

**UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



**CONOCIMIENTO SOBRE EL ABDOMEN AGUDO EN RELACIÓN CON LOS  
PROCESOS DE ATENCIÓN EN LA EMERGENCIA DE LOS INTERNOS DE  
MEDICINA DE UNA UNIVERSIDAD PRIVADA -2022**

**TESIS**

**PRESENTADO POR BACHILLER  
BLANCA COROTHY APAZA CUZCANO**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE  
MÉDICO CIRUJANO**

**LIMA – PERÚ**

**2022**

**ASESOR**

**DRA. JENNY MARIANELLA ZAVALA OLIVER**

**AGRADECIMIENTO: A la Dra. Jenny  
Zavaleta, con quien he podido desarrollar  
los contenidos y ha permitido mejorar mi  
calidad profesional y realizar el presente  
trabajo**

**DEDICATORIA: A MI FAMILIA  
POR SU APOYO  
PERMANENTE PARA LOGRAR  
MIS SUEÑOS**

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar la relación entre el nivel de conocimiento del abdomen agudo con la Aplicación del Proceso de Atención.

**Metodología.** Estudio observacional, transversal, prospectivo, de nivel correlacional.

**Resultados:** el nivel de conocimiento bajo sobre el abdomen agudo en la emergencia tiene una correlación positiva alta (Rho de sperman 0,768) sobre el inadecuado proceso de atención de esta patología en los internos de medicina de una universidad privada con un p valor=0,00 ( $p < 0,05$ ) estadísticamente significativo; el nivel medio en las dimensiones definición, causas y sintomatología (Rho de sperman 2,12); el nivel de conocimiento bajo tiene una correlación positiva débil (Rho 0,162) sobre el inadecuado proceso de examinar y solicitud de análisis (Rho 7,42); en las dimensiones de valorar, planear y ejecutar de los internos de medicina de una universidad privada con un p valor=0,04 ( $p < 0,05$ ) estadísticamente significativo (Rho 0,342)

**Conclusiones:** El nivel de conocimiento es bajo y se relaciona con el inadecuado proceso de atenciones en la emergencia sobre el abdomen agudo

## ABSTRACT

**Objective:** To determine the relationship between the level of knowledge of Acute Abdominal with the Application of the Attention Process.

**Methodology.** Observational, cross-sectional, prospective, correlational level study.

**Results:** the low level of knowledge about the acute abdomen in the emergency room has a high positive correlation (Sperman's Rho 0.768) on the inadequate care process for this pathology in the medical interns of a private university with a p value = 0, 00 ( $p < 0.05$ ) statistically significant; the average level in the dimensions definition, causes and symptomatology (Sperman's Rho 2.12); the low level of knowledge has a weak positive correlation (Rho 0.162) on the inadequate process of examining and requesting analysis (Rho 7.42); in the dimensions of assessing, planning and executing medical interns at a private university with a p value=0.04 ( $p < 0.05$ ) statistically significant (Rho 0.342)

**Conclusions:** The level of knowledge is low and is related to the inadequate care process in the emergency on the acute abdomen

## INTRODUCCION

El abdomen agudo quirúrgico es una de las patologías de mayor frecuencia de las atenciones en la cirugía de emergencia, que requiere de un adecuado diagnóstico para seguir un proceso de atención y culmine en el acto quirúrgico.

Para ello es indispensable que los internos de medicina tengan un adecuado nivel de conocimiento sobre los síntomas y signos, el examen físico buscando los puntos específicos de las lesiones, la solicitud de los análisis complementarios, ya sea de laboratorio e imágenes para un rápido diagnóstico y el paciente pueda ser intervenido en el tiempo preciso y minimizar las probables complicaciones que se puedan presentar ante el retraso de estas.

En el capítulo I, se plantea el problema de investigación y se trazan los objetivos generales y específicos; en el capítulo II se revisa la base teórica y los estudios previos a la investigación; en el capítulo III se relata la metodología empleada y en el capítulo IV se plasman las tablas con los resultados para finalmente en el capítulo V se enuncian las conclusiones y se ensayan algunas recomendaciones al respecto

## ÍNDICE

<b>CARATULA</b>	<b>I</b>
<b>ASESOR</b>	<b>II</b>
<b>AGRADECIMIENTO</b>	<b>III</b>
<b>DEDICATORIA</b>	<b>IV</b>
<b>RESUMEN</b>	<b>V</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>VI</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>VII</b>
<b>ÍNDICE</b>	<b>VIII</b>
<b>LISTA DE TABLAS</b>	<b>X</b>
<b>LISTA DE ANEXOS</b>	<b>XI</b>
<b>CAPÍTULO I: EL PROBLEMA</b>	<b>1</b>
1.1 Planteamiento del problema	1
1.2 Formulación del problema	2
1.2.1 General	2
1.2.2 Específicos	2
1.3 Justificación	2
1.4 Delimitación del área de estudio	3
1.5 Limitaciones de la investigación	3
1.6 Objetivos	4
1.6.1 General	4
1.6.2 Específicos	4
1.7 Propósito	4
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b>	<b>5</b>
2.1 Antecedentes Bibliográficos	5
2.2 Bases Teóricas	11
2.3 Marco Conceptual	22

2.4 Hipótesis	22
2.4.1 General	22
2.4.2 Específica	22
2.5 Variables	23
2.6 Definición Operacional de términos	23
<b>CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN</b>	<b>25</b>
3.1 Diseño Metodológico	25
3.1.1 Tipo de investigación	25
3.1.2 Nivel de investigación	25
3.2 Población y muestra	25
3.3 Técnicas e instrumento de recolección de datos	26
3.4 Diseño de Recolección de datos	27
3.5 Procesamiento y análisis de datos	27
3.6 Aspectos éticos	28
<b>CAPÍTULO IV ANALISIS LOS RESULTADOS</b>	<b>29</b>
4.1 Resultados	29
4.1 Discusión	34
<b>CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	<b>38</b>
5.1 Conclusiones	38
5.2 Recomendaciones	39
<b>Referencias Bibliográficas</b>	<b>40</b>
<b>Bibliografía</b>	<b>40</b>
<b>Anexos</b>	<b>44</b>

## **LISTA DE TABLAS**

### **TABLA 1**

Nivel de conocimiento en las dimensiones: definición, causas y sintomatología, y su relación con los procesos de atención del abdomen agudo en la emergencia de los internos de medicina de una universidad privada -2022 29

### **TABLA 2**

Nivel de conocimiento en la dimensión Examen físico y su relación con los procesos de atención del abdomen agudo en la emergencia de los internos de medicina de una universidad privada -2022 30

### **TABLA 3**

Nivel de conocimiento en las dimensiones pruebas complementarias y su relación con los procesos de atención del abdomen agudo en la emergencia de los internos de medicina de una universidad privada -2022 31

### **TABLA 4**

Evaluar el nivel de conocimiento valoración planeación, ejecución y evaluación. y su relación con los procesos de atención del abdomen agudo en la emergencia de los internos de medicina de una universidad privada -2022 32

### **TABLA 5**

Nivel de conocimiento y su relación con el nivel de aplicación de los procesos de atención del abdomen agudo en la emergencia de los internos de medicina de una universidad privada -2022 33

## **LISTA DE ANEXOS**

Anexo I: Operacionalización de Variables	45
Anexo II: Matriz de consistencia	46
Anexo III: Instrumento	48
Anexo IV: Consentimiento informado	53

## **CAPITULO I: EL PROBLEMA**

### **1.1.Planteamiento del problema**

De acuerdo a la Organización mundial de la Salud (OMS), el dolor representa mas del cincuenta por ciento de las atenciones de emergencia de los hospitales siendo las de mayor relevancia el dolor abdominal, el dolor de origen traumático y el dolor torácico<sup>1</sup>.

El dolor abdominal debe ser evaluado minuciosamente debido a su origen intra y extra abdominal, por lo que debe ser de un diagnóstico precoz, oportuno y decidido debido a que podría requerir de un tratamiento quirúrgico de inmediato<sup>2</sup>

El dolor abdominal es el síntoma más frecuente de las enfermedades quirúrgicas del abdomen y su intensidad no siempre es proporcional a la gravedad del cuadro que lo desencadena, es una de las causas más comunes de admisión en los servicios de emergencia hospitalaria y notorio en la dificultad inherente a su diagnóstico etiológico<sup>3</sup>.

El síndrome doloroso abdominal agudo es un desafío para los médicos clínicos porque se requiere tomar una decisión diagnóstica y terapéutica en un tiempo breve que puede necesitar de soluciones posiblemente quirúrgicas cuando se trata de un origen inespecífico, el objetivo primordial es establecer un diagnóstico temprano y preciso estableciendo rápidamente el tratamiento<sup>4</sup>.

El abordaje diagnóstico de estos pacientes es complejo y puede orientarse según el órgano afectado por la enfermedad causal, según la localización del dolor o el riesgo vital que comporta, sin embargo, ninguna aproximación acaba siendo tan eficiente como aquella basada en los datos proporcionados por una historia y examen físico efectuados con rigor<sup>5</sup>.

A nivel hospitalario, el diagnóstico del dolor abdominal, suele incluir pruebas complementarias. El paciente con síndrome doloroso abdominal agudo constituye un paciente crítico porque presenta alteraciones vitales de uno o más sistemas que ponen en peligro su vida y que requiere de intervenciones inmediatas en emergencias en búsqueda de salvar su vida y evitar

complicaciones graves, asegurando la continuidad del cuidado, por lo que nos planteamos la siguiente pregunta de investigación

## **1.2 Formulación del problema**

### **1.2.1 General**

¿Cuál es el nivel de conocimiento y su relación con los procesos de atención del abdomen agudo en la emergencia de los internos de medicina de una universidad privada -2022?

### **1.2.2 Específicos**

¿Cuál es el nivel de conocimiento en las dimensiones: definición, causas y sintomatología, y su relación con los procesos de atención del abdomen agudo en la emergencia de los internos de medicina de una universidad privada -2022?

¿Cuál es el nivel de conocimiento en las dimensiones, examen físico y pruebas complementarias y su relación con los procesos de atención del abdomen agudo en la emergencia de los internos de medicina de una universidad privada -2022?

¿Cuál es el nivel de conocimiento valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación. y su relación con los procesos de atención del abdomen agudo en la emergencia de los internos de medicina de una universidad privada -2022?

¿Cuál es el nivel de conocimiento y su relación con el nivel de aplicación de los procesos de atención del abdomen agudo en la emergencia de los internos de medicina de una universidad privada -2022?

