMATOLOGÍA, ENFERMERAS DEL SERVICIO DE EMERGENCIA HOSPITAL GOYENECHÉ, AREQUIPA 2019	74
CUADRO Nº 03 CONOCIMIENTOS DE SÍNDROME DOLOROSO ABDOMINAL, DIMENSIÓN: INTERVENCIONES, ENFERMERAS DEL SERVICIO DE EMERGENCIA HOSPITAL GOYENECHÉ, AREQUIPA 2019	75
CUADRO Nº 04 CONOCIMIENTOS DE SÍNDROME DOLOROSO ABDOMINAL, DIMENSIÓN: PRUEBAS COMPLEMENTARIAS, ENFERMERAS DEL SERVICIO DE EMERGENCIA HOSPITAL GOYENECHÉ, AREQUIPA 2019	76
CUADRO Nº 05 CONOCIMIENTOS DE SÍNDROME DOLOROSO ABDOMINAL, GLOBAL ENFERMERAS DEL SERVICIO DE EMERGENCIA HOSPITAL GOYENECHÉ, AREQUIPA 2019	77

CUADRO N° 06	APLICACIÓN PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON SÍNDROME DOLOROSO ABDOMINAL, DIMENSIÓN: VALORACIÓN, ENFERMERAS DEL SERVICIO DE EMERGENCIA HOSPITAL GOYENECHÉ, AREQUIPA 2019	78
CUADRO N° 07	APLICACIÓN PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON SÍNDROME DOLOROSO ABDOMINAL, DIMENSIÓN: DIAGNÓSTICO, ENFERMERAS DEL SERVICIO DE EMERGENCIA HOSPITAL GOYENECHÉ, AREQUIPA 2019	79
CUADRO N° 08	APLICACIÓN PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON SÍNDROME DOLOROSO ABDOMINAL, DIMENSIÓN: PLANIFICACIÓN, ENFERMERAS DEL SERVICIO DE EMERGENCIA HOSPITAL GOYENECHÉ, AREQUIPA 2019	80
CUADRO N° 09	APLICACIÓN PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON SÍNDROME DOLOROSO ABDOMINAL, DIMENSIÓN: EJECUCIÓN, ENFERMERAS DEL SERVICIO DE EMERGENCIA HOSPITAL GOYENECHÉ, AREQUIPA 2019	81
CUADRO N° 10	APLICACIÓN PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON SÍNDROME DOLOROSO ABDOMINAL, DIMENSIÓN: EVALUACIÓN, ENFERMERAS DEL SERVICIO DE EMERGENCIA HOSPITAL GOYENECHÉ, AREQUIPA 2019	82

CUADRO Nº 11	APLICACIÓN PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON SÍNDROME DOLOROSO ABDOMINAL GLOBAL, ENFERMERAS DEL SERVICIO DE EMERGENCIA HOSPITAL GOYENECHÉ, AREQUIPA 2019	83
CUADRO Nº 12	CONOCIMIENTOS DE SÍNDROME DOLOROSO ABDOMINAL SEGÚN, APLICACIÓN PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA, ENFERMERAS DEL SERVICIO DE EMERGENCIA HOSPITAL GOYENECHÉ, AREQUIPA 2019	84

RESUMEN

El objetivo de la tesis titulada “CONOCIMIENTO SOBRE SÍNDROME DOLOROSO ABDOMINAL AGUDO Y APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA, SERVICIO DE EMERGENCIA HOSPITAL GOYENECHÉ, AREQUIPA 2019”, fue determinar la relación entre el nivel de conocimiento de Síndrome Doloroso Abdominal Agudo con la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería, Servicio de Emergencia del Hospital Goyeneche, Arequipa 2019.

El diseño empleado corresponde al método descriptivo, correlacional, de corte transversal, las variables de estudio fueron: conocimiento de síndrome doloroso abdominal y aplicación del proceso de atención de enfermería. La población objetivo estuvo constituida por 30 enfermeras que trabajan en el Servicio de Emergencia e igual número de pacientes del Hospital Goyeneche de la ciudad de Arequipa a quienes se aplicó los siguientes instrumentos: el primero una entrevista para recogida de datos generales y específicos, el segundo un cuestionario para medir el nivel conocimiento de síndrome doloroso abdominal en las enfermeras y el tercero un cuestionario para identificar el nivel de aplicación del proceso de atención de enfermería.

Del análisis del nivel de conocimiento de síndrome doloroso abdominal la mayoría de enfermeras tienen mediano nivel de conocimiento y de aplicación del proceso de atención de enfermería muestran mediano nivel de aplicación. Estos resultados se reafirman con la aplicación del estadístico no paramétrico del Ji cuadrado, con él se encontró alta significancia (0.001), demostrándose que el conocimiento de síndrome doloroso abdominal se relaciona con la aplicación del proceso de atención de enfermería.

Palabras claves: síndrome doloroso abdominal, proceso de atención de enfermería, Servicio de Emergencia.

ABSTRACT

The objective of the thesis entitled "KNOWLEDGE ABOUT ACUOUS ABDOMINAL PAIN SYNDROME AND APPLICATION OF THE NURSING ATTENTION PROCESS, EMERGENCY SERVICE HOSPITAL GOYENECHÉ AREQUIPA 2019", was to determine the relationship between the level of knowledge of acute abdominal pain syndrome with the application of the Nursing Care Process, Emergency Service of the Goyeneche Hospital, Arequipa 2019.

The design used corresponds to the descriptive, correlational, cross-sectional method, the study variables were: knowledge of abdominal pain syndrome and application of the nursing care process. The target population consisted of 30 nurses working in the emergency service and an equal number of patients of the Goyeneche Hospital from the city of Arequipa to whom the following instruments were applied: the first an interview to collect general and specific data, the second a questionnaire to measure the level of knowledge of abdominal pain syndrome in nurses and the third a questionnaire to identify the level of application of the nursing care process.

From the analysis of the level of knowledge of abdominal pain syndrome, the majority of nurses have medium level of knowledge and of application of the nursing care process show medium level of application. These results are reaffirmed with the application of the nonparametric statistic of Chi Square, with it was found high significance (0.001), demonstrating that the knowledge of abdominal pain syndrome is related to the application of the nursing care process.

Keywords: abdominal pain syndrome, nursing care process, Emergency Service.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, el síndrome doloroso abdominal agudo es uno de los problemas de salud más frecuentes en los servicios de Emergencia Hospitalaria constituyendo la mitad de los motivos por los que los pacientes acuden a Emergencia, es un problema difícil y complejo que plantea una gran variedad de posibilidades diagnósticas que involucran a diversos órganos y sistemas y por ende al equipo de salud.

Es uno de los tres tipos de dolor más frecuentes el primero es el traumatológico, seguido el abdominal y finalmente el torácico, siendo el más importante el abdominal, sus manifestaciones se clasifican en dolor de tipo visceral, parietal o referido y al igual que su etiología, el tratamiento puede ser amplio y variable, dependiendo de la etiología, la intensidad del dolor, del riesgo para el paciente, de las posibles complicaciones y su duración, pudiendo dar un tratamiento con

analgésico o un tratamiento quirúrgico, tiene una evolución de menos de 24 horas y es entendido como sinónimo de abdomen agudo y de emergencia abdominal. ⁽¹⁾

A nivel hospitalario, el diagnóstico del dolor abdominal, incluye pruebas complementarias como la extracción de muestras sanguíneas (hemograma, bioquímica, coagulación), muestras de orina y heces, electrocardiograma, radiografía de tórax y abdomen, ecografía abdominal, enema opaco, y en algunos casos tránsito esofagogastroduodenal y tránsito del intestino delgado o endoscopia. ⁽²⁾

Los síndromes que lo integran son citados como principales causas de emergencias quirúrgicas y muerte y a pesar de ello los Hospitales no suelen tener establecidos protocolos de atención de enfermería, para un adecuado proceder y restablecimiento de los pacientes con dolor abdominal agudo médico o quirúrgico, situación que amerita que la enfermera/o especialista en emergencias tenga un alto dominio y manejo de conocimientos para evitar graves complicaciones y por ende la muerte.

Así, la Enfermera/o especialista en emergencia en el desarrollo de su función asistencial y en búsqueda de resolver las necesidades humanas de los pacientes, emplean una metodología propia que es el Proceso de Atención de Enfermería (PAE). Este Proceso permite brindar cuidados eficientes que están centrados en los logros de los resultados esperados, apoyándose de un Método Científico, que debe brindar cuidados a las patologías abdominales, dado que una de las manifestaciones es el dolor agudo, para su tratamiento la enfermera debe manejar diagnósticos de enfermería e intervenciones que permita obtener resultados de mejoramiento del estado de salud del paciente. ⁽³⁾

Por ello la investigación de esta problemática en emergencias se realizó por el interés de conocer la importancia en la aplicación del proceso de atención de enfermería y relacionarlo al conocimiento que tiene la enfermera/o ya que en la actualidad el conocimiento y el empleo del PAE

van de la mano a la hora de brindar los cuidados al paciente para una mejor atención y por ende su recuperación. Puedo decir que esta investigación aportara al diseño de estrategias y aplicación de programas tendientes a fortalecer el nivel del complejo conocimiento sobre síndrome doloroso abdominal agudo, así como también, incentivar al cumplimiento de la aplicación del proceso de atención de enfermería a nivel hospitalario y porque no decir a todos los niveles de atención de salud.

La estructura de la investigación es presentada por cinco capítulos, capítulo I el problema, capítulo II Marco teórico, capítulo III marco metodológico, capítulo IV resultados, capítulo V donde abarca las conclusiones y recomendaciones y finalmente referencia bibliográfica y anexos donde esta compuesta por una entrevista estructurada, un cuestionario de conocimientos y una guía de observación que fueron aplicados a 30 enfermeras/os, obteniendo como conclusiones que hay una relación entre las variables conocimientos de síndrome doloroso abdominal con aplicación del proceso de atención de enfermería.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

A. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

En la actualidad, en las últimas publicaciones de la OMS se ha llegado a la conclusión que el dolor es la causa más frecuente constituyendo al menos el 50% de los motivos de emergencia hospitalaria siendo los más frecuentes: dolor traumatológico, el abdominal y el torácico.⁽⁴⁾

Al respecto, la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor lo define como «una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a daño tisular real o potencial» es señalado como el quinto signo vital, que comprende una serie de cambios neurofisiológicos que resultan en una actividad aumentada de la hipófisis, glándula suprarrenal y páncreas que pueden alterar el metabolismo proteínico y de carbohidratos; el dolor

intenso puede provocar arritmias, alteraciones de la perfusión tisular, aumento de la frecuencia cardiaca y respiratoria, así como complicaciones tromboticas y neurológicas, por tanto, el tratamiento del dolor debe ser rápido y eficaz, a fin de limitar complicaciones.⁽⁵⁾

El dolor abdominal es frecuente motivo de consulta constituyendo un 10% al 15% en el ámbito hospitalario en los pacientes evaluados en los servicios de emergencia hospitalaria y puede obedecer a muchas causas intra o extra abdominales. Se describe como una sensación dolorosa ubicada en el abdomen de aparición brusca de causa intra como extraabdominal, requiere de un rápido diagnóstico y tratamiento de origen médico o quirúrgico.⁽⁶⁾

El dolor abdominal es un síntoma derivado de múltiples patologías, tanto orgánicas como funcionales y tanto abdominales como extraabdominales, es el síntoma más frecuente de las enfermedades quirúrgicas del abdomen y su intensidad no siempre es proporcional a la gravedad del cuadro que lo desencadena, es una de las causas más comunes de admisión en los servicios de emergencia hospitalaria y notorio en la dificultad inherente a su diagnóstico etiológico.⁽⁷⁾

En México, el síndrome doloroso abdominal agudo es un desafío para los médicos clínicos porque se requiere tomar una decisión diagnóstica y terapéutica en un tiempo breve. Este síndrome es común ya que comprende aproximadamente 30% del total de las consultas de emergencias y constituye entre 13 y 40% posiblemente quirúrgicas cuando se trata de un origen inespecífico, el objetivo primordial es establecer un diagnóstico temprano y preciso estableciendo rápidamente el tratamiento.⁽⁸⁾

En Perú, las estadísticas son escasas, a nivel de Arequipa en el Hospital Goyeneche MINSA Servicio de Emergencia en los meses de enero a marzo 2019 entre los más frecuentes se reportaron 165 casos de Síndrome doloroso abdominal agudo: inespecífico 83, cólico vesicular 28,

apendicitis 13, colecistitis 14, gastroenteritis 13 y pancreatitis 5, tumorales 3, diverticulitis 2, HDA 4. ⁽⁹⁾

Las causas del síndrome doloroso abdominal agudo son cuatro: infecciosas obstructivas, traumáticas, y tumorales, el síndrome doloroso abdominal agudo no traumático puede representar a un espectro de condiciones benignas y autolimitadas hasta una emergencia quirúrgica. ⁽¹⁰⁾

Si bien hay un sinnúmero de clasificaciones para el dolor abdominal, una de las clasificaciones más aceptadas es la de Bockus, en la que se señalan tres grupos: padecimientos intraabdominales que requieren cirugía inmediata; padecimientos abdominales que no requieren cirugía y padecimientos extraabdominales que simulan abdomen agudo. ⁽¹¹⁾

El abordaje diagnóstico de estos pacientes es complejo y puede orientarse según el órgano afectado por la enfermedad causal, según la localización del dolor o el riesgo vital que comporta, sin embargo, ninguna aproximación acaba siendo tan eficiente como aquella basada en los datos proporcionados por una historia y examen físico efectuados con rigor. ⁽¹²⁾

La evaluación del síndrome doloroso abdominal agudo requiere un enfoque que se base en la probabilidad de enfermedad, la historia del paciente, examen físico, exámenes de laboratorio y estudios de imagen. La ubicación del dolor es un punto de partida útil así el dolor en el cuadrante inferior derecho sugiere apendicitis, algunos elementos de la historia y examen físico son útiles; estreñimiento y distensión abdominal sugieren fuertemente obstrucción intestinal, mientras que otros son de poco valor (por ejemplo, la anorexia tiene poco valor predictivo para apendicitis).

A nivel hospitalario, el diagnóstico del dolor abdominal, suele incluir pruebas complementarias diversas como la extracción de muestras sanguíneas (hemograma, bioquímica, coagulación), muestras de orina y heces, electrocardiograma, radiografía de tórax y abdomen, ecografía

abdominal, enema opaco, endoscopia y otros tanto intra como extra abdominales. ⁽¹³⁾

El paciente con síndrome doloroso abdominal agudo constituye un paciente crítico porque presenta alteraciones vitales de uno o más sistemas que ponen en peligro su vida y que requiere de intervenciones inmediatas de la enfermera especialista en emergencias en búsqueda de salvar su vida y evitar complicaciones graves, asegurando la continuidad del cuidado. ⁽¹⁴⁾

Al respecto, los cuidados de enfermería han tenido un importante desarrollo en los últimos años con el establecimiento de Procedimientos, Protocolos y Planes de Cuidado revolucionando de la práctica enfermera beneficiando a pacientes que perciben el aumento de la calidad de los cuidados de los profesionales, ya que ven incrementado su nivel de motivación, de competencia y por supuesto su responsabilidad. ⁽¹⁵⁾

Así, el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) constituye el método de intervención que distingue a la disciplina, se considera como la base del ejercicio de la profesión ya que es la aplicación del método científico a la práctica enfermera, el método por el que se aplican los conocimientos a la práctica profesional.

