

“Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia”

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA ACADÉMICO DE ENFERMERÍA

TESIS

“DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON ABDOMEN AGUDO QUIRURGICO”

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO
EN ENFERMERÍA**

**AUTORES : BACH. JULIANE MARÍN SHAPIAMA
BACH. SUSANA GALO VELA**

**ASESORAS : LIC. ENF. KELLY SILVA RAMOS
LIC. ENF. NANCY JHANETH MONTEZA ROJAS**

IQUITOS – PERÚ

2021

Iquitos - Perú

Sede Tarapoto - Perú

Contáctanos:

065 - 26 1088 / 065 - 26 2240

42 - 58 5638 / 42 - 58 5640

Universidad Científica del Perú

Av. Abelardo Quiñones km. 2.5

Leoncio Prado 1070 / Martínez de Compañón 933

www.ucp.edu.pe

CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN DE LA UNIVERSIDAD CIENTÍFICA DEL PERÚ - UCP

El presidente del Comité de Ética de la Universidad Científica del Perú - UCP

Hace constar que:

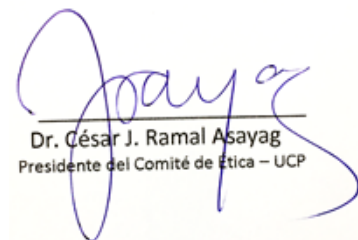
La Tesis titulada:

“DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON ABDOMEN AGUDO QUIRURGICO”

De los alumnos: **JULIANE MARÍN SHAPIAMA Y SUSANA GALO VELA**, de la Facultad de Ciencias de la Salud, pasó satisfactoriamente la revisión por el Software Antiplagio, con un porcentaje de **7% de plagio**.

Se expide la presente, a solicitud de la parte interesada para los fines que estime conveniente.

San Juan, 11 de Agosto del 2021.



Dr. César J. Ramal Asayag
Presidente del Comité de Ética – UCP

DEDICATORIA

Dedico con todo mi corazón mi tesis a mis padres y hermano por haberme forjado como la persona que soy en la actualidad; muchos de mis logros se los debo a ustedes entre los que se incluye este. Me formaron con reglas y con algunas libertades, pero al final de cuentas, me motivaron constantemente para alcanzar mis anhelos.

SUSANA GALO VELA.

A mi amado hijo por ser mi fuente de motivación e inspiración para poder superarme cada día más y así poder luchar para que la vida nos depare un futuro mejor.

A mis amados padres quienes con sus palabras de aliento no me dejaban decaer para que siguiera adelante y siempre sea perseverante y cumpla con mis ideales.

JULIANE MARIN SHAPIAMA.

AGRADECIMIENTO

En primera instancia agradezco a mis formadores, personas de gran sabiduría quienes se han esforzado por ayudarnos a llegar el punto en el que nos encontramos.

Sencillo no ha sido el proceso, pero gracias a las ganas de transmitirnos sus conocimientos y dedicación que los ha regido, hemos logrado importantes objetivos como culminar el desarrollo de nuestra tesis con éxito y obtener una afable titulación profesional, sin duda alguna también agradecer a nuestros padres que se dedicaron plenamente a nuestra educación.

JULIANE MARINSHAPIAMA.

SUSANA GALO VELA.

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

Con **Resolución Decanal N° 105-2020-UCP-FCS, del 03 de Febrero del 2020**, la Facultad de Ciencias de la Salud, de la UNIVERSIDAD CIENTÍFICA DEL PERÚ – UCP, designa como Jurado Evaluador y Dictaminador de la Sustentación de Tesis a las señoras:

 **Dra. Maritza Evangelina Villanueva Benites** **Presidente**
 **Lic. Enf. Esperanza Coral Amasifuen** **Miembro**
 **Obst. Gino Gayoso Sosa** **Miembro**

Como Asesora: **Lic. Enf. Nancy Jhaneth Monteza Rojas, Lic. Enf. Kelly Silva Ramos.**

En la ciudad de Iquitos, siendo las 11:00 a.m. horas, del día Viernes 24 de Setiembre del 2021, a través de la plataforma ZOOM, supervisado por el secretario Académico del Programa Académico de Enfermería – de la Universidad Científica del Perú; se constituyó el Jurado para escuchar la Sustentación y defensa de la tesis: **"DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON ABDOMEN AGUDO QUIRÚRGICO"**.

Presentado por las sustentantes: **SUSANA GALO VELA**
JULIANE MARIN SHAPIAMA

Como requisito para optar el TÍTULO PROFESIONAL de: **LICENCIADO EN ENFERMERÍA.**

Luego de escuchar la Sustentación y formuladas las preguntas las que fueron:

..... *absolutas*

El Jurado después de la deliberación en privado llegó a la siguiente conclusión:

La Sustentación es: **APROBADO POR** *Excelencia* **CON LA NOTA** *19*

En fe de lo cual los miembros del Jurado firman el Acta.

Maritza Villanueva Benites

Dra. Maritza Evangelina Villanueva Benites
Presidente

Esperanza Coral Amasifuen

Lic. Enf. Esperanza Coral Amasifuen
Miembro

Gino Gayoso Sosa

Obst. Gino Gayoso Sosa
Miembro

CALIFICACIÓN: Aprobado (a) Excelencia : 19-20
Aprobado (a) Unanimidad : 16-18
Aprobado (a) Mayoría : 13-15
Desaprobado (a) : 00-12

Iquitos - Perú

065 - 26 1088 / 065 - 26 2240

Av. Abelardo Quiñones km. 2.5

Sede Tarapoto - Perú

42 - 58 5638 / 42 - 58 5640

Leoncio Prado 1070 / Martínez de Compagñon 933

Universidad Científica del Perú

www.ucp.edu.pe

HOJA DE APROBACION

TESIS, DENOMINADO: "DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA EN
PACIENTES CON ABDOMEN AGUDO QUIRURGICO"



Dra. Maritza Evangelina Villanueva Benites
* Presidente



Lic. Enf. Esperanza Coral Amasifuen.
Miembro



Obst. Gino Gayoso Sosa
Miembro



Lic. Enf. Nancy Jhaneth Monteza Rojas.
Asesora



Lic. Enf. Kelly Silva Ramos.
Asesora

ÍNDICE DE CONTENIDO

	Pág.
Carátula	i
Constancia del Antiplagio	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Acta de Sustentación	v
Hoja de Aprobación	vi
Índice de contenido	vii
Índice de tablas	viii
Índice de grafico	ix
Resumen	x
Abstrac	xi
CAPITULO I	12
1.1. Introducción	12
1.2. Marco teórico	14
1.2.1. Antecedentes de estudio	14
1.3. Bases teóricas	16
1.4. Definición de términos	26
CAPITULO II	27
2.1. Planteamiento del problema	27
2.1.1. Descripción del problema	27
2.1.2. Formulación del problema	29
2.2. Objetivos	30
2.3. Hipótesis	31
2.4. Operacionalización de variables	32
CAPITULO III	43
3. Metodología	43
3.1. Tipo de investigación	43
3.2. Diseño de investigación	43
3.3. Población y muestra	44
3.4. Técnicas	46
3.5. Instrumento de recolección de datos	46
3.6. Procedimiento de recolección de datos	48
3.7. Procesamiento de datos y análisis estadístico	49
3.8. Protección de derechos humanos	50
CAPITULO IV	51
4.1. Resultados	51
4.2. Discusión	72
4.3. Conclusiones	75

4.4. Recomendaciones	76
4.5. Referencias bibliográficas	77
Anexos	82

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	Características sociodemográficas de los pacientes con abdomen agudo quirúrgico según sexo	51
Tabla 2	Antecedentes previos, estancia hospitalaria, tipo de tratamiento y procedimientos invasivos de los pacientes con abdomen agudo quirúrgico	53
Tabla 3	Estadísticos descriptivos de los parámetros de monitoreo hemodinámico y saturación de oxígeno de los pacientes con abdomen agudo quirúrgico	55
Tabla 4	Estadísticos descriptivos de hemograma, examen urinario, tiempo de coagulación, tiempo de sangría y bioquímica sanguínea de los pacientes con abdomen agudo quirúrgico	57
Tabla 5	Diagnósticos de enfermería real de los pacientes con abdomen agudo quirúrgico	59
Tabla 6	Diagnóstico de enfermería real y sus características definitorias	61
Tabla 7	Diagnósticos de enfermería de riesgo de los pacientes con abdomen agudo quirúrgico	63

Tabla 8	Diagnóstico de enfermería potencial y sus factores de riesgo	64
Tabla 9	Matriz de correlación bivariada de las variables asociadas con los diagnósticos de enfermería reales de los pacientes con abdomen agudo quirúrgico	68
Tabla 10	Matriz de correlación bivariada de las variables asociadas con los diagnósticos de enfermería reales de los pacientes con abdomen agudo quirúrgico	70

ÍNDICE DE GRAFICO

Gráfico 1	Imagenología de los pacientes con abdomen agudo quirúrgico	
-----------	--	--

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON ABDOMEN AGUDO QUIRURGICO

JULIANE MARÍN SHAPIAMA
SUSANA GALO VELA

RESUMEN

El estudio tuvo como objetivo determinar los diagnósticos de enfermería y su relación con algunas variables en pacientes con abdomen agudo quirúrgico. Se utilizó el método cuantitativo con diseño no experimental, prospectivo, transversal, correlacional. La muestra estuvo conformada por 209 pacientes quirúrgicos de abdomen agudo. Se recolectaron los datos mediante un instrumento estructurado, con una confiabilidad Alpha de Cronbach (0,81). Se procesaron los datos en el programa estadístico SPSS versión 26.0. En los resultados: el 54,1% fueron adultos intermedios, predominando las mujeres, convivientes (43,5%) con estudios secundarios (46,9%) e informaron trabajos independientes (35,4%) con seguro integral de salud y apoyo social. Una cuarta parte presentó colecistitis con estancia hospitalaria mayor de 60 minutos y haber sido tratado quirúrgicamente con tratamiento por vía periférica, diagnosticados por ecografía abdominal. Los diagnósticos de enfermería reales más frecuentes fueron: el dolor agudo, la ansiedad y el temor con características definitorias de expresión de dolor, inquietud, así como el estado de salud comprometido. Los diagnósticos de riesgo fueron: el riesgo de infección, riesgo de hipotermia perioperatoria y riesgo de sangrado ($p < 0,001$).

Palabras claves: Diagnostico de enfermería, abdomen agudo.

NURSING DIAGNOSTICS IN PATIENTS WITH ACUTE SURGICAL ABDOMEN

JULIANE MARÍN SHAPIAMA
SUSANA GALO VELA

ABSTRAC

The objective of the study was to determine the nursing diagnoses and their relationship with some variables in abdominal surgery surgical patients with acute abdomen. The quantitative method was used with a non-experimental, prospective, cross-sectional, correlational design. The sample consisted of 209 acute abdominal surgical patients. Data were collected using a structured instrument, with Cronbach's Alpha reliability (0.81). The data were processed in the statistical program SPSS version 26.0. In the results: 54.1% were intermediate adults, predominantly women, cohabitants (43.5%) with secondary studies (46.9%) and reported independent work (35.4%) with comprehensive health insurance and support Social. A quarter presented cholecystitis with a hospital stay greater than 60 minutes and having been treated surgically with peripheral treatment, diagnosed by abdominal ultrasound. The most frequent real nursing diagnoses were: acute pain, anxiety and fear with defining characteristics of expression of pain, restlessness as well as compromised health status. The risk diagnoses were: the risk of infection, risk of perioperative hypothermia and risk of bleeding ($p < 0.001$).

Key words: Nursing diagnosis, acute abdomen.

CAPITULO I

1.1. INTRODUCCIÓN

La enfermería como disciplina científica, ha evolucionado a lo largo de su historia, en una trayectoria marcada por las directrices de una sociedad cada vez más exigente desde el punto de vista profesional, es por eso que los diagnósticos enfermeros constituyen un marco útil para la investigación del profesional de Enfermería.¹

Basado en esos componentes, los diagnósticos de enfermería proporcionan la base para la selección de intervenciones de enfermería en alcanzar resultados por los cuales la enfermería es responsable². Estudiar las causas y las consecuencias de una enfermedad es esencial a fin de establecer una etiqueta diagnóstica y contribuir en la adopción de medidas de prevención, control, asistencia y educación³. En ese sentido, conocer la incidencia de los diagnósticos de enfermería en pacientes quirúrgicos con cirugía abdominal que presentan abdomen agudo o dolor abdominal ofrece actuaciones con mayor seguridad y estímulo a la investigación.

Los pacientes quirúrgicos de cirugía abdominal que presentan abdomen agudo es la causa más frecuente de visitas al servicio de urgencias, siendo el responsable del 10% de estas, de los cuales el 50% son ingresados y de estos del 30 al 40% son intervenidos quirúrgicamente, con un 20% de mortalidad en las cirugías por emergencia,⁴ requieren de diagnóstico y tratamiento temprano, tomando en cuenta que la evolución del cuadro clínico puede influir en la presentación de complicaciones severas y fatales para la vida del paciente; entre las múltiples causas que atribuyen al abdomen agudo pueden ser intra o extra-abdominal (inflamatorio, peritonítico, obstructivo, perforativo, vascular, traumático).⁵

Entre las principales características clínicas se encuentra dolor tipo cólico súbito e intenso, de evolución rápida (< de 24 0 48 horas), puede estar acompañado de uno o varios signos de inflamación peritoneal; como son: el aumento de la susceptibilidad abdominal y la rigidez de los músculos de la pared abdominal.⁶

La patología que con más frecuencia causa este cuadro es la Apendicitis aguda, siendo una enfermedad quirúrgica muy frecuente en nuestro medio que depende del diagnóstico por excelencia y que la demora en el mismo está asociada a la aparición de complicaciones de la enfermedad. Es importante que el diagnóstico temprano y su tratamiento oportuno en el abdomen agudo disminuyan el riesgo de complicaciones muchas veces fatales.

En el ámbito local, no se han reportados estudios realizados sobre los diagnósticos de enfermería aplicados a los pacientes quirúrgicos de cirugía abdominal con abdomen agudo enmarcados en el North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Consideramos que la atención de enfermería proporciona el conocimiento necesario para la aplicación de una atención de calidad y satisfacer de esa manera las necesidades reales y potenciales de salud por lo que es un método eficaz en las acciones de enfermería.

Por todo lo antes mencionado, esta investigación será de gran importancia pues al quedar establecidos mediante los diagnósticos de enfermería en estos tipos de pacientes, se contribuirán a mejorar la atención y disminuir los riesgos de morbimortalidad en estos casos. Además, esta investigación, abriría las puertas para realizar estudios más amplios que nos permitirá tener un concepto firme de esta problemática de salud.