## **1.3 Justificación**

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

sistemas y por ende al equipo de salud. Los pacientes con dolor abdominal agudo médico o quirúrgico, están en una situación que amerita que los médicos especialistas en emergencias tengan un alto dominio y manejo de conocimientos para evitar graves complicaciones y por ende la muerte

**Práctica:** Al medir estos conocimientos podemos evaluar los y establecer de acuerdo a los resultados estrategias para elevar, reforzar y difundir los procedimientos necesarios para un diagnóstico precoz y oportuno

**Económico-social:** una vez diagnosticados oportunamente se evitarán las probables complicaciones de este síndrome, se tratará adecuadamente y se minimizarán los gastos tanto de la familia como de las instituciones de salud comprometidas

#### **1.4 Delimitación del área de estudio**

**Espacial:** este estudio se llevará a efecto en los ambientes virtuales de la universidad privada San Juan Bautista

**Temporal:** este trabajo de investigación se llevará a cabo durante los meses de enero, febrero y marzo del 2022

**Conceptual:** nivel de conocimiento de Síndrome Doloroso Abdominal Agudo con la Aplicación del Proceso de Atención en los estudiantes de medicina de una universidad privada.

#### **1.5 Limitaciones de la investigación**

**Económicas:** la investigadora solventará con la ayuda de sus familiares los gastos que ocasione la investigación debido a que no cuenta con auspiciadores de laboratorios ni empresas que lo ayuden a financiar los gastos que ocasionen.

**Temporales:** los horarios del internado y las actividades académicas podrían limitar las actividades en la investigación.

**Administrativas:** los trámites burocráticos para la obtención de licencias y permisos podrían enlentecer la investigación.

## **1.6 Objetivos**

### **1.6.1 General**

Determinar el nivel de conocimiento y su relación con los procesos de atención del abdomen agudo en la emergencia de los internos de medicina de una universidad privada -2022

### **1.6.2 Específicos**

Evaluar el nivel de conocimiento en las dimensiones: definición, causas y sintomatología, y su relación con los procesos de atención del abdomen agudo en la emergencia de los internos de medicina de una universidad privada -2022

Identificar el nivel de conocimiento en las dimensiones, intervenciones y pruebas complementarias y su relación con los procesos de atención del abdomen agudo en la emergencia de los internos de medicina de una universidad privada -2022?

Evaluar el nivel de conocimiento valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación. y su relación con los procesos de atención del abdomen agudo en la emergencia de los internos de medicina de una universidad privada -2022

Establecer el nivel de conocimiento y su relación con el nivel de aplicación de los procesos de atención del abdomen agudo en la emergencia de los internos de medicina de una universidad privada -2022?

## **1.7 Propósito**

El propósito de esta investigación es valorar el conocimiento y la adecuada aplicación de los procesos de atención sobre el cuadro doloroso abdominal que es el más frecuente de las consultas de cirugía en la emergencia en los internos de medicina que son los encargados de recibir y evaluar a los pacientes en su ingreso y quienes deben encaminarse hacia un diagnóstico preciso y evitar las complicaciones severas de este cuadro.

## **CAPITULO II: MARCO TEORICO**

### **2.1 Antecedentes Bibliográficos**

#### **Internacionales**

Chavarría Z, ; “Conocimientos, actitudes y prácticas del abordaje inicial para el diagnóstico de abdomen agudo, en médicos que laboran en las unidades de atención primaria en el municipio de León, en el período febrero- marzo 2018”.

Objetivo: Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas del abordaje inicial para el diagnóstico de abdomen agudo, en médicos que laboran en las unidades de atención primaria en el municipio de León, 2018. Material y método: Estudio de conocimientos, actitudes y prácticas en 3 centros de salud, análisis de tipo univariado y bivariado. Resultados: Poblacion; 51 profesionales, predominantemente femenina (71%), joven (41% en edades entre los 22 y los 32 años), con 10 años o menos de laborar (55%); sólo 10% conoce triada de Charcot, el 39% conoce signo del psoas, el 94% conoce el signo de Murphy y el 96% conoce los exámenes complementarios; el 96% localiza el punto de McBurney; todos los médicos Internos (100%) tienen conocimientos satisfactorios, actitudes favorables y el 83% prácticas adecuadas. Conclusión: El 53% de la población tuvo conocimientos satisfactorios, el 90% actitudes favorables y sólo el 33% prácticas adecuadas. Solo el 33% de los participantes posee conocimientos satisfactorios, actitudes favorables y practicas adecuadas<sup>6</sup>.

Palacios J, tesis Abdomen agudo en emergencia del hospital “el Carmen”, Manabí Guayaquil-Ecuador 2018”: “

Objetivo: caracterización del abdomen agudo, en pacientes que acuden a emergencia del hospital el Carmen Manabí, 2016. Metodología: se realizó un estudio cuantitativo no experimental, de cohorte transversal, el Los datos fueron obtenidos del departamento de estadística y de historias clínicas de emergencias. Población :1063 pacientes. Resultados: predomina sexo femenino (57.85%), el grupo etario de mayores 60 años ( 31.23%), educación primaria (44.30%), zona rural (59.81%). La patología más frecuente: abdomen agudo inespecífico (39.79%); no presentaron complicaciones (92.78%); la

complicación más frecuente fue la deshidratación (3.85%). El abdomen agudo inespecífico fue la patología de mayor frecuencia (etiología y género) mujeres (48.61%) hombres (27.68%). En la edad y sexo en las mujeres predomina la colecistitis aguda con 70.70% y la oclusión intestinal con 82.25% ambas patologías en mayores de 60 años, en los masculinos, predomino oclusión intestinal con 89,65 en mayores de 60 años<sup>7</sup>.

Montenegro L, tesis: "Prevalencia de abdomen agudo en pacientes de 18 a 64 años atendidos en la emergencia del hospital básico Durán. Ecuador, 2019.

Introducción: las principales causas de morbilidad en el hombre con respecto a dolor abdominal agudo: apendicitis, gastroenteritis, hernia inguinal y colelitiasis, la patología quirúrgica más frecuente es la colelitiasis en el sexo femenino.

Objetivo: Determinar la prevalencia de abdomen agudo en pacientes de 18 a 64 años atendidos en la emergencia del Hospital Básico Durán en el año 2019.

Métodos: estudio de enfoque cuantitativo, no experimental, retrospectivo.

Muestra : 212 pacientes. Resultados: La prevalencia de abdomen agudo es mayor en el sexo femenino, y el tipo de abdomen agudo más frecuente es el clínico con un 89.15%. Conclusiones: El signo clínico más frecuente fue el vómito (37%), la causa médica es el cólico renal (53%), la causa quirúrgica es la colelitiasis aguda (52%), en el sexo femenino<sup>8</sup>.

Castañeda E, tesis: "Prevalencia de abdomen agudo quirúrgico no traumático y propuesta de un protocolo de atención actualizado. área de emergencia del hospital militar de Guayaquil 2017".

Objetivo: determinar la prevalencia acorde a filiación, detectar factores de riesgo, causas, complicaciones, estancia hospitalaria a los pacientes acudieron con abdomen agudo quirúrgico no traumático en el Área de Emergencia Hospital Militar de la Ciudad de Guayaquil periodo 2017. Metodología: Se analizó 113 historias clínicas que presentaron abdomen agudo quirúrgico. Resultados: el síntomas concomitante fue el vómito(52%), género masculino (0,08%) grupo etario entre 15 a 49 años (59%), factores de riesgo (19%), diabetes mellitus y la hipertensión son las más frecuentes, causas: apendicitis (65%), colecistitis (15%), complicaciones postquirúrgicas (36%), la fiebre fue la

más frecuente; estancia hospitalaria mayor a 5 días (39%). De acuerdo a la evaluación de los resultados y con el soporte del marco teórico se elaboró un protocolo de atención actualizado<sup>9</sup>.

Calderón M, ;"Evaluación de la escala de estratificación temprana Early Risk Stratification Method ERSM en pacientes con dolor abdominal agudo durante el periodo enero 2018 a enero 2020 en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo, Guayaquil, Ecuador".

El dolor abdominal agudo es un síntoma muy frecuente, correspondiendo el 5-10% de las consultas en el servicio de emergencias, en ocasiones requiere intervención quirúrgica de urgencia y puede poner en peligro la vida del paciente. La escala de estratificación temprana denominada ERSM (Early Risk Stratification Method), la cual fue creada con el fin de guiar a los médicos en el manejo oportuno de los pacientes que llegan a la emergencia con dolor abdominal agudo para mejorar su pronóstico, evalúa diversos parámetros clínicos y de laboratorio, en donde una puntuación <18 indica que el paciente no requiere hospitalización;  $\geq 18$  y <38 significa ingreso hospitalario  $\geq 38$  y <50 cirugía de emergencia y  $\geq 50$  indica la necesidad de admisión a UCI, por lo que el objetivo principal de este estudio fue evaluar la escala de estratificación temprana Early Risk Stratification Method ERSM en pacientes con dolor abdominal agudo. Materiales y métodos: El presente es un estudio retrospectivo y con corte transversal realizado en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo durante el período enero 2018 a enero 2020. Resultados: Se obtuvo una muestra de 173 pacientes. Al emplear la escala ERSM se pudo determinar que 28 pacientes (16.18%) pertenecieron al grupo de no hospitalización, 32 pacientes (18.5%) en el grupo de hospitalización, 99 pacientes (57.23%) en el grupo de cirugía de emergencia y 14 pacientes (8.09%) en el grupo de UCI. El sexo masculino fue el más predominante (101/173 [58.38%]). El dolor abdominal agudo se presentó con mayor frecuencia en el grupo etario de 70 a 79 años. Los síntomas más comunes fueron dolor abdominal difuso (81/173 [46.82%]) y sensibilidad abdominal difusa (92/173 [53.18%]); y 121/173 [69.94%] pacientes refirieron haber presentado dolor abdominal por más de 24 horas. Las causas más frecuentes

de abdomen agudo fueron colecistitis aguda (20.23%) y apendicitis aguda (19.08%). De acuerdo con el test de Pearson, la aplicación de esta escala disminuye la mortalidad en un 73.19%. Conclusiones: Se determinó que la aplicación de la escala ERSM tuvo mucha relación con el desenlace de la hospitalización de los casos estudiados, por lo tanto, se concluye que disminuye la mortalidad en los pacientes con dolor abdominal agudo<sup>10</sup>.

### **Nacionales**

Luque E, tesis; "Características clínicas y epidemiológicas del abdomen agudo quirúrgico y verificación de la certeza diagnóstica, servicio de emergencia del hospital nacional Adolfo Guevara Velasco, Cuzco 2017".