En la actualidad, en España la utilización del proceso de enfermería comienza a extenderse en la década de 1990 y hoy en día su uso es amplio. Sin embargo, hay pocos estudios que aporten datos numéricos concretos sobre su aplicación, en España en el año 2009, se analiza la implantación del proceso enfermero en los centros de salud de Atención Primaria de España. ⁽¹⁶⁾

En Chile, en forma reciente se cuenta con los resultados del estudio de Caballero E., realizado el año 2014 con enfermeras/os colegiadas/os, que reportan que estos profesionales tienen un bajo uso del proceso de enfermería y de la terminología propia, asociado a factores como la falta

de registro estandarizado y la sobrecarga laboral. ⁽¹⁷⁾

Las etapas del proceso de Enfermería son cinco y abarcan: la **valoración** es la primera fase constituye proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes: éstas incluyen al paciente como fuente primaria, al expediente clínico, a la familia. ⁽¹⁸⁾

En la fase de diagnóstico: se formula el enunciado del problema real o en potencial que requiera de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo, es un juicio clínico acerca del paciente que deriva de un proceso deliberado sistemático de recogida de datos y análisis, Proporciona la base de las prescripciones para la terapia definitiva, de la cual la enfermera es responsable”. ⁽¹⁹⁾

Planificación de los cuidados de enfermería, en esta fase se trata de establecer y llevar a cabo unos cuidados de enfermería, que conduzcan al cliente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados. ⁽²⁰⁾

La fase ejecución, es la cuarta etapa del plan de cuidados, es en esta etapa cuando realmente se pone en práctica el plan de cuidados elaborado, la ejecución, implica las actividades enfermeras.

La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados, evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios los más importantes son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones. ⁽²¹⁾

El proceso de enfermería ha sido aceptado como el marco de la práctica de enfermería, contiene las normas de calidad, garantizando mediante este proceso cuidados de enfermería idóneos sin embargo la pérdida de identidad profesional dentro de las instituciones de salud desfavorece la aplicación de la metodología del PAE y no permiten hacer visible las acciones de los profesionales de enfermería. ⁽²²⁾

Estos sucesos invitan a la reflexión con la siguiente interrogante:

¿EXISTE RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE SÍNDROME DOLOROSO ABDOMINAL AGUDO CON LA APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA, SERVICIO DE EMERGENCIA HOSPITAL GOYENECHÉ, AREQUIPA 2019?

B. OBJETIVOS

1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación entre el nivel de conocimiento de Síndrome Doloroso Abdominal Agudo con la Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería, Servicio de Emergencia Hospital Goyeneche, Arequipa 2019.

2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 2.1 Caracterizar a la población en estudio según universidad de procedencia, edad, sexo, tiempo que labora en la Institución y en el servicio, condición laboral y datos generales del paciente.
- 2.2. Evaluar el nivel de conocimiento acerca del síndrome doloroso abdominal agudo en las dimensiones: definición y causas, sintomatología, intervenciones y pruebas complementarias.
- 2.3. Detectar el nivel de aplicación del proceso de atención de enfermería según etapas: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación.
- 2.4. Establecer la relación entre el nivel de conocimiento de síndrome doloroso abdominal agudo con el nivel de aplicación del proceso de atención de enfermería.

C. HIPÓTESIS

Es probable que los conocimientos acerca síndrome doloroso abdominal se relacionen con el nivel de aplicación del Proceso de Atención de Enfermería, Servicio de Emergencia Hospital Goyeneche, Arequipa 2019.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

A. ANTECEDENTES

RODRÍGUEZ PASCUAL Y. (2016) Cuba, en un estudio titulado “Modelo Teórico - Práctico de Atención Médica al adulto con síndrome doloroso abdominal”, Hospital General Universitario Vladimir Ilich Lenin, arribó a las siguientes conclusiones, que con bases teóricas, es decir que con el dominio de un alto nivel de conocimientos los profesionales de enfermería sustentaron el modelo teórico práctico de atención al adulto con síndrome doloroso abdominal, siendo este aplicable y produciendo una disminución considerable de complicaciones, muertes y estadía. ⁽²³⁾

GODOY ARMIJOS D. (2016) Ecuador, en un estudio titulado “Manejo del dolor abdominal en usuarios que acuden al servicio de emergencia del Hospital Básico Catacocha”, arribó a las siguientes conclusiones, que las patologías más frecuentes encontradas fueron apendicitis con el 42%, y la colecistitis con el 31% y como analgésico más frecuente que se utilizó en el tratamiento de estos pacientes con estos tipos de patologías , fueron el tramadol con el 44%, ketorolaco con el 42%, y un antiespasmódico con el 6%.⁽²⁴⁾

CARCHI SOLIZ M. (2014) Ecuador, en un estudio titulado “Valoración y Cuidados de Enfermería del Dolor Abdominal Agudo, en pacientes adultos del servicio de urgencias del Hospital “Carlos Andrade Marín”, arribó a las siguientes conclusiones, que el 85% de los pacientes que acuden a emergencias es por dolor abdominal agudo inespecífico y además que el profesional de enfermería conoce sobre el proceso enfermero e identifica el tipo de herramienta para poder valorar el dolor, sin embargo en el servicio no aplican el Proceso de Atención de Enfermería por sobrecarga laboral.⁽²⁵⁾

TIGUA GUTIÉRREZ O. (2014) Ecuador, en un estudio titulado “Protocolo de Atención de Enfermería a Pacientes con Dolor Abdominal Agudo área de Emergencia del Hospital Jipijapa”, arribó a la conclusión, que un promedio mensual de 25 pacientes son atendidos con esta dolencia, constituyendo el 15 al 35% de las consultas atendidas en el área de Emergencias.⁽²⁶⁾

TORO GUAJALA Y. (2014) Ecuador, en un estudio titulado “Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería en Patologías Abdominales Prevalentes que ingresaron al Área de Emergencia del Hospital del IESS de Machala durante el año 2012”, arribó a las siguientes conclusiones, que entre las características que tienen los pacientes con patología abdominal son los de sexo femenino entre 25 a 30 años y en la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería, valoran el dolor abdominal, la diarrea y el vómito, a solo los cuales se les ha puesto el Diagnostico de

Enfermería. ⁽²⁷⁾

PAULINA CALDERÓN L. (2013) Guayaquil, en un estudio titulado “Protocolo de atención de enfermería para manejo de pacientes con síndrome de Dolor Abdominal Agudo que ingresan al servicio de Emergencia del Hospital San Luis de Otavalo 2012, arribó a las siguientes conclusiones, que el mayor porcentaje con SDDA estaba en varones de entre 21 a 40 años que fueron por causas intraabdominales y procesos extrabdominales y concluyo también que se debe evaluar al paciente según antecedentes, realizando examen físico y exámenes de laboratorio. ⁽²⁸⁾

CORDOVA GARCIA K. (2015) Iquitos en un estudio titulado “Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería por el profesional de enfermería del Hospital Iquitos "Cesar Garayar García", arribó a las siguientes conclusiones, que el 71,4% tuvieron conocimiento bajo sobre el Proceso de Atención de Enfermería y solo el 28,6% tuvieron conocimiento alto y también concluyó que el 62,9% no aplica el proceso de atención de enfermería y solo el 37,1% si aplica el proceso de atención de enfermería. ⁽²⁹⁾

DARIO FREYRE I. (2013) Colombia, en su estudio arribo a las siguientes conclusiones que de los 146 pacientes atendidos en el área de emergencia 34 de ellos fueron intervenidos quirúrgicamente y de ellos (67,8%) fueron del sexo femenino, y edad promedio fue de 53,1 años , los síntomas más frecuentes al dolor abdominal y abdomen agudo quirúrgicos fueron vómitos (39% y 50%), diarrea (9,9% y 17,6%), las patologías más frecuentes que se presentaron en emergencias fueron enfermedad biliar (35,3%), seguida en frecuencia por apendicitis aguda (26,25%), hernias de pared abdominal (11,8%) y obstrucción intestinal (5,9%).

CORREA BALBOA D. (2014) Lima, en un estudio titulado “Características epidemiológicas del abdomen agudo en el servicio de Emergencia del

Hospital Sergio E. Bernales, durante el periodo 2012-2013”, arribó a las siguientes conclusiones, que se presentaron más casos de abdomen agudo en el género femenino (55.06%) con respecto al género masculino (44.94%) y las características sociodemográficas de los pacientes fueron, edad promedio de 37.82 años, donde la población adulta representó el 44.94% del total de los pacientes, donde el 40.45% fueron amas de casa y los estudiantes representaron el 24.16%, y dentro de las causas más frecuentes que se presentaron en los pacientes fueron apendicitis, seguido de colecistitis y hernias. ⁽³⁰⁾

LAZCANO PONCE E. México, en un estudio de caso control durante el periodo 1997-2000, concluyeron que de 557 pacientes de 65 a 79 años y 274 pacientes mayores a 80 años y estudio control de 20 a 64 años de 1458 pacientes, establecieron el diagnostico de dolor abdominal representado por un 76 a 78 % en el grupo de edades de 65 a 79 años y mayores a 80 años y solo un 64% en el grupo de 20 a 64 años.

B. BASE TEÓRICA

1. CONOCIMIENTO DE SINDROME DOLOROSO ABDOMINAL

1.1. Conocimiento

1.1.1. Definición

El conocimiento, en sentido más amplio, es una apreciación de la posesión de múltiples datos interrelacionados que por sí solos poseen menor valor cualitativo. Significa, en definitiva, la posesión de un modelo de la realidad en la mente.

Conocimiento es la capacidad para convertir datos e información en acciones efectivas. ⁽³¹⁾

1.1.2. Tipos de Conocimiento

Conocimiento aparente, es el conocimiento que se logra gracias a los sentidos, es la base de toda ponencia científica, el punto de partida a través del cual se desarrolla y profundiza el proceso de comprensión real de la naturaleza. El conocimiento exige la aprobación de su origen y de la fuente de su verdad, para alcanzar un conocimiento aparente, basta con percibir los hechos de la realidad en forma sensible.

Existe un conocimiento aparente que los seres vivos utilizamos de vivencias, experiencias y comportamientos de la materia, de la vida y del universo, pero no necesariamente es un conocimiento real. Por tanto, el conocimiento aparente puede ser falso o real.

Conocimiento real científico, es el movimiento de la razón que va del conocimiento primario al saber, de lo superficial a lo profundo multilateral por medio de la práctica. La esencia del conocimiento consiste en la auténtica generalización de los hechos, basada en el cuidado de calidad y libre de riesgos. ⁽³²⁾

El conocimiento científico es aquella verdad descubierta a través del proceso de investigación, basado en todas aquellas evidencias que nos llevan a indagar en la realidad para obtener una verdad con certeza. Tiene como objeto la realidad, es decir la naturaleza del movimiento, abarca dos puntos básicos que son: la comprobabilidad, o sea que exige la aplicación de su origen y la fuente de su verdad, y aspira al conocimiento universal.

1.2. Definición de síndrome doloroso abdominal agudo

El dolor abdominal es un síntoma inespecífico de multitud de procesos que, si bien suele ser originado por causas intraabdominales, también puede ser provocado por procesos extraabdominales o por enfermedades sistémicas.

Es importante la diferenciación del concepto de abdomen agudo de un cuadro de dolor abdominal. Aunque puede englobar diversos conceptos, el abdomen agudo se puede definir como un síndrome caracterizado por la presencia de dolor abdominal de inicio brusco con importante repercusión del estado general. Ante un paciente es esencial el diagnóstico sindrómico de abdomen agudo porque su tratamiento suele ser quirúrgico y por qué la vía final común es la peritonitis que suele seguirse de shock, insuficiencia renal aguda, acidosis, insuficiencia respiratoria, sepsis y cifras elevadas de mortalidad. ⁽³³⁾

1.3. Fisiopatología

El dolor visceral se origina en las vísceras abdominales, que están inervadas por fibras nerviosas autónomas y responden, principalmente, a sensaciones de distensión y contracción muscular, Por lo general, el dolor visceral es vago, sordo y provoca náuseas.

Las estructuras derivadas del intestino anterior (estómago, duodeno, hígado y páncreas) causan dolor abdominal superior. Las derivadas del intestino medio (intestino delgado, colon proximal y apéndice) causan dolor periumbilical. Las estructuras derivadas del intestino posterior (colon distal y aparato urogenital) causan dolor abdominal inferior.

El dolor somático se origina en el peritoneo parietal, que está inervado por nervios somáticos y responde a una irritación debida a procesos infecciosos, químicos u otros procesos inflamatorios. El dolor somático es agudo y bien localizado.

El dolor referido se percibe lejos de su origen y se debe a la convergencia de fibras nerviosas en la médula espinal, los ejemplos comunes de dolor referido son el escapular causado por un cólico biliar, el inguinal causado por un cólico renal y la omalgia secundaria a sangre o infección que irrita el diafragma. ⁽³⁴⁾

1.4. Tipos de dolor abdominal

Dolor visceral: se presenta cuando hay compromiso de **víscera** hueca. La presentación topográfica se corresponde a la distribución embriológica; los del intestino superior se refiera al epigastrio, que corresponde al territorio irrigado por la arteria mesentérica superior, los órganos irrigados son el esófago, una porción del duodeno (hasta la desembocadura del colédoco) las vías biliares y el páncreas.

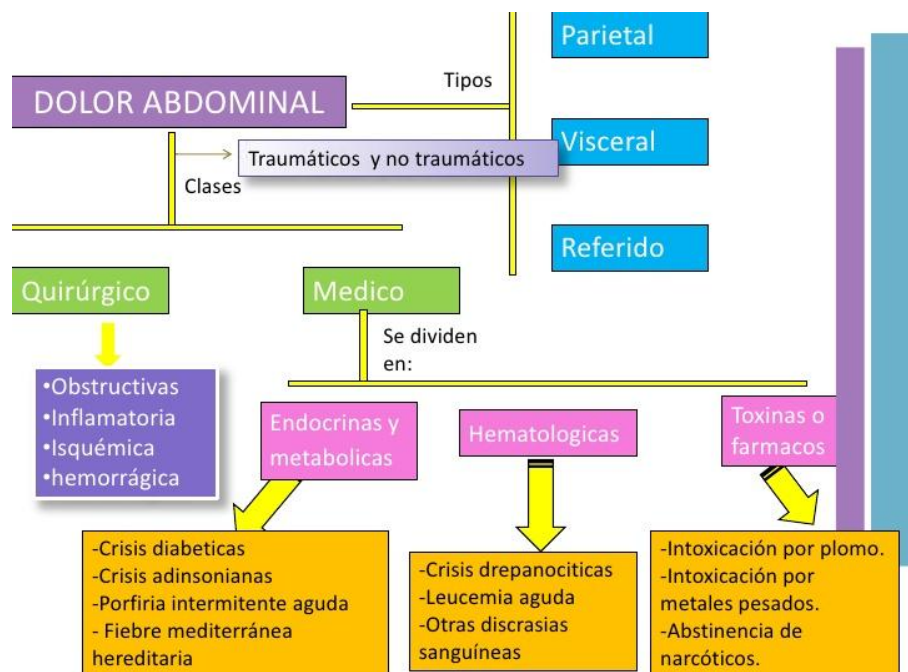
Las del intestino medio se correlaciona con el territorio de la arteria mesentérica superior, del cual derivan la porción restante del duodeno, yeyuno e íleon, el ciego con el apéndice cecal, colon ascendente y los dos tercios proximales del colon transverso. El intestino posterior que corresponde al sector irrigado por la arteria mesentérica inferior, que da lugar al tercio distal del colon transverso, el colon descendente y el sigmoides, siendo el dolor referido al hipogastrio. ⁽³⁵⁾

Dolor Somático: se debe a la estimulación de la hoja parietal del peritoneo, el peritoneo diafragmático, la raíz del mesenterio, el retroperitoneo. Es una constante que el dolor somático profundo se acentúe con los cambios de tensión del peritoneo o la compresión, por ello el paciente con peritonitis permanece inmóvil, evitado todo movimiento que exacerbe su dolor, se acompaña de contractura de la musculatura abdominal.