1.2. MARCO TEÓRICO

1.2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

Pinto (Ecuador, 2018) determino las causas del abdomen agudo quirúrgico en pacientes geriátricos atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Alfredo Noboa Montenegro, en un estudio no experimental, transversal y descriptivo, mediante el análisis documental obtenido de la recolección de datos de las historias clínicas de los pacientes en estudio. En sus resultados la edad fue entre 65 a 75 años, predominando las mujeres con el 52 %, la hipertensión arterial fue la enfermedad más prevalente, la causa de abdomen agudo quirúrgico fue la colecistitis y la apendicitis.⁷

Armas (Guatemala, 2016) describió el manejo quirúrgico que se le presta a los pacientes con abdomen agudo, en un estudio prospectivo, observacional y descriptivo. La muestra fue de 1548 pacientes, dato que tomó del libro de una sala de operaciones, sus resultados demostraron que el 55% de pacientes fueron del género masculino y que la patológica más frecuente fue la apendicitis aguda, el 30% fueron intervenidos con videolaparoscópica, 9,0% presentó complicaciones (infecciones, dehiscencias y seromas).⁸

Miranda (Ecuador, 2015) determino las características clínico-quirúrgicos y de mortalidad en los cuadros de abdomen agudo quirúrgico no traumático de pacientes geriátricos del Hospital Luis Vernaza en un estudio observacional descriptivo en el que incluyo 120 casos de abdomen agudo no traumático en pacientes de 60 años o más. En sus resultados la edad promedio fue de 74 ± 8 años, no hubo diferencias en cuanto a afección por sexo, el 85,8% tenía antecedentes patológicos, 67,5% tenía afectación de múltiples órganos, el órgano más comprometido fue colon, en promedio el proceso duró $11,66 \pm 12.81$ días, en el 59,4% la causa fue infecciosa,

el 95% determinó una cirugía de emergencia, en el 96,7% se hizo por cirugía abierta.⁹

Casado et al (2014, Cuba) describió el comportamiento del abdomen agudo quirúrgico no traumático a partir de enfermedades trazadoras en un estudio prospectivo, observacional y descriptivo de corte transversal con una población de 1037 pacientes de un Hospital Provincial Universitario, encontrando en sus resultados que la apendicitis aguda fue el más frecuente (57,28 %) de los casos con una edad media de 29 a 67 años, predominado el sexo masculino, el tratamiento quirúrgico y la evolución satisfactoria. Las complicaciones más frecuentes fueron los trastornos hidroelectrolíticos y ácido/base, la infección del sitio quirúrgico y el íleo paralítico. La estadía hospitalaria media fue de 11,3 270 días, la mortalidad fue de 4,09 % y el índice de reintervenciones fue de 2,03 %, concluyendo que la apendicitis aguda es la enfermedad trazadora del abdomen agudo quirúrgico no traumático más frecuente.¹⁰

Tigua (Ecuador, 2014) propuso y determino un Protocolo de Atención de Enfermería en pacientes con dolor abdominal agudo quirúrgico de un hospital básico, en una investigación descriptiva, transversal, no experimental, sus resultados estuvieron enmarcados en la aplicación de un Protocolo de atención para pacientes con dolor abdominal agudo quirúrgico con el fin de mejorar la capacidad de respuesta para este tipo de emergencias proporcionando una adecuada atención y los cuidados específicos que consiga evitar complicaciones, o hasta la muerte del paciente debida a lesiones intraabdominales.¹¹

Las investigaciones sobre las etiquetas diagnosticas de enfermería en pacientes con cirugía abdominal de abdomen agudo en el ámbito nacional, regional y local son escasos, sin embargo, los antecedentes descritos ayudaran en el estudio de las variables.

1.3. BASES TEÓRICAS

1.3.1. GENERALIDADES DEL ABDOMEN AGUDO

El abdomen agudo es un síndrome abdominal doloroso, de evolución más o menos corta, de reciente y brusca aparición, o causado por una enfermedad crónica agudizada que requiere rápida valoración y tratamiento.

Por otra parte, Steadman¹² lo define como cualquier condición intraabdominal seria caracterizada por dolor, hipersensibilidad y rigidez muscular, para lo cual debe considerarse cirugía de emergencia.

El estudio de Silen¹³ indica que el abdomen agudo se trata de un dolor determinado por ser:

- Originado y referido al abdomen.
- Agudo por su cronología e intensidad.
- Acompañado de alteraciones del tránsito intestinal.
- Deterioro grave del estado general.

Abdomen agudo quirúrgico

Es el cuadro de abdomen agudo cuyo tratamiento y manejo requiere de la intervención quirúrgica.

1.3.1.1. Fisiopatología del abdomen agudo

Montalvo¹⁴ en su investigación indica que la patogenia del abdomen agudo se relaciona con las características del dolor abdominal y que los métodos diagnósticos están orientados a la

etiología del padecimiento. Existen tres tipos de dolor relacionados al abdomen agudo:

- a. **El visceral:** producido por distensión, espasmo, isquemia e irritación, el cual se manifiesta como un síntoma profundo, difuso y mal localizado, que en cuadros severos se acompaña de hiperestesia, hiperbaralgesia y rigidez muscular involuntaria.
- b. **Somático:** dolor más agudo y localizado que se origina desde el peritoneo parietal, raíz del mesenterio y diafragma.
- c. **Referido:** relacionado con el sitio del proceso original y manifestado en el de una extensión inflamatoria o infecciosa

1.3.1.2. Etiología del abdomen agudo

- **Por causas mecánicas:** Son aquellas que presentan obstrucción de la luz intestinal o de las vías biliares, que ocasionan distensión proximal a la obstrucción. Es una causa común de hospitalización, pues comprende 15% de las admisiones hospitalarias por dolor abdominal, constituyendo más de 300,000 hospitalizaciones anuales en Estados Unidos.¹⁵
- **Por causas inflamatorias:** Son infecciones intestinales que ocasionan perforación intestinal, peritonitis y septicemia. Existen infecciones de otros órganos que pueden provocar dolor abdominal agudo.
- **Isquémicos:** Ocasionado cese del flujo sanguíneo a una víscera, ya sea primario por embolia o trombosis o secundario por torsión de su pedículo vascular, provoca dolor debido a la irritación que provoca la concentración de determinados metabolitos tisulares.

1.3.1.3. Características del dolor abdominal

La investigación de Paulina¹⁶ menciona que ante un cuadro de abdomen agudo se debe considerar:

- **La edad:** Muchas 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.
- **Intensidad del dolor:** 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:
 - a. **Dolor constante:** es continuo y permanente con la misma intensidad, puede ser característico de patología inflamatoria.
 - b. **Dolor intermitente:** el dolor presenta intervalos no dolorosos
 - c. **Dolor cólico:** si existen variaciones en intensidad y cierto ritmo temporal; es típico de procesos obstructivos.

1.3.1.4. Causas del abdomen agudo

El denominador común de este síndrome es el dolor abdominal. En una de las varias clasificaciones existentes, el abdomen agudo se clasifica en traumático o no traumático. A su vez, este último se clasifica en falso (causa extra abdominal) o verdadero (causa intraabdominal), el cual puede requerir tratamiento médico, endoscópico o quirúrgico.

Causas del abdomen agudo falso o extra-abdominal	Causas de abdomen agudo verdadero o intra-abdominal		
	Obstructivas	Inflamatorias	Vasculares
Diabetes mellitus	Bridas	Apendicitis	Ruptura de aneurisma
Infarto agudo de miocardio	Neoplasias	Colecistitis	Isquemia mesentérica
Insuficiencia cardíaca	Hernias	Diverticulitis	
Neumonía del lóbulo inferior	Vólvulo	Úlcera péptica	
Gastroenteritis aguda	Invaginación intestinal	Perforación visceral	
Estreñimiento			

Tomado de Gérnan et al¹⁷

1.3.1.5. Cuadro clínico

El estudio de Larrea, Dubé y Llera¹⁸ indica que el cuadro clínico del abdomen agudo está relacionado a los siguientes síntomas y signos:

Síntomas:

- **Dolor abdominal:** Es la manifestación más importante y frecuente de este síndrome que comienza generalmente en el sitio donde aparece el problema y después se hace difuso. De aparición reciente, brusco o insidioso, de intensidad creciente, continua o intermitente, con o sin irradiación más o menos característica como cuando es hacia el hombro, recta o vejiga.
- **Manifestaciones gastrointestinales.** Las náuseas y vómitos cuando el cuadro no es oclusivo mecánico, se presentan al inicio y son de carácter reflejo. Puede aparecer anorexia, que junto a la constipación son mecanismos de defensa.

Signos (general y local):

- Los signos generales expresan la gravedad del proceso que puede llegar al shock y son consecuencia de la respuesta

defensiva del organismo ante la lesión, siendo ocasionados por taquicardia, fiebre deshidratación.

- Los signos locales abdominales son muy numerosos encontrándose entre ellos la distensión abdominal, el dolor a la palpación, la contractura, el dolor a la descompresión brusca o de “rebote”, es conjuntamente con el dolor al toser y el dolor a la percusión, la alteración de los movimientos peristálticos y el dolor al tacto vaginal y rectal.

1.3.1.6. Exámenes complementarios

El estudio de Mayo, Pacheco y Vázquez¹⁹ determinan que como usualmente se trata de una situación de urgencia, se utilizan pruebas muy elementales como: hemograma, bioquímica sanguínea, coagulación, orina, electrocardiograma, radiografía de tórax, radiografía simple de abdomen.

- **Hemograma:** El hemograma determina la anemia y el descenso del hematocrito por pérdidas hemáticas crónicas causado por lesiones del tubo digestivo. La leucocitosis, acompañada de neutrofilia (aumento proporcional de los neutrófilos) es un dato clínico que aparece con frecuencia en los casos de abdomen agudo que suele indicar un proceso inflamatorio.
- **Bioquímica sanguínea:** El aumento enzimas hepáticas (GOT/AST y GPT/ALT) indica citolisis hepática, la elevación de GGT, fosfatasa alcalina y la bilirrubina total indican obstrucción de la vía biliar. El lactato deshidrogenasa se eleva en casos de isquemia mesentérica. Cuando la amilasa se eleva 3 veces por encima de lo normal en una situación de intenso dolor abdominal, son indicadores de pancreatitis aguda. La creatinquinasa y las

troponinas son útiles en el diagnóstico diferencial con el infarto agudo de miocardio.

- **Coagulación:** Muy importante en una cirugía urgente ante cuadros graves por coagulopatía. El fibrinógeno es considerado un reactante de fase aguda que puede estar elevado.
- **Examen de orina:** En el análisis de la orina se estudia la presencia de hematuria, piuria o bilirrubina.
- **Electrocardiograma:** Necesario para descartar una patología isquémica cardíaca.
- **Radiografía de tórax y simple d abdomen:** Es de gran importancia realizar una radiografía de tórax, así como de abdomen simple en decúbito y en bipedestación en los pacientes con dolor abdominal agudo que indicada la sospecha de causas extraabdominales del dolor o neumoperitoneo
- **Tomografía axial computarizada:** Herramienta de elección en el diagnóstico del dolor abdominal agudo localizado como difuso.

1.3.1.7. Tratamiento

Bassy et al²⁰ describe que se debe establecer el diagnóstico diferencial entre pacientes que requieran tratamiento médico (antibioticoterapia) y aquellos que constituyan una emergencia quirúrgica.

Criterios de tratamiento quirúrgico:

- Peritonitis localizada o difusa (apendicitis aguda, hernia estrangulada)
- Obstrucción intestinal completa.

Pueden requerir tratamiento quirúrgico:

- Colecistitis aguda.
- Diverticulitis aguda.
- Pancreatitis aguda.

1.3.2. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA EN ABDOMEN AGUDO

1.3.2.1. Reseña del diagnóstico de enfermería

Hace tiempo los cuidados de enfermería eran ofrecidos por voluntarios con escasa formación, por lo general, mujeres de distintas órdenes religiosas. Durante las Cruzadas, por ejemplo, algunas órdenes militares de caballeros también ofrecían enfermerías, y la más famosa era la de los Caballeros Hospitalarios (también conocida por los Caballeros de san Juan de Jerusalén).

Florence Nightingale proporciono el ímpetu para organizar la enfermería en los campos de batalla de la guerra de Crimea y más tarde, establecer el programa de formación de enfermería en el hospital Saint Thomas de Londres. La llegada de las escuelas de enfermería de Nightingale y los heroicos esfuerzos y reputación de esta mujer transformaron la concepción de la enfermería en Europa y establecieron las bases de su carácter moderno como profesión formalmente reconocida. La enfermería moderna comenzó a mediados del siglo XIX. Uno de los primeros programas oficiales de formación para las enfermeras comenzó en 1836 en, Alemania, a cargo del pastor protestante Theodor Fliedner. Por aquel tiempo otras órdenes religiosas fueron ofreciendo también formación de enfermería de manera reglada en Europa, pero la escuela de Fliedner es digna de mención por haberse formado en ella la reformadora de la enfermería británica

Enfermería con el tiempo ha buscado la consolidación de un lenguaje estandarizado que identifique la disciplina en todos los escenarios prácticos, propuesto por la Asociación Norte Americana de Diagnósticos de Enfermería (NANDA), fundada en 1982 y convertida en el año 2002 en un organismo internacional, adoptando el nombre de NANDA International (NANDA-I).²¹

1.3.2.2. Definición del diagnóstico de enfermería

La NANDA-I 2018 – 2020²² indica:

Que el diagnóstico de enfermería es un ensayo clínico de una respuesta humana a las condiciones de salud/procesos de la vida, o una vulnerabilidad a esta respuesta de un individuo, familia, grupo o comunidad

1.3.2.3. Tipos de diagnósticos de enfermería

- **Diagnostico real:** juicio clínico sobre la respuesta humana no deseada en una condición de salud/proceso de la vida que existe en un individuo, familia, grupo o comunidad.

- **Diagnostico de riesgo:** ensayo clínico en cuanto a la susceptibilidad de un individuo, familia, grupo o comunidad para el desarrollo de una respuesta humana no deseado a una condición de proceso salud/vida.

- **Bienestar:** juicio clínico sobre la motivación y el deseo de aumentar el bienestar y lograr potencial para la salud humana.

- **Diagnostico síndrome:** ensayo clínico para un grupo específico de diagnósticos de enfermería que ocurren juntos y están mejor tratadas juntos y por intervenciones similares.

Etiquetas Diagnósticas

La identificación de conceptos diagnósticos ha permitido elaborar un lenguaje común a los cuidados de enfermería, describir y clasificar un cierto número de fenómenos observados por enfermería, orientados a investigaciones teóricas y clínicas en la práctica profesional.

Componentes para la formulación diagnóstica según la NANDA

- **Etiqueta descriptiva:** permite una descripción del problema (real o potencial). Es una frase o término que representa un patrón.
- **Definición:** formula un significado claro y preciso de la categoría y la diferencia de todas las demás.
- **Características definitorias:** evidencias clínicas que puntualizan una serie de conductas o manifestaciones objetivas o subjetivas que indican la presencia de una etiqueta diagnóstica, estas se relacionan a las conductas, signos y síntomas clínicos que son manifestaciones del diagnóstico. (Signo: datos objetivos) y síntomas (datos subjetivos).
- **Factores relacionados:** eventos o situaciones que pueden causar o contribuir al desarrollo del diagnóstico, son los datos que nos llevan a sospechar la presencia de un problema de salud.
- **Factores de riesgo:** pueden ser ambientales, fisiológicos, psicológicos, genéticos, elementos químicos, que aumentan la

vulnerabilidad de un individuo, familia o una comunidad en la aparición de una respuesta poco saludable.

1.3.2.4. El cuidado de enfermería

El estudio de Tigua¹⁸ indica que el cuidado de enfermería de un paciente con dolor de abdomen agudo es todo un desafío, siendo este problema de salud es uno de los que permite el mayor desarrollo en las capacidades de valoración al sujeto de atención. Enfermería reconoce que el adulto que cursa un abdomen agudo se transforma en un sujeto con problemas críticos debido al compromiso del funcionamiento orgánico. Entre los signos y síntomas más habituales se encuentra el dolor. La prioridad dentro de los cuidados de enfermería es eliminar o disminuir el estímulo que lo produce, así como aliviarlo y ayudarlo a tolerar el dolor.

La valoración debe ser integral, rápida y muy específica para lograr que:

- Se favorezca la recuperación del equilibrio del medio interno.
- Se alivie el dolor.
- Prevenir complicaciones.

Es de gran importancia el cuidado de las necesidades psicosociales del paciente, la situación de enfermedad aguda trae consigo un alto nivel tensional en las relaciones interfamiliares. Otra prioridad en el cuidado es la atención de la familia, brindando los elementos que le permitan el manejo de la situación y la reorganización del núcleo familiar.

Las necesidades que se consideran prioritarias en un adulto con dolor de abdomen son: la nutrición, la eliminación, la sensopercepción, la oxigenación

1.3.2.5. Cuidados de enfermería post-operatorio

Según Ramírez²³ el cuidado del paciente en la etapa posquirúrgica comienza una vez que ha sido concluida la intervención quirúrgica, para ser trasladado de la sala de operaciones a la sala de recuperación post-anestésica, el inicio de esta etapa se considera al ser ingresado a la sala de recuperación post-anestésica o unidad de cuidados post-anestésicos. Se sitúa dentro de las instalaciones del quirófano o bien con acceso directo a la misma. En la etapa posquirúrgica la atención de enfermería se centra en torno a la valoración integral del paciente y su vigilancia continua, con el propósito de proporcionar una asistencia de alta calidad profesional, iniciando por la identificación de complicaciones potenciales y su tratamiento oportuno, incluyendo la atención a sus familiares, sin olvidar otorgar la atención al paciente con capacidad, seguridad y calidez.