Objetivo: determinar las características clínicas, epidemiológicas del abdomen agudo quirúrgico y verificar la certeza en el diagnóstico en el servicio de emergencia del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco. Metodología: estudio descriptivo, transversal, retrospectivo. Población: 791 pacientes que fueron diagnosticados de abdomen agudo quirúrgico en el servicio de emergencia del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco 2017 y que cumplieron los criterios de selección. Resultados: 791 casos de abdomen agudo quirúrgico; edad media de  $34.1 \pm 15.29$  años, predominio del sexo masculino. tiempo de enfermedad fue de 36.95 horas, con el síntoma principal de dolor en fosa iliaca derecha (42.60%), seguido de dolor en hipocondrio derecho (31.60%). El diagnóstico clínico más común fue en torno a la patología apendicular (53.47%). El diagnóstico postoperatorio más común fue apendicitis aguda (50.19%), colecistitis aguda (36.41%). anatomía patológica: apéndice gangrenado (48.12%), congestivo (27.43%). diagnóstico errado (3.53%); apendicetomía negativa (6.48%); certeza de diagnóstico (91.37%) en apendicitis aguda. Conclusiones: Prevalencia de abdomen agudo quirúrgico de 4.33%, sexo masculino, edad media de 39.34 años. El principal diagnóstico preoperatorio fue de apendicitis aguda y el postoperatorio fue de apendicitis aguda. Anatomía patológica: apendicitis gangrenada 48.12%. Certeza diagnóstica en apendicitis aguda de 91.37%<sup>11</sup>.

Vanegas L, tesis: “Conocimiento sobre síndrome doloroso abdominal agudo y aplicación del proceso de atención de enfermería, servicio de emergencia hospital Goyeneche, Arequipa 2019”

Objetivo: determinar la relación entre el nivel de conocimiento de Síndrome Doloroso Abdominal Agudo con la aplicación del Proceso de Atención en el Servicio de Emergencia del Hospital Goyeneche, Arequipa 2019. Metodología: estudio de nivel descriptivo, correlacional, de corte transversal. Variables: conocimiento de síndrome doloroso abdominal y aplicación del proceso de atención. Población: 30 enfermeras que trabajan en el Servicio de Emergencia e igual número de pacientes del Hospital Goyeneche de la ciudad de Arequipa a quienes se realizó una entrevista para datos generales y específicos, un cuestionario para medir el nivel conocimiento de síndrome doloroso abdominal y otro cuestionario para identificar el nivel de aplicación del proceso de atención. Resultados: mediano nivel de conocimiento y de aplicación del proceso de atención, además que muestran mediano nivel de aplicación. demostrándose que el conocimiento de síndrome doloroso abdominal se relaciona con la aplicación del proceso de atención<sup>12</sup>.

Manayalle J, tesis: “Nivel de cumplimiento de la guía práctica clínica de abdomen agudo del adulto, en el servicio de emergencias del hospital nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, año 2015”.

Objetivo: Estimar el nivel de cumplimiento de la guía de práctica clínica(GPC) de abdomen agudo en el adulto, en el servicio de emergencias del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo(HNAAA), año 2015. Metodología: estudio descriptivo transversal, cuyo análisis fue estimar el nivel de cumplimiento de la GPC de abdomen agudo de los pacientes atendidos en emergencia realizado por emergenciólogos, intensivistas, internistas, cirujanos generales. Muestreo aleatorio simple (154). Resultados: El cumplimiento de la GPC de abdomen agudo del adulto en el servicio de emergencias del HNAAA fue 86,2% (Excelente: 3,2%, Notable: 25,16%, Suficiente: 18,12% y deficiente: 95,62%). Conclusiones: el cumplimiento de la guía práctica clínica de abdomen agudo se encuentra en un nivel deficiente, lo que indica la importancia de instaurar y

fortalecer los procedimientos durante la atención en emergencia, incluyendo cuatro especialidades en mención para su realización.<sup>13</sup>

Melissa K, tesis: “Relación entre el signo de Whirlpool y el hallazgo quirúrgico en la oclusión intestinal, 2021 Universidad Peruana Unión”

El dolor abdominal agudo es uno de los principales motivos de consulta por emergencia, siendo la intervención quirúrgica una alternativa resolutive frecuentemente elegida, pues asume un rol diagnóstico y terapéutico a la vez. El estudio de imágenes se ha convertido en herramienta fundamental para el diagnóstico y manejo de esta patología como que existe una imagen tomográfica en forma de remolino llamada signo de Whirlpool, que es un hallazgo frecuente en vólvulo intestinal, el cual provoca un cuadro de abdomen agudo por obstrucción.

Las asas intestinales rotan en sentido horario alrededor de los vasos mesentéricos produciendo isquemia y necrosis, convirtiéndose en paradigma de la urgencia médica. Otras patologías también pueden presentar características imagenológicas similares, las cuales son manejadas sin la necesidad de una cirugía de urgencia, por lo cual la presencia de este signo no implicaría una resolución quirúrgica mandataria. Objetivo: Identificar la relación entre el signo de Whirlpool y los hallazgos quirúrgicos en pacientes sometidos a laparotomía por obstrucción intestinal. Metodología: Estudio de nivel descriptivo, tipo observacional, transversal y retrospectivo. Población: pacientes con abdomen agudo por obstrucción intestinal a quienes se les realizó una tomografía computarizada en Cirugía General de la Clínica Good Hope. Tipo de muestreo: no probabilístico intencional. Resultados: Se evidenció la presencia de torsión mesentérica con compromiso vascular en los hallazgos intraoperatorios, evidenciándose en el 5.2% de la población en general y en el 50% de los pacientes que presentaron el signo de Whirlpool, en todos los cuales, el tratamiento de elección fue quirúrgico<sup>14</sup>.

Díaz S, tesis: “Utilidad del score de Ripasa sobre Alvarado modificada para diagnóstico de apendicitis aguda en el servicio de cirugía del Hospital de Vitarte, 2017”.

Objetivo: Evaluar la utilidad del score de RIPASA respecto al score de ALVARADO modificada en el diagnóstico temprano de apendicitis aguda en pacientes del Hospital de Vitarte en el periodo 2017. Metodología: estudio de diseño observacional, analítico, transversal, retrospectivo. Poblacion: 244 pacientes adultos cuyo diagnóstico de ingreso fue de apendicitis aguda, a las cuales se aplicó score de Ripasa y Alvarado modificada con el propósito de compararlos. Se consideró como diagnóstico final la impresión ectoscópica del cirujano que se encontraba en el reporte operatorio. Resultados: Género con mayor frecuencia; femenino (53.69%); edad 18-31 años (59%). El score Ripasa presentó sensibilidad (30%) y especificidad (83.3%); el score Alvarado modificada sensibilidad (60.9 %) y especificidad (66.7%). El área bajo la curva ROC de Ripasa (0.56); inferior a la de Alvarado modificada (0.64). Conclusiones: Score Ripasa demostró una menor utilidad diagnóstica con respecto al score de Alvarado modificada debido a su menor sensibilidad, especificidad y área bajo la curva ROC<sup>15</sup>.

## 2.2 Bases Teóricas

### Base teórica de la variable conocimiento

El conocimiento, en sentido más amplio, es una apreciación de la posesión de múltiples datos interrelacionados que por sí solos poseen menor valor cualitativo. Significa, en definitiva, la posesión de un modelo de la realidad en la mente. Conocimiento es la capacidad para convertir datos e información en acciones efectivas<sup>16</sup>.

**Tipos de Conocimiento:** conocimiento aparente, es el conocimiento que se logra gracias a los sentidos, es la base de toda ponencia científica, el punto de partida a través del cual se desarrolla y profundiza el proceso de comprensión real de la naturaleza. El conocimiento exige la aprobación de su origen y de la fuente de su verdad, para alcanzar un conocimiento aparente, basta con percibir los hechos de la realidad en forma sensible. Existe un conocimiento aparente que los seres vivos utilizamos de vivencias, experiencias y comportamientos de la materia, de la vida y del universo, pero

no necesariamente es un conocimiento real. Por tanto, el conocimiento aparente puede ser falso o real.

**Conocimiento real científico:** es el movimiento de la razón que va del conocimiento primario al saber, de lo superficial a lo profundo multilateral por medio de la práctica. La esencia del conocimiento consiste en la auténtica generalización de los hechos, basada en el cuidado de calidad y libre de riesgos. (32) El conocimiento científico es aquella verdad descubierta a través del proceso de investigación, basado en todas aquellas evidencias que nos llevan a indagar en la realidad para obtener una verdad con certeza. Tiene como objeto la realidad, es decir la naturaleza del movimiento, abarca dos puntos básicos que son: la comprobabilidad, o sea que exige la aplicación de su origen y la fuente de su verdad, y aspira al conocimiento universal<sup>17</sup>.

### **Base teórica del dolor abdominal**

Definición: el dolor abdominal es un síntoma inespecífico de multitud de procesos que, si bien suele ser originado por causas intraabdominales, también puede ser provocado por procesos extra abdominales o por enfermedades sistémicas. Es importante la diferenciación del concepto de abdomen agudo de un cuadro de dolor abdominal. Aunque puede englobar diversos conceptos, el abdomen agudo se puede definir como un síndrome caracterizado por la presencia de dolor abdominal de inicio brusco con importante repercusión del estado general. Ante un paciente es esencial el diagnóstico sindrómico de abdomen agudo porque su tratamiento suele ser quirúrgico y por qué la vía final común es la peritonitis que suele seguirse de shock, insuficiencia renal aguda, acidosis, insuficiencia respiratoria, sepsis y cifras elevadas de mortalidad<sup>18</sup>.

**Fisiopatología:** El dolor visceral se origina en las vísceras abdominales, que están inervadas por fibras nerviosas autónomas y responden, principalmente, a sensaciones de distensión y contracción muscular, Por lo general, el dolor visceral es vago, sordo y provoca náuseas. Las estructuras derivadas del intestino anterior (estómago, duodeno, hígado y páncreas) causan dolor abdominal superior. Las derivadas del intestino medio (intestino delgado, colon proximal y apéndice) causan dolor periumbilical. Las estructuras

derivadas del intestino posterior (colon distal y aparato urogenital) causan dolor abdominal inferior. El dolor somático se origina en el peritoneo parietal, que está inervado por nervios somáticos y responde a una irritación debida a procesos infecciosos, químicos u otros procesos inflamatorios. El dolor somático es agudo y bien localizado. El dolor referido se percibe lejos de su origen y se debe a la convergencia de fibras nerviosas en la médula espinal, los ejemplos comunes de dolor referido son el escapular causado por un cólico biliar, el inguinal causado por un cólico renal y la omalgia secundaria a sangre o infección que irrita el diafragma<sup>19</sup>.

**Tipos de dolor abdominal:** Dolor visceral: se presenta cuando hay compromiso de víscera hueca. La presentación topográfica se corresponde a la distribución embriológica; los del intestino superior se refiera al epigastrio, que corresponde al territorio irrigado por la arteria mesentérica superior, los órganos irrigados son el esófago, una porción del duodeno (hasta la desembocadura del colédoco) las vías biliares y el páncreas. Las del intestino medio se correlaciona con el territorio de la arteria mesentérica superior, del cual derivan la porción restante del duodeno, yeyuno e íleon, el ciego con el apéndice cecal, colon ascendente y los dos tercios proximales del colon transverso. El intestino posterior que corresponde al sector irrigado por la arteria mesentérica inferior, que da lugar al tercio distal del colon transverso, el colon descendente y el sigmoides, siendo el dolor referido al hipogastrio<sup>20</sup>.