Dolor referido: se percibe en una parte del cuerpo que está bastante alejada del sitio de donde se genera el dolor debido a la existencia de un estímulo lesivo. Comienza en un órgano visceral y es referido a una región de la superficie corporal de origen embriológico similar a la víscera afectada. El dolor cuando es intenso da lugar a síntomas vegetativos reflejos. El dolor provocado por estímulo de la piel, el músculo y el hueso (dolor somático superficial y profundo) da lugar por lo común a una excitación simpática y liberación de catecolaminas, con los siguientes efectos (taquicardia, hipertensión, dilatación pupilar, aumento de cortisol,

hiperglicemia). El dolor debido al estímulo de órganos internos (dolor visceral) evoca una respuesta de preferencia parasimpática, con liberación de acetilcolina (bradicardia, hipotensión, sudoración, náuseas, vómitos, síncope).⁽³⁶⁾

La posición del paciente; los procesos en contacto con el peritoneo pélvico (apendicitis retrocecal, que irrita el músculo psoas iliaco flexionan el muslo de ese lado con el objeto de aliviar el dolor. Los afectados por pancreatitis adoptan una posición de plegaria mahometana. Cuando la enfermedad es una peritonitis aguda permanecen inmóviles, pues el mínimo movimiento despierta el dolor, cuando la peritonitis es extensa, es común que eleve las rodillas para relajar la tensión de la pared abdominal y si hay una irritación del músculo psoas, flexiona el muslo sobre el abdomen y la pierna sobre el muslo del mismo lado del músculo afectado; por el contrario, los que padecen cólicos renales se mueven de un lado a otro, ansiosos inquietos.⁽³⁷⁾



1.5. Causas del dolor abdominal agudo

El dolor puede surgir por muchas causas, como infección, inflamación, úlceras, perforación o rotura de órganos, contracciones musculares descoordinadas o bloqueadas por una obstrucción, y obstrucción del flujo sanguíneo que impide la irrigación de los órganos. ⁽³⁸⁾

Los **trastornos que pueden suponer una muerte inminente del paciente** y que requieren un rápido diagnóstico y cirugía son

- Rotura de un aneurisma aórtico abdominal.
- Perforación estomacal o intestinal.
- Obstrucción de la irrigación intestinal (isquemia mesentérica).
- Rotura de trompas en un embarazo ectópico.

Otros trastornos graves casi igual de urgentes son:

- Obstrucción intestinal.
- Apendicitis.
- Inflamación aguda del páncreas (pancreatitis).

A veces, algunos trastornos extraabdominales causan dolor abdominal, como ocurre en el infarto de miocardio, la neumonía y la torsión testicular. Otros problemas extraabdominales menos frecuentes que causan dolor abdominal son la cetoacidosis diabética, la porfiria, la anemia de células falciformes (anemia drepanocítica o drepanocitosis) y determinadas picaduras y venenos (como la picadura de la viuda negra o de algunos escorpiones y el envenenamiento por metales pesados o metanol). ⁽³⁹⁾

1.6. Bases neurológicas del dolor abdominal

En presencia de un estímulo adecuado se produce la activación de las terminaciones libres específicas –receptores del dolor–, que forman parte

de lo que se denomina “primera neurona”. Su cuerpo celular se sitúa en los ganglios de las raíces dorsales existentes en los agujeros vertebrales.

La señal generada se transmite hasta la “segunda neurona” situada en el asta posterior medular, cuyo axón cruza al lado opuesto de la médula para constituir el haz espinotalámico. Este último establece conexión con la “tercera neurona” a nivel del tálamo. Desde allí, los axones se proyectan hacia la corteza somatosensorial permitiendo la percepción del estímulo y sus características: localización, intensidad y carácter. El aspecto emocional del dolor ocurre como consecuencia de las conexiones establecidas entre las neuronas talámicas, el córtex frontal y el sistema límbico.

1.7. Características e intensidad del dolor

A la hora de enfrentarnos a un paciente con un cuadro de dolor abdominal es necesario definir exactamente sus características, de esta manera podremos establecer un diagnóstico sindrómico que nos orientará para conducir su estudio y actitud terapéutica, ante un dolor abdominal se debe considerar:

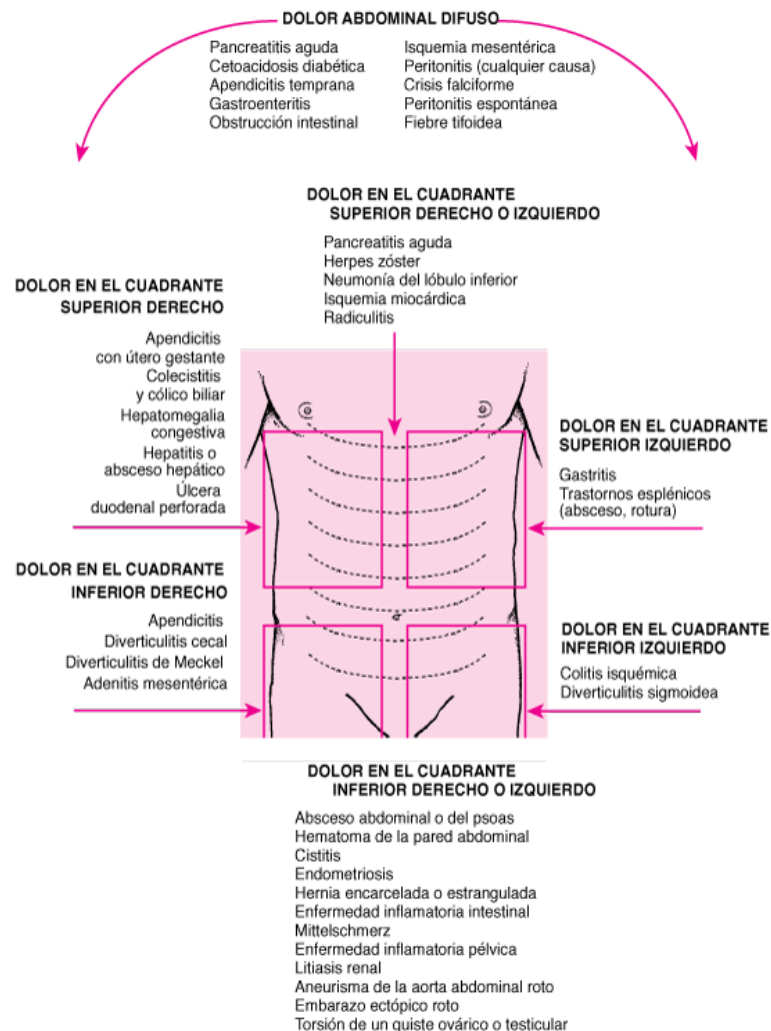
- Edad: Numerosas enfermedades se presentan en grupos de población de una determinada edad, lo cual ya es de por sí orientativo.
- Localización y cronología del dolor: Debe establecerse con exactitud y valorarse sus irradiaciones. También es importante considerar si se ha producido desplazamiento del dolor. Muchos cuadros abdominales tienen una pauta de dolor característica como por ejemplo el de la perforación de un ulcera duodenal, que tiene un inicio brusco en epigastrio muy intenso y posteriormente se generaliza al resto del abdomen.
- Intensidad del dolor: Es un parámetro de difícil valoración, aunque se puede generalizar que la intensidad del dolor está en relación con la

importancia de la enfermedad, es decir, un dolor de escasa intensidad rara vez es síntoma de un proceso grave.

- Características del dolor: Podemos clasificarlo en tres tipos fundamentales:

- Dolor constante: es continuo en el tiempo y permanece con la misma intensidad, puede ser característico de patología inflamatoria.
- Dolor intermitente: el dolor presenta intervalos no dolorosos.
- Dolor cólico: si existen variaciones en intensidad y cierto ritmo temporal; es típico de procesos obstructivos.

CAUSAS DE DOLOR ABDOMINAL SEGÚN LOCALIZACIÓN



- Factores que modifican el dolor: Hay que analizar si se produce variación del dolor con la respiración, con la ingesta, con el vómito, con la deposición, etc. Así el dolor por irritación peritoneal se agrava con el movimiento, el dolor ulceroso se calma con la ingesta, en la pancreatitis se experimenta un alivio del dolor al inclinarse el paciente hacia adelante. Un dolor cólico que se alivia con la deposición puede ser indicativo de patología en el colon, el vómito alivia el dolor en procesos obstructivos del tracto gastrointestinal superior, etc. ⁽⁴⁰⁾

1.8. Sintomatología

El dolor abdominal es frecuente y a menudo de poca importancia. Un dolor abdominal intenso de aparición súbita (dolor agudo), sin embargo, casi siempre indica un problema importante. El dolor puede ser el único signo que indique la necesidad de una intervención quirúrgica y requiere atención inmediata. Es especialmente preocupante en personas muy jóvenes o muy mayores, en las personas infectadas por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y en las que se encuentran en tratamiento con fármacos que inhiben el sistema inmunitario (inmunosupresores). Las personas de edad avanzada pueden tener menos dolor abdominal que los adultos más jóvenes con un trastorno similar, e incluso aunque la enfermedad sea grave, el dolor puede evolucionar de un modo más gradual. El dolor abdominal también afecta a los niños, incluidos los recién nacidos, que no tienen aún la capacidad de poder comunicar las causas de su malestar. ⁽⁴¹⁾

Valoración

La siguiente información puede ayudar a decidir si es necesaria la valoración de un médico y a saber qué esperar durante la evaluación.

Signos de alarma

En las personas con dolor abdominal agudo, determinados síntomas y características son motivo de preocupación. Estos síntomas son los

siguientes:

- Dolor intenso.
- Signos de choque (por ejemplo, frecuencia cardíaca elevada, presión arterial baja, sudoración y confusión).
- Signos de peritonitis (por ejemplo, dolor constante que hace que la persona se doble de dolor y/o dolor que empeora cuando se toca suavemente a la persona o se golpea ligeramente la cama).
- Hinchazón abdominal.

1.9. Síntomas asociados

Sintomatología acompañante: El dolor abdominal no suele presentarse como único síntoma en un paciente sino acompañado por otra sintomatología que nos ayuda a disminuir su carácter inespecífico, como, por ejemplo:

Vómitos: Suelen ser síntoma frecuente en las enfermedades abdominales acompañados por náuseas, dependiendo de la causa de los mismos.

Se reconocen **tres mecanismos principales:** a) irritación intensa de los nervios del peritoneo o mesenterio (perforación de víscera hueca, apendicitis, etc.). b) obstrucción de conducto dotado de musculatura lisa (intestino, colédoco, etc.). c) acción de toxinas sobre centros bulbares.

Habito intestinal: Los cambios en el ritmo intestinal nos ayudan a valorar los cuadros oclusivos, pudiendo aparecer falta de emisión de gases y heces antes de instaurarse el proceso doloroso. Un cuadro de diarrea con dolor abdominal cólico, vómitos y febrícula nos encamina hacia un diagnóstico de gastroenteritis.

Sintomatología urinaria y trastornos ginecológicos: Muchas veces

trastornos de esta esfera provocan cuadros de dolor abdominal (es importante la historia menstrual, posibilidad de embarazo, antecedentes de infecciones urinarias, prostatismo, etc.

Otra serie de síntomas como ictericia, coluria, fiebre, etc. también nos orientan para el diagnóstico. ⁽⁴²⁾

1.10. Examen físico

Ante todo, y como ante cualquier enfermo, es necesario valorar el estado general del enfermo, su grado de conciencia, su actitud (los cuadros de irritación peritoneal inmovilizan al enfermo por que el movimiento le produce dolor, los dolores cólicos producen inquietud y el paciente no puede estar en reposo), su coloración (la "Facies Hipocrática" con color ceniciento, ojos hundidos, nariz afilada, fatiga, etc. es un signo clásico de cuadro peritonítico avanzado), etc.

LA INSPECCIÓN del abdomen. Se observará la movilidad espontánea de la pared abdominal y con los movimientos respiratorios (en los procesos que cursan con irritación peritoneal se produce inmovilidad durante la respiración, existiendo una respiración superficial). También debe analizarse la posible presencia de cicatrices de intervenciones anteriores, la simetría abdominal, la existencia de masas protuberantes y si existe distensión abdominal.

Es la posible existencia de circulación colateral, existencia de vesículas (Herpes Zoster) u otros signos cutáneos como la equimosis periumbilical (signo de Cullen) y en flancos (signo de Grey - Turner) que son característicos de las pancreatitis necrohemorrágicas graves.

LA PALPACIÓN debe realizarse de una forma suave para evitar provocar en el paciente una contracción voluntaria de la musculatura abdominal. También es recomendable llevar una rutina exploratoria colocándose siempre al mismo lado del paciente y palpar el abdomen por cuadrantes siguiendo la misma dirección dejando para el final la zona dolorosa. Se

identificará la topografía del dolor. La palpación es la maniobra exploratoria más rentable, siendo en ocasiones lo único en que nos podemos basar para realizar una exploración quirúrgica a un enfermo. Se valorarán los siguientes aspectos:

Palpación superficial: se apreciará la existencia de zonas de hiperestesia cutánea.

Palpación profunda: Buscamos la existencia de organomegalias (hígado, bazo, riñón) y de masas (hidras vesiculares, pseudoquistes pancreáticos, plastrones inflamatorios, neoplasias, aneurismas, hernias).

Contractura abdominal: refleja la existencia de una irritación peritoneal y aparece en cuadros que suelen requerir cirugía urgente. Es de suma importancia diferenciarla de la contractura voluntaria, que se modifica durante la exploración, a veces es difícil diferenciarla sobre todo en niños, personas con un estado de ansiedad, etc.

Signo de Murphy: Valora la existencia de una colecistitis aguda. Se colocan las puntas de los dedos en el hipocondrio derecho y se manda al paciente que realice una inspiración profunda, produciéndose un dolor agudo a ese nivel debido al descenso del diafragma que desplaza al hígado y a la vesícula inflamada.

Signo de Blumberg: Dolor por rebote de la víscera inflamada sobre la pared abdominal al retirar la mano bruscamente después de la palpación profunda sobre la zona dolorosa. En la fosa ilíaca derecha es muy indicativo de apendicitis aguda.

Signo de Rovsing: Dolor referido a la fosa ilíaca derecha al presionar sobre la fosa ilíaca izquierda. También es indicativo de apendicitis aguda.

Signo de Cope o del dolor contralateral: Consiste en presionar sobre la zona contralateral a la zona dolorosa y descomprimir bruscamente. Si la lesión es intraabdominal, se exagera el dolor en la zona afectada; en

cambio sí es un dolor referido (por ejemplo torácico), no se modificará.

Signo del Psoas. Se coloca la mano del explorador en la fosa ilíaca y se ordena al paciente que flexione el muslo oponiéndose a dicha flexión con la otra mano. Se considera positivo si se produce dolor intenso en dicha zona, es positivo en la apendicitis retrocecal, abscesos del psoas, algunas pancreatitis, etc. Se produce por irritación del músculo psoas en procesos retroperitoneales.

Signo del obturador: Se flexiona el muslo del enfermo y se realiza rotación interna y externa, produciéndose dolor intenso. Es positivo en la apendicitis pélvica, abscesos intrapelvicos, etc.

Maniobra de San Martino: Al efectuar el tacto rectal se procede a una dilatación del esfínter anal y el dolor abdominal generalizado se localiza en el punto lesional.

Tacto rectal: Es una maniobra imprescindible en el estudio de un dolor abdominal. Se explora la próstata y vesículas seminales, útero; se buscarán masas rectales, ocupación del fondo de saco de Douglas y exacerbación del dolor a la presión. Es importante observar al retirar el guante las características de las heces y si existe sangre, moco o pus en las mismas.

Tacto vaginal: Exploramos el útero y anejos, masas, desencadenamiento del dolor a la palpación del cuello, etc. Es importante realizar una exploración bimanual: tacto vaginal-abdomen.

LA PERCUSIÓN valoramos la existencia de matideces o timpanismos abdominales. Una matidez fisiológica es el reborde hepático, si esta matidez se extiende más de 2 transversos de dedo por debajo del reborde costal se considerará la existencia de Hepatomegalia. Una distensión abdominal con timpanismo generalizado es signo de distensión abdominal, sin embargo, una distensión abdominal con matidez generalizada es sugerente de ascitis, que podemos corroborar con cambios de timpanismo y matidez según los

diferentes decúbitos. Matideces en localizaciones anómalas son indicativas de organomegalias (esplenomegalia) y masas intraabdominales.

LA AUSCULTACIÓN se realiza para valorar la intensidad y características de los ruidos abdominales. Debe realizarse durante unos 2 minutos. En un peristaltismo normal se escucha ruido intestinal cada 1 a 3 minutos, pudiendo encontrar ausencia de ruidos (íleo paralítico o reflejo por peritonitis), ruidos metálicos (característicos de la obstrucción intestinal), etc. También es importante valorar la existencia de soplos intraabdominales (característicos de aneurismas aórticos).