1.4. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

- **Diagnóstico de Enfermería:** Juicio clínico en relación con una respuesta humana a una afección salud/proceso vital o vulnerabilidad para esa respuesta de una persona, familia o comunidad.²⁴
- **Abdomen agudo:** Síndrome que se define como el conjunto de signos y síntomas que tiene como base el dolor abdominal intenso de inicio brusco o insidioso, de rápida evolución (menor de 24 o 48 horas) y que puede ser de origen abdominal o extra abdominal.²⁵

CAPITULO II

2.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1.1. Descripción del problema

El término abdomen agudo fue propuesto desde el *Lankenau Hospital*, Filadelfia, por John B. Deaver (1855-1931). La frase se popularizó y a pesar de su disociación es asumida universalmente para referirse a cualquier afección aguda de la cavidad abdominal que necesita tratamiento urgente, en su mayoría de las veces quirúrgico en cuyo caso debe llamarse abdomen agudo quirúrgico.

La evolución del abdomen agudo quirúrgico, ha sido constantemente modificada por la revolución científico-técnica, pero su signo capital, el dolor abdominal agudo (DAA), es uno de los problemas más frecuente en la práctica médica diaria; se asume que su nivel de presencia constituye la vigésima parte de las consultas; aclarándose por otros, que esta afección aparece en cerca del 10 % de los casos urgentes atendidos por el profesional de la salud.²⁶

El dolor abdominal agudo se presenta hasta en el 5 % de los pacientes que consultan en las salas de emergencia y el 10 % de estos pacientes tiene una causa grave que pone en riesgo la vida o requiere tratamiento quirúrgico. El DAA, ocupa entre el 15,5 % y el 36 % de las admisiones en los hospitales,²⁷ siendo una de las causas más frecuentes en los servicios del centro quirúrgico de todo el mundo, en Estados Unidos anualmente de 100 millones de visitas a los servicios de urgencias el 5% son de origen abdominal y pélvico, ocupando el tercer puesto.²⁸ En Cuba se producen anualmente más de 100 000 intervenciones urgentes

mayores de todo tipo y el volumen total de egresos hospitalarios supera el millón de pacientes (1 145 000 egresos), de los cuales un 10,0% lo hace luego de haber sido objeto de una intervención quirúrgica mayor.

El factor más frecuente del dolor abdominal incluye tres grandes patologías de abdomen agudo de tipo inflamatorio: apendicitis, colecistitis y hernia.²⁹ Las tres poseen una clínica característica y pueden llegar a comprometer la vida del paciente. En el Perú el 22,5% tuvieron un diagnóstico definitivo de apendicitis aguda³⁰, mientras que cerca de 14,3% lo hicieron por haber presentado Colecistitis³¹ y 27,8% por hernia.³²

La intervención del enfermero es primordial e imprescindible en la atención inicial al paciente con abdomen agudo, donde el tratamiento y los cuidados deben ser inmediatos. Es así que se reconoce la importancia de que el profesional de enfermería realice una valoración completa y exhaustiva que facilite la formulación de los diagnósticos de enfermería que se utilizarán como base para el plan de intervenciones personalizadas en estos tipos pacientes

Enfermería debe tener conocimientos actualizados para poder responder y actuar adecuadamente ante esta patología por medio de la aplicación de los diagnósticos e intervenciones de enfermería el cual implica una serie de habilidades y preparaciones que debe poseer el personal de enfermería para poder valorar e identificar los principales problemas y sobre estos los cuidados dirigidos al paciente según su necesidad.

Ante lo expuesto, los anteriores planteamientos permiten formularnos la siguiente pregunta:

2.1.2. FORMULACION DEL PROBLEMA

2.1.2.1. Problema general

¿Cuáles son las variables que influyen en los diagnósticos e intervenciones enfermería en pacientes con abdomen agudo quirúrgico?

2.1.2.2. Problemas específicos

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los pacientes con abdomen agudo quirúrgico?
- ¿Cuáles son las características clínicas de los pacientes con abdomen agudo quirúrgico?
- ¿Cuáles son las características paraclínicas de los pacientes con abdomen agudo quirúrgico?
- ¿Cuáles son los diagnósticos de enfermería real y de riesgo de pacientes con abdomen agudo quirúrgico?
- ¿Cuáles son las características definitorias e intervenciones de los diagnósticos de enfermería?
- ¿De qué manera predicen las variables identificadas en los diagnósticos de enfermería en pacientes con abdomen agudo quirúrgico?

2.2. OBJETIVOS

2.2.1. Objetivo general

Determinar las variables que influyen en los diagnósticos de enfermería en pacientes con abdomen agudo quirúrgico.

2.2.2. Objetivos específicos

- Caracterizar socio demográficamente a los pacientes quirúrgicos de cirugía abdominal: edad, sexo, grado de instrucción, estado civil, ocupación, tipo de seguro de salud, apoyo social.
- Identificar las características clínicas de los pacientes con abdomen agudo quirúrgico (colecistitis, apendicitis y hernia): antecedentes previos, tiempo de estancia hospitalaria, parámetros de monitoreo, procedimientos invasivos, tipo de tratamiento (medico, quirúrgico).
- Identificar las características paraclínicas de los pacientes con abdomen agudo quirúrgico (laboratoriales e imagenología).
- Identificar los diagnósticos de enfermería real y de riesgo de los pacientes.
- Identificar las características definitorias de los diagnósticos de enfermería de los pacientes
- Establecer la relación de las variables y su predicción en los diagnósticos de enfermería en pacientes con abdomen agudo quirúrgico

2.3. HIPÓTESIS

2.3.1. Hipótesis alterna: H_1

Existe relación estadísticamente significativa entre algunas variables sociodemográficas, clínicas y los diagnósticos de enfermería de pacientes con abdomen agudo quirúrgico.

2.3.2. Hipótesis nula: H_0

No existe relación estadísticamente entre algunas variables sociodemográficas, clínicas y los diagnósticos de enfermería de pacientes con abdomen agudo quirúrgico.

2.4. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

2.4.1. Variable Dependiente

Diagnósticos de enfermería: Juicio clínico sobre las experiencias/respuestas de una persona, familia, grupo o comunidad frente a problemas de salud o procesos vitales reales o potenciales.

A. Diagnósticos de enfermería reales:

a. Protección ineficaz (00043)

Definición. Disminución de la capacidad para protegerse de amenazas internas o externas, como enfermedades o lesiones.

Definición operacional. Cuando el paciente presenta dos o más características definitorias: Conocimiento insuficiente, no sigue completamente las instrucciones, rendimiento inadecuado de una prueba.

b. Ansiedad (00146)

Definición. Disminución de la capacidad para protegerse de amenazas internas o externas, como enfermedades o lesiones.

Definición operacional. Cuando el paciente presenta dos o más características definitorias: Inquietud, impaciencia, alteración del patrón respiratorio, nerviosismo, voz temblorosa, confusión.

c. Temor (00148)

Definición. Respuesta a la percepción de una amenaza que se reconoce conscientemente como un peligro.

Definición operacional. Cuando el paciente presenta dos o más características definitorias: Palidez, aumento del estado de alerta, fatiga, aumento de la sudoración, disnea, impaciencia.

d. Dolor agudo (00132)

Definición. Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una por una lesión tisular real o potencial.

Definición operacional. Cuando el paciente presenta dos o más características definitorias: Auto informe de dolor físico, desesperanza, conductas de protección, expresión facial de dolor.

e. Estreñimiento (00011)

Definición. Disminución de la frecuencia normal de defecación, acompañada de eliminación dificultosa o incompleta de heces y/o eliminación de heces excesivamente duras y secas.

Definición operacional. Cuando el paciente presenta dos o más características definitorias: Aumento de la presión abdominal, distención abdominal, disminución de la frecuencia de deposiciones, dolor abdominal, incapacidad para defecar, sensibilidad abdominal con resistencia muscular palpable.

f. Motilidad gastrointestinal disfuncional (00196)

Definición. Aumento, disminución, ineficacia o falta de actividad peristáltica en el sistema gastrointestinal

Definición operacional. Cuando el paciente presenta dos o más características definitorias: Abdomen distendido, diarrea, retortijones abdominales, dificultad para defecar, dolor abdominal, cambio en los ruidos intestinales.

g. Deterioro de la ventilación espontanea (00033)

Definición. Disminución de las reservas de energía que provoca la incapacidad para mantener la respiración independiente adecuada para el mantenimiento de la vida.

Definición operacional. Cuando el paciente presenta dos o más características definitorias: Alteración de la frecuencia respiratoria, sonidos respiratorios anormales, alteración del patrón respiratorio, agitación.

h. Insomnio (00095)

Definición. Trastorno de la cantidad y calidad del sueño que deteriora el funcionamiento.

Definición operacional. Cuando el paciente presenta dos o más características definitorias: Estado de salud comprometido, cambios de humor, dificultad para conciliar el sueño, disminución de la calidad de vida.

i. Diarrea. (00013)

Definición. Eliminación de heces líquidas, no formadas.

Definición operacional: Cuando el paciente presenta dos o más características definitorias: Dolor abdominal, ruidos intestinales hiperactivos, urgencia intestinal, pérdida de heces líquidas > 3 en 24 horas.

j. Deterioro de la integridad tisular (00054)

Definición. Lesión de la membrana mucosa, corneal, integumentario o de los tejidos subcutáneos.

Definición operacional: Cuando el paciente presenta dos o más características definitorias: Lesión tisular, destrucción tisular.

B. Diagnóstico de enfermería de riesgo

a. Riesgo de infección (00004)

Definición. Vulnerable a una invasión y multiplicación de organismos patógenos, que puede comprometer la salud.

Definición operacional. Cuando el paciente presenta dos o más factores de riesgo: Cambio en la integridad de la piel, tabaquismo, alteración del peristaltismo, obesidad, procedimientos invasivos, diabetes mellitus.

b. Riesgo de estreñimiento (00015)

Definición. Riesgo de sufrir una disminución de la frecuencia normal de defecación, acompañada de eliminación dificultosa o incompleta de las heces

y/o eliminación de heces excesivamente duras y secas.

Definición operacional. Cuando el paciente presenta dos o más factores de riesgo: Deterioro de la motilidad gastrointestinal, debilidad de los músculos intestinales, obstrucción intestinal, hábitos de defecación irregular.

c. Riesgo de retraso en la operación quirúrgica (00246)

Definición. Susceptibilidad a una extensión del número de días posoperatorios requeridos para iniciar y realizar actividades que mantengan la vida, la salud y el bienestar que pueden comprometer la salud.

Definición operacional. Cuando el paciente presenta dos o más factores de riesgo: Deterioro de la movilidad física, diabetes mellitus, dolor, traumatismo de la herida quirúrgica, vómitos persistentes, contaminación de la herida quirúrgica.

d. Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos (00025)

Definición. Riesgo de sufrir una disminución, aumento o cambio rápido de un espacio a otro del líquido intravascular, intersticial y/o intracelular que puede comprometer la salud. Se refiere a pérdida o aumento de líquidos corporales, o ambos.

Definición operacional. Cuando el paciente presenta dos o más factores de riesgo: Obstrucción intestinal, régimen terapéutico, traumatismo, sepsis.

e. Riesgo de desequilibrio electrolítico (00195)

Definición. Riesgo por cambio en los niveles de electrolitos séricos que puede comprometer la salud.

Definición operacional. Cuando el paciente presenta dos o más factores de riesgo: Diarrea, régimen terapéutico, volumen de líquidos insuficientes, vómitos.

f. Riesgo de motilidad gastrointestinal disfuncional (00197)

Definición. Riesgo de aumento, disminución, ineficacia o falta de actividad peristáltica en el sistema gastrointestinal.

Definición operacional. Cuando el paciente presenta dos o más factores de riesgo: Ansiedad, diabetes mellitus, disminución de la circulación gastrointestinal, intolerancia alimentaria, factores estresantes, infección.

g. Riesgo de sangrado (00206)

Definición. Riesgo de disminución del volumen de sangre que puede comprometer la salud.

Definición operacional. Cuando el paciente presenta dos o más factores de riesgo: Afección gastrointestinal, régimen terapéutico,

traumatismo, conocimiento insuficiente de las precauciones, contra el sangrado.

h. Riesgo de hipotermia perioperatoria (00254)

Definición. Susceptibilidad a una caída involuntaria de la temperatura corporal central por debajo de 36 ° C, que ocurre entre 1 hora antes y 24 horas después de la cirugía, lo que puede comprometer la salud.

Definición operacional. Cuando el paciente presenta dos o más factores de riesgo: Procedimiento quirúrgico, bajo peso corporal, temperatura ambiental baja.

2.4.2. Variable Independiente

Características sociodemográficas.

Conjunto de características biológicas, socio económico, culturales, presentes en una población sujeta a estudio.

Cuenta con los siguientes indicadores:

a. Edad

Definición conceptual. Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.

Definición operacional: Operacionalizado como:

- 18 – 26 años
- 27 – 59 años
- 60 a más años

b. Sexo

Definición conceptual. Categoría orgánica que distingue a los hombres de las mujeres.

Definición operacional: Operacionalizado como " Femenino y Masculino".

c. Grado de instrucción

Definición conceptual. Nivel académico logrado por una persona durante su vida.

Definición operacional: Operacionalizado como:

- Sin instrucción
- Primaria
- Secundaria
- Superior técnico
- Superior universitario

d. Estado civil

Definición conceptual. Situación estable o permanente en la que se encuentra una persona física en relación con sus circunstancias personales y con la legislación, y que va a determinar la capacidad de obrar y los efectos jurídicos que posee cada individuo.

Definición operacional: Operacionalizado como:

- Separado/Viudo
- Soltero
- Conviviente
- Casado

e. Ocupación

Definición conceptual. Estado actual en el que se desempeña una persona.

Definición operacional: Operacionalizado como:

- Estudiante
- Independiente
- Dependiente

- Ama de casa

f. Tipo de seguro

Definición conceptual. Condición o tipo de seguro de salud que presenta una persona.

Definición operacional: Operacionalizado como:

- Sin seguro
- Sistema integral de salud (SIS)
- EsSalud
- Privado

g. Apoyo social

Definición conceptual. Entidad pública o privada encargada de brindar ayuda psicológica, física y financiera en los momentos de necesidad de una persona, familia o comunidad.

Definición operacional: Operacionalizado como:

- Si
- No

Características clínicas: Signos o síntomas iniciales y actuales que más afectan el desarrollo de una vida, enfermedades asociadas y salud auto percibida.

Contiene los siguientes indicadores:

f. Antecedentes previos:

Definición conceptual. Condición diagnóstica que presenta un paciente durante el proceso de la enfermedad clínica.

Definición operacional: Operacionalizado como:

- Colecistitis
- Apendicitis aguda
- Hernia abdominal

- Hernia inguinal
- Úlcera gástrica
- Litiasis renal
- Diabetes mellitus

g. Tiempo de estancia hospitalaria

Definición conceptual: Momento de alojamiento del paciente durante el proceso quirúrgico.

Definición operacional: Operacionalizado como:

- Menos de 20 minutos
- De 20 a 60 minutos
- Mayor de 60 minutos

h. Monitoreo hemodinámico

Definición conceptual: Observación exhaustiva de las funciones vitales del paciente.

Definición operacional: Operacionalizado como:

- Presión arterial sistólica
- Presión arterial diastólica
- Frecuencia cardíaca
- Frecuencia respiratoria
- Temperatura corporal
- Saturación de oxígeno

i. Tipo de tratamiento

Definición conceptual: Conjunto de medios cuya finalidad es la curación o el alivio de las enfermedades o síntomas.

Definición operacional: Operacionalizado como:

- Tratamiento médico

- Tratamiento quirúrgico

j. Procedimientos invasivos

Definición conceptual: Procedimiento en el cual el cuerpo es invadido o penetrado con una aguja, una sonda, un dispositivo o un endoscopio.

Definición operacional: Operacionalizado como:

- Vía periférica
- Tubo endotraqueal
- Sonda nasogástrica
- Sonda vesical

Características para clínicas: Datos clínicos sobre las condiciones internas del paciente.

Contiene los siguientes indicadores:

k. Exámenes laboratoriales

Definición conceptual: Rutina de exámenes que se realizan para conocer el estado de salud de una persona y acelerar el diagnóstico de alguna patología.