**Dolor Somático:** se debe a la estimulación de la hoja parietal del peritoneo, el peritoneo diafragmático, la raíz del mesenterio, el retroperitoneo. Es una constante que el dolor somático profundo se acentúe con los cambios de tensión del peritoneo o la compresión, por ello el paciente con peritonitis permanece inmóvil, evitado todo movimiento que exacerbe su dolor, se acompaña de contractura de la musculatura abdominal. Dolor referido: se percibe en una parte del cuerpo que está bastante alejada del sitio de donde se genera el dolor debido a la existencia de un estímulo lesivo. Comienza en un órgano visceral y es referido a una región de la superficie corporal de origen embriológico similar a la víscera afectada. El dolor cuando es intenso da lugar a síntomas vegetativos reflejos. El dolor provocado por estímulo de la piel, el músculo y el hueso (dolor somático superficial y profundo) da lugar por

lo común a una excitación simpática y liberación de catecolaminas, con los siguientes efectos (taquicardia, hipertensión, dilatación pupilar, aumento de cortisol, hiperglicemia). El dolor debido al estímulo de órganos internos (dolor visceral) evoca una respuesta de preferencia parasimpática, con liberación de acetilcolina (bradicardia, hipotensión, sudoración, náuseas, vómitos, síncope)<sup>21</sup>.

**La posición del paciente;** los procesos en contacto con el peritoneo pélvico (apendicitis retro cecal, que irrita el músculo psoas iliaco flexionan el muslo de ese lado con el objeto de aliviar el dolor. Los afectados por pancreatitis adoptan una posición de plegaria mahometana. Cuando la enfermedad es una peritonitis aguda permanecen inmóviles, pues el mínimo movimiento despierta el dolor, cuando la peritonitis es extensa, es común que eleve las rodillas para relajar la tensión de la pared abdominal y si hay una irritación del músculo psoas, flexiona el muslo sobre el abdomen y la pierna sobre el muslo del mismo lado del músculo afectado; por el contrario, los que padecen cólicos renales se mueven de un lado a otro, ansiosos inquietos<sup>22</sup>.

**Causas del dolor abdominal agudo** El dolor puede surgir por muchas causas, como infección, inflamación, úlceras, perforación o rotura de órganos, contracciones musculares descoordinadas o bloqueadas por una obstrucción, y obstrucción del flujo sanguíneo que impide la irrigación de los órganos. (38) Los trastornos que pueden suponer una muerte inminente del paciente y que requieren un rápido diagnóstico y cirugía son:

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

Otros trastornos graves casi igual de urgentes son:

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

A veces, algunos trastornos extraabdominales causan dolor abdominal, como ocurre en el infarto de miocardio, la neumonía y la torsión testicular. Otros problemas extraabdominales menos frecuentes que causan dolor abdominal

son la cetoacidosis diabética, la porfiria, la anemia de células falciformes (anemia drepanocítica o drepanocitosis) y determinadas picaduras y venenos (como la picadura de la viuda negra o de algunos escorpiones y el envenenamiento por metales pesados o metanol)<sup>23</sup>.

### **Bases neurológicas del dolor abdominal**

En presencia de un estímulo adecuado se produce la activación de las terminaciones libres específicas –receptores del dolor–, que forman parte de lo que se denomina “primera neurona”. Su cuerpo celular se sitúa en los ganglios de las raíces dorsales existentes en los agujeros vertebrales. La señal generada se transmite hasta la “segunda neurona” situada en el asta posterior medular, cuyo axón cruza al lado opuesto de la médula para constituir el haz espinotalámico. Este último establece conexión con la “tercera neurona” a nivel del tálamo. Desde allí, los axones se proyectan hacia la corteza somatosensorial permitiendo la percepción del estímulo y sus características: localización, intensidad y carácter. El aspecto emocional del dolor ocurre como consecuencia de las conexiones establecidas entre las neuronas talámicas, el córtex frontal y el sistema límbico<sup>24</sup>.

### **Características e intensidad del dolor**

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

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

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

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

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

Factores que modifican el dolor: Hay que analizar si se produce variación del dolor con la respiración, con la ingesta, con el vómito, con la deposición, etc. Así el dolor por irritación peritoneal se agrava con el movimiento, el dolor ulceroso se calma con la ingesta, en la pancreatitis se experimenta un alivio del dolor al inclinarse el paciente hacia adelante. Un dolor cólico que se alivia con la deposición puede ser indicativo de patología en el colon, el vómito alivia el dolor en procesos obstructivos del tracto gastrointestinal superior, etc<sup>25</sup>

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

**Valoración:** La siguiente información puede ayudar a decidir si es necesaria la valoración de un médico y a saber qué esperar durante la evaluación. Signos de alarma En las personas con dolor abdominal agudo, determinados

síntomas y características son motivo de preocupación. Estos síntomas son los 32 siguientes:

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

Síntomas concomitantes: El dolor abdominal no suele presentarse como único síntoma en un paciente sino acompañado por otra sintomatología que nos ayuda a disminuir su carácter inespecífico, como, por ejemplo: Vómitos: Suelen ser síntoma frecuente en las enfermedades abdominales acompañados por náuseas, dependiendo de la causa de los mismos. Se reconocen tres mecanismos principales:

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

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

Sintomatología urinaria y trastornos ginecológicos: Muchas veces 33 trastornos de esta esfera provocan cuadros de dolor abdominal (es importante la historia menstrual, posibilidad de embarazo, antecedentes de infecciones urinarias, prostatismo, etc).

Otra serie de síntomas como ictericia, coluria, fiebre, etc. también nos orientan para el diagnóstico<sup>26</sup>

**Examen físico.** Ante cualquier paciente es necesario valorar el estado general del enfermo, su grado de conciencia, su actitud (los cuadros de

irritación peritoneal inmovilizan al enfermo por que el movimiento le produce dolor, los dolores cólicos producen inquietud y el paciente no puede estar en reposo), su coloración (la "Facies Hipocrática" con color ceniciento, ojos hundidos, nariz afilada, fatiga, etc. es un signo clásico de cuadro peritoneal avanzado), etc.

Inspección del abdomen. Se observará la movilidad espontánea de la pared abdominal y con los movimientos respiratorios (en los procesos que cursan con irritación peritoneal se produce inmovilidad durante la respiración, existiendo una respiración superficial). También debe analizarse la posible presencia de cicatrices de intervenciones anteriores, la simetría abdominal, la existencia de masas protuberantes y si existe distensión abdominal. Es la posible existencia de circulación colateral, existencia de vesículas (Herpes Zoster) u otros signos cutáneos como la equimosis periumbilical (signo de Cullen) y en flancos (signo de Grey - Turner) que son característicos de las pancreatitis necro hemorrágicas graves.

Palpación: debe realizarse de una forma suave para evitar provocar en el paciente una contracción voluntaria de la musculatura abdominal. También es recomendable llevar una rutina exploratoria colocándose siempre al mismo lado del paciente y palpar el abdomen por cuadrantes siguiendo la misma dirección dejando para el final la zona dolorosa. Se 34 identificará la topografía del dolor. La palpación es la maniobra exploratoria más rentable, siendo en ocasiones lo único en que nos podemos basar para realizar una exploración quirúrgica a un enfermo. Se valorarán los siguientes aspectos: Palpación superficial: se apreciará la existencia de zonas de hiperestesia cutánea. Palpación profunda: Buscamos la existencia de organomegalias (hígado, bazo, riñón) y de masas (hidras vesiculares, pseudoquistes pancreáticos, plastrones inflamatorios, neoplasias, aneurismas, hernias). Contractura abdominal: refleja la existencia de una irritación peritoneal y aparece en cuadros que suelen requerir cirugía urgente. Es de suma importancia diferenciarla de la contractura voluntaria, que se modifica durante la exploración, a veces es difícil diferenciarla sobre todo en niños, personas con un estado de ansiedad, etc. Signo de Murphy: Valora la existencia de una colecistitis aguda. Se colocan las puntas de los dedos en el hipocondrio

derecho y se manda al paciente que realice una inspiración profunda, produciéndose un dolor agudo a ese nivel debido al descenso del diafragma que desplaza al hígado y a la vesícula inflamada. Signo de Blumberg: Dolor por rebote de la víscera inflamada sobre la pared abdominal al retirar la mano bruscamente después de la palpación profunda sobre la zona dolorosa. En la fosa ilíaca derecha es muy indicativo de apendicitis aguda. Signo de Rovsing: Dolor referido a la fosa ilíaca derecha al presionar sobre la fosa ilíaca izquierda. También es indicativo de apendicitis aguda. Signo de Cope o del dolor contralateral: Consiste en presionar sobre la zona contralateral a la zona dolorosa y descomprimir bruscamente. Si la lesión es intraabdominal, se exagera el dolor en la zona afectada; en 35 cambio sí es un dolor referido (por ejemplo torácico), no se modificará. Signo del Psoas. Se coloca la mano del explorador en la fosa ilíaca y se ordena al paciente que flexione el muslo oponiéndose a dicha flexión con la otra mano. Se considera positivo si se produce dolor intenso en dicha zona, es positivo en la apendicitis retro cecal, abscesos del psoas, algunas pancreatitis, etc. Se produce por irritación del músculo psoas en procesos retroperitoneales. Signo del obturador: Se flexiona el muslo del enfermo y se realiza rotación interna y externa, produciéndose dolor intenso. Es positivo en la apendicitis pélvica, abscesos intrapelvicos, etc. Maniobra de San Martino: Al efectuar el tacto rectal se procede a una dilatación del esfínter anal y el dolor abdominal generalizado se localiza en el punto lesional. Tacto rectal: Es una maniobra imprescindible en el estudio de un dolor abdominal. Se explora la próstata y vesículas seminales, útero; se buscarán masas rectales, ocupación del fondo de saco de Douglas y exacerbación del dolor a la presión. Es importante observar al retirar el guante las características de las heces y si existe sangre, moco o pus en las mismas. Tacto vaginal: Exploramos el útero y anejos, masas, desencadenamiento del dolor a la palpación del cuello, etc. Es importante realizar una exploración bimanual: tacto vaginal-abdomen.

Percusión: valoramos la existencia de matideces o timpanismos abdominales. Una matidez fisiológica es el reborde hepático, si esta matidez se extiende más de 2 transversos de dedo por debajo del reborde costal se considerará la existencia de Hepatomegalia. Una distensión abdominal con

timpanismo generalizado es signo de distensión abdominal, sin embargo, una distensión abdominal con matidez generalizada es sugerente de ascitis, que podemos corroborar con cambios de timpanismo y matidez según los 36 diferentes decúbitos. Matideces en localizaciones anómalas son indicativas de organomegalias (esplenomegalia) y masas intraabdominales.