1.11. Pruebas diagnósticas

Aunque la historia clínica y el examen físico proporcionan información esencial para una correcta orientación diagnóstica, es indiscutible el peso específico de algunas pruebas complementarias en el estudio del dolor abdominal agudo. Estas pueden clasificarse en pruebas básicas o elementales, de uso rutinario, y exploraciones avanzadas, que son muy útiles en casos muy concretos. ⁽⁴³⁾

Pruebas de Laboratorio

Exámenes de laboratorio: Previa valoración del médico se debe cumplir con la indicación de extraer y enviar muestras de laboratorio.

Los exámenes de rutina de mayor valor en dolor abdominal agudo son: hemograma, pruebas de coagulación, química sanguínea, gasometría arterial y el uroanálisis (sedimento urinario). No debe olvidarse realizar un Test de embarazo en mujeres jóvenes con cuadros de dolor abdominal de inicio brusco para descartar la existencia de embarazo ectópico. Es importante considerar que estos estudios ayudan, por regla general, a confirmar un diagnóstico y que en ningún modo deben ser las únicas guías de la decisión terapéutica. ⁽⁴³⁾

Pruebas complementarias e imágenes

- Radiografía de abdomen simple de pie.
- Radiografía de tórax PA.
- Sonografía abdominal y pélvica.

2. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

La aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, es el método conocido como proceso de Atención Enfermería (P.A.E.). Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática, tiene sus orígenes con Hall (1955) cuando, por primera vez, fue considerado como un proceso, Jhonson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), consideraron un proceso de tres etapas (valoración , planeación y ejecución); Yura y Walsh (1967), establecieron cuatro (valoración, planificación, ejecución y evaluación); y Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976) y algunos autores más, establecieron las cinco actuales al añadir la etapa diagnóstica. ⁽⁴⁴⁾

Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: *valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación*. Como todo método, el PAE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí, aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen.

2.1. Etapas

- a. **Valoración:** es la primera fase del proceso de Enfermería que consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno, es la base para las decisiones y actuaciones posteriores

- b. **Diagnóstico de Enfermería (NANDA).** Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería, Aquí se Identifican los problemas reales o potenciales.
- c. **Planificación (NIC).** Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la Salud, se establecen un plan de cuidados: Objetivos y las Intervenciones
- d. **Ejecución (NOC).** Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados, Se lleva a cabo las intervenciones: Realizar las actividades programadas
- e. **Evaluación.** Comparar las repuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos. ⁽⁴⁵⁾

2.2. Objetivos

El **objetivo principal** del proceso de enfermería es constituir una estructura que pueda cubrir, individualizando las necesidades del paciente, la familia y la comunidad. Además:

- Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad.
- Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios.
- Actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad. ⁽⁴⁶⁾

2.3. DESARROLLO DEL PAE

Hace falta una interacción entre el personal de enfermería y el paciente además de tener una serie de capacidades:

- Capacidad técnica (manejo de instrumental y aparataje).

- Capacidad intelectual (emitir planes de cuidados eficaces y con fundamento científico).
- Capacidad de relación (saber mirar, empatía y obtener el mayor número de datos para valorar).

Las ventajas

La aplicación del Proceso de Enfermería tiene repercusiones sobre la profesión, el cliente y sobre la enfermera; profesionalmente, el proceso enfermero define el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad; el cliente es beneficiado, ya que mediante este proceso se garantiza la calidad de los cuidados de enfermería; para el profesional enfermero se produce un aumento de la satisfacción, así como de la profesionalidad.

FASE DE VALORACIÓN

Es la primera fase proceso de enfermería, pudiéndose definir como el proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes: éstas incluyen al paciente como fuente primaria, al expediente clínico, a la familia o a cualquier otra persona que dé atención al paciente. Las fuentes secundarias pueden ser revistas profesionales, los textos de referencia. ⁽⁴⁷⁾

Muchas enfermeras recogen principalmente datos fisiológicos para que los utilicen otros profesionales e ignoran el resto de los procesos vitales que implican consideraciones psicológicas, socioculturales, de desarrollo y espirituales. Desde un punto de vista holístico es necesario que la enfermera conozca los patrones de interacción de las cinco áreas para identificar las capacidades y limitaciones de la persona y ayudarle a alcanzar un nivel óptimo de Salud. Ignorar cualquiera de los procesos vitales puede acarrear la frustración y el fracaso de todos los implicados.

Valoración Inicial

- Buscar datos sobre los problemas de salud detectados en el paciente.

- Factores Contribuyentes en los problemas de salud.

Valoraciones Posteriores

- Confirmar los problemas de salud detectados.
- Análisis y comparación del progreso o retroceso del paciente.
- Determinación de la continuidad del plan de cuidados establecido.
- Obtención de nuevos datos que nos informen del estado de salud del paciente.

Para la recogida de datos se requiere de:

- Conocimientos científicos (anatomía, fisiología, etc.) y básicos (capacidad de la enfermera de tomar decisiones).
- Habilidades técnicas e interprofesionales (relación con otras personas).
- Convicciones (ideas, creencias, etc.).
- Capacidad creadora.
- Sentido común.
- Flexibilidad.⁽⁴⁸⁾

Tipos de datos a recoger

Un dato es una información concreta, que se obtiene del paciente, referido a su estado de salud o las respuestas del paciente como consecuencia de su estado es importante conocer las características personales, capacidades ordinarias en las actividades, naturaleza de los problemas, estado actual de las capacidades.

- **Datos Subjetivos:** No se pueden medir y son propios de paciente. lo que la persona dice que siente o percibe. Solamente el afectado los

describe y verifica. (sentimientos)

- **Datos Objetivos:** se pueden medir por cualquier escala o instrumento (cifras de la tensión arterial)
- **Datos Históricos - Antecedentes:** Son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento (eliminación, adaptaciones pasadas, etc.). Nos ayudan a referenciar los hechos en el tiempo. (hospitalizaciones previas)
- **Datos Actuales:** son datos sobre el problema de salud actual. ⁽⁴⁹⁾

Métodos para obtener datos

Entrevista Clínica

Es la técnica indispensable en la valoración, ya que gracias a ella obtenemos el mayor número de datos, existen dos tipos de entrevista, ésta puede ser formal o informal. La entrevista formal consiste en una comunicación con un propósito específico, en la cual la enfermera realiza la historia del paciente.

La entrevista consta de tres partes: Iniciación, cuerpo y cierre.

Las técnicas **no verbales:** Facilitan o aumentan la comunicación mientras se desarrolla la entrevista, estos componentes no verbales son capaces de transmitir un mensaje con mayor efectividad incluso que las palabras habladas, las más usuales son:

- Expresiones faciales,
- La forma de estar y la posición corporal,
- Los gestos,
- El contacto físico,

- La forma de hablar. ⁽⁵⁰⁾

La Observación

En el momento del primer encuentro con el paciente, la enfermera comienza la fase de recolección de datos por la observación, que continua a través de la relación enfermera-paciente.

Es el segundo método básico de valoración, la observación sistemática implica la utilización de los sentidos para la obtención de información tanto del paciente, como de cualquier otra fuente significativa y del entorno, así como de la interacción de estas tres variables. La observación es una habilidad que precisa práctica y disciplina. Los hallazgos encontrados mediante la observación han de ser posteriormente confirmados o descartados. ⁽⁵⁰⁾

La Exploración Física

La actividad final de la recolección de datos es el examen físico. Debe explicarse al paciente en qué consiste el examen y pedir permiso para efectuarlo.

Se centra en determinar la respuesta de la persona al proceso de la enfermedad, obtener una base de datos para poder establecer comparaciones y valorar la eficacia de las actuaciones, confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista. La enfermera utiliza cuatro técnicas específicas: inspección, palpación, percusión y auscultación.

- **Inspección:** es el examen visual cuidadoso y global del paciente, para determinar estados o respuestas normales o anormales. Se centra en las características físicas o los comportamientos específicos (tamaño, forma, posición, situación anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría).
- **Palpación:** Consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel (tamaño,

forma, textura, temperatura, humedad, pulsos, vibraciones, consistencia y movilidad). Esta técnica se utiliza para la palpación de órganos en abdomen. Los movimientos corporales Y la expresión facial son datos que nos ayudarán en la valoración

- **Percusión:** implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos. Los tipos de sonidos que podemos diferenciar son: Sordos, aparecen cuando se percuten músculos o huesos. Mates: aparecen sobre el hígado y el bazo. Hipersonoros: aparecen cuando percudimos sobre el pulmón normal lleno de aire y Timpánicos que se encuentra al percudir el estómago lleno de aire o un carrillo de la cara.
- **Auscultación:** consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utiliza el estetoscopio y determinamos características sonoras de pulmón, corazón e intestino. También se pueden escuchar ciertos ruidos aplicando solo la oreja sobre la zona a explorar. ⁽⁵⁰⁾

Una vez descritas las técnicas de exploración física pasemos a ver las diferentes formas de abordar un examen físico: Desde la cabeza a los pies, por sistemas/aparatos corporales y por patrones funcionales de salud:

Desde la cabeza a los pies: Este enfoque comienza por la cabeza y termina de forma sistemática y simétrica hacia abajo, a lo largo del cuerpo hasta llegar a los pies.

Por sistemas corporales o aparatos, nos ayudan a especificar que sistemas precisan más atención.

Por patrones funcionales de salud, permite la recogida ordenada para centrarnos en áreas funcionales concretas.

La información física del paciente que se obtiene es idéntica en cualquiera

de los métodos que utilizemos.

Validación de Datos

Significa que la información que se ha reunido es verdadera (basada en hechos). Esto es lo que debemos asegurarnos de que el paciente quiere indicar lo que de hecho dice. En comunicación existen técnicas de reformulación que nos ayudan a comprender más fielmente los mensajes del paciente, evitando las interpretaciones.

Se consideran datos verdaderos aquellos datos susceptibles de ser evaluados con una escala de medida precisa, peso, talla, etc.

Los datos observados y que no son medibles, en principio, se someten a validación confrontándolos con otros datos o buscando nuevos datos que apoyen o se contrapongan a los primeros.

Organización de los Datos

Es el cuarto paso en la recogida de datos, en esta etapa se trata de agrupar la información, de forma tal que nos ayude en la identificación de problemas, el modo más habitual de organizar los datos es por necesidades humanas (Maslow, 1972), o por patrones funcionales (Gordon, 1987), etc.

La información ya ha sido recogida y validada, ahora los datos se organizan mediante categorías de información. Estas categorías ya las hemos visto en el apartado de examen físico y como habíamos apuntado, para el establecimiento de la agrupación, se debe elegir la que más se adapte al modelo desarrollado en cada centro asistencial, etc. ⁽⁵¹⁾

Los componentes de la valoración del paciente que hemos seleccionado como necesarios hoy en día son:

Datos de Identificación

Datos culturales y socioeconómicos

Historia de salud: Diagnósticos médicos, problemas de salud; resultados de pruebas diagnósticas y los tratamientos prescritos.

Valoración Física

Patrones funcionales de salud

La valoración mediante patrones funcionales (funcionamiento) se realiza en términos mensurables y no abstractos (necesidades), en este sentido los patrones funcionales de salud facilitan la valoración, aunque no por ello hay que entender que la valoración de los patrones funcionales es opuesta a la valoración de necesidades; antes, al contrario, se complementan, Tomás Vidal (1994).

Aquí aportaremos que los diagnósticos de enfermería ayudan en la tarea de fundamentar los problemas detectados en las necesidades humanas, esto es, nos confirmarán la carencia de las necesidades básicas. Este tipo de fundamentación debería ser estudiado profundamente.

Documentación y registro de la valoración

Es el segundo componente de la fase de valoración y las razones que justifican su uso son de manera esquemática las que siguen:

- Constituye un sistema de comunicación entre los profesionales del equipo sanitario.
- Facilita la calidad de los cuidados al poder compararse con unas normas de calidad (véase tema referente a la garantía de la calidad de los cuidados enfermeros).
- Permite una evaluación para la gestión de los servicios enfermeros, incluida la gestión de la calidad.
- Prueba de carácter legal.

- Permite la investigación en enfermería.
- Permite la formación pregrado y postgrado.

Las normas que Iyer (1989), establece para la correcta anotación de registros en la documentación son:

- a. Deben estar escritos de forma objetiva, sin prejuicios, juicios de valor u opiniones personales, también hay que anotar (entre comillas), la información subjetiva que aporta el paciente, los familiares y el equipo sanitario.
- b. Las descripciones e interpretaciones de los datos objetivos se deben apoyar en pruebas y observaciones concretas.
- c. Se deben evitar las generalizaciones y los términos vagos como, «normal," «regular", etc.
- d. Los hallazgos deben describirse de manera meticulosa, forma, tamaño, etc.
- e. La anotación debe ser clara y concisa.
- f. Se escribirá de forma legible y con tinta indeleble. Trazar una línea sobre los errores.
- g. Las anotaciones serán correctas ortográfica y gramaticalmente. Se usarán solo las abreviaturas de uso común.

FASE DE DIAGNÓSTICO

Según se utilice el PAE de 4 fases o el de 5 es el paso final del proceso de valoración o la segunda fase. Es un enunciado del problema real o en potencia del paciente que requiera de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo. En ella se va a exponer el proceso mediante el cual estaremos en condiciones de establecer un problema clínico y de formularlo para su posterior tratamiento, bien sea diagnóstico

enfermero o problema interdependiente.

Los pasos de esta fase son:

a. Identificación de problemas

Análisis de los datos significativos, bien sean datos o la deducción de ellos, es un planteamiento de alternativas como hipótesis Síntesis es la confirmación, o la eliminación de las alternativas.

b. Formulación de problemas. Diagnóstico de enfermería y problemas interdependientes.

Componentes de las Categorías Diagnósticos aceptadas por la NANDA

La Asociación Española de Enfermería Docente (AEED) en 1993, elaboró un documento en el que especificaba estos beneficios:

Investigación: Para poder investigar sobre los problemas de Salud que los profesionales de enfermería estamos capacitados para tratar, es necesario que los mismos estén bien definidos y universalizados, a fin de que los resultados de las investigaciones, puedan ser comprendidos y aplicados por otros enfermeros.

Es evidente que esto no es posible llevarlo a cabo sin disponer de un lenguaje común previo que aúne los criterios y facilite la comunicación e intercambio de datos. En este momento los Diagnósticos enfermeros pueden contribuir a la consolidación de la disciplina en Enfermería mediante líneas de investigación dirigidas a:

- Determinar la compatibilidad de una taxonomía con cada uno de los modelos conceptuales.
- Validar en distintos ámbitos culturales las características definitorias y los factores relacionados de los Diagnósticos de Enfermería aceptados.

- Comparar la eficacia de las diversas intervenciones propuestas ante un mismo Diagnóstico.
- Realizar el análisis epidemiológico de los diagnósticos que presenta una población determinada
- Identificar nuevas áreas de competencia en Enfermería, o completar las ya identificadas, mediante el desarrollo y validación de nuevos Diagnósticos.

Docencia: la inclusión de los Diagnósticos de Enfermería en el curriculum básico debe iniciarse y continuarse de forma coherente, y prolongarse de forma progresiva a lo largo de todo el curriculum. Permite:

- Organizar de manera lógica, coherente Y ordenada los conocimientos de Enfermería que deberían poseer los alumnos
- Disponer de un lenguaje compartido con otros profesionales, con los enfermeros docentes y con los propios alumnos, lo cual facilita enormemente la transmisión de ideas y conceptos relacionados con los cuidados.

Asistencial: El uso de los Diagnósticos en la práctica asistencial favorece la organización y profesionalización de las actividades de enfermería, al permitir:

- Identificar las respuestas de las personas ante distintas situaciones de Salud.
- Centrar los cuidados brindados en las respuestas humanas identificadas a través de una valoración propia.
- Aumentar la efectividad de los cuidados al prescribir actuaciones de Enfermería específicas orientadas a la resolución o control de los problemas identificados.