Definición operacional: Operacionalizado como:

- Hemograma
- Plaquetas
- Hematocrito
- Hemoglobina
- Examen de orina
- Tiempo de coagulación
- Tiempo de sangría
- Glucosa
- Creatinina
- Urea
- Amilasa
- Lipasa

l. Exámenes de imágenes

Definición conceptual: Conjunto de técnicas y procesos usados para crear imágenes del cuerpo humano.

Definición operacional: Operacionalizado como:

- Radiografía de tórax
- Radiografía de abdomen
- Ecografía abdominal
- Tomografía axial computarizada

CAPITULO III

3. METODOLOGIA

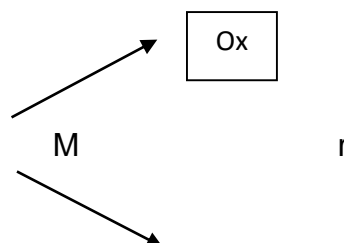
3.1 Tipo de investigación

En este estudio se empleó el método cuantitativo, porque las variables en estudio fueron manejadas en forma numérica, por lo que permitió realizar el análisis de dichas variables por medio de instrumentos formales para recaudar la información necesaria mediante procedimientos estadísticos

3.2 Diseño de la investigación

- **No experimental:** porque las variables no estuvieron manipuladas deliberadamente, sino que fueron tratadas como se dan en su contexto natural.
- **Prospectivo:** porque los datos necesarios para el estudio fueron recogidos a propósito de la investigación.
- **Transversal:** porque permitió recolectar la información de las variables en un determinado momento.
- **Correlacional:** porque busco determinar la asociación entre variables sin establecer causa y efecto

El diseño consto del siguiente diagrama:



Especificaciones:

Ox

M: Muestra

O: Observaciones

xy: Subíndices (Observaciones obtenidas en cada una de las variables)

r: Indica la asociación entre las variables de estudio

3.3 Población y muestra

La población del presente estudio, estuvo conformada por el total de pacientes quirúrgicos de cirugía abdominal con abdomen agudo que estuvieron hospitalizados durante los meses de enero-diciembre del 2018, del Hospital Iquitos, siendo un total de 460 pacientes.

Patologías	18-29 años	30 a 59 años	60 años a mas	Total
Apendicitis	59	74	17	150
Colecistitis	100	102	24	226
Hernia	11	32	41	84
Total	111	208	82	460

Fuente: Área de estadística del Hospital Iquitos "Cesar Garayar García"

Muestra

La muestra fue calculada por medio de la fórmula de proporciones para poblaciones finitas, con un nivel de confianza 95%, error 5%.

$$= \frac{N * Z^2 * p * q}{(N - 1) + Z^2 * p * q}$$

N: Muestra que está sujeto a estudio.

Z²: 1.96 (punto crítico normal para un nivel de confianza del 95%)

p: 0.5, proporción de la muestra.

- q: 0.5, complemento de p.
N: Tamaño de la población accesible.

Ya que se trata de una población menor de 10,000 se procedió a ajustar:

$$\frac{460 * (1.96)^2 * (0.5) * (0.5)}{(0.05)^2 * (460 - 1) + (1.96)^2 * (0.5) * (0.5)}$$

$$n = \frac{441,784}{2,1074} = 209$$

La muestra estuvo conformada por 209 pacientes quirúrgicos con abdomen agudo

Tipo de muestreo: se utilizó el muestreo estratificado por afijación proporcional, para que todos los elementos de la población, muestra tengan la misma distribución.

$$f = \frac{n}{N} \quad f = \frac{209}{460} = 0,45$$

Criterios de Inclusión:

- Pacientes quirúrgicos mayores de 18 años.
- Pacientes quirúrgicos que presentan abdomen agudo.
- Pacientes que acepten participar de forma voluntaria en la investigación.

Criterios de Exclusión:

- Pacientes quirúrgicos menores de 18 años.
- Pacientes quirúrgicos que no presentan abdomen agudo

- Pacientes que no acepten participar de forma voluntaria en la investigación.
- Pacientes con historias clínicas incompletas.

3.4 TÉCNICAS, INSTRUMENTOS, PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

Técnica de recolección de datos: En el estudio se manejó la técnica indicada:

La observación: técnica que permitió observar atentamente el fenómeno, tomar información y registrarla para su posterior análisis.

La entrevista: técnica que accedió interrelacionar a los investigadores con los pacientes con abdomen agudo quirúrgico, donde se estableció un diálogo mutuo, que facilitó la recolección de la información directa de los sujetos de la muestra en estudio.

Revisión documentaria: técnica que consistió en recolectar la información a través de las historias clínicas de la muestra en estudio, en donde se describió los datos.

3.5 INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Para recabar la información se usó un instrumento que contuvo:

- a. Cuestionario de características sociodemográficas, clínicas y paraclínicas:**

El instrumento abarco datos generales de los pacientes de la investigación, sobre la edad, el sexo, grado de instrucción, estado civil, ocupación, tipo de seguro y apoyo social. Las características clínicas presentaron: los antecedentes previos, tiempo de estancia hospitalaria, parámetros de monitoreo, procedimientos invasivos, tipo de tratamiento (medico, quirúrgico) y las características paraclínicas mostraron los exámenes laboratoriales y de imagen.

b. Lista de cotejo “Diagnósticos de enfermería de los pacientes con Abdomen Agudo Quirúrgico”

Instrumento que fue diseñado por las investigadoras y asesora, a partir de la Asociación Norte Americana de Diagnósticos de Enfermería (NANDA - Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2018-2020).

Diagnósticos de enfermería real	Diagnósticos de enfermería de riesgo
- Protección ineficaz	- Riesgo de infección
- Ansiedad	- Riesgo de estreñimiento
- Temor	- Riesgo de retraso en la operación quirúrgica
- Dolor agudo	- Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos
- Estreñimiento	- Riesgo de desequilibrio electrolítico
- Motilidad gastrointestinal disfuncional	- Riesgo de motilidad gastrointestinal disfuncional
- Deterioro de la ventilación espontanea	- Riesgo de sangrado
- Insomnio	- Riesgo de hipotermia peroperatoria
- Diarrea	
- Deterioro de la integridad tisular	

- **Validez:** para validar los instrumentos se utilizó la técnica de juicio de expertos o método de Delphi, donde se solicitó la participación de 04 enfermeras profesionales especialistas en centro quirúrgico, conocedoras de las variables de estudio.
- **Confiabilidad:** se desarrolló mediante una prueba piloto, para lo cual se tuvo en cuenta el 10% de la muestra en estudio, es decir 10 pacientes con las mismas características de los pacientes sujetos de estudio. Posteriormente se sometió a la aplicación del Coeficiente Alfa Crombach. El nivel aceptable de confiabilidad fue de 80% a más o según la unidad de 0.8 a más.

3.6 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Para recolectar la información, se procedió de la siguiente manera:

- Se solicitó autorización a la Dirección del Hospital Iquitos “Cesar Garayar García” para la selección de la muestra y ejecución del estudio a través del Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Científica del Perú.
- Se pidió autorización al comité de ética en investigación del Hospital Iquitos para la selección de la muestra y ejecución del estudio.
- Se coordinó con el jefe de Servicio del Departamento de Centro Quirúrgico para facilitar la accesibilidad
- Se coordinó con la enfermera jefa del departamento de enfermería para el conocimiento de la investigación.
- La recolección de la información se realizó en el turno de la mañana durante un mes en el horario de 8:00 am – 1:00 pm.

- Se registró todos los datos confinados al estudio y se solicitó al paciente quirúrgico la aceptación del estudio. Se recolectó la información una vez firmada el consentimiento informado.
- Luego se procedió completar la información de las historias clínicas de los pacientes.
- La recolección de la información estuvo bajo la responsabilidad única y exclusiva de las investigadoras
- En la recolección de los datos se aplicó los principios éticos y Bioéticas.
- Al finalizar el análisis y la interpretación de los hallazgos se archivaron los instrumentos para garantizar la confidencialidad del paciente.

3.7 PROCESAMIENTO DE DATOS Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO

El análisis y la interpretación de los datos en estudio se realizaron de la siguiente forma:

- **Estadística Descriptiva:** se calcularon mediante frecuencias absolutas y relativas en tablas y gráficos de análisis univariado y bivariado, así mismo se computó el promedio, media, mediana y la desviación estándar de las variables. Los datos obtenidos fueron codificados y procesados a través del Paquete Estadístico de Ciencias Sociales (SPSS) versión 26.0.
- **Estadísticas Inferencial:** se efectuó el análisis de correlación bivariada r de Pearson para determinar cómo se asocian las variables de estudio, considerando un nivel de significancia de 0,05 y un nivel de confianza del 95%.

3.8 PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS

- En el desarrollo de la investigación se respetó los derechos humanos de los pacientes quirúrgicos, que formaron parte del estudio de acuerdo a la declaración de Helsinki de la Asociación Mundial³³ sobre los principios éticos y bioéticos para las investigaciones en seres humanos, por lo que:
- En el transcurso de la recolección de información se garantizó el anonimato y solo las investigadoras pudieron acceder a los datos en la elaboración de la presente investigación.
- Los resultados fueron confidenciales y utilizados solo para fines de estudio, en todo momento se tuvo en cuenta la ética y bioética en salud.
- Se examinaron en forma agrupada los datos y luego del procesamiento de la información los instrumentos fueron eliminados.

CAPITULO IV

4.1. RESULTADOS

Tabla 1
Características sociodemográficas de los pacientes con abdomen agudo
quirúrgico según sexo

Características sociodemográficas	Femenino (n=113)		Masculino (n=96)		Total (n=209)		p
Media (M, DS)	(40,1±13,8)		(39,8±17,5)		(40,0±15,6)		
Edad							
Adulto intermedio	69	33,0	44	21,1	113	54,1	CC= 0,178
Adulto joven	28	13,4	40	19,1	68	32,5	p= 0,032
Adulto mayor	14	6,7	14	6,7	28	13,4	
Grado de instrucción							
Secundaria	52	24,9	46	22,0	98	46,9	CC= 0,093
Superior universitario	27	12,9	24	11,5	51	24,4	p= 0,607
Primaria	20	9,6	22	10,5	42	20,1	
Superior técnico	12	5,7	6	2,9	18	8,6	
Estado civil							
Conviviente	49	23,4	42	20,1	91	43,5	CC= 0,058
Casado	33	15,8	25	12,0	58	27,8	p= 0,870
Soltero	28	13,4	29	13,9	57	27,3	
Viudo	2	1,0	2	1,0	4	1,9	
Ocupación							
Independiente	28	13,4	46	22,0	74	35,4	CC= 0,389
Dependiente	27	12,9	32	15,3	59	28,2	p= 0,000
Estudiante	23	11,0	20	9,6	43	20,6	
Ama de casa	33	15,8	0	0,0	33	15,8	
Tipo de seguro							
SIS	92	44,0	79	37,8	171	81,8	CC= 0,108
Privado	15	7,2	18	8,6	33	15,8	p= 0,482
EsSalud	3	1,4	1	0,5	4	1,9	
Sin seguro	1	0,5	0	0,0	1	0,5	
Apoyo social							
Si	92	44,0	80	38,3	172	82,3	X ² = 0,194
No	19	9,1	18	8,6	37	17,7	p= 0,004

M: media; DS: Desviación estándar; CC: Coeficiente de contingencia; SIS: Seguro integral de salud

4.1.1. Características sociodemográficas

En el estudio fueron seleccionados 209 pacientes que mostraron una edad promedio de $40,0 \pm 15,6$ años. En su mayoría predominaron las mujeres, (53,1%), con estudios secundarios (46,9%), convivientes (43,5%), ocupación independiente (35,4%), con SIS (81,8%) y en su mayoría con apoyo social (82,3%). El grado estadístico coeficiente de contingencia demostró que varones y mujeres mostraron características similares a excepción del grado de instrucción ($p < 0,005$), la distribución por sexo se aprecia en la tabla 1.

Tabla 2

Antecedentes previos, estancia hospitalaria, tipo de tratamiento y procedimientos invasivos de los pacientes con abdomen agudo quirúrgico

	n	%
Antecedentes previos		
<i>Colecistitis</i>	98	46,9
<i>Apendicitis aguda</i>	66	31,6
<i>Hernia abdominal</i>	29	13,9
<i>Hernia inguinal</i>	10	4,8
<i>Litiasis renal</i>	5	2,4
<i>Úlcera gástrica</i>	1	0,5
Estancia hospitalaria		
<i>Mayor de 60 minutos</i>	199	95,2
<i>De 20 a 60 minutos</i>	10	4,8
Tipo de tratamiento		
<i>Quirúrgico</i>	190	90,9
<i>Médico</i>	19	9,1
Procedimientos invasivos		
<i>Vía periférica</i>	197	94,3
<i>O² por máscara de reservorio</i>	7	3,3
<i>Sonda vesical</i>	3	1,4
<i>Sonda nasogástrica</i>	2	1,0

4.2. Características clínicas

4.2.1. Antecedentes previos, estancia hospitalaria, tipo de tratamiento y procedimientos invasivos.

- **Antecedentes previos:** Se muestra que la mayoría de los pacientes quirúrgicos presento colecistitis (46,9%), apendicitis aguda (31,6%) y hernia abdominal (13,9).
- **Estancia hospitalaria:** Respecto al tiempo de estancia hospitalaria se observó que el tiempo de fue mayor de 60 minutos (95,2%) y de 20 a 60 minutos (4,8%).
- **Tipo de tratamiento:** el 90,9% de los pacientes fueron intervenidos quirúrgicamente y solo el 9,1% tuvo tratamiento médico.
- **Procedimientos invasivos:** el 94,3% tuvo vía periférica y solo el 3,3% requirió oxígeno por máscara de reservorio (Tabla 2).

Tabla 3
 Estadísticos descriptivos de los parámetros de monitoreo hemodinámico y saturación de oxígeno de los pacientes con abdomen agudo quirúrgico.

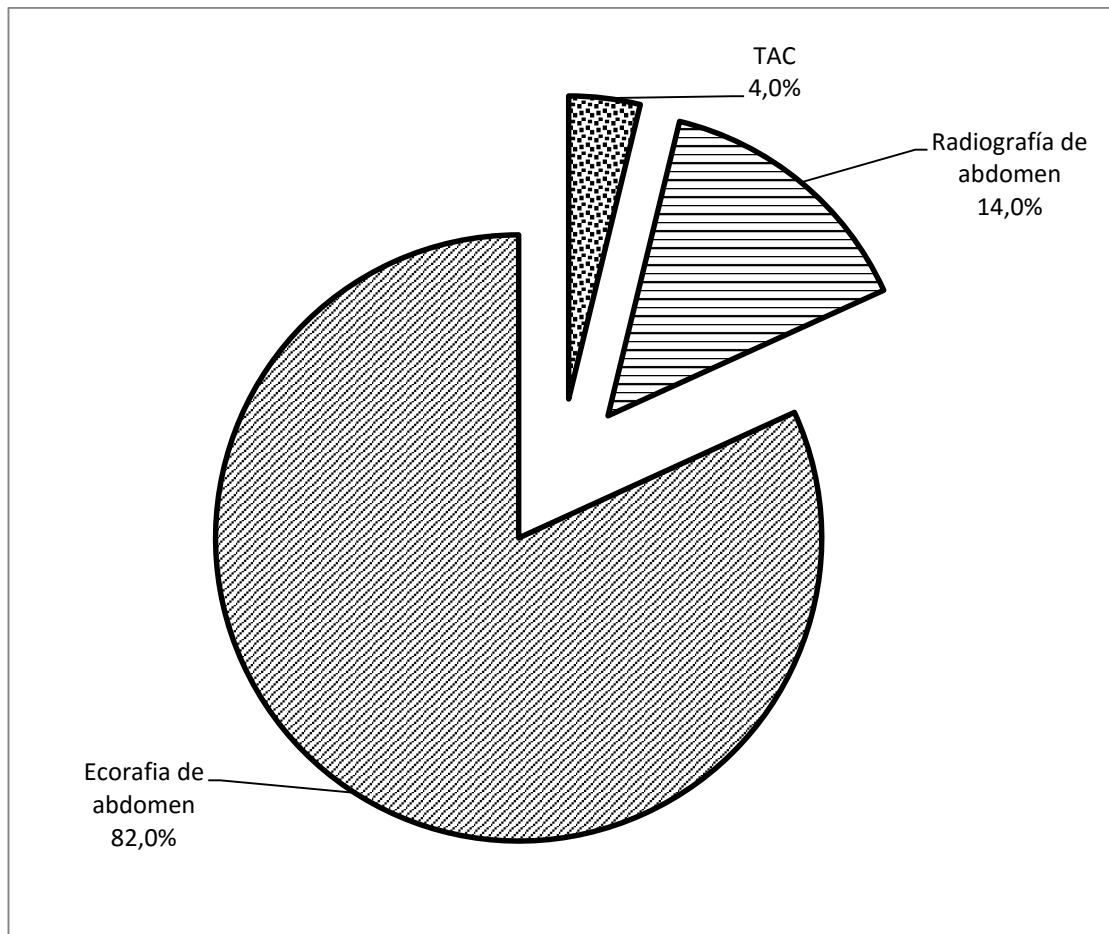
	PAS (n= 209)	PAD (n= 209)	FC (n= 209)	R (n= 209)	T (n= 209)	SPO2 (n= 209)
Media	111,8	70,5	70,8	20,5	36,8°	96,7
Mediana	110,0	70,0	70,0	20,0	36,7°	97,0
Moda	110,0	70,0	70,0	20,0	36,7°	97,0
Desv. típ.	10,7	9,48	7,67	4,24	0,31°	1,69
Mínimo	90,0	50,0	53,0	13,0	36,0°	84,0
Máximo	145,0	97,0	123,0	41,0	38,9°	99,0
Percentiles 25	100,0	60	66	18,0	36,6°	96,0
50	110,0	70	70	20,0	36,7°	97,0
75	120,0	80	76	21,0	36,9°	98,0

PAS: Presión arterial sistólica; PAD: Presión arterial diastólica; FC: Frecuencia cardíaca; R: Respiración; T: Temperatura; SPO2: Saturación de oxígeno.