Auscultación: se realiza para valorar la intensidad y características de los ruidos abdominales. Debe realizarse durante unos 2 minutos. En un peristaltismo normal se escucha ruido intestinal cada 1 a 3 minutos, pudiendo encontrar ausencia de ruidos (íleo paralítico o reflejo por peritonitis), ruidos metálicos (característicos de la obstrucción intestinal), etc. También es importante valorar la existencia de soplos intraabdominales (característicos de aneurismas aórticos)<sup>27</sup>.

Pruebas diagnósticas Aunque la historia clínica y el examen físico proporcionan información esencial para una correcta orientación diagnóstica, es indiscutible el peso específico de algunas pruebas complementarias en el estudio del dolor abdominal agudo. Estas pueden clasificarse en pruebas básicas o elementales, de uso rutinario, y exploraciones avanzadas, que son muy útiles en casos muy concretos<sup>27</sup> Pruebas de Laboratorio Exámenes de laboratorio: Previa valoración del médico se debe cumplir con la indicación de extraer y enviar muestras de laboratorio. Los exámenes de rutina de mayor valor en dolor abdominal agudo son: hemograma, pruebas de coagulación, química sanguínea, gasometría arterial y el uroanálisis (sedimento urinario). No debe olvidarse realizar un Test de embarazo en mujeres jóvenes con cuadros de dolor abdominal de inicio brusco para descartar la existencia de embarazo ectópico. Es importante considerar que estos estudios ayudan, por regla general, a confirmar un diagnóstico y que en ningún modo deben ser las únicas guías de la decisión terapéutica

Pruebas complementarias e imágenes:

- Radiografía de abdomen simple de pie.
- Radiografía de tórax PA.
- Sonografía abdominal y pélvica<sup>28</sup>

## APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN:

La aplicación del método científico en la práctica asistencial, es el método conocido como proceso de Atención Integral. Este método permite a los internos de medicina evaluar a los pacientes de una forma racional, lógica y sistemática, tiene sus orígenes con Hall (1955) cuando, por primera vez, fue considerado como un proceso, Jhonson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), consideraron un proceso de tres etapas (valoración , planeación y ejecución ); Yura y Walsh (1967), establecieron cuatro (valoración, planificación, ejecución y evaluación ); y Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976) y algunos autores más, establecieron las cinco actuales al añadir la etapa diagnóstica. (44) Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Como todo método, el PAE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí, aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen.

### **Etapas:**

- a. **Valoración:** es la primera fase del proceso de que consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno, es la base para las decisiones y actuaciones posteriores 38
- b. Diagnóstico Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración del medico. Aquí se Identifican los problemas reales o potenciales.
- c. Planificación (NIC). Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la Salud, se establecen un plan de cuidados: Objetivos y las Intervenciones
- d. Ejecución (NOC). Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados, Se lleva a cabo las intervenciones: Realizar las actividades programadas
- e. Evaluación. Comparar las repuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos<sup>29</sup>.

## **2.3 Marco Conceptual**

En la actualidad, el abdominal agudo es uno de los problemas de salud más frecuentes en los servicios de Emergencia Hospitalaria constituyendo la mitad de los motivos por los que los pacientes acuden a Emergencia Es un problema difícil y complejo que plantea una gran variedad de posibilidades diagnósticas que involucran a diversos órganos y sistemas y por ende al equipo de salud. Es uno de los tres tipos de dolor más frecuentes y que se requiere de competencias y habilidades adquiridas a través de la enseñanza medica y la aplicación de los procesos de atención para llegar a un diagnostico precoz y oportuno para tomar decisiones que al aplicarlas se salve la vida de las que lo padecen<sup>30</sup>

## **2.4 Hipótesis**

### **2.4.1 General**

Existe relación entre el nivel de conocimiento del Abdominal Agudo con la Aplicación del Proceso de Atención en los internos de medicina de una universidad privada - 2022

### **2.4.2 Especificas**

El nivel de conocimiento es alto en las dimensiones: definición, causas y sintomatología, y su relación con los procesos de atención del abdomen agudo en la emergencia de los internos de medicina de una universidad privada -2022

El nivel de conocimiento es alto en las dimensiones, intervenciones y pruebas complementarias y su relación con los procesos de atención del abdomen agudo en la emergencia de los internos de medicina de una universidad privada -2022

El nivel de conocimiento es alto en las dimensiones valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación. y su relación con los procesos de atención del abdomen agudo en la emergencia de los internos de medicina de una universidad privada -2022

El nivel de conocimiento está en relación con el nivel de aplicación de los procesos de atención del abdomen agudo en la emergencia de los internos de medicina de una universidad privada -2022

## **2.5 Variables**

### **Variable 1: conocimiento de los procesos de atención**

Dimensión definición, causa y sintomatología

Dimensión examen físico y pruebas complementarias

Dimensión: valoración, evaluación y pruebas complementarias

### **Variable 2: Abdomen agudo**

## **2.6 Definición Operacional de Terminos**

### **Conocimiento de los procesos de atención**

#### **Dimensión definición, causa y sintomatología**

**Definición:** El dolor abdominal es un síntoma inespecífico de multitud de procesos que, si bien suele ser originado por causas intraabdominales, también puede ser provocado por procesos extra abdominales o por enfermedades sistémicas<sup>31</sup>

#### **Causas intrabdominales y extrabdominales<sup>32</sup>**

Casos graves:

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

Casos urgentes:

- Obstrucción intestinal.
- Apendicitis.
- Pancreatitis.

Causa extra abdominales:.

Otros problemas extra abdominales menos frecuentes: cetoacidosis diabética, la porfiria, la anemia de células falciformes y determinadas picaduras y venenos (picadura de la viuda negra, escorpiones y el envenenamiento por metales pesados o metanol)

### **Síntomas:**

#### **Dolor abdominal: puede ser de los siguientes tipos<sup>33</sup>**

Dolor constante: es continuo en el tiempo y permanece con la misma intensidad, puede ser característico de patología inflamatoria.

Dolor intermitente: el dolor presenta intervalos no dolorosos.

Dolor cólico: si existen variaciones en intensidad y cierto ritmo temporal; es típico de procesos obstructivos

**Náuseas:** sensación de expulsar el contenido gástrico

**Vómitos:** expulsión en forma brusca del contenido gástrico por la boca.

### **Dimensión examen físico:**

#### **Posición del paciente**

**Signos:** son aquellos signos presentes en el examen físico que se encuentran presentes y que nos orientan hacia el órgano afectado. Estos pueden ser: Signo d Cullen, Bloomberg, Mc Burney, Murphy, etc.

#### **Dimensión: valoración, evaluación y pruebas complementarias**

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

**Abdomen agudo:** cuadro doloroso abdominal que requiere de una intervención diagnóstica y terapéutica inmediata que en muchos casos pone en peligro la vida y de acuerdo a su evolución puede agravarse a tal extremo

## CAPITULO III: METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

### 3.1 DISEÑO METODOLOGICO

#### 3.1.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

**Enfoque cuantitativo:** Debido a que lo que se busca es conocer la asociación entre dos fenómenos o variables, este enfoque es el adecuado puesto que permite hacer estimaciones entre las magnitudes y probar las hipótesis. Además de consistir en una serie organizada de procesos que aspira a la generalización de sus resultados en una muestra a toda su población<sup>35</sup>.

**Observacional:** Las variables que se estudiarán en esta investigación solo serán observadas y no intervenidas.

**Transversal:** Una investigación recibe la denominación de ser transversal porque se interesa en el análisis de los hechos o fenómenos ocurridos en un período de tiempo determinado.

#### 3.1.2 NIVEL DE INVESTIGACIÓN

**Correlacional:** En este nivel se busca demostrar, correlación, relación o asociación de variables. Para ello, las variables serán contrastadas para conocer las características internas y externas, propiedades y rasgos de la realidad, en un momento y tiempo específico.

### 3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

#### Población

En una investigación, la población es aquel grupo homogéneo que comparte las mismas características y que ha sido seleccionada porque reúne las condiciones de interés del investigador. Así, en este estudio, la población está conformada por 517 estudiantes del ciclo XIII y XIV medicina de una universidad privada, que cuentan con una matrícula vigente en el período 2021.2.

En ese sentido, como unidad de análisis se ha considerado a los estudiantes de medicina de XIII y XIV ciclo de medicina de una universidad privada que tenga matrícula vigente en el período 2021-2.

## **Muestra**

La muestra es una proporción representativa que contiene características objetivas de la población, que permitirán a los resultados ser generalizados, mediante la fórmula de la muestra para una población finita, Ahora bien, en la presente investigación se ha determinado una muestra de 203 estudiante de medicina de una universidad privada, que cuentan con una matrícula vigente en el período 2022.

## **Tipo de muestreo**

El tipo de muestreo que se ha seguido no probabilístico. A través de esta modalidad no todos los sujetos de la población estadística tienen la misma probabilidad de ser elegidos para formar parte del estudio que se está desarrollando

**Muestra: Se aplicará la fórmula de la muestra para población finita**

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

$$E^2 * (N-1) + Z^2 \alpha * p * q$$

N = Población: 517

n = Tamaño de la muestra: 203

Z $\alpha$  = Nivel de confianza de 95%, que equivale al valor de 1.96

p = Se calculará como 0.5 (50%)

$$q = (1-p) = 0.5$$

E = Margen de error permisible del 1%, que equivale al 0.01

Tamaño de muestra:203

Muestreo: no probabilístico

### **3.3 Técnica e instrumento de recolección de datos**

Técnica: La técnica empleada fue mediante una encuesta virtual

Instrumento: El instrumento para el recojo de la investigación fue un cuestionario virtual confeccionado para tal fin y que contiene las variables de estudio , este instrumento fue avalado anteriormente en estudios de investigación internacionales y por los metodólogos y especialistas asesores de la investigación.

### **3.4 Diseño de recolección de datos**

La recolección de la información se realizo por medio de fuentes primarias, es decir, encuesta que fueron aplicadas a los estudiantes de una universidad privada.

Se creo una encuesta sobre conocimientos del abdomen agudo y su relación con los procesos de atención en la emergencia.

Los datos obtenidos se adjuntaron en un archivo de Excel 2019 y fueron procesados debidamente bajo una técnica estadística que demuestre la confiabilidad del instrumento que fue el coeficiente alfa de Cronbach del programa SPSS versión 26 .