- Organizar, definir y desarrollar la dimensión propia del ejercicio profesional.
- Delimitar la responsabilidad profesional, lo que como beneficio secundario crea la necesidad de planificar y registrar las actividades realizadas.
- Diferenciar la aportación enfermera a los cuidados de Salud de las hechas por otros profesionales.
- Unificar los criterios de actuación ante los problemas o situaciones que están dentro de nuestra área de competencia.
- Mejorar y facilitar la comunicación inter e intradisciplinar.

Gestión: Algunas de las ventajas que comportan la utilización de los Diagnósticos de Enfermería en este ámbito son:

- Ayudar a determinar los tiempos medios requeridos, y por tanto, las cargas de trabajo de cada unidad o centro, al facilitar la organización y sistematización de las actividades de cuidados.
- Permitir, como consecuencia, una mejor distribución de los recursos humanos y materiales.
- Favorece la definición de los puestos de trabajo, ya que ésta podría incluir la habilidad para identificar y tratar los Diagnósticos de Enfermería que se dan con mayor frecuencia.
- Posibilitar la determinación de los costes reales de los servicios de Enfermería, y consecuentemente, los costes reales de los cuidados brindados al usuario.
- Facilitar el establecimiento de criterios de evaluación de la calidad de los servicios de Enfermería brindados en un centro o institución.
- Identificar las necesidades de formación para grupos profesionales

específicos.

Los componentes de las categorías diagnósticas, aceptadas por la NANDA para la formulación y descripción diagnóstica 2015 -2017 ha incorporado 25 nuevos diagnósticos existiendo en la actualidad 235 diagnósticos que están agrupados en 13 dominios (categorías) de practica enfermera: promoción de la salud, nutrición, eliminación e intercambio, actividad/reposo o adaptación/tolerancia al estrés y cuenta con 47 clases. Cada categoría diagnóstica tiene 4 componentes: ⁽⁵¹⁾

TIPOS DE DIAGNÓSTICO

- Diagnóstico enfermero focalizado en el problema (antes real).
- Diagnóstico enfermero de promoción a la salud (antes de bienestar o salud).
- Diagnóstico enfermero de riesgo (antes de potencial).
- Síndrome. ⁽⁵¹⁾

FASE DE PLANIFICACIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA:

Una vez que hemos concluido la valoración e identificado las complicaciones potenciales (problemas interdependientes) y los diagnósticos enfermeros, se procede a la fase de planeación de los cuidados o tratamiento enfermero. En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo los cuidados de enfermería, que conduzcan al paciente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados. La fase de planeación del proceso de enfermería incluye cuatro etapas, Carpenito (1987) e Iyer (1989). ⁽⁵¹⁾

Determinación de prioridades

Es un paso en la fase de planeación en la que se debe priorizar, qué problemas serán los que se incluyan en el plan de cuidados y por tanto tratados, éstos deben consensuarse con el paciente, de tal forma que la no

realización de este requisito puede conducirnos a errores y a pérdidas de tiempo, por el contrario, su uso facilitará aún más la relación terapéutica.

Se trata de establecer las necesidades que son prioritarias para el paciente. Creemos que es de interés indicar aquí, que, bajo una concepción holístico-humanista, la insatisfacción de las necesidades básicas provoca la enfermedad, Maslow (1972), indica que esta carencia coloca a la persona en un estado de supervivencia, a pesar de ello y en determinadas ocasiones de libre elección, la persona prefiere satisfacer unas necesidades, privándose de otras. Es obvio añadir que son problemas prioritarios las situaciones de emergencia, como problemas de carácter biofisiológico, con excepción de la urgencia en los procesos de morir.

Por lo tanto, se prioriza aquellos diagnósticos de enfermería y complicaciones potenciales, referidos a las necesidades que el paciente da prioridad con común acuerdo con la enfermera/o. En realidad, las actividades que la enfermería desarrolla con y para las personas tienen suma importancia dentro del campo asistencial y del desarrollo humano, ya que les ayuda a detectar, reconocer y potenciar sus propios recursos, esto es satisfacer sus necesidades humanas, Maslow (1972), favorece en gran medida la recuperación de la enfermedad. ⁽⁵²⁾

PLANTEAMIENTO DE LOS OBJETIVOS

Una vez priorizados los problemas hay que definir objetivos que, con respecto a cada problema, teniendo presente que los objetivos sirven para:

- Dirigir los cuidados.
- Identificar los resultados esperados.
- Medir la eficacia de las actuaciones.

Lo que se pretende con los objetivos de las actuaciones enfermeras es establecer qué se quiere conseguir, cómo, cuándo y cuánto.

Existen dos tipos de objetivos:

- Objetivos de enfermería o criterios de proceso.
- Objetivos del paciente/cliente o criterios de resultado.

Normas generales para la descripción de objetivos:

- Escribir los objetivos en términos que sean observables y puedan medirse.
- Describir los objetivos en forma de resultados o logros a alcanzar, y no como acciones de enfermería.
- Elaborar objetivos cortos.
- Hacer específicos los objetivos.

OBJETIVOS DE ENFERMERÍA

Estos objetivos dirigen las actuaciones enfermeras hacia tres grandes áreas para ayudar al paciente:

A encontrar sus puntos fuertes, esto es, sus recursos de adaptación adecuados para potenciarlos.

A buscar nuevos sistemas y recursos de adaptación.

A conocer su estilo de vida y ayudarle a modificarlo, si no fuera competente para el cambio, bien por una disminución de los recursos propios o por una inadecuación de los mismos.

Es interesante la consideración de Brunner y Suddarth, en la que nos dice que «la identificación de las actuaciones apropiadas y los objetivos afines dependen de que la enfermera reconozca los puntos fuertes del paciente y sus familiares; de su comprensión de los cambios fisiopatológicos que sufre el enfermo y de su sensibilidad a la respuesta emocional, psicológica e intelectual del sujeto a la enfermedad.». Cada objetivo se

deriva de sólo un diagnóstico de enfermería, se debe señalar un tiempo específico para realizar cada objetivo. ⁽⁵³⁾

Esta consideración nos aporta la idea de comprensión de lo que la persona hace, piensa y siente con respecto a él mismo, a la enfermedad, al medio que le rodea, etc., esto es, reconocer y comprender sus sistemas de vida y sus recursos.

Actuaciones de enfermería:

Las actuaciones enfermeras son aquellas intervenciones específicas que van dirigidas a ayudar al paciente al logro de los resultados esperados. Para ello se elaborarán acciones focalizadas hacia las causas de los problemas, es decir, las actividades de ayuda deben ir encaminadas a eliminar los factores que contribuyen al problema

El paciente y los familiares deben participar, siempre que sea posible, en las decisiones relativas a las intervenciones enfermeras encaminadas al logro de los objetivos. Para identificar las intervenciones es aconsejable conocer los puntos fuertes y débiles del paciente y sus familiares, como se explicó anteriormente.

Del modelo bifocal de los diagnósticos de enfermería, podríamos decir que se desprende la responsabilidad del tratamiento tanto, de los diagnósticos enfermeros como de las complicaciones fisiológicas, para ello, el modelo establece dos tipos de prescripciones: enfermera y médica:

- Prescripciones enfermeras: Son aquellas en que la enfermera puede prescribir independiente para que el personal de enfermería ejecute la prescripción. Estas prescripciones tratan y controlan los diagnósticos enfermeros.
- Prescripciones médicas: Son actuaciones prescritas por el médico, representan tratamientos de problemas interdisciplinarios que la

enfermera inicia y maneja.

La enfermera/o toma decisiones independientes tanto en los diagnósticos de enfermería como en los problemas interdisciplinarios.

En la elaboración de actividades han de tenerse presente los recursos materiales, desde la estructura física del servicio hasta su equipamiento; también hay que tener en cuenta, los recursos humanos, en la cantidad y la cualificación de los distintos estamentos que van a intervenir con nosotros; también influyen los recursos financieros. ⁽⁵³⁾

Características de las actuaciones de enfermería

- Serán coherentes con el plan de cuidados, es decir, no estarán en desacuerdo con otros planes terapéuticos de otros miembros del equipo.
- Estarán basadas en principios científicos. Recordemos los paradigmas de salud sobre los que se basa contemporáneamente la enfermería, empírico-analítico, hermenéutico-interpretativo y socio-crítico, éstos fundamentan las decisiones y actuaciones enfermeras.
- Serán individualizados para cada situación en concreto. Los cuidados de un paciente difieren de los de otro, aunque tengan diagnósticos enfermeros y médicos iguales o similares.
- Se emplearán para proporcionar un medio seguro y terapéutico.
- Van acompañadas de un componente de enseñanza y aprendizaje.
- Comprenderán la utilización de los recursos apropiados. ⁽⁵³⁾

La determinación de las actuaciones de enfermería que son necesarias para resolver o disminuir el problema, requiere de un método. Los pasos a seguir son los que siguen:

Acciones de enfermería en un plan de cuidados

- Realizar valoraciones de enfermería para identificar nuevos problemas/diagnósticos de enfermería.
- Realizar la educación sanitaria del paciente para capacitarle en conocimientos, actitudes y habilidades.
- Aconsejar acerca de las decisiones de sus propios cuidados.
- Consulta y remisión a otros profesionales.
- Realización de acciones terapéuticas específicas de enfermería.
- Ayudar a los pacientes a realizar las actividades por sí mismos.
- Realizar valoraciones frecuentes para controlar al paciente y detectar complicaciones.
- Remitir la situación al profesional adecuado cuando existan signos y síntomas de complicaciones potenciales.
- Ejecutar las actividades interdependientes de enfermería prescritas por el médico (por ejemplo: lavado de sonda nasogástrica cada 2 horas con suero fisiológico).

Las directrices específicas para los cuidados de enfermería se denominan órdenes de enfermería y se componen de los siguientes elementos, según Iyer (1989):

- La fecha.
- El verbo, con los calificativos que indiquen claramente la actuación.
- Especificación de quién (sujeto).
- Descripción de qué, dónde, cuándo, cómo y cuánto.
- Las modificaciones a un tratamiento estándar.

- La firma.

Para terminar este apartado, digamos que, las actuaciones de enfermería son aquellas actividades que necesariamente deben hacerse, para obtener los resultados esperados, y deben definirse para cada diagnóstico de enfermería y problema interdependiente.

Documentación en el plan de cuidados de enfermería

La última etapa del plan de cuidados es el registro ordenado de los diagnósticos, resultados esperados Y actuaciones de enfermería Ello se obtiene mediante una documentación.

El plan de cuidados de enfermería, según Griffith-Kenney y Christensen, es un instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente/cliente, los resultados que se esperan, las estrategias, indicaciones, intervenciones y la evaluación de todo ello".

Las finalidades de los planes de cuidados están dirigidas a fomentar unos cuidados de calidad, mediante:

- Los cuidados individualizados.
- La continuidad de los cuidados.
- La comunicación.
- La evaluación.

Para la actualización de los planes de cuidados hay que tener en cuenta que todos los elementos de los planes de cuidados son dinámicos, por lo que se precisa de una actualización diaria.

FASE DE EJECUCIÓN

La fase de ejecución es la cuarta etapa del plan de cuidados, es en esta etapa es cuando realmente se pone en práctica el plan de cuidados. La

ejecución, implica las siguientes actividades de enfermería:

- Continuar con la recogida y valoración de datos.
- Realizar las actividades de enfermería.
- Anotar los cuidados de enfermería.
- Dar los informes verbales de enfermería.
- Mantener el plan de cuidados actualizado.
- El enfermero tiene toda la responsabilidad en la ejecución del plan, pero incluye al paciente y a la familia, así como a otros miembros del equipo. En esta fase se realizarán todas las intervenciones de enfermería dirigidas a la resolución de problemas (diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes) y a las necesidades asistenciales de cada persona tratada.
- De las actividades que se llevan a cabo en esta fase hay que mencionar la continuidad de la recogida y valoración de datos, esto es debido a que por un lado debemos profundizar en la valoración de datos que quedaron sin comprender, y por otro lado la propia ejecución de la intervención es fuente de nuevos datos que deberán ser revisados y tenidos en cuenta como confirmación diagnóstica o como nuevos problemas. ⁽⁵⁴⁾

FASE DE EVALUACIÓN

La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados.

Los dos criterios más importantes que valora la enfermería, en este sentido, son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones, Griffith y Christensen (1982).

El proceso de evaluación consta de dos partes:

- Recogida de datos sobre el estado de salud/problema/diagnóstico que queremos evaluar.
- Comparación con los resultados esperados y un juicio sobre la evolución del paciente hacia la consecución de los resultados esperados.

La evaluación es un proceso que requiere de la valoración de los distintos aspectos del estado de salud del paciente. Las distintas áreas sobre las que se evalúan los resultados esperados (criterios de resultado), son según Iyer las siguientes áreas:

- **Aspecto general y funcionamiento del cuerpo**

Observación directa, examen físico.

Examen de la historia clínica.

- **Señales y Síntomas específicos**

Observación directa.

Entrevista con el paciente.

Examen de la historia.

- **Conocimientos**

Entrevista con el paciente.

Cuestionarios (test).

- **Capacidad psicomotora (habilidades)**

Observación directa durante la realización de la actividad.

- **Estado emocional**

Observación directa, mediante lenguaje corporal y expresión verbal de

emociones.

Información dada por el resto del personal.

- **Situación espiritual (modelo holístico de la salud)**

Entrevista con el paciente.

Información dada por el resto del personal.

Las valoraciones de la fase de evaluación de los cuidados enfermeros, deben ser interpretadas, con el fin de poder establecer conclusiones, que nos sirvan para plantear correcciones en las áreas estudio, veamos las tres posibles conclusiones (resultados esperados), a las que podremos llegar:

- El paciente ha alcanzado el resultado esperado.
- El paciente está en proceso de lograr el resultado esperado, nos puede conducir a plantearse otras actividades.
- El paciente no ha alcanzado el resultado esperado y no parece que lo vaya a conseguir. En este caso podemos realizar una nueva revisión del problema, de los resultados esperados, de las actividades llevadas a cabo.

De forma resumida y siguiendo a M, Caballero (1989) la evaluación se compone de:

- Medir los cambios del paciente/cliente, en relación a los objetivos marcados, como resultado de la intervención enfermera, con el fin de establecer correcciones.
- La evaluación se lleva a cabo sobre las etapas del plan, la intervención enfermera y sobre el producto final.
- A la hora de registrar la evaluación se deben evitar los términos ambiguos como «igual», «poco apetito», etc., es de mayor utilidad

indicar lo que dijo, hizo y sintió el paciente. La documentación necesaria se encontrará en la historia clínica.

Una característica a tener en cuenta en la evaluación es, que ésta es continua, así podemos detectar como va evolucionando el paciente y realizar ajustes o introducir modificaciones para que la atención resulte más efectiva. ⁽⁵⁴⁾

3. MODELO DE ENFERMERÍA

Virginia Henderson

Uno de los modelos de cuidados que mayor aceptación tiene en nuestro entorno es el de Virginia Henderson. Este modelo es totalmente compatible con el PE, aspecto fundamental para que tenga aplicación en la práctica. Además, es muy importante poder integrar junto con el modelo de cuidados y el proceso enfermero (PE), los lenguajes estandarizados NANDA, NOC Y NIC.

Este modelo conceptual se fundamenta en la capacidad de la persona en mantener la independencia en las 14 necesidades fundamentales.

Identificó las acciones de enfermería básica como funciones independientes, afirmo que el proceso de enfermería utiliza los mismos pasos que el método científico. De acuerdo con este modelo, la persona es un ser integral, con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre sí y tienden al máximo desarrollo de su potencial.

V. Henderson considera que el papel fundamental de enfermería es ayudar al individuo, sano o enfermo, a conservar o recuperar su salud (o bien asistirlo en los últimos momentos de su vida) para cumplir aquellas necesidades que realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad o los conocimientos necesarios. De este modo enfermería favorecerá la recuperación de la independencia de la persona de la manera más rápida posible. El máximo principio de Virginia Henderson para aplicar su modelo

teórico a la práctica consiste en que la enfermería debe ser capaz de fomentar la actividad del paciente para que éste adquiera su independencia. El objetivo de este modelo es que el paciente sea independiente lo antes posible y con ayuda del trabajo de enfermería. ⁽⁵⁵⁾

C. IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES

1. VARIABLE INDEPENDIENTE

Conocimientos de síndrome doloroso Abdominal Agudo.