- **Parámetros de monitoreo hemodinámico y saturación de oxígeno:** la presión arterial sistólica promedio fue de $118,1 \pm 10,7$ mmHg (90 mmHg – 145 mmHg) y de la presión arterial diastólica fue de $70,5 \pm 9,48$ mmHg (50 mmHg-97 mmHg). En razón a la frecuencia cardíaca, se muestra un valor promedio de $70,8 \pm 7,67$ latidos por minuto (mínimo de 53 y máximo de 123). Respecto a la frecuencia respiratoria, la puntuación promedio fue de $20,5 \pm 4,24$ respiraciones por minuto (valor mínimo de 13 y máximo de 41). Así mismo modo, el valor promedio de la temperatura corporal fue de $36,8^\circ \pm 0,31^\circ\text{C}$ (mínimo de $36,0^\circ\text{c}$ y máximo de $38,9^\circ\text{c}$). Y por último el valor promedio de la saturación de oxígeno $96,7 \pm 1,69\%$ (mínimo 84% - máximo 99%).

4.3. Características paraclínicas

Gráfico 1
Imagenología de los pacientes con abdomen agudo quirúrgico



TAC: Tomografía axial computarizada

En el gráfico 1 se puede observar que el 82,0% de los pacientes quirúrgicos fueron diagnosticados por ecografía de abdomen, 14,0% con radiografía de abdomen y un 4,0% con tomografía axial computarizada.

Tabla 4

Estadísticos descriptivos de hemograma, examen urinario, tiempo de coagulación, tiempo de sangría y bioquímica sanguínea de los pacientes con abdomen agudo quirúrgico

	X	Md	Mod	DS.	Min	Max	p25	p50	p75
Hemograma									
Hematocrito	37,7	37,0	37,0	3,42	19,7	50,0	36,0	37,0	39,0
Hemoglobina	12,5	12,3	12,3	1,12	6,6	16,6	12,0	12,3	13,0
Plaquetas	266430,6	260000,0	300000,0	47633,1	100000,0	400000,0	238000,0	260000,0	300000,0
Examen urinario									
Leucocitos en orina	3,21	3,00	1,00	1,52	1,00	50,0	1,00	3,00	4,00
Tiempo de coagulación	2,18	2,28	1,30	1,22	1,20	10,0	1,30	2,28	2,40
Tiempo de sangría	2,19	2,30	2,30	0,56	1,19	3,50	2,00	2,30	2,40
Bioquímica sanguínea									
Glucosa	95,3	97,0	99,0	18,9	65,0	261,0	89,0	97,0	99,0
Creatinina	0,98	0,89	1,00	0,37	0,40	2,50	0,78	0,89	1,00
Urea	27,5	27,0	30,0	8,31	16,0	68,0	21,5	27,0	30,0
Amilasa	90,7	89,0	80,0	20,2	60,0	234,0	80,0	89,0	98,0
Lipasa	85,3	82,0	78,0	15,7	56,0	199,0	76,0	82,0	92,0

- **Hemograma:** mayormente los pacientes mostraron resultados de hematocrito, tienen un valor promedio de $37,7 \pm 3,42\%$ (19,7% – 50%). Por otra parte, el promedio de la hemoglobina fue $12,5 \pm 1,12$ g/dL (6,6 g/dL – 16,6 g/dL). Así mismo la puntuación promedio de las plaquetas $266430,8 \pm 47633,1$ mcL (100000 mcL – 400000 mcL).
- **Examen urinario:** la presencia de leucocitos en la orina fue escaso con promedio de $3,21 \pm 1,52$ (1,00 - 50).
- **Tiempo de coagulación y tiempo de sangría:** en cuanto al tiempo de coagulación el valor promedio fue $2,18 \pm 1,22$ (1,20'' – 10,0''), no obstante el promedio del tiempo de sangría $2,19 \pm 0,56''$ (1,19' - 3,50)'.
- **Bioquímica sanguínea:** respecto a la glucosa el valor promedio estuvo en $95,6 \pm 18,9$ mg/dL (65 mg/dL – 261 mg/dL). En razón a la creatinina sanguínea el promedio fue $0,98 \pm 0,37$ mg/dl (0,40 mg/dL – 2,50 mg/dL). En la urea tenían valores promedio de $27,5 \pm 8,31$ mg/dL (16,0 mg/dL – 68,0 mg/dL). Respecto a la amilasa mostraron resultados promedios de $90,7 \pm 20,2$ U/L (60 U/L – 234 U/L). Y por último, en relación a la lipasa los pacientes mostraron valor promedio de $85,3 \pm 15,7$ mg/dl (56,0 U/L - 199 U/L). (Tabla 4).

4.4. Diagnósticos enfermería

Tabla 5
Diagnósticos de enfermería real de los pacientes con abdomen agudo quirúrgico

Dominio	Clase	Código	Diagnósticos de enfermería	n	%
12: Confort	2: Confort físico	00132	Dolor agudo	200	95,7
9: Afrontamiento/tolerancia al estrés	2: Respuesta de afrontamiento	00146	Ansiedad	140	67,0
	2: Respuesta de afrontamiento	00148	Temor	117	56,0
4: Actividad/reposo	1: Sueño/reposo	00095	Insomnio	100	47,8
	4: Respuestas cardiovasculares/pulmonares	00033	Deterioro de la ventilación espontanea	25	12,0
1: Promoción de la salud	2: Gestión de la salud	00043	Protección ineficaz	50	23,9
11: Seguridad/protección	2: Lesión física	00044	Deterioro de la integridad tisular	35	16,7
3: Eliminación e intercambio	2: Función gastrointestinal	00196	Motilidad gastrointestinal disfuncional	27	12,9
	2: Función gastrointestinal	00013	Diarrea	20	9,6
	2: Función gastrointestinal	00011	Estreñimiento	7	3,3

4.4.1. Diagnósticos de enfermería reales

La tabla 5 se puede apreciar que de 13 dominios de la NANDA (2018- 2020), durante el periodo estudiado se identificaron 10 diagnósticos de enfermería real que corresponden a seis dominios.

El dominio 12 Confort, presenta solo un diagnóstico: en su mayoría fue el más valorado, ya que el 95,7% de los pacientes quirúrgicos informaron “Dolor agudo”. Otro dominio destacado fue el Dominio 9 Afrontamiento/tolerancia al estrés que contiene dos diagnósticos: donde el 67,0% manifestaron sentir “Ansiedad” y “Temor” (56,0%).

El dominio 4 Actividad/reposo, contiene dos diagnósticos de enfermería: “Insomnio” (47,8%) y “Deterioro de la ventilación espontanea” (12,0%).

El dominio 1 Promoción de la salud, solo presento el diagnóstico: “Protección ineficaz” (23,9%). El dominio 11 Seguridad protección también presenta un diagnóstico: “Deterioro de la integridad tisular” (16,7%),

El dominio3 Eliminación e intercambio, contiene tres diagnósticos; “Motilidad gastrointestinal disfuncional” (12,9%), Diarrea (9,6%) y Estreñimiento (3,3%).

Tabla 6
Diagnóstico de enfermería real y sus características definitorias

Diagnósticos de enfermería	n	%	Diagnósticos de enfermería	n	%
Dolor agudo			Deterioro de la integridad tisular		
Expresión facial de dolor	147	70,3	Lesión tisular	35	16,7
Auto informe de dolor físico	97	46,4	Motilidad gastrointestinal disfuncional		
Conductas de protección	78	37,3	Dolor abdominal	24	11,5
Desesperanza	42	20,1	Retortijones abdominales	5	2,4
Ansiedad			Abdomen distendido	4	1,9
Inquietud	80	38,3	Dificultad para defecar	3	1,4
Nerviosismo	66	31,6	Diarrea	1	0,5
Impaciencia	51	24,4	Cambios en los ruidos intestinales	1	0,5
Alteración del patrón respiratorio	22	10,5	Diarrea		
Confusión	12	5,7	Dolor abdominal	19	9,1
Voz temblorosa	11	5,3	Ruidos intestinales hiperactivos	4	1,9
Insomnio			Urgencia intestinal	3	1,4
Estado de salud comprometido	72	34,4	Perdida de heces líquidas > 24 horas	1	0,5
Cambios de humor	19	9,1	Deterioro de la ventilación espontánea		
Dificultad para conciliar el sueño	17	8,1	Agitación	18	8,6
Disminución de la calidad de vida	5	2,4	Alteración de la frecuencia respiratoria	10	4,8
Temor			Alteración del patrón respiratorio	8	3,8
Aumento del estado de alerta	58	27,8	Sonidos respiratorios anormales	3	1,4
Palidez	42	20,1	Estreñimiento		
Impaciencia	28	13,4	Incapacidad para defecar	3	1,4
Aumento de la sudoración	24	11,5	Dolor abdominal	3	1,4
Fatiga	16	7,7	Ruidos abdominales	2	1,0
Disnea	3	1,4	Distensión abdominal	1	0,5
Protección ineficaz			Disminución de la frecuencia de deposiciones	1	0,5
Conocimiento insuficiente	47	22,5	-	-	-
Rendimiento inadecuado de una prueba	2	1,0	-	-	-
No sigue completamente las instrucciones	1	0,5	-	-	-

4.4.2. Características definitorias de los diagnósticos de enfermería reales

En la tabla 6 se puede observar las características definitorias más frecuentes de acuerdo a los diagnósticos de enfermería reales, observándose que predominaron las siguientes características: Expresión facial de dolor en la etiqueta “*dolor agudo*” (70,3%); inquietud en el diagnóstico: “*ansiedad*” (38,3%); estado de salud comprometido en el diagnóstico: “*insomnio*” (34,4%); aumento del estado de alerta en el diagnóstico “*temor*” (31,4%); conocimiento insuficiente en el diagnóstico “*protección ineficaz*” (22,5%); lesión tisular en el diagnóstico “deterioro de la integridad tisular” y dolor abdominal en el diagnóstico “*motilidad gastrointestinal disfuncional*” (19,0%). (Tabla 6).

4.4.3. Diagnósticos de enfermería de riesgo

Tabla 7
Diagnósticos de enfermería de riesgo de los pacientes quirúrgicos de cirugía abdominal con abdomen agudo

Dominio	Clase	Código	Diagnósticos de enfermería	n	%
11: Seguridad/protección	01: Infección	00004	Riesgo de infección	185	85,5
	06. Termorregulación	00254	Riesgo de hipotermia perioperatoria	141	67,5
	02: Lesión física	00206	Riesgo de sangrado	123	58,9
	02: Lesión física	00246	Riesgo de retraso en la operación quirúrgica	59	28,2
03: Eliminación e intercambio	02: Función gastrointestinal	00197	Riesgo de motilidad gastrointestinal disfuncional	73	34,9
	'02: Función gastrointestinal	00015	Riesgo de estreñimiento	12	5,7
02. Nutrición	05. Hidratación	00195	Riesgo de desequilibrio electrolítico	48	23,0
	05: Hidratación	00025	Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos	41	19,6

La tabla 7 muestra 08 diagnósticos de enfermería que corresponden solamente a tres dominios:

El dominio 11 Seguridad/protección, proporcionalmente es el más afectado, ya que el 85,5% de los pacientes quirúrgicos presentaron “Riesgo de Infección”, “Riesgo de hipotermia perioperatoria” (67,5%), “Riesgo de sangrado” (58,9%) y “Riesgo de retraso en la operación quirúrgica” (28,2%).

En el dominio 03 Eliminación e intercambio, el 34,9% mostro “Riesgo de motilidad gastrointestinal disfuncional” y Riesgo de estreñimiento (5,7%). Por otra parte el dominio 02 Nutrición presento “Riesgo de desequilibrio electrolítico” (23,0%) y Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos (19,6%)

Tabla 8
Diagnóstico de enfermería potencial y sus factores de riesgo

Diagnósticos de enfermería	n	%	Diagnósticos de enfermería	n	%
Riesgo de infección			Riesgo de motilidad gastrointestinal disfuncional		
Procedimientos invasivos	162	77,5	Ansiedad	47	22,5
Cambios en la integridad de la piel	30	14,4	Intolerancia alimentaria	26	12,4
Tabaquismo	15	7,2	Factores estresantes	14	6,7
Obesidad	7,7	3,3	Disminución de la función gastrointestinal	8	3,8
Diabetes mellitus	4	1,9	Diabetes mellitus	5	2,4
Riesgo de hipotermia perioperatoria			Infección		
Procedimiento quirúrgico	120	57,4	Riesgo de desequilibrio electrolítico		
Temperatura ambiental baja	49	23,4	Volumen de líquidos insuficientes	32	15,3
Bajo peso corporal	36	17,2	Régimen terapéutico	20	9,6
Riesgo de sangrado			Vómitos		
Conocimiento insuficiente de precauciones contra el sangrado	95	45,5	Diarrea	2	1,0
Traumatismo	33	15,8	Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos		
Régimen terapéutico	14	6,7	Régimen terapéutico	25	12,0
Afección gastrointestinal	9	4,3	Traumatismo	18	8,6
Riesgo de retraso en la operación quirúrgica			Obstrucción		
Dolor	53	25,4	Sepsis	1	0,5
Contaminación de la herida quirúrgica	4	1,9	Riesgo de estreñimiento		
Deterioro de la movilidad física	3	1,4	Disminución de la motilidad gastrointestinal	5	2,4
Traumatismo de la herida quirúrgica	2	1,0	Hábitos de defecación irregular	5	2,4
Vómitos persistentes	2	1,0	Debilidad de los músculos abdominales	2	1,0
Diabetes mellitus	2	1,0	Obstrucción gastrointestinal	1	0,5

4.4.4. Factores de riesgo de los diagnósticos de enfermería potencial

En la tabla 8 se observa los factores de riesgo más frecuentes de acuerdo a los diagnósticos de enfermería de riesgo, destacándose que prevalecieron los siguientes factores: “Procedimientos invasivos” en la etiqueta *Riesgo de infección* (77,5%); “Procedimiento quirúrgico” en la etiqueta *Riesgo de hipotermia perioperatoria* (57,4%); “Conocimiento insuficiente de precauciones contra el sangrado” en el diagnóstico *Riesgo de sangrado* (45,5%); “Dolor” en el diagnóstico *Riesgo de retraso en la operación quirúrgica* (25,4%); “Ansiedad” en el diagnóstico *Riesgo de motilidad gastrointestinal disfuncional* (22,5%); “Volumen de líquidos insuficientes” en el diagnóstico *Riesgo de desequilibrio electrolítico* (15,3%) y “Régimen terapéutico” en el diagnóstico *Riesgo de desequilibrio de volumen líquidos* (12,0%).