### **3.5 Procesamiento y análisis de datos**

La base de datos se importó al programa SPSS v. 26 en el cual se procesó la información aplicando pruebas de hipótesis, así como gráficos y tablas estadísticas donde se realizó el análisis estadístico correspondiente. Para el análisis descriptivo de los resultados, en las dimensiones se consideró el cálculo de la distribución de los datos por frecuencias porcentuales, las cuales fueron comparadas entre sí para obtener nuestros resultados. Los resultados se presentaron por medios de tablas y gráficos lineales

### **3.6 Aspectos éticos**

El presente estudio no denotó ningún conflicto ético. Se usó un consentimiento informado, en donde se comunicó sobre la naturaleza y finalidad de la investigación. Se mantiene en reserva los datos personales de los participantes.

La siguiente investigación considera los principios éticos de la Declaración de Helsinki y en el Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú, “se establece el deber de respetar y hacer respetar su derecho a su confidencialidad y no perjudicando a los participantes del estudio. Además, antes de recolectar la información necesaria para la investigación se solicitó permiso al Escuela de Medicina Humana de la Universidad Privada San Juan Bautista para poder aplicar el instrumento en sus alumnos, la presente investigación fue evaluada por el comité de ética de dicha institución.

## CAPITULO IV: RESULTADOS Y DISCUSION

### 4.1 Resultados

**TABLA 1**

**Nivel de conocimiento en las dimensiones: definición, causas y sintomatología, y su relación con los procesos de atención del abdomen agudo en la emergencia de los internos de medicina de una universidad privada -2022**

Nivel de conocimiento del abdomen agudo dimensiones: definición, causas y sintomatología y su relación con los proceso de atención								
Nivel De Conocimient o	Procesos de atención						Rho	P<0,05
	adecuado		inadecuado					
	Fr	%	Fr	%	total			
<b>Alto</b>	39	24,89%	19		58			
<b>Medio</b>	71	32,61%	25		96		<b>0,412</b>	<b>0,04</b>
<b>Bajo</b>	21	42,48%	28		49			
<b>Total</b>	131		72		203	100		

**Fuente: encuesta**

**Interpretación:** el nivel de conocimiento medio (95/203 estudiantes) en cuanto a las dimensiones definición, causas y sintomatología sobre el abdomen agudo en la emergencia tiene una correlación positiva moderada (Rho de sperman 0,412 ) sobre el adecuado proceso de atención de esta patología en los internos de medicina de una universidad privada con un p valor=0,04 (p<0,05) estadísticamente significativo, lo que establece que los estudiantes tienen conocimientos teóricos medianamente adecuados

**TABLA 2**

**Nivel de conocimiento en la dimensión Examen físico y su relación con los procesos de atención del abdomen agudo en la emergencia de los internos de medicina de una universidad privada -2022**

<b>NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL ABDOMEN AGUDO EN SU DIMENSION EXAMEN FISICO Y SU RELACION CON LOS PROCESO DE ATENCION</b>							
	<b>Examen físico</b>						
	<b>adecuado</b>		<b>inadecuado</b>				
<b>Nivel de conocimiento</b>	<b>Fr</b>	<b>%</b>	<b>Fr</b>	<b>%</b>	<b>total</b>	<b>Rho</b>	<b>P&lt;0,05</b>
<b>alto</b>	<b>29</b>	<b>24,89%</b>	<b>19</b>		<b>48</b>		
<b>Medio</b>	<b>31</b>	<b>32,61%</b>	<b>25</b>		<b>56</b>		
<b>bajo</b>	<b>21</b>	<b>42,48%</b>	<b>78</b>		<b>99</b>	<b>0,162</b>	<b>0,018</b>
<b>total</b>					<b>203</b>	<b>100</b>	

**Fuente: encuesta**

**Interpretación:** el nivel de conocimiento es bajo (99/203 estudiantes) sobre el abdomen agudo en la emergencia en la dimensión examen físico y tiene una correlación positiva muy baja (Rho de sperman 0,162) sobre el inadecuado proceso de examinar adecuadamente al paciente para el diagnóstico de esta patología en los internos de medicina de una universidad privada con un p valor=0,018 (p<0,05) estadísticamente significativo

**TABLA 3**

**Nivel de conocimiento en las dimensiones pruebas complementarias y su relación con los procesos de atención del abdomen agudo en la emergencia de los internos de medicina de una universidad privada -2022**

Nivel de conocimiento del abdomen agudo y su relación con los proceso de atención							
	Pruebas complementarias					Rho	P<0,05
	adecuado		inadecuado		total		
Nivel de conocimiento	Fr	%	Fr	%	total		
alto	29	24,89%	19		48		
Medio	31	32,61%	25		56		
bajo	21	42,48%	78		99	0,742	0,00
total					203	100	

**Fuente: encuesta**

**Interpretación:** el nivel de conocimiento es bajo (99/203 estudiantes) sobre el abdomen agudo en la emergencia y tiene una correlación positiva alta (Rho de sperman 0,742) sobre el inadecuado proceso en la solicitud de análisis complementarios para el diagnóstico de esta patología en los internos de medicina de una universidad privada con un p valor=0,00 (p<0,05) estadísticamente significativo

**TABLA 4**

<b>Nivel de conocimiento del abdomen agudo en la dimensión valoración planeación, ejecución. y su relación con los procesos de atención del abdomen agudo en la emergencia de los internos de medicina de una universidad privada -2022</b>							
	<b>Valoración, planeación, ejecución</b>						
	<b>adecuado</b>		<b>inadecuado</b>				
<b>Nivel de conocimiento</b>	<b>Fr</b>	<b>%</b>	<b>Fr</b>	<b>%</b>	<b>total</b>	<b>Rho</b>	<b>P&lt;0,05</b>
<b>alto</b>	<b>29</b>	<b>24,89%</b>	<b>19</b>		<b>48</b>		
<b>Medio</b>	<b>21</b>	<b>32,61%</b>	<b>35</b>		<b>56</b>		
<b>bajo</b>	<b>11</b>	<b>42,48%</b>	<b>88</b>		<b>99</b>	<b>0,342</b>	<b>0,04</b>
<b>total</b>					<b>203</b>	<b>100</b>	

**Fuente: encuesta**

**Interpretación:** el nivel de conocimiento es bajo (99/203 estudiantes) sobre el abdomen agudo en la emergencia y tiene una correlación positiva baja (Rho de sperman 0,342) sobre el inadecuado proceso de atención de esta patología en las dimensiones de valorar, planear y ejecutar de los internos de medicina de una universidad privada con un p valor=0,04 (p<0,05) estadísticamente significativo.

**TABLA 5**

**Nivel de conocimiento y su relación con el nivel de aplicación de los procesos de atención del abdomen agudo en la emergencia de los internos de medicina de una universidad privada -2022?**

Nivel de conocimiento							aplicación de los procesos de atención
	Adecuados		Inadecuados				
	Fr	%	Fr	%	TOTAL	Rho sperman	P<0.05
<b>Bajo</b>	25	4	74	6	99	0,768	0,00
<b>Medio</b>	28	4		E	65		
<b>Alto</b>	21	4	18	4	39		
<b>Total</b>		100%			203		

**Fuente:** encuesta

**Interpretación:** el nivel de conocimiento es bajo (99/203 estudiantes) sobre el abdomen agudo en la emergencia y tiene una correlación positiva alta (Rho de sperman 0,768) sobre el inadecuado proceso de atención de esta patología en los internos de medicina de una universidad privada con un p valor=0,00 (p<0,05) estadísticamente significativo, lo que establece que los internos carecen de los conocimientos sobre esta patología y sus procesos en la atención de emergencia.

## 4.2 Discusión

Nuestros resultados nos indican que el nivel de conocimiento es de nivel medio en cuanto a las dimensiones definición, causas y sintomatología sobre el abdomen agudo en la emergencia y presenta una correlación positiva moderada sobre el adecuado proceso de atención de esta patología en los internos de medicina de una universidad privada con un lo que establece que los estudiantes tienen conocimientos teóricos medianamente adecuados

Por otro lado el nivel de conocimiento es bajo sobre el abdomen agudo en la emergencia en la dimensión examen físico y la solicitud de exámenes complementarios y tienen una correlación positiva débil sobre el inadecuado proceso de examinar adecuadamente al paciente para el diagnóstico de esta patología

Además sigue siendo bajo en las dimensiones de valorar, planear y ejecutar con una correlación positiva moderada en los procesos de atención de los internos de medicina de una universidad encuesta

Finalmente el nivel de conocimiento es bajo sobre el abdomen agudo en la emergencia tiene una correlación positiva alta sobre el inadecuado proceso de atención de esta patología en los internos de medicina

Revisando los resultados de otros investigaciones encontramos los estudios de Chavarría Z, sobre los conocimientos, actitudes y prácticas del abordaje inicial para el diagnóstico de abdomen agudo, en médicos que laboran en las unidades de atención primaria en el municipio de León, encuentra la mayoría de su población predominantemente femenina, pero contrario a nuestros hallazgos sus médicos Internos tienen conocimientos satisfactorios, actitudes favorables y prácticas adecuadas, lo que demuestra el adecuado entrenamiento de los internos en la práctica de emergencia sobre el provecho de atención.

También encontramos los trabajos de Vanegas L, en su tesis sobre los conocimiento sobre síndrome doloroso abdominal agudo y aplicación del

proceso de atención en el servicio de emergencia hospital Goyeneche, Arequipa 2019”

Cuyo objetivo fue determinar la relación entre el nivel de conocimiento de Síndrome Doloroso Abdominal Agudo con la aplicación del Proceso de Atención encuentra similarmente a nuestros resultados un mediano nivel de conocimiento y de aplicación del proceso de atención, además que muestran mediano nivel de aplicación. demostrándose que el conocimiento de síndrome doloroso abdominal se relaciona con la aplicación del proceso de atención.

Por otro motivo Manayalle J, en su tesis acerca del nivel de cumplimiento de la guía práctica clínica de abdomen agudo del adulto, en el servicio de emergencias del hospital nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, año 2015, cuyo objetivo fue la de estimar el nivel de cumplimiento de la guía de práctica clínica(GPC) de abdomen agudo en el adulto, resaltando que el cumplimiento de la guía práctica clínica de abdomen agudo se encuentra en un nivel deficiente, lo que indica la importancia de instaurar y fortalecer los procedimientos durante la atención en emergencia, incluyendo cuatro especialidades en mención para su realización.

En cuanto a la sintomatología presentada según Montenegro L, tesis: “Prevalencia de abdomen agudo en pacientes de 18 a 64 años atendidos en la emergencia del hospital básico Durán. Ecuador, 2019, nos indica que las principales causas de morbilidad en el hombre con respecto a dolor abdominal agudo: apendicitis, gastroenteritis, hernia inguinal y coledocitis, la patología quirúrgica más frecuente es la coledocitis en el sexo femenino. Llega a establecer que hay que tener especial atención en el sexo femenino, y el tipo de abdomen agudo más frecuente es el clínico es el cólico renal, la causa quirúrgica es la coledocitis aguda; elementos que deben estar presentes en lo conocimientos de nuestros estudiantes.