2. VARIABLE DEPENDIENTE

Aplicación del proceso de atención De Enfermería al paciente con síndrome Doloroso Abdominal agudo.

D. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

1. CONOCIMIENTO DE SÍNDROME DOLOROSO ABDOMINAL

Conjunto de información que posee la enfermera de emergencia en cuanto al manejo inicial del paciente con síndrome que se caracteriza por dolor abdominal de instauración brusca o reciente y que implica un proceso intra abdominal o extraabdominal con grave repercusión del estado general del paciente requiriendo de rápido diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico según dimensiones: definición y causas, sintomatología, intervenciones y pruebas complementarias valorada en escala vigesimal en los siguientes parámetros:

- Alto (16-20)

Conjunto de información correcta que posee la enfermera de emergencia en cuanto al manejo inicial del paciente síndrome doloroso abdominal

agudo, alcanzando un puntaje de 16 a 20.

- **Medio (13-15)**

Conjunto de información deficiente que posee la enfermera de emergencia en cuanto al manejo inicial del paciente síndrome doloroso abdominal agudo alcanzando un puntaje de 13 a 15.

- **Bajo (0-12)**

Conjunto de información incorrecta que posee la enfermera de emergencia en cuanto al manejo inicial del paciente síndrome doloroso abdominal agudo, alcanzando un puntaje de 0 a 12.

2. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Ejecución en la práctica del conjunto de conocimientos, técnicas y destrezas científicas por parte la enfermera, al brindar los cuidados humanizados de forma racional, lógica y sistemática según etapas: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación valorado en escala ordinal en los siguientes niveles:

- **Alto Nivel**

Ejecución completa en la práctica del conjunto de conocimientos, técnicas y destrezas científicas por parte la enfermera, al brindar los cuidados humanizados alcanzando un puntaje de 27 a 40 puntos.

- **Mediano Nivel**

Ejecución incompleta en la práctica del conjunto de conocimientos, técnicas y destrezas científicas por parte la enfermera, al brindar los cuidados humanizados alcanzando un puntaje de: 14 a 26 puntos.

- **Bajo Nivel**

Ejecución deficiente en la práctica del conjunto de conocimientos,

técnicas y destrezas científicas por parte la enfermera, al brindar los cuidados humanizados alcanzando un puntaje de: 00 a 13 puntos.

E. ALCANCES Y LIMITACIONES

1. ALCANCES

Los resultados obtenidos permitirán aportar al diseño de estrategias y aplicación de programas tendientes a fortalecer el nivel del complejo conocimiento sobre síndrome doloroso abdominal agudo, así como también incentivar al cumplimiento de la aplicación del proceso de atención de enfermería a nivel hospitalario y en todos los niveles de atención en salud y además servirá de evidencia a la institución en estudio.

2. LIMITACIONES

El poco tiempo disponible de las enfermeras para poder responder los cuestionarios por la sobrecarga laboral.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

A. MÉTODO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

De acuerdo al problema, los objetivos y la hipótesis planteada, el presente trabajo de investigación es un estudio de tipo descriptivo con diseño correlacional y de corte transversal.

PROCEDIMIENTO

1. Se presentó y se obtuvo la aprobación del trabajo de investigación en la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de San Agustín.
2. Se determinó como área de estudio para la presente investigación al Hospital Goyeneche de Arequipa en el Servicio de Emergencia.

3. Se presentó al Hospital Goyeneche el documento emitido por la facultad de Enfermería para la autorización de la ejecución del proyecto de tesis.
4. Posteriormente se coordinó con la Jefa de Dpto. de Enfermería y con la Jefa del Servicio de Emergencia donde se explicó el objetivo del estudio, dando las facilidades del caso para su aplicación.
5. La selección de la población de estudio, estuvo conformada por 30 enfermeras que laboran en el servicio de Emergencia.
6. El periodo elegido para la recolección de datos fue del mes de febrero a abril del año 2019; la aplicación de los instrumentos a la población objetivo se realizó en los diferentes turnos según el rol (prevalentemente en el turno mañana) de acuerdo a la accesibilidad y tiempo disponible de las unidades de estudio, el instrumento se aplicó en un tiempo promedio de 20 minutos permaneciendo hasta el final del desarrollo del mismo.

Los instrumentos aplicados fueron:

- Una entrevista estructurada para la recogida de datos generales de las enfermeras y específicos de los pacientes
- Un cuestionario para evaluar el conocimiento de síndrome doloroso abdominal de las enfermeras
- Una guía de observación para detectar el nivel de aplicación proceso de atención de enfermería al paciente con síndrome doloroso abdominal agudo, por parte de las enfermeras, aplicada por internos de Enfermería previamente capacitados.

La aplicación de los instrumentos a la población objetivo se realizó en los diferentes turnos de acuerdo a la accesibilidad y tiempo que disponían las enfermeras para responder a los instrumentos

7. El procedimiento y análisis de los datos se realizó con el software SPSS 22.0 (Base de datos y estadística). Para el análisis de los resultados se utilizó el estadístico no paramétrico del Chi cuadrado.
8. Elaboración y presentación del informe final.

B. DESCRIPCIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO

El presente estudio se llevó a cabo en el Hospital III Goyeneche de Arequipa, institución perteneciente al Ministerio de Salud (MINSA) de la macro región sur, se encuentra ubicado en Av. Goyeneche S/N Cercado. Fue fundado el 11 de febrero de 1912, cuenta con una extensión de 55000 metros cuadrados, su construcción arquitectónica es antigua de tipo colonial. Hoy en día brinda los servicios de Consulta Externa y Hospitalización, Medicina (mujeres y varones), Cirugía (mujeres y varones), Pediatría, Gineco-Obstetricia, Neonatología, Oncología, Emergencia, Centro Quirúrgico, UCI y con 22 especialidades, asimismo con consultorios externos. En esta institución trabaja personal profesional y no profesional, entre ellos 148 profesionales de enfermería.

El servicio de Emergencia es de 2 pisos; Primer piso donde se encuentran las áreas iniciando por la puerta principal con Admisión, Caja, Oficina de Referencias y Contra referencias, Tópico Inyectables, Servicio social, Farmacia, Estar de enfermeras, de Tópico de cirugía, traumatología, pediatría, medicina y ginecología, Rayos X, Ecografía, por la parte interior cuenta con las áreas de Observación I y Observación II con su Star de Enfermeras, Shock Trauma y Área de lavado Gástrico. En el Segundo piso se cuenta con Jefatura de Enfermeras, Jefatura de Medicina.

Cuentan con 30 profesionales de Enfermería que brinda cuidado integral permanente las 24 horas del día y los 365 días del año a los usuarios en base a sus necesidades de salud y cuidado, así como el grado de dependencia, de forma integral.

C. POBLACIÓN Y MUESTRA

El presente estudio se realizó en los profesionales de enfermería que laboran en el Hospital III Goyeneche y que dieron cuidados a pacientes con diagnóstico de síndrome doloroso abdominal. La población objetivo fueron las 30 enfermeras que laboran en el Servicio de Emergencia.

No se determinó el tamaño de la muestra ya que por ser una población corta se utilizó el total de la población de estudio.

Muestreo: El método que se utilizó para el muestreo es el no probabilístico en donde se selecciona a las unidades de observación por determinados criterios comunes que permiten una adecuada representatividad de la población en estudio. Es no aleatoria por accidente, ya que incluimos a todos los elementos necesarios y convenientes para nuestra investigación.

Criterios de Inclusión

- De ambos sexos.
- Que trabajan de forma asistencial.
- Bajo cualquier modalidad de contrato.
- Con más de 1 año de trabajo.

Criterios de Exclusión

- Enfermeras con menos de 1 años de trabajo.

D. MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

En el presente estudio se utilizó el método de la encuesta y la observación, como técnicas la observación y el cuestionario, como instrumentos para la recolección de datos de las variables en estudio los siguientes:

1. Una Entrevista estructurada (Anexo 01)

Para obtener los datos generales de las enfermeras del servicio de emergencia (Ítems del 1 al 05) y de los pacientes con diagnóstico de síndrome doloroso abdominal (ítems del 01 al 04).

2. Un Cuestionario de conocimientos de síndrome doloroso Abdominal (Anexo 02)

Cuestionario de conocimientos acerca del síndrome doloroso abdominal agudo fue elaborado por *De Jiménez E Ivos del Hospital Clínico Universitario De Málaga (2000)* está estructurado en 20 ítems con una sola alternativa de respuesta agrupados en las siguientes dimensiones: definición y causas (1 al 5 ítem), sintomatología (6 al 12 ítem) e intervenciones (13 a los 18 ítems) y pruebas complementarias (19 al 20 ítem).

Es valorada en Escala Vigesimal en los siguientes niveles:

- Alto Nivel: 16 - 20 puntos.
- Mediano Nivel: 13 – 15 puntos.
- Bajo Nivel: 00 – 12 puntos.

La validez del instrumento se determinó mediante Juicio de Expertos, participaron 7 profesionales especialistas y 2 responsables de la administración, los puntajes fueron sometidos a prueba binomial siendo determinante obtener un error de significancia que no supere los valores establecidos para $p < 0.05$. Con las sugerencias de los Expertos se mejoró el instrumento, luego fue sometido a validez estadística utilizando la prueba de Coeficiente de Correlación Biseral Puntual obteniéndose correlaciones muy significativas $p > 0.20$; luego con los resultados se realizó la Prueba de KRichardson, obteniendo alfa de Cronbach =0.95.

El tiempo que demanda resolver el cuestionario es de aproximadamente de 20 minutos.

3. Una guía de observación (Anexo 03)

Se utilizó el Instrumento “Guía de observación para la identificación de la aplicabilidad del Proceso de atención de Enfermería” de Maldonado Z – Galabay Hospital Carrasco Cuenca 2010, elaborado con 20 ítems, agrupados en 5 dimensiones agrupados en las diferentes etapas del proceso: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación: que corresponda a las 5 fases del PAE con alternativas de repuestas SI REALIZA, (Completamente, parcialmente) NO REALIZA, que tienen un valor de 2, 1 y 0.

Es evaluado en escala ordinal en los siguientes parámetros:

- Alto Nivel: 27 - 40 puntos.
- Mediano Nivel: 14 – 26 puntos.
- Bajo Nivel: 00 – 13 puntos.

Para determinar la validez de contenido y constructo del instrumento, éste fue sometido a juicio de expertos conformado por 6 profesionales: 6 Docentes del área de Cuidado de Enfermería al adulto del área Enfermería Clínica del Departamento de Enfermería del Hospital Carrasco Arteaga Cuenca.

Los datos obtenidos fueron procesados mediante la Tabla de Concordancia y Prueba Binomial realizándose los reajustes necesarios antes de la recolección de datos.

Para determinar la validez estadística del cuestionario, fue sometido a la prueba de ítem - test, mediante el coeficiente de correlación de Pearson, mientras que para la confiabilidad del instrumento se utilizó la fórmula alfa de Cronbach de 0.7, cuyo resultado determinó que el instrumento es confiable.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

A. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

En el presente capítulo se dan a conocer los resultados de la investigación, los datos obtenidos se presentan en tablas y cuadros ordenados en la siguiente forma:

- Información General: Tabla 01.
- Características de los pacientes: Tabla 02.
- Información Específica: Cuadro del 01 al 11.
- Comprobación de hipótesis: Cuadro 12.

TABLA N° 01

CARACTERÍSTICAS DE LAS ENFERMERAS DEL SERVICIO DE EMERGENCIA, HOSPITAL GOYENECHÉ, AREQUIPA 2019

CARACTERÍSTICAS	Nº	%
Universidad de Procedencia		
Universidad Nacional de San Agustín	14	46.7
Universidad Católica de Santa María	08	26.7
Universidad Alas Peruanas	05	16.6
Universidad Nacional Altiplano	03	10.0
TOTAL	30	100.0
Sexo		
Masculino	4	13.4
Femenino	26	86.6
TOTAL	30	100.0
Edad		
21 a 30 años	2	6.60
31 a 40 años	10	33.4
41 a 50 años	12	40.0
51 a más	6	20.0
TOTAL	30	100.0
Tiempo de trabajo		
1 a 5 años	4	13.4
6 a 10 años	12	40.0
11 a 20 años	7	23.3
20 a más años	7	23.3
TOTAL	30	100.0
Condición de trabajo		
Nombrado	24	80.00
Contratado	6	20.00
TOTAL	30	100.0

TABLA N° 02

**CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES, SERVICIO DE EMERGENCIA,
HOSPITAL GOYENECHÉ, AREQUIPA 2019**

CARACTERÍSTICAS	Nº	%
Sexo		
Masculino	14	46.7
Femenino	16	53.3
TOTAL	30	100.0
Edad		
Más de 50 años	17	56.7
41 – 50 años	5	16.7
31 - 40 años	2	6.60
18 - 30 años	6	20.0
TOTAL	30	100.0
Tiempo de permanencia		
02 - 04 días	20	66.7
05 - 07 días	6	20.0
Más de 08 días	4	13.3
TOTAL	30	100.0
Diagnóstico		
Pancreatitis aguda	8	26.7
Abdomen agudo	7	23.3
Apendicitis aguda:	4	13.3
Colecistitis aguda	5	16.7
Otras	6	20.0
TOTAL	30	100.0

CUADRO N° 01

**CONOCIMIENTOS DE SÍNDROME DOLOROSO BDOMINAL,
DIMENSIÓN: DEFINICIÓN Y CAUSAS, ENFERMERAS DEL
SERVICIO DE EMERGENCIA HOSPITAL GOYENECHÉ,
AREQUIPA 2019**

DEFINICIÓN Y CAUSAS	TOTAL	
TOTAL	Nº	%
	30	100.0
Alto	10	33.4
Medio	16	53.3
Bajo	04	13.3

De los resultados se observa que en la variable conocimientos de síndrome doloroso abdominal dimensión: definición y causas el **53.3%** de las unidades en estudio tienen nivel medio seguido del alto nivel con el 33.4% y solo un 13.3% tienen bajo nivel.

CUADRO N° 02

**CONOCIMIENTOS DE SÍNDROME DOLOROSO ABDOMINAL,
DIMENSIÓN: SINTOMATOLOGÍA, ENFERMERAS DEL
SERVICIO DE EMERGENCIA HOSPITAL
GOYENECHÉ, AREQUIPA 2019**

SINTOMATOLOGIA	TOTAL	
TOTAL	Nº	%
	30	100.0
Alto	08	26.7
Medio	17	56.6
Bajo	05	16.7

De los resultados se observa que en la variable conocimientos de síndrome doloroso abdominal dimensión: sintomatología el 56.6% de las unidades en estudio tienen nivel medio seguido del alto nivel con el 26.7% y solo un 16.7% tienen bajo nivel.

CUADRO N° 03

**CONOCIMIENTOS DE SÍNDROME DOLOROSO BDOMINAL,
DIMENSIÓN: INTERVENCIONES, ENFERMERAS DEL
SERVICIO DE EMERGENCIA HOSPITAL
GOYENECHÉ, AREQUIPA 2019**

INTERVENCIONES	TOTAL	
TOTAL	Nº	%
	30	100.0
Alto	11	36.7
Medio	15	50.0
Bajo	04	13.3

De los resultados se observa que en la variable conocimientos de síndrome doloroso abdominal dimensión: sintomatología el **50.0%** de las unidades en estudio tienen nivel medio seguido del alto nivel con el 36.7% y solo un 13.3% tienen bajo nivel.

CUADRO N° 04

**CONOCIMIENTOS DE SÍNDROME DOLOROSO ABDOMINAL,
DIMENSIÓN: PRUEBAS COMPLEMENTARIAS, ENFERMERAS
DEL SERVICIO DE EMERGENCIA HOSPITAL
GOYENECHÉ, AREQUIPA 2019**

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS	TOTAL	
TOTAL	Nº	%
	30	100.0
Alto Nivel	09	30.0
Mediano Nivel	16	53.3
Bajo Nivel	05	16.7

De los resultados se observa que en la variable conocimientos de síndrome doloroso abdominal dimensión: pruebas complementarias el 53.3% de las unidades en estudio tienen nivel medio seguido del alto nivel con el 30.0% y solo un 16.7% tienen bajo nivel.