4.5. Asociación entre las variables identificadas y los diagnósticos de enfermería:

Con la finalidad de establecer la asociación entre las variables identificadas y los diagnósticos de enfermería de los pacientes evaluados, se utilizó el análisis de correlación bivariada *r de Pearson*; este coeficiente resume la magnitud y direccionalidad de la asociación entre variables. Las tablas 9 y 10 muestran el comportamiento de las variables.

a) Correlación con los diagnósticos de enfermería reales:

Las variables que mostraron asociación directa con el diagnóstico Dolor agudo fueron: la colecistitis ($r=,309$), apendicitis aguda ($r=,217$), hernia abdominal ($r=,234$) y la amilasa ($r=,213$), es decir a mayor sea la colecistitis, apendicitis aguda, hernia abdominal y el valor de la amilasa, mayor será el “dolor agudo” ($p<0,001$). En cambio, la variable que mostro relación indirecta fue: el procedimiento invasivo ($r= -,209$), lo que indica que a menor procedimientos invasivos, menor será el dolor agudo, ($p< 0,001$).

En cuanto a la etiqueta diagnóstica, las variables que mostraron correlación directa con el diagnóstico Ansiedad fueron: la edad ($r=, 250$) y la frecuencia cardiaca ($r=, 230$). Lo que muestra que a mayor sea la edad y la frecuencia cardiaca, mayor será la “Ansiedad”. Las variables que mostraron relación indirecta fue: la glucosa ($r= -,209$). Lo que refiere que, a mejor valor de la glucosa, menor será la ansiedad, ($p < 0,001$).

Respecto al diagnóstico Deterioro de la integridad tisular, las variables que mostraron relación directa fueron: la edad ($r= ,213$) y la hernia abdominal ($r= -,376$), demostrando que, a mayor edad y hernia abdominal, mayor será el deterioro de la integridad tisular. Las variables que se relacionaron indirectamente fueron: la apendicitis aguda ($r= -,305$) y la temperatura corporal ($r= -,153$). Lo que resulta que a menor apendicitis aguda y mejor grado de la temperatura corporal, menor será el deterioro de la integridad tisular, ($p < 0,001$).

Y por último las variables, que mostraron asociación directa con la etiqueta diagnóstica *Motilidad gastrointestinal disfuncional* fueron: la edad ($r=,243$), hernia abdominal ($r=,918$), hemoglobina ($r=,162$) y el tiempo de coagulación ($r=,279$). Lo que significa que, a mayor edad, hernia abdominal, hemoglobina y tiempo de coagulación, mayor será la motilidad gastrointestinal disfuncional, en contraste a las variables que se asociaron de manera indirecta fueron: la colecistitis ($r= -,362$) y la apendicitis aguda ($r= -,262$). Significando que, a menor colecistitis y apendicitis aguda, menor será la motilidad gastrointestinal disfuncional, ($p < 0,001$).

b) Correlación con los diagnósticos de enfermería de riesgo:

En cuanto a los diagnósticos de riesgo, las variables que mostraron asociación directa con la etiqueta diagnóstica, *Riesgo de infección* fueron: la edad ($r=,221$), colecistitis ($r= -,268$), apendicitis aguda ($r= -,210$), hernia abdominal ($r=,229$) y los procedimientos invasivos ($r=,384$). Significa, que, a

mayor edad, presencia de colecistitis, apendicitis aguda, hernia abdominal y procedimientos invasivos, mayor será el riesgo de infección.

De acuerdo al diagnóstico, *Riesgo de sangrado*, las variables que mostraron correlación directa fueron: la edad ($r=,257$) y los procedimientos invasivos ($r=,218$). Muestra que mayor sea la edad y los procedimientos invasivos, mayor será el riesgo de sangrado. En cambio, la variable que resulto ser indirecta fue: el tiempo de coagulación ($r= -,203$). Quiere decir que, a mejor valor del tiempo de coagulación, menor será el riesgo de sangrado.

En razón al diagnóstico, *Riesgo de estreñimiento* que relacionaron directamente fueron: la edad ($r=,292$), hernia abdominal ($r=,615$) y *el tiempo de coagulación* ($r=,196$). Indica que, a mayor edad, hernia abdominal y tiempo de coagulación, mayor será el riesgo de estreñimiento. No obstante, las variables que se relacionaron indirectamente fueron: la colecistitis ($r= -,232$) y la apendicitis aguda ($r= -,196$). Lo que demuestra que, a menor colecistitis y apendicitis aguda, menor será el riesgo de sangrado.

Tabla 9

Matriz de correlación bivariado de las variables asociadas con los diagnósticos de enfermería reales de los pacientes con abdomen agudo quirúrgico

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1. Edad	-												
2. Colecistitis	0,031	-											
3. Apendicitis aguda	-,276	-,638	-										
4. Hernia abdominal	,242	-,377	-,273	-									
5. Frecuencia cardiaca	,442	,196	-,265	-0,021	-								
6. Frecuencia respiratoria	-0,046	-0,023	0,097	-0,077	0,054	-							
7. Temperatura corporal	0,010	-0,128	0,084	0,055	0,016	-0,069	-						
8. Procedimientos invasivos	0,049	-0,057	0,016	0,072	-0,071	-0,052	0,081	-					
9. Hemoglobina	0,069	-0,094	-0,096	<u>,173</u>	-0,008	-0,024	0,086	0,131	-				
10. Tiempo de coagulación	-0,001	-,365	0,076	,197	-0,054	-0,027	0,110	0,133	,195	-			
11. Glucosa	0,092	0,121	-0,116	-0,017	0,125	-0,061	-0,056	-0,004	0,029	-0,086	-		
12. Creatinina	0,117	0,092	-0,044	-0,043	<u>,207</u>	-0,022	-0,059	-0,009	-0,037	-0,108	-0,096	-	
13. Urea	0,008	-,187	,184	-0,037	0,114	0,063	0,056	-0,015	0,003	0,053	0,008	,456	-
14. Amilasa	0,132	-,245	,206	-0,007	0,012	-0,021	-0,005	-0,028	-0,017	-0,031	0,075	0,089	,242
15. Dolor agudo	0,015	0,058	,309	,217	,234	0,064	0,138	-,209	0,062	0,025	0,040	-0,013	-0,059
16. Ansiedad	,250	0,158	0,127	0,135	0,009	<u>,230</u>	0,099	-0,090	-0,009	,140	-,199	0,018	0,053
17. Temor	0,084	-,306	0,084	,217	0,052	-0,006	0,076	-0,091	0,045	<u>,137</u>	-,179	0,045	0,106
18. Insomnio	0,096	-0,017	-0,074	0,059	-0,083	-0,032	-0,022	-0,023	0,085	0,064	0,047	0,066	-0,004
19. Deterioro de la ventilación espontanea	0,106	-0,051	0,003	0,023	0,028	,347	-0,037	-0,086	0,041	-0,009	-0,007	-0,008	0,041
20. Protección ineficaz	-0,094	<u>-,167</u>	0,126	0,034	-0,100	-0,080	0,002	0,093	0,097	0,082	0,009	-0,012	0,038
21. Deterioro de la integridad tisular	,213	0,041	-,305	,376	-0,021	-0,023	<u>-,153</u>	0,010	0,004	0,072	0,044	-0,058	-0,117
22. Motilidad gastrointestinal disfuncional	,243	-,362	-,262	,918	0,023	-0,073	0,050	0,081	<u>,162</u>	,279	-0,024	-0,048	-0,062
23. Diarrea	0,048	0,085	-0,011	-0,036	0,127	0,019	-0,020	0,070	-0,018	-0,013	-0,017	0,093	0,096
24. Estreñimiento	,210	<u>-,175</u>	-0,126	,464	-0,037	-0,003	0,057	0,036	0,042	0,104	0,011	-0,059	-0,052

Tabla 9.1

Matriz de correlación bivariado de las variables asociadas con los diagnósticos de enfermería reales de los pacientes con abdomen agudo quirúrgico

	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
15. Dolor agudo	,213	-									
16. Ansiedad	0,041	0,001	-								
17. Temor	0,088	-0,093	,648	-							
18. Insomnio	0,025	0,109	-0,102	-0,019	-						
19. Deterioro de la ventilación espontanea	0,029	-0,067	-0,117	0,000	-0,028	-					
20. Protección ineficaz	0,032	0,064	0,012	0,045	0,092	0,070	-				
21. Deterioro de la integridad tisular	-0,088	-0,031	-0,067	-0,015	<u>,160</u>	-0,007	-0,131	-			
22. Motilidad gastrointestinal disfuncional	-0,034	0,011	0,119	,198	0,088	-0,010	0,052	,400	-		
23. Diarrea	0,030	-0,011	-0,117	-0,105	-0,051	-0,020	<u>-,144</u>	0,028	-0,028	-	
24. Estreñimiento	0,028	0,039	0,018	0,004	-0,019	0,013	0,083	,344	,483	-0,061	-

Tabla 10

Matriz de correlación bivariado de las variables asociadas con los diagnósticos de enfermería reales de los pacientes con abdomen agudo quirúrgico

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. Edad	-											
2. Colecistitis	0,031	-										
3. Apendicitis aguda	-,276	-,638	-									
4. Hernia abdominal	,242	-,377	-,273	-								
5. Frecuencia cardiaca	,442	,196	-,265	-0,021	-							
6. Frecuencia respiratoria	-0,046	-0,023	0,097	-0,077	0,054	-						
7. Temperatura corporal	0,010	-0,128	0,084	0,055	0,016	-0,069	-					
8. Procedimientos invasivos	0,049	-0,057	0,016	0,072	-0,071	-0,052	0,081	-				
9. Hemoglobina	0,069	-0,094	-0,096	<u>,173</u>	-0,008	-0,024	0,086	0,131	-			
10. Tiempo de coagulación	-0,001	-,365	0,076	,197	-0,054	-0,027	0,110	0,133	,195	-		
11. Glucosa	0,092	0,121	-0,116	-0,017	0,125	-0,061	-0,056	-0,004	0,029	-0,086	-	
12. Creatinina	0,117	0,092	-0,044	-0,043	,207	-0,022	-0,059	-0,009	-0,037	-0,108	-0,096	-
13. Urea	0,008	-,187	,184	-0,037	0,114	0,063	0,056	-0,015	0,003	0,053	0,008	,456
14. Amilasa	0,132	-,245	,206	-0,007	0,012	-0,021	-0,005	-0,028	-0,017	-0,031	0,075	0,089
15. Riesgo de infección	,211	,268	,210	,229	0,059	0,057	-0,012	,384	0,061	0,057	0,049	-,305
16. Riesgo de hipotermia perioperatoria	0,042	0,059	0,032	-0,105	-0,033	-0,012	,375	0,040	0,043	-0,074	-0,018	0,049
17. Riesgo de sangrado	,257	0,104	-0,122	0,086	0,066	0,067	-0,033	,218	-0,036	-,203	-0,041	-0,042
18. Riesgo de retraso en la operación quirúrgica	-0,044	0,071	-0,037	-0,067	-0,021	0,061	-0,045	-0,083	-0,031	0,015	-0,009	-0,059
19. Riesgo de motilidad gastrointestinal disfuncional	0,009	-0,065	0,085	-0,004	-0,008	0,098	0,045	0,059	-0,026	0,066	0,107	-0,105
20. Riesgo de estreñimiento	,292	-,232	<u>-,168</u>	,615	-0,094	-0,083	0,057	0,127	0,118	,196	0,021	-0,038
21. Riesgo de desequilibrio electrolítico	-0,050	-0,012	0,021	-0,088	0,001	-0,076	-0,052	-0,060	-0,070	,140	-0,106	-0,054
22. Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos	-0,015	-0,102	0,079	-0,059	-0,008	-0,039	-0,023	-0,043	-0,048	,171	-0,115	-0,030

Tabla 10.1

Matriz de correlación bivariado de las variables asociadas con los diagnósticos de enfermería reales de los pacientes con abdomen agudo quirúrgico

	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
14. Amilasa	,242	-								
15. Riesgo de infección	-,231	-0,037	-							
16. Riesgo de hipotermia perioperatoria	-0,031	-0,097	-0,026	-						
17. Riesgo de sangrado	-0,038	-0,096	0,065	0,000	-					
18. Riesgo de retraso en la operación quirúrgica	-0,084	0,018	<u>,159</u>	-0,086	0,028	-				
19. Riesgo de motilidad gastrointestinal disfuncional	-0,013	-0,058	0,012	-0,005	0,001	-0,014	-			
20. Riesgo de estreñimiento	0,000	0,101	-0,040	-,180	-0,003	-0,018	-0,051	-		
21. Riesgo de desequilibrio electrolítico	0,020	0,067	-0,124	-0,009	-0,052	-0,064	0,077	-0,037	-	
22. Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos	0,066	0,126	<u>-,162</u>	0,009	-0,052	-0,042	0,093	-0,018	,905	-

4.2. DISCUSIÓN

El diagnóstico de enfermería constituye el juicio clínico de las respuestas humanas presentado por los pacientes, cuya finalidad es la de estandarizar el lenguaje del diagnóstico utilizado por el enfermero/ra profesional, donde es necesario que todo diagnóstico tenga un título, características definitorias, los factores relacionados y los factores de riesgo con una definición comprensible.

En el presente estudio fue posible comprobar la frecuencia de diagnóstico de enfermería en pacientes con abdomen agudo quirúrgico, donde el aporte principal de la investigación fue establecerse mediante el raciocinio de la enfermera/ro los diagnósticos reales y de riesgo presentes en los pacientes evaluados.

Se identificaron 10 diagnósticos reales de los cuales 06 fueron los más destacados como: el dolor agudo, ansiedad, temor, insomnio, protección ineficaz y deterioro de la integridad tisular, así como los diagnósticos de enfermería de riesgo fueron: riesgo de infección, riesgo de hipotermia perioperatoria, riesgo de sangrado y riesgo de motilidad gastrointestinal disfuncional.

Se encontró que la etiqueta diagnóstica de enfermería dolor agudo (95,7%) fue la más prevalente en estos tipos de pacientes, este hallazgo puede deberse al auto informe de dolor físico, la desesperanza, las conductas de protección y la expresión facial de dolor. El dolor agudo en pacientes con abdomen agudo quirúrgico puede ser interpretado como el auto informe sobre una experiencia sensorial no deseado asociado con una lesión tejido real o potencial, al principio repentino o gradual. Factores relacionados puede ser por agentes biológicos (agente infeccioso) y/o por agentes físicos (procedimientos invasivos).³⁴

El 67,0% de los pacientes presentaron “Ansiedad”, este acierto puede deberse a la inquietud, nerviosismo e impaciencia. La presencia de la etiqueta “Temor”, en el 56,0% podría deberse a experiencia de aumento del estado de alerta, palidez, impaciencia y la capacidad del aumento de la sudoración.

Referente a los diagnósticos de enfermería de riesgo, en forma mayoritaria los pacientes tuvieron “riesgo de infección” (85,5%), resultados que son ligeramente inferiores al estudio de Ubaldo³⁵ et al quienes informaron que este diagnóstico se presentó en más del 93,8% de los pacientes con riesgo de infección. Este diagnóstico destaca como una de las más frecuentes de este hallazgo, gradualmente relacionado con los procedimientos invasivo, en su mayoría debido a la necesidad de mantenimiento del acceso venoso para la administración de medicamentos. Identificar oportunamente el riesgo de infección es un factor de seguridad para el paciente quirúrgico.

Referente a los diagnósticos de enfermería de riesgo identificados, el 67,5% de los pacientes tuvieron riesgo de hipotermia perioperatoria, esto se debe por la presencia durante la operación la aplicación de procedimientos quirúrgicos, bajo peso corporal y la temperatura baja del centro quirúrgico. Además, el 58,9% de la muestra presento riesgo de sangrado encontrada en algunos pacientes por la afección gastrointestinal, traumatismos y conocimiento insuficiente de las precauciones contra el sangrado.