Paralelamente Castañeda E, en su tesis: acerca de la prevalencia de abdomen agudo quirúrgico no traumático y propuesta de un protocolo de atención actualizado. área de emergencia del hospital militar de Guayaquil 2017, donde resalta que hay que seguir un protocolo de atención actualizado que debe ser conocido exactamente por los médicos internos evaluando los factores de

riesgo y la alta incidencia de síndrome de fosa iliaca derecha y de litiasis vesicular.

Similarmente Calderón M, investiga acerca de la evaluación de la escala de estratificación temprana Early Risk Stratification Method ERSM en pacientes con dolor abdominal agudo durante el periodo enero 2018 a enero 2020 en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo, Guayaquil, Ecuador, donde revisa la exacta evaluación del dolor abdominal agudo es un síntoma muy frecuente, que requiere intervención quirúrgica de urgencia y puede poner en peligro la vida del paciente. Esta escala de estratificación temprana denominada ERSM (Early Risk Stratification Method), evalúa diversos parámetros clínicos y de laboratorio, encontrando a la colecistitis aguda y apendicitis aguda y determinando que tuvo mucha relación con el desenlace de la hospitalización de los casos estudiados, por lo tanto, se concluye que disminuye la mortalidad en los pacientes con dolor abdominal agudo.

También referimos a Luque E, en su tesis sobre las características clínicas y epidemiológicas del abdomen agudo quirúrgico y verificación de la certeza diagnóstica, servicio de emergencia del hospital nacional Adolfo Guevara Velasco, Cuzco 2017, concluyendo que la prevalencia de abdomen agudo quirúrgico son de sexo masculino, edad media de 39.34 años; el principal diagnóstico preoperatorio fue de apendicitis aguda y el postoperatorio fue de apendicitis con una certeza diagnóstica en apendicitis aguda de 91.3%.

Revisando los estudios de Melissa K, en su tesis acerca de la relación entre el signo de Whirlpool y el hallazgo quirúrgico en la oclusión intestinal, donde refiere que el dolor abdominal agudo es uno de los principales motivos de consulta por emergencia, siendo la intervención quirúrgica una alternativa resolutive frecuentemente elegida, pues asume un rol diagnóstico y terapéutico a la vez. Resalta que el estudio de imágenes se ha convertido en herramienta fundamental para el diagnóstico y manejo de esta patología como que existe una imagen tomográfica en forma de remolino llamada signo de Whirlpool, que es un hallazgo frecuente en vólvulo intestinal, el cual provoca un cuadro de abdomen agudo por obstrucción, lo que fundamenta que los internos de

medicina deben manejar adecuadamente la solicitud de las imágenes en emergencia abdominal

Otro de los estudios que debemos revisar para el adecuado conocimiento del abdomen agudo es lo que sugiere Díaz S, en su tesis acerca de la utilidad del score de Ripasa sobre Alvarado modificada para diagnóstico de apendicitis aguda en el servicio de cirugía del Hospital de Vitarte, 2017, cuyo objetivo: fue evaluar la utilidad del score de RIPASA respecto al score de ALVARADO modificada en el diagnóstico temprano de apendicitis aguda en pacientes a las cuales se aplicó score de Ripasa y Alvarado modificada con el propósito de compararlos, concluyendo que el Score Ripasa demostró una menor utilidad diagnóstica con respecto al score de Alvarado modificada debido a su menor sensibilidad, especificidad y área bajo la curva ROC.

Debemos tener en cuenta que evaluar los conocimientos de los internos de medicina sobre un tema específico como es el abdomen agudo y el adecuado proceso de atención debido a las múltiples complicaciones que se presentan en los pacientes cuya demora en el diagnóstico debido a que no se aplican los exámenes precisos y ante la duda solicitar los exámenes complementarios necesarios para precisar un buen diagnóstico. La presentación bizarra de algunos síntomas y signos así como la alteración del curso natural de la enfermedad debido a que los pacientes se automedican enmascarando y alterando algunos síntomas y signos que son fundamentales para un diagnóstico apropiado.

La falta de estudios sobre el tema nos limita bastante la discusión y es por ello que recurrimos a la presentación del abdomen agudo en las emergencias con la aplicación de diversas escalas que nos permita aclarar una mejor resultados sobre la otra.

## **CAPITULO V:CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **5.1 Conclusiones**

El nivel de conocimiento es de nivel medio en cuanto a las dimensiones definición, causas y sintomatología sobre el abdomen agudo en la emergencia y presenta una correlación positiva moderada sobre el adecuado proceso de atención, por lo que se deduce que los estudiantes de medicina poseen las base teóricas acerca del conocimiento de la patología abdominal aguda.

El nivel de conocimiento es bajo sobre el abdomen agudo en la emergencia en la dimensión examen físico y la solicitud de exámenes complementarios y tienen una correlación positiva débil sobre el inadecuado proceso de examinar adecuadamente al paciente para el diagnóstico de esta patología, por lo que se deduce que la falta de examinar física y presencialmente ha influido en la mala practica de un adecuado examen físico del abdomen en los estudiantes de medicina.

El nivel de conocimiento es bajo en las dimensiones de valorar, planear y ejecutar con una correlación positiva moderada en los procesos de atención de los internos de medicina de una universidad encuesta, similarmente se aprecia la falta presencial de seguimiento de los pacientes luego de una evaluación inicial teórica adecuada.

El nivel de conocimiento es bajo sobre el abdomen agudo en la emergencia y tiene una correlación positiva alta sobre el inadecuado proceso de atención de esta patología en los internos de medicina, reafirmando que en líneas generales el conocimiento es bajo y repercute en la aplicación de los procesos de atención del abdomen agudo.

## **5.2 Recomendaciones**

Los tiempos de pandemia se han llevado cursos virtuales y no se han podido acudir a los hospitales, por lo que las prácticas en emergencia no se han realizado lo que demuestra el bajo nivel de conocimiento sobre las distintas dimensiones del abdomen agudo y los procesos de atención para un adecuado diagnóstico, por lo que se recomienda enmendar esta interface con una rápida adecuación de los internos de medicina

Se recomienda a las autoridades universitarias que se programe un curso de emergencias médico-quirúrgicas para los internos que están actualmente y los que se preparan en el externado medico

Se recomienda que los internos también se preparen adecuadamente y acudan a los servicios de emergencia para actualizar sus conocimiento y puedan poner en práctica los criterios diagnósticos de acuerdo a las escalas estandarizadas para el diagnostico de abdomen agudo.

## Referencias bibliográficas

- 1.-Contreras J, Medina J. (2004) tratamiento de soporte del dolor en pacientes. v congreso nacional de feseo. OMS
- 2.-Kopf A and Patel N,. (2010) guía para el manejo del dolor en condiciones de bajos recursos. asociación internacional para el estudio del dolor,
- 3.-. Villazón-Sahagún, A. (2008) actualización continua para médicos. medicina crítica. libro 5 parte d. México
- 4.- Ayer E, Billisch (2011) the brain-gut axis in abdominal pain syndromes. annu rev med.
- 5.-knopp rk, dries d. (2006) Analgesia in acute abdominal pain: What's next. Annals of Emergency Medicine. Oficina de Estadística Hospital III Goyeneche, 2019.
- 6.- Angie Francela Chavarría Zelaya, tesis: Conocimientos, actitudes y prácticas del abordaje inicial para el diagnóstico de abdomen agudo, en médicos que laboran en las unidades de atención primaria en el municipio de león, en el período febrero- marzo 2018.
- 7.- Jenny Hortensia Palacios Saltos, tesis: "abdomen agudo en emergencia del hospital "el carmen", manabí guayaquil-ecuador 2018"
- 8.- : Montenegro Cruz Ariana Liceth prevalencia de abdomen agudo en pacientes de 18 a 64 años atendidos en la emergencia del hospital básico Durán. Ecuador. 2018.
- 9.- Édison Castañeda Román, tesis: "Prevalencia de abdomen agudo quirúrgico no traumático y propuesta de un protocolo de atención actualizado. área de emergencia del hospital militar de Guayaquil 2017".
- 10.-Calderón Blum María Paula. : "Evaluación de la escala de estratificación temprana Early Risk Stratification Method ERSM en pacientes con dolor

abdominal agudo durante el periodo enero 2018 a enero 2020 en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo, Guayaquil, Ecuador.

11.- Luque Flórez, Edward. Tesis: Características clínicas y epidemiológicas del abdomen agudo quirúrgico y verificación de la certeza diagnóstica, servicio de emergencia del hospital nacional Adolfo Guevara Velasco, Cuzco 2017.

12.- Vanegas Quispe, Lizbeth Yanina. tesis: conocimiento sobre síndrome doloroso abdominal agudo y aplicación del proceso de atención de enfermería, servicio de emergencia hospital Goyeneche, Arequipa 2019.

13.- Jesús del Cisne Rojas Manayalle, TESIS: “nivel de cumplimiento de la guía práctica clínica de abdomen agudo del adulto, en el servicio de emergencias del hospital nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, año 2015”.

14.- Melissa Arce Oyola, Karen Valeria Gamonal Morán. Tesis: “Relación entre el signo de Whirlpool y el hallazgo quirúrgico en la oclusión intestinal 2021. Universidad Peruana Unión.

15.- Sergio Jesús Díaz Medina. Tesis: “Utilidad del score de Ripasa sobre Alvarado modificada para diagnóstico de apendicitis aguda en el servicio de cirugía del Hospital de Vitarte, 2017”.

16.- CRUZ CASO, Vilma Corali. Nivel de conocimiento y su relación con la aplicación de las normas de bioseguridad del personal del Centro de Salud San Francisco Tacna 2014. 2016.

17.- VAN DIJK, Teun, et al. Tipos de conocimiento en el procesamiento del discurso. *Lingüística e interdisciplinariedad: desafíos del nuevo milenio. Ensayos en honor a Marianne Peronard*, 2002, p. 43-66.

18.- ESCOBAR GINES, Carlos Rolando. *Covid-19 presentación como dolor abdominal agudo y manifestaciones gastrointestinales. Revisión teórica*. 2021. Tesis de Maestría. Quito: UCE.

19.- MORENO, Carlos; PRADA, Diana M. Fisiopatología del dolor clínico. *Guía neurológica*, 2004, vol. 3, p. 9-21.