CUADRO N° 05

CONOCIMIENTOS DE SÍNDROME DOLOROSO ABDOMINAL, GLOBAL ENFERMERAS DEL SERVICIO DE EMERGENCIA HOSPITAL GOYENCHE, AREQUIPA 2019

CONOCIMIENTOS DE SÍNDROME DOLOROSO ABDOMINAL	TOTAL	
	Nº	%
TOTAL	30	100.0
Alto Nivel	10	33.4
Mediano Nivel	16	53.3
Bajo Nivel	04	13.3

De los resultados se observa que en la variable conocimientos de síndrome doloroso abdominal el 53.3% de las unidades en estudio tienen nivel medio seguido del alto nivel con el 33.4% y solo un 13.3% tienen bajo nivel.

CUADRO Nº 06

**APLICACIÓN PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE
CON SÍNDROME DOLOROSO ABDOMINAL, DIMENSIÓN: VALORACIÓN,
ENFERMERAS DEL SERVICIO DE EMERGENCIA HOSPITAL
GOYENECHÉ, AREQUIPA 2019**

VALORACIÓN	TOTAL	
	Nº	%
TOTAL	30	100.0
Alto Nivel	11	36.7
Mediano Nivel	15	50.0
Bajo Nivel	04	13.3

En el cuadro se observa que de la variable aplicación del proceso de atención de enfermería al paciente con síndrome doloroso abdominal dimensión: valoración, el **50.0%** de las unidades de estudio muestran mediano nivel seguido del alto nivel con el 36.7% y solo un 13.3% tienen bajo nivel.

CUADRO N° 07

**APLICACIÓN PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE
CON SÍNDROME DOLOROSO ABDOMINAL, DIMENSIÓN: DIAGNÓSTICO,
ENFERMERAS DEL SERVICIO DE EMERGENCIA HOSPITAL
GOYENECHÉ, AREQUIPA 2019**

DIAGNÓSTICO	TOTAL	
TOTAL	Nº	%
	30	100.0
Alto Nivel	09	30.0
Mediano Nivel	18	60.0
Bajo Nivel	03	10.0

En el cuadro se observa que de la variable aplicación del proceso de atención de enfermería al paciente con síndrome doloroso abdominal dimensión: diagnóstico, el 60.0% de las unidades de estudio muestran mediano nivel seguido del alto nivel con el 30.0% y solo un 10.0% tienen bajo nivel.

CUADRO N° 08

**APLICACIÓN PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL
PACIENTE CON SÍNDROME DOLOROSO ABDOMINAL, DIMENSIÓN:
PLANIFICACIÓN, ENFERMERAS DEL SERVICIO DE EMERGENCIA
HOSPITAL GOYENCHE, AREQUIPA 2019**

PLANIFICACIÓN	TOTAL	
TOTAL	Nº	%
	30	100.0
Alto Nivel	08	26.7
Mediano Nivel	17	56.6
Bajo Nivel	05	16.7

En el cuadro se observa que de la variable aplicación del proceso de atención de enfermería al paciente con síndrome doloroso abdominal dimensión: planificación, el 56.6% de las unidades de estudio muestran mediano nivel seguido del alto nivel con el 26.7% y solo un 16.7% tienen bajo nivel.

CUADRO N° 09

**APLICACIÓN PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE
CON SÍNDROME DOLOROSO ABDOMINAL, DIMENSIÓN: EJECUCIÓN,
ENFERMERAS DEL SERVICIO DE EMERGENCIA HOSPITAL
GOYENECHÉ, AREQUIPA 2019**

EJECUCIÓN	TOTAL	
TOTAL	Nº	%
	30	100.0
Alto Nivel	11	36.7
Mediano Nivel	16	53.3
Bajo Nivel	03	10.0

En el cuadro se observa que de la variable aplicación del proceso de atención de enfermería al paciente con síndrome doloroso abdominal dimensión: ejecución, el 53.3% de las unidades de estudio muestran mediano nivel seguido del alto nivel con el 36.7% y solo un 10.0% tienen bajo nivel.

CUADRO Nº 10

**APLICACIÓN PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE
CON SÍNDROME DOLOROSO ABDOMINAL, DIMENSIÓN: EVALUACIÓN,
ENFERMERAS DEL SERVICIO DE EMERGENCIA HOSPITAL
GOYENECHÉ, AREQUIPA 2019**

EVALUACIÓN	TOTAL	
TOTAL	Nº	%
	30	100.0
Alto Nivel	10	33.4
Mediano Nivel	16	53.3
Bajo Nivel	04	13.3

En el cuadro se observa que de la variable aplicación del proceso de atención de enfermería al paciente con síndrome doloroso abdominal dimensión: evaluación, el **53.3%** de las unidades de estudio muestran mediano nivel seguido del alto nivel con el 33.4% y solo un 13.3% tienen bajo nivel.

CUADRO N° 11

**APLICACIÓN PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL
PACIENTE CON SÍNDROME DOLOROSO ABDOMINAL GLOBAL,
ENFERMERAS DEL SERVICIO DE EMERGENCIA HOSPITAL
GOYENECHE, AREQUIPA 2019**

APLICACIÓN PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	TOTAL	
TOTAL	Nº	%
	30	100.0
Alto Nivel	11	36.7
Mediano Nivel	15	50,0
Bajo Nivel	04	13,3

En el cuadro se observa que de la variable aplicación del proceso de atención de enfermería al paciente con síndrome doloroso abdominal el **50.0%** de las unidades de estudio muestran mediano nivel seguido del alto nivel con el 36.7% y solo un 13.3% tienen bajo nivel.

CUADRO Nº 12

CONOCIMIENTOS DE SÍNDROME DOLOROSO ABDOMINAL SEGÚN, APLICACIÓN PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA, ENFERMERAS DEL SERVICIO DE EMERGENCIA HOSPITAL GOYENCHE, AREQUIPA 2019

CONOCIMIENTOS DE SÍNDROME DOLOROSO ABDOMINAL	TOTAL		APLICACIÓN PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA					
			Alto Nivel		Mediano		Bajo	
TOTAL	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
	30	100.0	11	36.7	15	50.0	04	13.3
Alto	10	33.4	09	30.0	01	3.4	00	0.0
Medio	16	53.3	02	6.6	14	46.7	00	0.0
Bajo	04	13.3	00	0.0	00	0.0	04	13.3

g_L(4) χ^2 : 47,5 > 9.5 (p < 0.05) p = 0.001

De los resultados se observa que los conocimientos de síndrome doloroso abdominal en la mayoría de enfermeras con el **53.3%** tienen nivel medio del dominio de conocimientos de las cuales el 46.7% muestran mediano nivel en la aplicación del proceso de atención de enfermería, la tendencia es hacia el alto nivel.

Con la aplicación del estadístico no paramétrico del χ^2 : con un nivel de confianza de 95% y un nivel de error del 5% se encontró un alto nivel de significancia estadística (0.001), por lo que se acepta la hipótesis que señala que existe relación entre las variables conocimientos de síndrome doloroso abdominal con la aplicación del proceso de atención de enfermería.

B. DISCUSIÓN

El presente estudio de investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre el nivel de conocimiento de síndrome doloroso abdominal agudo con la aplicación del proceso de atención de enfermería en enfermeras del servicio de Emergencia del Hospital Goyeneche de Arequipa 2019 es una investigación de tipo descriptivo, corte transversal y diseño correlacional.

En esta investigación en relación a las enfermeras en estudio, se puede determinar que el 46.7% son egresadas de la Universidad Nacional de San Agustín, con un tiempo de trabajo mayor a 6 años (40.0%), en edades de 41 a 50 años (40.0%) de condición laboral nombradas (80.0%), De las características de los pacientes: el 53.3% son del sexo femenino, con más de 50 años el 56.7%, tiempo de permanencia promedio de 2 a 4 días el 66.7% y diagnóstico de pancreatitis aguda el 26.7%.

De la variable conocimientos de síndrome doloroso abdominal en las diferentes dimensiones: definición y causas (53.3%), sintomatología (56.6%), intervenciones (50.0%), pruebas complementarias (53.3%) y a nivel global (53.3%) de enfermeras muestran mediano nivel seguido del alto nivel (33.3%) y solo un 13.3% tienen bajo nivel.

Al respecto, es preciso señalar que los resultados encontrados son positivos pues el síndrome doloroso abdominal se define como un dolor intenso de más de seis horas de duración en una persona previamente sana que necesita diagnóstico oportuno y tratamiento por lo general quirúrgico y por tanto exige de la Enfermera Especialista de Emergencia el dominio de complejos conocimientos que le permitan aplicar acertadamente los cuidados requeridos por un paciente crítico, cuya vida se encuentra en peligro.

La atención del equipo de salud, se enfoca en los principios básicos y las dificultades de valoración del dolor abdominal agudo, en la actualidad se

hace énfasis en las herramientas disponibles para mejorar la precisión diagnóstica, para que el tratamiento tenga éxito, se exige anamnesis y exploración física cuidadosas, además de buen conocimiento de la tecnología apropiada en uso.

En comparación con una investigación similar realizada “Modelo Teórico-Práctico de Atención Médica al adulto con síndrome doloroso abdominal” (Rodríguez Pascual) en Cuba del Hospital General Universitario Vladimir Ilich Lenin, los resultados fueron parecidos pues, se demostró que con las bases teóricas es decir el dominio de un alto nivel de conocimientos se sustentaron, el modelo teórico práctico de atención al adulto con síndrome doloroso abdominal produciendo una disminución considerable de complicaciones, muertes y estadía.

Por lo tanto, se evidencia que el nivel de conocimiento del síndrome doloroso abdominal de las enfermeras del Hospital III Goyeneche se ubica en el mediano nivel siendo la tendencia al alto nivel.

En relación a la variable aplicación del proceso de atención de enfermería, se evidencia que la población en estudio en las diferentes dimensiones: valoración (50.0%), diagnóstico (60.0%), planificación (56.6%), ejecución (53.3%) y a nivel global (53.3%), muestran mediano nivel de aplicación seguido del alto nivel con el 33.4% y solo un 13.3% muestran bajo nivel.

La Aplicación del proceso de atención de enfermería por el profesional de enfermería del Hospital Iquitos "Cesar Garayar García". Iquitos 2015 (Córdova García, K) se observa resultados similares mostrándose que, de 70 Profesionales de Enfermería, el 71.4% tuvieron conocimiento bajo sobre el Proceso de Atención de Enfermería y solo el 28.6% tuvieron conocimiento alto, el 62.9% no aplica el proceso de atención de enfermería y solo el 37.1% si aplica.

Referente a ello, es preciso señalar que el Proceso de Atención de Enfermería como un sistema de intervenciones propias de enfermería sobre

la salud de las personas implica el uso del método científico para la identificación de las necesidades de salud del paciente, en él se definen los objetivos, se fijan las prioridades e identifican los cuidados que hay que proporcionar, y los recursos con los que se cuenta. Estas acciones permiten tomar decisiones y proporcionar cuidados oportunos, de calidad y calidez.

Por lo tanto, se evidencia que de la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería al paciente con síndrome doloroso abdominal se ubica en el mediano nivel con tendencia al alto nivel.

Dado que, existe relación entre la variable conocimientos de síndrome doloroso abdominal y la aplicación del proceso de atención de enfermería, el desafío de las enfermeras es de necesidad, fortalecer, incrementar y desarrollar los conocimientos y la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería en los servicios de Emergencia hospitalarios para que se logre el más alto nivel de satisfacción del paciente.

Estos resultados se reafirman con la aplicación del estadístico no paramétrico del Ji cuadrado, con él se encontró alta significancia (0.001), demostrándose que el conocimiento de síndrome doloroso abdominal se relaciona con la aplicación del proceso de atención de enfermería.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A. CONCLUSIONES

PRIMERA: De las características generales de las enfermeras la mayoría son egresadas de la Universidad Nacional de San Agustín, con un tiempo de trabajo mayor a 6 años en edades de 31 a 50 años de condición laboral nombradas. De los pacientes: la mayoría son del sexo femenino, con más de 50 años, con un tiempo de permanencia de 2 a 4 días y diagnóstico más frecuente de pancreatitis aguda.

SEGUNDA: Referente a la variable conocimientos de síndrome doloroso abdominal en las diferentes dimensiones: definición y causas, sintomatología, intervenciones, pruebas complementarias y a

nivel global la mayoría de enfermeras muestran mediano nivel seguido del alto nivel y solo una minoría tienen bajo nivel.

TERCERA: Respecto a la variable aplicación del proceso de atención de enfermería, se evidencia que la población en estudio en las diferentes dimensiones: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución, evaluación y a nivel global se encontró mediano nivel de aplicación seguido del alto nivel y solo una minoría tiene aplicación en bajo nivel.

CUARTA: Del análisis estadístico con la aplicación del estadístico no paramétrico del Ji cuadrado: con un nivel de confianza de 95% y un nivel de error del 5% se encontró relación entre las variables conocimientos de síndrome doloroso abdominal con aplicación del proceso de atención de enfermería.

B. RECOMENDACIONES

1. Las instituciones hospitalarias deben implementar programas, talleres y capacitaciones para actualizar y fortalecer los conocimientos de síndrome doloroso abdominal dado que es un cuadro que requiere del dominio de alto nivel de conocimientos científicos y prácticas que permitan elaborar un diagnóstico acertado de enfermería.
2. Promover la aplicación del proceso de enfermería como método científico de la carrera que permite realizar un diagnóstico adecuado de las necesidades del paciente, satisfacerlas y evaluar las acciones realizadas si fueron positivas y ayudaron al restablecimiento de la salud del paciente con síndrome doloroso abdominal con la finalidad de mejorar los cuidados proporcionados a los pacientes.
3. Se aconseja a los profesionales de la salud y especialmente a los profesionales de enfermería que laboran en éste nosocomio a tomar

en cuenta los resultados emitidos en el presente trabajo de investigación con la finalidad de mejorar los cuidados proporcionados a los pacientes con síndrome doloroso abdominal.

4. Los Hospitales de nivel III necesitan contar con profesionales de Enfermería capacitados y preparados para actuar ante un caso de emergencia abdominal cuando no se cuente con profesional médico de turno.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tipos De Dolor Y Escala Terapéutica De La O.M.S. Dolor Iatrogénico, Oncología (Barc.) Vol.28 No.3 Mar. 2005
2. **MONTORO M.** (2010) Dolor abdominal agudo. En: Montoro M, Jarpyo Editores S.A. /Madrid,79-91
3. **GONZÁLEZ-CASTILLO, A. MONROY-ROJAS.** Proceso enfermero de tercera generación. Inst. Nac. Ped. y Onc.
4. **CONTRERAS J, MEDINA JA.** (2004) Tratamiento de soporte del dolor en pacientes. V Congreso Nacional de FESEO. OMS
5. **KOPF A AND PATEL NB.** (2010) Guía para el manejo del dolor en condiciones de bajos recursos. Asociación Internacional para el estudio del dolor,
6. **VILLAZÓN-SAHAGÚN, A.** (2008) Actualización continua para Médicos. Medicina Crítica. libro 5 parte D. México
7. **MAYER EA, TILLISCH** (2011) The brain-gut axis in abdominal pain syndromes. Annu Rev Med.
8. **KNOPP RK, DRIES D.** (2006) Analgesia in acute abdominal pain: What's next. Annals of Emergency Medicine.
9. Oficina de Estadística Hospital III Goyeneche, 2019.
10. **NIETO SILVA JA.** (2012) Dolor abdominal agudo. En: Malogón Londoño G, editor. Manejo integral de urgencias. Bogotá: Editorial Médica Panamericana.
11. **TINTINALLI J.** (2005) Abdominal pain. Emergency medicine. A comprehensive study guide. American College of Emergency Physicians.