Referente a algunas características del estudio, la edad promedio de los pacientes quirúrgicos de abdomen agudo fue de 40 años, con predominio de las féminas (53,1%), difiriendo en algunos datos este resultado a lo reportado por Pinto¹⁴, en sus resultados la edad fue entre 65 a 75 años, predominando las mujeres con el 52,0 %. Las consideraciones sobre el género femenino se refieren con mayor vínculo a las actividades domésticas y alteraciones hormonales como la reducción del estrógeno con consecuente pérdida de masa ósea, La esperanza de vida de mujeres las mujeres en Perú son más elevada que la de

los hombres y por ello sufre más con las alteraciones del abdomen agudo que padece.

También se encontró que en los antecedentes clínicos la causa del abdomen agudo quirúrgico como la colecistitis (46,9%), la apendicitis aguda (31,6%) y la hernia abdominal (13,9%) fueron las causas del abdomen agudo más relevantes del estudio, siendo similar a los datos obtenidos por Pinto¹⁴, en donde estos tipos de pacientes presentaron colecistitis (31,1%), hernia abdominal (13,3%) y apendicitis aguda (6,7%). El abdomen agudo es una entidad mórbida, multisindrómica, de defensa aguda ante agresiones abdominales de muy distintas características, donde el dolor es la causa más frecuente de consulta médica y de enfermería urgente, constituyendo como uno de los motivos de la urgencia quirúrgica.³⁶

Como las enfermeras y enfermeros demuestran su preocupación por este aspecto de la atención de pacientes con abdomen agudo, la importancia de diagnosticar y realizar intervenciones en estos pacientes, contribuye a la seguridad y la calidad de la atención de enfermería.

El estudio determinó los principales diagnósticos de enfermería, sus características definitorias, así como la relación con varios dominios. Estos diagnósticos son de gran importancia en los cuidados de enfermería ya que permite hacer una contribución importante a los conocimientos de enfermería y para la documentación de la práctica profesional.

Como factores limitantes para la realización de este estudio estuvo la ausencia de investigación publicada sobre diagnósticos de enfermería en pacientes quirúrgicos de cirugía abdominal con abdomen agudo. Sin embargo, logramos llegar al principal propósito de esta investigación de mostrar cuáles son los diagnósticos de enfermería más frecuentes en estos tipos de pacientes.

4.3. CONCLUSIONES

- El perfil de la muestra de los pacientes con abdomen agudo quirúrgico fue que más de la mitad fueron adultos intermedios, especialmente mujeres convivientes con educación secundaria de ocupación dependiente, que cuentan con seguro integral de salud y apoyo social.
- Una cuarta parte de la muestra presentaron colecistitis, con estancia hospitalaria mayor de 60 minutos. En su mayoría informaron haber sido tratado quirúrgicamente con tratamiento por vía periférica y en su mayoría diagnosticada por ecografía abdominal.
- Los diagnósticos de enfermería reales más frecuentes fueron: el dolor agudo, la ansiedad y el temor, siendo sus características definitorias más frecuentes como la expresión facial de dolor, inquietud y estado de salud comprometido. En los diagnósticos de riesgo estuvieron: el riesgo de infección, el riesgo de hipotermia perioperatoria y el riesgo de sangrado.
- Los pacientes que muestran el diagnóstico dolor agudo, tienen colecistitis, apendicitis aguda, hernia abdominal ($p = <0,0001$).

4.4. RECOMENDACIONES

- Formar protocolos específicos de atención de enfermería en los pacientes con abdomen agudo quirúrgico que reduzca el tiempo para los registros de diagnósticos identificados en estos pacientes.
- Que el resultado alcanzado en el presente estudio sirva como antecedente de futuros trabajos de enfermería dirigidos a la atención y el cuidado de pacientes quirúrgicos y así continuar cada vez más mejorando la calidad de cuidados de enfermería.

4.5. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1 Rodrigo M, Fernández C y Navarro M. De la teoría a la práctica: el pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. 3ra ed. España: Elsevier Masson; 2009.
- 2 Carvalho E. Relações entre a coleta de dados, diagnóstico e prescrição de enfermagem a pacientes adultos de uma UTI. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2008; 16(4):700-6.
- 3 Calil A e Pimenta C. A importância da avaliação e padronização analgésica em serviços de emergência. Acta Paul Enferm. 2010; 65(1):132-8.
- 4 Bermúdez A, Rivero R, Barroetabeña R y Padierna R. Caracterización de los pacientes con Abdomen Agudo Quirúrgico atendidos en el Centro Médico de Diagnóstico Integral. Municipio Pampán. [Serie en internet]. 2019; [2019 junio 03]; [Alrededor de una página]. Disponible en: http://www.revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/view/342?fbclid=IwAR2uP9FtPjIOVxQVVjbnI796yza_CPD1hQXipEZdCqtnQB3By8SRFWQ43kM_.
- 5 Prieto G, Carvajal G, Santos J, Upegui y Rendón J. Causas inesperadas de abdomen agudo. [Serie en internet]. 2016 [2019 junio 03]; [Alrededor de 14 páginas]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/jatsRepo/3555/355549418006/355549418006.pdf>
- 6 Palacios et al. Administración de analgésico de tipo. [Serie en internet]. 2019 [2019 junio 04]; [Alrededor de 08 páginas]. Disponible en: www.medigraphic.com/pdfs/juarez/ju-2018/ju182b.pdf?fbclid=IwAR21C1gK8R2dWUAK75TU5n4L9RIXPT1Pu9U9zGkMb3KIV7Elqvt_6VxYgQU.
- 7 Pinto Y. Causas de abdomen agudo quirúrgico en pacientes geriátricos atendidos en el servicio de emergencia del hospital Alfredo Noboa

Montenegro. [Tesis para optar el título de médico cirujano]. Ambato: Universidad Regional Autónoma de los Andes; 2018.

8 Armas L. Caracterización y manejo quirúrgico. [Tesis para optar el título de Magister en ciencias médicas. Guatemala: Universidad de San Marcos de Guatemala; 2016.

9 Miranda R. Morbilidad del abdomen agudo quirúrgico no traumático en el paciente geriátrico. Hospital “Luis Vernaza” 2012-2013. [Tesis para optar el título de especialista en cirugía general]. Guayaquil: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil; 2015.

10 Casado P et al. Enfermedades trazadoras del abdomen agudo quirúrgico no traumático. Revista Archivo Médico de Camagüey. 2014; 18(3): 269-82.

11 Tigua O. Protocolo de atención de enfermería a pacientes con dolor abdominal agudo quirúrgico, área de emergencia del hospital jipijapa. [Tesis para optar el título de Magister en emergencias médicas]. Guayaquil: Universidad de Guayaquil; 2014.

12 Steadman´s. 28 ed. Filadelfia: Hubsta Ltd. 2005.

13 Silen W. Harrison Principios de la medicina interna. 18ª ed. Madrid: Mc Graw Hill: 2012.

14 Montalvo E, Rodea H, Athié C y Zavala A. Abdomen agudo. Avances en su manejo y abordaje. 2008; 11(3): 86-91.

15 Capell M et al. Mechanical Obstruction of the Small Bowel and Colon. Med Clin. 2008; 92: 575 – 97.

16 Paulina L. 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 2011. [Tesis para optar el título de Magister en emergencias médicas]. Guayaquil: Universidad de Guayaquil; 2012.

17 Prieto R, Carbajal G, Santos J, Upegui y Rendón J. Causas inesperadas de abdomen agudo. Revista Colombiana de Cirugía. 2016; 31(4): 269-75.

18 Larrea M, Dubé A y Llera G. Abdomen agudo quirúrgico. [Serie en internet]. 2019 [2019 junio 24]; [Alrededor de 34 páginas]. Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/uvs/cirured/supercursoabdomenagudo1.pdf>

19 Mayo M, Pacheco J y Vázquez J. Abdomen agudo. Medicine. 2016;12(7):363-79.

20 Bassy et al. Abdomen agudo. Tratado de geriatría para residentes. 2012; Capitulo 55: 567-73.

21 Rodríguez Alba y Cañón W. Caminos metodológicos: validación y desarrollo de diagnósticos de enfermería. Revista Cuidarte. 2015; 6(1): 879-81.

22 Herdman T y Kamitsuru S. Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2018-2020. 2018; Porto Alegre: Artmed.

23 Ramírez B. Técnicas quirúrgicas: Estabilización del paciente post-operatorio.

[Serie en internet]. 2013 [2019 julio 24]; [Alrededor de una página]. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/130126078/Paciente-Post-Operatorio>

24 Heather H y Kamitsuru S. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2018-2020. Edición hispanoamericana. Elsevier, 2019.

25. Garcia S, Valente Bonilla P, Quintero Garcia B, Trujillo Bracamontes F, Rios Beltran J, Sanchez Cuen J, et al. Abdomen agudo quirúrgico. Un reto diagnóstico. Revista Cirujano General. 2017; 39(4): 203-208.

26 Ministerio de Salud Pública, Dirección nacional de registros médicos y estadísticas de salud. Anuario Estadístico de Salud, 2011. La Habana: MINSAP; 2012.

27 Cartwright S y Knudson M. Dolor abdominal agudo en los adultos. Algoritmos para la población general y poblaciones especiales. Am Fam Physician. 2013; 77(7): 971-8.

28 Bejarano M, Gallego C y Gómez J. Frecuencia de abdomen agudo quirúrgico en pacientes que consultan al servicio de urgencias. Revista Colombo Cir. 2011; 26: 33-41.

29 Blandón E y Correa J. Analgesia en el abdomen agudo: ¿persiste el peligro? IATREIA. 2006; 19(1):62-69.

30 Tejada P y Melgarejo G. Incidencia de apendicitis aguda y su relación con factores ambientales, Perú, 2013. An Fac med. 2015; 76(3):253-6.

31 Hospital Santa Rosa. MINSA. Departamento de Cirugía. Guía de práctica clínica basada en evidencias: Litiasis biliar. Lima, Nov. 2012. Pág. 11-18.

32 Ministerio de salud. Análisis situacional de salud hospitalario. Lima: MINSA; 2015.

33 Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM-Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. [Serie en internet.] 2019; [2019 Mayo 16]; [Alrededor de 09 página]. Disponible en:

<http://repositorio.mederi.com.co/bitstream/handle/123456789/386/Declaracion-Helsinki-2013-Esp.pdf?sequence=1>

34. Sellevoll et al. Acute abdomen as an early symptom of COVID-19. Tidsskrift for Den norske legeförening. 2020;140 (7): 1-6.

35. Ubaldo, Isabela, et al. "Diagnósticos de enfermagem da NANDA Internacional em pacientes internados em unidade de clínica médica." *Rev Rene* 18.1 (2017): 68-75.

36. Ossorio M, Pacheco J y Vázquez J. Abdomen agudo. Programa de Formación Médica Continuada Acreditado. 2016; 12(7): 363-379.

ANEXOS

ANEXO 01
MATRIZ DE CONSISTENCIA

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADORES	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA
Variable dependiente Diagnósticos de enfermería	Es un juicio clínico sobre las respuestas de una persona familia o comunidad frente a problemas de salud, vitales reales o potenciales NANDA 2018-2020	Protección ineficaz	Cuando el paciente presenta dos a mas características definitorias: Inquietud, impaciencia, alteración del patrón respiratorio, nerviosismo, voz temblorosa, confusión.	Nominal
		Ansiedad	Cuando el paciente presenta dos a mas características definitorias: Inquietud, impaciencia, alteración del patrón respiratorio, nerviosismo, voz temblorosa, confusión.	Nominal
		Temor	Cuando el paciente presenta dos a mas características definitorias: Palidez, aumento del estado de alerta, fatiga, aumento de la sudoración, disnea, impaciencia.	Nominal
		Dolor agudo	Cuando el paciente presenta dos a mas características definitorias: Auto informe de dolor físico, desesperanza, conductas de protección, expresión facial de dolor.	Nominal
		Estreñimiento	Cuando el paciente presenta dos a mas características definitorias:	Nominal

			Aumento de la presión abdominal, distensión abdominal, disminución de la frecuencia de deposiciones, dolor abdominal, incapacidad para defecar, sensibilidad abdominal con resistencia muscular palpable.	
		Motilidad gastrointestinal disfuncional	Cuando el paciente presenta dos a mas características definitorias: Abdomen distendido, diarrea, retortijones abdominales, dificultad para defecar, dolor abdominal, cambio en los ruidos intestinales.	Nominal
		Deterioro de la ventilación espontanea	Cuando el paciente presenta dos a mas características definitorias: Alteración de la frecuencia respiratoria, sonidos respiratorios anormales, alteración del patrón respiratorio, agitación.	Nominal
		Insomnio	Cuando el paciente presenta dos a mas características definitorias: Estado de salud comprometido, cambios de humor, dificultad para conciliar el sueño, disminución de la calidad de vida.	Nominal
		Diarrea	Cuando el paciente presenta dos a mas características definitorias: Dolor abdominal, ruidos intestinales hiperactivos, urgencia intestinal, perdida de heces liquidas > 3 en 24 horas.	Nominal
		Deterioro de la integridad tisular	Cuando el paciente presenta dos a mas características definitorias: Lesión tisular, destrucción tisular.	Nominal

		Riesgo de infección	Cuando el paciente presenta dos a mas factores de riesgo: Cambio en la integridad de la piel, tabaquismo, alteración del peristaltismo, obesidad, procedimiento invasivos, diabetes mellitus.	Nominal
		Riesgo de estreñimiento	Cuando el paciente presenta dos a mas factores de riesgo: Deterioro de la motilidad gastrointestinal, debilidad de los músculos intestinales, obstrucción intestinal, hábitos de defecación irregular.	Nominal
		Riesgo de retraso en la operación quirúrgica	Cuando el paciente presenta dos a mas factores de riesgo: Deterioro de la movilidad física, diabetes mellitus, dolor, traumatismo de la herida quirúrgica, vómitos persistentes, contaminación de la herida quirúrgica.	Nominal
		Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos	Cuando el paciente presenta dos a mas factores de riesgo: Obstrucción intestinal, régimen terapéutico, traumatismo, sepsis.	Nominal
		Riesgo de desequilibrio electrolítico	Cuando el paciente presenta dos a mas factores de riesgo: Diarrea, régimen terapéutico, volumen de líquidos insuficientes, vómitos.	Nominal
		Riesgo de motilidad gastrointestinal disfuncional	Cuando el paciente presenta dos a mas factores de riesgo: Ansiedad, diabetes mellitus, disminución de la circulación gastrointestinal, intolerancia alimentaria, factores estresantes, infección.	Nominal
		Riesgo de sangrado	Cuando el paciente presenta dos a mas factores de riesgo:	Nominal

			Afección gastrointestinal, régimen terapéutico, traumatismo, conocimiento insuficiente de las precauciones, contra el sangrado.	
		Riesgo de hipotermia perioperatoria	<p>Cuando el paciente presenta dos a mas factores de riesgo:</p> <p>Procedimiento quirúrgico, bajo peso corporal, temperatura ambiental baja.</p>	Nominal

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADORES	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA
Variable independiente Características sociodemográficas	Conjunto de características biológicas, socio económico, culturales, presentes en una población sujeta a estudio.	Edad	<ul style="list-style-type: none"> - 18 – 26 años - 27 – 59 años - 60 a más años 	Nominal
		Sexo	<ul style="list-style-type: none"> - Femenino - Masculino 	Ordinal
		Grado instrucción	<ul style="list-style-type: none"> - Sin instrucción - Primaria - Secundaria - Superior técnico - Superior universitario 	Nominal
		Estado civil	<ul style="list-style-type: none"> - Separado/Viudo - Soltero 	

			<ul style="list-style-type: none"> - Conviviente - Casado 	
		Ocupación	<ul style="list-style-type: none"> - Estudiante - Independiente - Dependiente - Ama de casa 	Nominal
		Tipo de seguro	<ul style="list-style-type: none"> - seguro - Sistema integral de salud (SIS) - EsSalud - Privado 	Nominal
		Apoyo social	<ul style="list-style-type: none"> - Si - No 	Ordinal
Características clínicas	Signos o síntomas iniciales y actuales que más afectan el desarrollo de una vida, enfermedades asociadas y salud autopercebida.	Antecedentes previos	<ul style="list-style-type: none"> - Colecistitis - Apendicitis aguda - Hernia abdominal - Hernia inguinal - Úlcera gástrica - Litiasis renal - Diabetes mellitus 	Nominal
		Tiempo de estancia hospitalaria	<ul style="list-style-type: none"> - Menos de 20 minutos - De 20 a 60 minutos - Mayor de 60 minutos 	Nominal
		Monitoreo hemodinámico	<ul style="list-style-type: none"> - Presión arterial sistólica - Presión arterial diastólica - Frecuencia cardíaca - Frecuencia respiratoria - Temperatura corporal 	Nominal

			- Saturación de oxígeno	
		Tipo de tratamiento	- Tratamiento médico - Tratamiento quirúrgico	
		Procedimientos invasivos	- Vía periférica - Tubo endotraqueal - Sonda nasogástrica - Sonda vesical	Nominal
Características para clínicas	Datos clínicos sobre las condiciones internas del paciente.	Exámenes laboratoriales	- Hemograma - Plaquetas - Hematocrito - Hemoglobina - Examen de orina - Tiempo de coagulación - Tiempo de sangría - Glucosa - Creatinina - Urea - Amilasa - Lipasa	Nominal
		Exámenes de imagen	- Radiografía de tórax - Radiografía de abdomen - Ecografía abdominal - Tomografía axial computarizada	Nominal



ANEXO 02

CONSENTIMIENTO INFORMADO

**DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON ABDOMEN AGUDO
QUIRURGICO**

PRESENTACIÓN.