12. **JIMÉNEZ J** (2011) Manual de protocolos y actuación en urgencias para residentes Complejo Hospitalario de Toledo. Coordinador Agustín.
13. **KRESTIN GP** (2009) Manual Práctico de Enfermería en Urgencias. Servicio de Urgencias Complejo Hospitalario de Albacete. Varios autores. Aula Médica ediciones.
14. **GOODMAN PE** (2008) Manejo del dolor abdominal agudo. Plan andaluz de urgencias y emergencias.
15. **SÁNCHEZ HB.** (2008): Dimensiones del cuidado. Grupo de Cuidado. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Santafé de Bogotá.
16. **IZQUIERDO J,** (2012). Implantación del proceso enfermero. Rev ROL Enferm.
17. República de Chile, (2004) Ministerio de Salud. Dpto. de Inspección Norma General Técnica N° 1, sobre Organización Funcional de Enfermería en los Establecimientos Asistenciales de los Servicios de Salud.
18. **CABALLERO E, AGUILAR N.** (2015) Nivel de uso del lenguaje estandarizado en el proceso de enfermería. Enfermería: Cuidados Humanizados.
19. **HERDMAN TH, KAMITSURO,** (2015) NANDA: Definiciones y Clasificación 2015-2017. 10ª ed. Barcelona: Elsevier.
20. **IYER, PATRICIA W.** (1999) Proceso y Diagnósticos de Enfermería. 3 ed. México: McGraw-Hill Interamericana.
21. **CNAP** (2007) Criterios y estándares para la evaluación de carreras de Enfermería.

22. **ALFARO-LEFEVRE, R** (2015). Aplicación del Proceso Enfermero, fomentar el cuidado en colaboración. 5ta Edición. Barcelona. Editorial MASSON.
23. **RODRIGUEZ PASCUAL Y.** (2016) Cuba, Modelo Teórico Practico de atención Medica al Adulto Mayor con síndrome doloroso abdominal, [Tesis para optar el título de doctor en ciencias médicas] Holguín. Instituto Superior de ciencias Médicas de Santiago de Cuba; 2016.
24. **GODOY A.** Manejo del dolor abdominal en usuarios que acuden al servicio de emergencia del Hospital Básico Catacocha, [Tesis para optar Grado de Medico General] Ecuador. Universidad Nacional de Loja; 2016.
25. **CARCHI M.** Valoración y Cuidados de Enfermería del Dolor Abdominal Agudo, En Pacientes Adultos del Servicio de Urgencias del Hospital “Carlos Andrade Marín”, Mayo-Agosto 2012. [Tesis para optar el título de Magister en Enfermería Quirúrgica] Ecuador: universidad Regional Autónoma de los Andes; 2014.
26. **TIGUA O.** Protocolo de Atención de Enfermería a Pacientes con dolor abdominal agudo quirúrgico, área de Emergencia del Hospital Jipijapa. [Tesis para optar Grado de Magister en Emergencias Médicas] Ecuador: Universidad de Guayaquil; 2014.
27. **TORO M.** Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería en Patologías Abdominales Prevalentes que ingresaron al Área de Emergencia del Hospital del IESS de Machala durante el año 2012. [Tesis para optar Grado de Magister en Enfermería Clínico-Quirúrgico] Ecuador: Universidad Técnica de Machala; 2015.
28. **PAULINA C.** Protocolo de atención de enfermería para manejo de pacientes con síndrome de dolor Abdominal agudo que ingresan a emergencia del hospital san Luis de Otavalo 2012, [Tesis para optar Grado de Magister en Emergencias Médicas] Ecuador: Universidad de

Guayaquil; 2013.

29. **CORDOVA GARCIA K.** Aplicación del proceso de atención de enfermería por el profesional de enfermería del Hospital Iquitos "Cesar Garayar García", [Tesis para optar el título de licenciada en Enfermería] Perú: Universidad Nacional de la Amazonia Peruana.
30. **CORREA B.** Características epidemiológicas del abdomen agudo en el servicio de emergencia del hospital Sergio E. Bernales durante el periodo 2012-2013 [Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano] Lima. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2014.
31. **DÍAZ, E., y HELER, M.** (1995) El conocimiento científico, Revista Científica, Buenos Aires – Argentina.
32. **PÉREZ, Á.** (1998) Epistemología y Educación. Salamanca, Monografía, Editorial Sígueme POPPER, Madrid – España.
33. **IGNATAVICIUS BAYNE** (2010) Enfermería Médico-Quirúrgica. Volumen I-II. Interamericana McGraw Hill.
34. **TINTINALLI J.** (1995) Abdominal pain. Emergency medicine. A comprehensive study guide. American College of Emergency Physicians.
35. **NIETO SILVA JA** (1992) Dolor abdominal agudo. En: Malogón Londoño G, editor. Manejo integral de urgencias. Bogotá: Editorial Médica Panamericana.
36. **NYHUS, LL; VITELIO,** (1996) Dolor abdominal, guía para el diagnóstico rápido. Segunda edición. Buenos Aires, Argentina. Editorial Médica Panamericana, S.A., , 73-81-103.Pp
37. **COPE, ZACHARY,** (2005) Diagnóstico Precoz del Abdomen Agudo. 7 ed. Barcelona: Ed. MARIN, 71p.

38. **MAINGOT, B.** (1998). Operaciones Abdominales. Tomo 1 y II, Décima Edición. Buenos Aires, Argentina. Editorial Médica Panamericana S.A.
39. **MUÑOZ, M.** (2003), Enfermedades benignas y malignas del apéndice vermiforme”. En: Takahashi, Takeshi. Colon, recto y Ano. 1 ed. México DF: Ed. ETM.
40. **KESTENBERG R.** (2003) A; Urgencia Quirúrgica. 2 ed. Cali, Colombia: Ed. XYZ.
41. **ZOLLINGER R.** (2003) Atlas de Cirugía. 6 ed. Madrid: Ed. Interamericana. McGraw-Hill.
42. **FERRADA, R.** (2003) “Apendicitis aguda”. En: Echeverría, H; Ferrada.
43. **MONTORO M.** (2010) Dolor abdominal agudo. En: Montoro M, Jarpyo Editores S.A. Madrid,79-91.
44. **GONZÁLEZ C., MONROY R.** Proceso enfermero de tercera generación. Inst. Nac. Ped. y Onc.
46. **GONZÁLEZ S.** Material complementario- Enfermería comunitaria.
47. **GONZÁLEZ J.** Material complementario- Enfermería comunitaria.
48. **POTTER PA.** Guía profesional de enfermería. Valoración física. Madrid: Interamericana; 1991.
49. **HEATHER H, SHIGEMI K.** NANDA International, diagnósticos Enfermeros. Barcelona: Edición Hispanoamericana;2015-2017.
52. Enfermeras/os. Servicio de salud de Castilla La Mancha (SESCAM).
55. Cristina Hernández M. El modelo de Virginia Henderson en la práctica enfermera; Universidad de Valladolid.

ANEXOS

ANEXO 01

ENTREVISTA

Estimada/o colega, la presente investigación tiene por finalidad identificar algunos aspectos de importancia para la carrera, por tanto, le rogamos responder con veracidad a las preguntas. Las respuestas son confidenciales

A. DATOS GENERALES:

1. Universidad de Procedencia.....Año.....
2. Edad: 21 a 30 años () 31 a 40 años () 41 a 50 años ()
51 a más años ()
3. Sexo: M () F ()
4. Tiempo de trabajo: 1 a 5 años () 6 a 10 años ()
11 a 20 años () 20 a mas ()
5. Condición Laboral: Nombrada () Contratada ()

B. DATOS GENERALES DEL PACIENTE:

1. Nombre del paciente.....
2. Sexo: Masculino () Femenino ()
3. Edad del paciente: _____
Tiempo de permanencia en Emergencia
02 - 04 días () 05 - 07 días () Más de 08 días ()
4. Diagnostico_____

ANEXO 02

CONOCIMIENTO DE SÍNDROME DOLOROSO ABDOMINAL CUESTIONARIO

A continuación, se presenta una serie de enunciados en los cuales usted deberá marcar con un aspa (x) la alternativa conveniente:

I. DEFINICION Y CAUSAS

1. ¿A qué se considera síndrome doloroso abdominal agudo, teniendo en cuenta el tiempo de evolución?
 - a. Dentro de las primeras 24 horas de aparición
 - b. Dolor de menos de 3 días de evolución
 - c. Dolor de meses de presentación
 - d. Todas las anteriores

2. Las causas de síndrome doloroso abdominal agudo pueden ser:
 - a. Intra y extra- abdominales
 - b. Por traumas recientes
 - c. Por enfermedades crónicas
 - d. Ninguna de las anteriores

3. Señale que criterios serían de gravedad en una exploración abdominal
 - a. Presencia de masa pulsátil
 - b. Dolor abdominal
 - c. Distensión abdominal
 - d. b y c son correctas
 - e. Nivel de conciencia normal.

4. Ante un paciente intervenido previamente y que acude con dolor abdominal pensaremos en:
 - a. Cólico renal
 - b. Probable brida postoperatoria
 - c. Cólico biliar
 - d. a y c son correctas
 - e. Ninguna es correcta

5. Señale cual es la causa más frecuente de dolor pélvico:
 - a. Apendicitis aguda
 - b. Enfermedad inflamatoria pélvica
 - c. Pancreatitis Aguda
 - d. Embarazo ectópico
 - e. Litiasis renal

6. Ante un paciente con dolor abdominal de localización epigástrica y en HD con Murphy positivo acompañado de fiebre y leucocitosis pensar en:
 - a. Apendicitis
 - b. Isquemia mesentérica
 - c. Colecistitis aguda
 - d. Diverticulitis
 - e. Causa extraabdominal

II. SINTOMATOLOGIA

7. Cite cual serían los síntomas de un paciente que acude con Abdomen Agudo y presenta signos de Peritonitis.

- a. Fiebre y dolor abdominal
- b. No dolor a la descompresión, defensa y ausencia de ruidos intestinales
- c. Dolor a la palpación profunda, fiebre y leucocitosis
- d. Dolor a la descompresión, defensa y ausencia de ruidos intestinales**
- e. Fiebre y ausencia de ruidos intestinales.

8. Un paciente que acude con un dolor en hipocondrio derecho, señale que patología le sugiere:

- a. Vólvulo gástrico
- b. Perforación gástrica
- c. Salpingitis aguda
- d. Cólico biliar**
- e. a y b son correctas

9. Un paciente con patología del tracto biliar se irradiaría el dolor a:

- a. Fosa iliaca derecha
- b. Miembro superior derecho
- c. Hipocondrio derecho
- d. Hombro derecho
- e. Escápula derecha.**

10. Si en una palpación encontramos un Signo de Courvoisier positivo quiere decir que:

- a. Apendicitis Aguda
- b. Adenitis mesentérica
- c. Vientre en tabla
- d. Contractura involuntaria
- e. Palpamos la vesícula biliar.**

11. Señale cual es la afirmación correcta ante un paciente con Pancreatitis Aguda:

- a. Dolor difuso rectorragia y Acidosis metabólica
- b. Dolor en FII con signos de irritación peritoneal
- c. Dolor en fosa renal izquierda con irradiación a flancos
- d. Dolor epigástrico irradiado a espalda en cinturón con leve defensa abdominal y disminución de ruidos**
- e. Anorexia, fiebre y leucocitosis

12. Ante la instauración gradual de dolor abdominal pensaremos en:

- a. Embolia mesentérica
- b. Cólico biliar
- c. Embarazo ectópico
- d. Apendicitis**
- e. Perforación de víscera hueca

III. INTERVENCIONES

13. En el tratamiento de emergencia de un paciente inestable con dolor abdominal a su llegada es correcto colocar:

- a. Una vía periférica de alto flujo
- b. Dos vías periféricas**
- c. Un catéter central tipo DRUM
- d. Un catéter central por la subclavia
- e. Un catéter central tipo yugular

14. Ante un dolor abdominal en emergencias, señale qué es lo que NO haría:

- a. Valorar precozmente y sin demoras.
- b. Controlaría funciones vitales
- c. Administraría analgésicos y sedantes

- d. **Valoraría precozmente y sin demoras y no administraría analgésicos ni sedantes.**
- e. No administraría analgésicos, pero sí sedantes.

15. Ingresas un paciente con dolor abdominal, inestable, que es lo que recomendaría:

- a. Analgesia y toma de funciones vitales.
- b. Ecografía abdominal portátil, vía periférica, aviso a Cirujano de Guardia
- c. Exploración física
- d. Vía periférica, Radiografías.
- e. **Ecografía abdominal portátil, ECG, canalizar vías periféricas, avisar a cirujano de guardia, solicitar muestra de sangre y orina.**

16. Ante un dolor en epigastrio, en un paciente diabético, anciano ó con factores de riesgo cardiovascular que haría, primeramente:

- a. Inyección IM de Espasmolítico analgésico
- b. Dar vía oral alcalinos
- c. Si palpación normal alta a domicilio
- d. **Electrocardiograma**
- e. Ninguna es correcta.

17. Cuando colocaremos sonda nasogástrica en un paciente con dolor abdominal:

- a. Siempre
- b. Nunca
- c. Ante todo, paciente con Dolor abdominal
- d. **Si hay distensión abdominal ó sospecha de obstrucción**
- e. a y d son correctas

18. Cuál será el tratamiento de la Enfermedad inflamatoria pélvica:

- a. Calor local
- b. Calor local más analgésicos
- c. Quirúrgico
- d. Calor local más antibióticos
- e. **Antibióticos y Cirugía (si existe absceso)**

IV. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

19. Ante un paciente con dolor abdominal señale que pruebas complementarias de las que se cita no pediría de entrada:

- a. Hemograma bioquímica coagulación
- b. Hemograma, Bioquímica, Coagulación, ECG, Rx
- c. **Hemograma, orina y Ecografía abdominal**
- d. Hemograma, bioquímica, coagulación, sedimento urinario
- e. Rx simple de abdomen

20. Si pretendemos visualizar líquido libre en un paciente con Dolor abdominal en emergencias, que prueba complementaria pediremos:

- a. Punción lavado peritoneal
- b. Radiografía simple de abdomen en bipedestación
- c. Angiografía
- d. **Ecografía abdominal**
- e. Enema opaco.

ANEXO N°03

APLICACIÓN PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA AL PACIENTE CON SINDROME DOLOROSO ABOMINAL AGUDO

GUIA DE OBSERVACION

ESCALA DE ENFERMERIA DE MALDONADOZ-GALABAY N. HOSPITAL CARRASCO ARTEAGA CUENCA 2010

PARAMETROS DE APLICACIÓN	SI REALIZA		NO REALIZA
	Completa Mente 2	Parcial Mente 1	0
I. VALORACION			
Entrevista. Datos subjetivos (Lo que refiere el paciente) 1. Dolor 2. Debilidad 3. Ansiedad Datos objetivos (Lo que se puede Observar) 4. Signos vitales alterados 5. Vómitos 6. Nauseas			
Valoración Física.			
Momento en que lo hace 7. Al ingreso del paciente al servicio 8. Al inicio de cada jornada de trabajo. 9. Luego de aplicar procedimientos invasivos 10. Antes, durante y después de administrar los Fármacos			
Como los valora: Técnicas semiológicas: 11. Realiza la inspección. 12. Realiza la palpación. 13. Realiza la percusión. 14. Realiza la auscultación.			
II. DIAGNOSTICO			
1. Identifica problemas. 2. Prioriza problemas 3. Elabora diagnósticos de acuerdo a la prioridad			
III. PLANIFICACION			
a. Plantea metas y objetivos de acuerdo a problemas encontrados b. Planeación de cuidados específicos, según prioridad			
IV. EJECUCION			
a. Información y consentimiento del paciente. b. Tiene dominio de las técnicas de cada procedimiento.			
V. EVALUACION			
1. Comprobación de resultados. 2. Logro de objetivos planteados. 3. Observa y pregunta sobre la satisfacción del paciente luego de los cuidados.			

ANEXO N° 04

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo

He recibido información suficiente sobre la investigación para la cual se pide mi participación, he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre la misma.

Comprendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme del estudio si lo veo por conveniente; también comprendo que la información que proporcione no repercutirá negativamente en mi trabajo.

Por lo dicho, *“Acepto libremente participar de la investigación mencionada”*

Para que conste firmo al pie de este documento:

D.N.I.....

Arequipa.....de.....del 2019