Sr, Sra., Joven, Srta., le brindamos un cordial saludo, soy bachiller de la Carrera de Enfermería de la Universidad Científica del Perú, el motivo de este acercamiento hacia su persona es para solicitarle su valiosa información con la finalidad de recolectar información sobre *los Diagnósticos de enfermería en pacientes con abdomen agudo quirúrgico* que será de mucha importancia para el estudio.

Su participación en el estudio es voluntaria, Ud. No recibirá ningún tipo de beneficio económico si acepta colaborar con el estudio. Toda la información que se obtenga será de forma anónima, respetando su confidencialidad. Los datos obtenidos en este estudio solo serán utilizados por las investigadoras con fines de académicos.

Si usted tiene alguna pregunta o duda, con gusto serán respuestas o si desea alguna información adicional se puede acercar a mi persona en cualquier momento. Por favor coloque su firma y su huella digital al final de este documento, con lo cual usted, estará autorizando participar en este estudio.

Firma



¡Muchas Gracias!



ANEXO 03

CUESTIONARIO SOBRE DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA DE PACIENTES CON ABDOMEN AGUDO QUIRURGICO

PRESENTACIÓN:

Estimado (a) señor (a) la presente investigación es de carácter confidencial y anónimo. Tiene como intención fundamental obtener información acerca de algunos datos suyos, que contribuirá a mejorar el tratamiento de enfermedades como el abdomen agudo que Usted padece. Responda con sinceridad a cada una de las preguntas que le haremos a continuación. De ser necesario se le repetirá la pregunta.

I. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

n1.Edad:.....n2.Sexo:.....n3.Grado de instrucción:n4. Estado Civil:..... n5. Ocupación: n6. Tipo de seguro:n7. Apoyo social: Si.....No.....

II. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Antecedentes previos:		Monitoreo hemodinámico		Procedimientos invasivos			
Colecistitis	1	Presión arterial	1	Vía periférica	1	SNG	6
Apendicitis aguda	2	Frecuencia cardiaca	2	TET	2	Sonda vesical	7
Hernia abdominal	3	Respiración	3	Oxigeno CBN	3		
Ulcera gástrica	4	Temperatura corporal	4	Oxigeno por mascaratorreservorio	4		
Litiasis renal	5	Saturación de oxigeno	5	Oxigeno por mascaratorventuri	5		
Diabetes mellitus	6						
Otros	7						
Tiempo de estancia hospitalaria:		Tipo de tratamiento					
Menos de 20 minutos	1	Médico	1				
De 20 a 60 minutos	2	Quirúrgico	2				
Mayor de 60 minutos	3						

DOMINIO 09	CLASE: 02	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA													
Afrontamiento/Tolerancia al estrés <table border="1"> <tr><td>Si</td><td>1</td></tr> <tr><td>No</td><td>0</td></tr> </table>	Si	1	No	0	Respuestas de afrontamiento <table border="1"> <tr><td>Si</td><td>1</td></tr> <tr><td>No</td><td>0</td></tr> </table>	Si	1	No	0	Ansiedad (00146)		Si	1	No	0
	Si	1													
	No	0													
Si	1														
No	0														
R/C a entorno desconocido															
Características definitivas	Inquietud	1	Nerviosismo				4								
	Impaciencia	2	Voz temblorosa				5								
	Alteración del patrón respiratorio	3	Confusión				6								

DOMINIO 09	CLASE: 02	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA													
Afrontamiento/Tolerancia al estrés <table border="1"> <tr><td>Si</td><td>1</td></tr> <tr><td>No</td><td>0</td></tr> </table>	Si	1	No	0	Respuestas de afrontamiento <table border="1"> <tr><td>Si</td><td>1</td></tr> <tr><td>No</td><td>0</td></tr> </table>	Si	1	No	0	Temor (00048)		Si	1	No	0
	Si	1													
	No	0													
Si	1														
No	0														
R/C a entorno desconocido															
Características definitivas	Palidez	1	Aumento de la sudoración				4								
	Aumento del estado de alerta	2	Disnea				5								
	Fatiga	3	Impaciencia				6								

DOMINIO 12	CLASE: 01	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA													
Confort <table border="1"> <tr><td>Si</td><td>1</td></tr> <tr><td>No</td><td>0</td></tr> </table>	Si	1	No	0	Gestión de la salud <table border="1"> <tr><td>Si</td><td>1</td></tr> <tr><td>No</td><td>0</td></tr> </table>	Si	1	No	0	Dolor agudo (00132)		Si	1	No	0
	Si	1													
	No	0													
Si	1														
No	0														
R/C agente lesivo físico															
Características definitivas	Auto informe de dolor físico	2	Conductas de protección				4								
	Desesperanza.	3	Expresión facial de dolor				5								

DOMINIO 02		CLASE: 02	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA												
Nutrición <table border="1"> <tr><td>Si</td><td>1</td></tr> <tr><td>No</td><td>0</td></tr> </table>	Si	1	No	0	Función gastrointestinal <table border="1"> <tr><td>Si</td><td>1</td></tr> <tr><td>No</td><td>0</td></tr> </table>	Si	1	No	0	Estreñimiento (00011)		Si	1	No	0
	Si	1													
	No	0													
	Si	1													
No	0														
R/C disminución de la motilidad gastrointestinal o debilidad de los músculos abdominales															
Características definitivas	Aumento de la presión abdominal	1	Dolor abdominal	5											
	Distensión abdominal	2	Incapacidad para defecar	6											
			Ruidos abdominales	3	Sensibilidad abdominal con resistencia muscular palpable.	7									
			Disminución de la frecuencia de deposiciones	4											

DOMINIO 03		CLASE: 02	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA												
Eliminación e intercambio <table border="1"> <tr><td>Si</td><td>1</td></tr> <tr><td>No</td><td>0</td></tr> </table>	Si	1	No	0	Función gastrointestinal <table border="1"> <tr><td>Si</td><td>1</td></tr> <tr><td>No</td><td>0</td></tr> </table>	Si	1	No	0	Motilidad gastrointestinal disfuncional (00196)		Si	1	No	0
	Si	1													
	No	0													
	Si	1													
No	0														
R/C Inmovilidad, intolerancia a los alimentos o por régimen terapéutico															
Características definitivas	Abdomen distendido	1	Dificultad para defecar	4											
	Diarrea	2	Dolor abdominal	5											
			Retortijones abdominales	3	Cambio en los ruidos intestinales	6									

DOMINIO 04		CLASE: 04	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA												
Actividad/reposo <table border="1"> <tr><td>Si</td><td>1</td></tr> <tr><td>No</td><td>0</td></tr> </table>	Si	1	No	0	Respuestas cardiovasculares/pulmonares <table border="1"> <tr><td>Si</td><td>1</td></tr> <tr><td>No</td><td>0</td></tr> </table>	Si	1	No	0	Deterioro de la ventilación espontánea (00033)		Si	1	No	0
	Si	1													
	No	0													
	Si	1													
No	0														
R/C fatiga de los músculos respiratorios ()															
Características definitivas	Alteración de la frecuencia respiratoria	1	Alteración del patrón respiratorio	5											
	Sonidos respiratorios anormales	2	Agitación	6											

DOMINIO 04	CLASE: 01	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA													
Actividad/reposo <table border="1"> <tr><td>Si</td><td>1</td></tr> <tr><td>No</td><td>0</td></tr> </table>	Si	1	No	0	Sueño/Reposo <table border="1"> <tr><td>Si</td><td>1</td></tr> <tr><td>No</td><td>0</td></tr> </table>	Si	1	No	0	Insomnio (00095)		Si	1	No	0
	Si	1													
	No	0													
	Si	1													
No	0														
R/C malestar físico															
Características definitorias	Estado de salud comprometido	1	Dificultad para conciliar el sueño		3										
	Cambios de humor	2	Disminución de la calidad de vida		4										

DOMINIO 03	CLASE: 02	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA													
Eliminación e intercambio <table border="1"> <tr><td>Si</td><td>1</td></tr> <tr><td>No</td><td>0</td></tr> </table>	Si	1	No	0	Función gastrointestinal <table border="1"> <tr><td>Si</td><td>1</td></tr> <tr><td>No</td><td>0</td></tr> </table>	Si	1	No	0	Diarrea (00013)		Si	1	No	0
	Si	1													
	No	0													
	Si	1													
No	0														
R/C inflamación, irritación gastrointestinal															
Características definitorias	Dolor abdominal	1	Urgencia intestinal		3										
	Ruidos intestinales hiperactivos	2	Pérdida de heces líquidas >3 en 24 horas.		4										

DOMINIO 03	CLASE: 02	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA													
Seguridad/Protección <table border="1"> <tr><td>Si</td><td>1</td></tr> <tr><td>No</td><td>0</td></tr> </table>	Si	1	No	0	Lesión física <table border="1"> <tr><td>Si</td><td>1</td></tr> <tr><td>No</td><td>0</td></tr> </table>	Si	1	No	0	Deterioro de la integridad tisular (00054)		Si	1	No	0
	Si	1													
	No	0													
	Si	1													
No	0														
R/C deterioro de la movilidad o procedimiento quirúrgico															
Características definitorias	Lesión tisular	1	Destrucción tisular		2										

Diagnósticos de enfermería de riesgo:

DOMINIO 11	CLASE: 02	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA													
Seguridad/Protección <table border="1"> <tr><td>Si</td><td>1</td></tr> <tr><td>No</td><td>0</td></tr> </table>	Si	1	No	0	Lesión física <table border="1"> <tr><td>Si</td><td>1</td></tr> <tr><td>No</td><td>0</td></tr> </table>	Si	1	No	0	Riesgo de infección (00004)		Si	1	No	0
	Si	1													
	No	0													
	Si	1													
No	0														
R/C intervención quirúrgica															
Factores de riesgo	Cambio en la integridad de la piel	1	Obesidad		4										
	Tabaquismo	2	Procedimientos invasivos		5										
		3	Diabetes mellitus												

DOMINIO 04	CLASE: 02	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA													
Eliminación e intercambio <table border="1"> <tr><td>Si</td><td>1</td></tr> <tr><td>No</td><td>0</td></tr> </table>	Si	1	No	0	Función gastrointestinal <table border="1"> <tr><td>Si</td><td>1</td></tr> <tr><td>No</td><td>0</td></tr> </table>	Si	1	No	0	Riesgo de estreñimiento (00015)		Si	1	No	0
	Si	1													
	No	0													
Si	1														
No	0														
R/C malestar físico															
Factores de riesgo		Disminución de la motilidad gastrointestinal	1	Obstrucción intestinal	3										
		Debilidad de los músculos abdominales	2	Hábitos de defecación irregular	4										

DOMINIO 11	CLASE: 02	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA													
Seguridad/Protección <table border="1"> <tr><td>Si</td><td>1</td></tr> <tr><td>No</td><td>0</td></tr> </table>	Si	1	No	0	Lesión física <table border="1"> <tr><td>Si</td><td>1</td></tr> <tr><td>No</td><td>0</td></tr> </table>	Si	1	No	0	Riesgo de retraso en la operación quirúrgica (00246)		Si	1	No	0
	Si	1													
	No	0													
Si	1														
No	0														
R/C intervención quirúrgica															
Factores de riesgo		Deterioro de la movilidad física	1	Traumatismo de la herida quirúrgica	4										
		Diabetes mellitus	2	Vómitos persistentes	5										
		Dolor	3	Contaminación de la herida quirúrgica											

DOMINIO 02	CLASE: 05	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA													
Nutrición <table border="1"> <tr><td>Si</td><td>1</td></tr> <tr><td>No</td><td>0</td></tr> </table>	Si	1	No	0	Hidratación <table border="1"> <tr><td>Si</td><td>1</td></tr> <tr><td>No</td><td>0</td></tr> </table>	Si	1	No	0	Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos (00025)		Si	1	No	0
	Si	1													
	No	0													
Si	1														
No	0														
R/C malestar físico															
Factores de riesgo		Obstrucción intestinal	1	Traumatismo	3										
		Régimen terapéutico	2	Sepsis	4										

DOMINIO 02	CLASE: 05	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA													
Nutrición <table border="1"> <tr><td>Si</td><td>1</td></tr> <tr><td>No</td><td>0</td></tr> </table>	Si	1	No	0	Hidratación <table border="1"> <tr><td>Si</td><td>1</td></tr> <tr><td>No</td><td>0</td></tr> </table>	Si	1	No	0	Riesgo de desequilibrio electrolítico (00195)		Si	1	No	0
	Si	1													
	No	0													
Si	1														
No	0														
R/C malestar físico															
Factores de riesgo		Diarrea	1	Volumen de líquidos insuficiente	3										
		Régimen terapéutico	2	Vómitos	4										

DOMINIO 03	CLASE: 02	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA													
Eliminación e intercambio <table border="1"> <tr><td>Si</td><td>1</td></tr> <tr><td>No</td><td>0</td></tr> </table>	Si	1	No	0	Función gastrointestinal <table border="1"> <tr><td>Si</td><td>1</td></tr> <tr><td>No</td><td>0</td></tr> </table>	Si	1	No	0	Riesgo de motilidad gastrointestinal disfuncional (00197)		Si	1	No	0
	Si	1													
	No	0													
Si	1														
No	0														
R/C malestar físico															
Factores de riesgo		Ansiedad	1	Intolerancia alimentaria	4										
		Diabetes mellitus	2	Factores estresantes	5										
		Disminución de la circulación gastrointestinal	3	Infección	6										

DOMINIO 11	CLASE: 02	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA													
Seguridad/Protección <table border="1"> <tr><td>Si</td><td>1</td></tr> <tr><td>No</td><td>0</td></tr> </table>	Si	1	No	0	Lesión física <table border="1"> <tr><td>Si</td><td>1</td></tr> <tr><td>No</td><td>0</td></tr> </table>	Si	1	No	0	Riesgo de sangrado (00206)		Si	1	No	0
	Si	1													
	No	0													
Si	1														
No	0														
R/C intervención quirúrgica															
Factores de riesgo		Afección gastrointestinal	1	Traumatismo	3										
		Régimen terapéutico	2	Conocimiento insuficiente de las precauciones contra el sangrado.	4										

DOMINIO 11	CLASE: 06	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA													
Seguridad/Protección <table border="1" data-bbox="152 327 261 401"> <tr><td>Si</td><td>1</td></tr> <tr><td>No</td><td>0</td></tr> </table>	Si	1	No	0	Termorregulación <table border="1" data-bbox="331 306 440 380"> <tr><td>Si</td><td>1</td></tr> <tr><td>No</td><td>0</td></tr> </table>	Si	1	No	0	Riesgo de hipotermia perioperatoria (00254)		Si	1	No	0
	Si	1													
	No	0													
	Si	1													
No	0														
R/C intervención quirúrgica															
Factores de riesgo	Procedimiento quirúrgico	1	Temperatura ambiental baja			3									
	Bajo peso corporal	2					4								