- 20.- TIMONEDA, F. Lopez. Definición y clasificación del dolor. *Clínicas urológicas de la Complutense*, 1995, no 4, p. 49.
- 21.- MENDOZA, J. Mulero. DIAGNÓSTICO CLÍNICO. TIPOS DE DOLOR. *TERAPÉUTICOS EN EL DOLOR LUMBAR CRÓNICO*, p. 75.
- 22.- BLANCO ASPIAZÚ, Miguel Ángel, et al. Modelo teórico para la evaluación de la calidad del examen físico del paciente. *Educación Médica Superior*, 2006, vol. 20, no 3, p. 0-0.
- 23.- BEJARANO, Mónica; GALLEGO, Cristal Ximena; GÓMEZ, Julián Ricardo. Frecuencia de abdomen agudo quirúrgico en pacientes que consultan al servicio de urgencias. *Revista Colombiana de Cirugía*, 2011, vol. 26, no 1, p. 33-41.
- 24.- PEÑA CABRERA, LEOPOLDO. DOLOR ABDOMINAL AGUDO. 2016.
- 25.- GALLEGO, J. I., et al. Estimación de la prevalencia e intensidad del dolor postoperatorio y su relación con la satisfacción de los pacientes. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 2004, vol. 11, no 4, p. 35-40.
- 26.- BARBOZA-BERAÚN, Aurelio, et al. Simposio sobre Abdomen Agudo-Segunda Parte. *Diagnóstico*, 2021, vol. 60, no 1, p. 5-11.
- 27.- DE RUNGS BROWN, David R., et al. Exploración física del abdomen agudo y sus principales signos como una práctica basada en la evidencia. *Cirujano general*, 2015, vol. 37, no 1-2, p. 32-37.
- 28.- NAVARRO FERNÁNDEZ, J. A., et al. Validez de las pruebas diagnósticas realizadas a pacientes con dolor abdominal agudo en un servicio de urgencias hospitalario. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*, 2009, vol. 101, no 9, p. 610-614.
- 29.- RUILOVA ULLAURI, Adriana Elizabeth; MURILLO ZAMBRANO, Denisse Jacqueline. *Abdomen agudo perforativo y aplicación del proceso de atención de enfermería*. 2019. Tesis de Licenciatura. Machala: Universidad Técnica de Machala.

- 30.- IMÉNEZ J (2011) Manual de protocolos y actuación en urgencias para residentes Complejo Hospitalario de Toledo. Coordinador Agustín.
- 31.-NIETO SILVA JA. (2012) Dolor abdominal agudo. En: Malagón Londoño G, editor. Manejo integral de urgencias. Bogotá: Editorial Médica Panamericana.
- 32.- CAJAL, Francisco José Celada. DOLOR ABDOMINAL Y ABDOMEN AGUDO.
- 33.- SAN MARTÍN, F. González, et al. Dolor abdominal agudo en el adulto. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 2012, vol. 11, no 6, p. 355-364.
- 34.-KRESTIN GP (2009) Manual Práctico de Enfermería en Urgencias. Servicio de Urgencias Complejo Hospitalario de Albacete. Varios autores. Aula Médica ediciones
- 35.- HERNÁNDEZ-SAMPIERI, Roberto; TORRES, Christian Paulina Mendoza. *Metodología de la investigación*. México^ eD. F DF: McGraw-Hill Interamericana, 2018.

# **ANEXOS**

**ANEXO N°1 CUADRO DE OPERALIZACIÓN DE VARIABLES**

**ALUMNO ALUMNO: BLANCA COROTHY APAZA CUZCANO**

**Asesor: Dra. Jeny Zavaleta Oliver**

**Tema: CONOCIMIENTO SOBRE EL ABDOMEN AGUDO EN RELACION A LOS PROCESOS DE ATENCION EN LA EMERGENCIA DE LOS INTERNOS DE MEDICINA DE UNA UNIVERSIDAD PRIVADA -2022**

<b>VARIABLE 1 Conocimiento de los procesos de atención</b>			
<b>INDICADORES</b>	<b>ITEMS</b>	<b>NIVEL DE MEDICIÓN</b>	<b>INSTRUMENTO</b>
<b>Dimensión definición, causa y sintomatología</b>	bajo : 5-9	Cuantitativa ordinal	cuestionario
<b>Dimensión examen físico y pruebas complementarias</b>	Medio: 10-14		
<b>Dimensión: valoración, evaluación y pruebas complementarias</b>	Alto : 15-19		
<b>VARIABLE 2: procesos de atención del abdomen agudo</b>			
<b>INDICADORES</b>	<b>ITEMS</b>	<b>NIVEL DE MEDICIÓN</b>	<b>INSTRUMENTO</b>
Proceso	Adecuado inadecuado	Cualitativa ordinal	cuestionario



Dra. Jenny Zavaleta Oliver

ASESOR METODOLOGO

**MATRIZ DE CONSISTENCIA**

**ALUMNO: BLANCA COROTHY APAZA CUZCANO**

**ASESOR: DRA. JENNY MARIANELLA ZAVALA OLIVER**

**TEMA: CONOCIMIENTO SOBRE EL ABDOMEN AGUDO EN RELACION A LOS PROCESOS DE ATENCION EN LA EMERGENCIA DE LOS INTERNOS DE MEDICINA DE UNA UNIVERSIDAD PRIVADA -2022**

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES
<p><b>General:</b></p> <p>¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento del Abdomen Agudo con la Aplicación del Proceso de Atención en la emergencia de los de los internos de medicina de una universidad privada -2022?</p> <p><b>Específicos:</b></p> <p>¿Cuál es el nivel de conocimiento en las dimensiones: definición, causas y sintomatología, y su relación con los procesos de atención del abdomen agudo en la emergencia de los internos de medicina de una universidad privada -2022?</p> <p>¿Cuál es el nivel de conocimiento en las dimensiones, examen físico y pruebas complementarias y su relación con los procesos de atención del abdomen agudo en la emergencia de los internos de medicina de una universidad privada -2022?</p> <p>¿Cuál es el nivel de conocimiento valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación. y su relación con los procesos de</p>	<p><b>General:</b></p> <p>Determinar el nivel de conocimiento y su relación con los procesos de atención del abdomen agudo en la emergencia de los internos de medicina de una universidad privada -2022</p> <p><b>Específicos:</b></p> <p>Evaluar el nivel de conocimiento en las dimensiones: definición, causas y sintomatología, y su relación con los procesos de atención del abdomen agudo en la emergencia de los internos de medicina de una universidad privada -2022</p> <p>Identificar el nivel de conocimiento en las dimensiones, intervenciones y pruebas complementarias y su relación con los procesos de atención del abdomen agudo en la emergencia de los internos de medicina de una universidad privada -2022</p> <p>Evaluar el nivel de conocimiento valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación. y su relación con los procesos</p>	<p><b>General:</b></p> <p>Existe relación entre el nivel de conocimiento del abdomen Agudo con la Aplicación del Proceso de Atención en los internos de medicina de una universidad privada - 2022</p> <p><b>Específicas:</b></p> <p>El nivel de conocimiento es bajo en las dimensiones: definición, causas y sintomatología, y su relación con los procesos de atención del abdomen agudo en la emergencia de los internos de medicina de una universidad privada -2022</p> <p>El nivel de conocimiento es bajo en las dimensiones, intervenciones y pruebas complementarias y su relación con los procesos de atención del abdomen agudo en la emergencia de los internos de medicina de una universidad privada -2022</p> <p>El nivel de conocimiento es bajo en</p>	<p><b>Variable de investigación:</b></p> <p><b>Variable 1:</b></p> <p><b>conocimiento de los procesos de atención</b></p> <p>Dimensión definición, causa y sintomatología</p> <p>Dimensión examen físico y pruebas complementarias</p> <p>Dimensión: valoración, evaluación y pruebas complementarias</p> <p><b>Variable 2:</b></p> <p>Procesos de atencion</p>

<p>atención del abdomen agudo en la emergencia de los internos de medicina de una universidad privada -2022?</p> <p>¿Cuál es el nivel de conocimiento y su relación con el nivel de aplicación de los procesos de atención del abdomen agudo en la emergencia de los internos de medicina de una universidad privada -2022?</p>	<p>de atención del abdomen agudo en la emergencia de los internos de medicina de una universidad privada -2022</p> <p>Establecer el nivel de conocimiento y su relación con el nivel de aplicación de los procesos de atención del abdomen agudo en la emergencia de los internos de medicina de una universidad privada -2022</p>	<p>las dimensiones valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación. y su relación con los procesos de atención del abdomen agudo en la emergencia de los internos de medicina de una universidad privada -2022</p> <p>El nivel de conocimiento está en relación con el nivel de aplicación de los procesos de atención del abdomen agudo en la emergencia de los internos de medicina de una universidad privada -2022</p>		
<b>Diseño metodológico</b>		<b>Población y Muestra</b>	<b>Técnicas e Instrumentos</b>	
<p>- Nivel : correlacional.</p> <p>- Tipo de Investigación:</p> <p>Es un estudio de Tipo aplicada, Observacional, prospectivo y Transversal.</p>	<p>Población: los estudiantes de medicina de XIII y XIV ciclo de medicina de una universidad privada (N =: 517)</p> <p>Tamaño de muestra:203</p> <p>Muestreo: no Probabilístico</p>	<p>Técnica: Encuesta.</p> <p>Instrumentos: cuestionario.</p>		



Dra. Jenny Zavaleta Oliver

Asesor metodólogo

## ANEXO 03 INSTRUMENTO

### CONOCIMIENTO DEL ABDOMEN AGUDO

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

#### I. DEFINICION Y CAUSAS

1. **¿A qué se considera síndrome doloroso abdominal agudo, teniendo en cuenta el tiempo de evolución?**
  - a. Dentro de las primeras 24 horas de aparición
  - b. Dolor de menos de 3 días de evolución
  - c. Dolor de meses de presentación
  - d. Todas las anteriores
2. **Las causas de síndrome doloroso abdominal agudo pueden ser:**
  - a. Intra y extra- abdominales
  - b. Por traumas recientes
  - c. Por enfermedades crónicas
  - d. Ninguna de las anteriores
3. **Señale que criterios serían de gravedad en una exploración abdominal**

- a Presencia de masa pulsátil
- b Dolor abdominal
- Distensión abdominal
- D. y c son correctas**
- E. Nivel de conciencia normal.

**4.-Ante un paciente intervenido previamente y que acude con dolor abdominal pensaremos en:**

- a.-Cólico renal
- b.-Probable brida postoperatoria
- c-Cólico biliar
- d.-a y c son correctas**
- e.-Ninguna es correcta

**5.-Señale cual es la causa más frecuente de dolor pélvico:**

- a.-Apendicitis aguda
- b.-Enfermedad inflamatoria pélvica**
- c.-Pancreatitis Aguda

- d.-Embarazo ectópico
- e.-Litiasis renal

**6.-Ante un paciente con dolor abdominal de localización epigástrica y en HD con Murphy positivo acompañado de fiebre y leucocitosis pensar en:**

- a. Apendicitis
- b. Isquemia mesentérica
- c. Colecistitis aguda**
- d. Diverticulitis
- e. Causa extra abdominal

## **II. SINTOMATOLOGIA**

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

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

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

- f. Vólvulo gástrico
- g. Perforación gástrica
- h. Salpingitis aguda
- i. Cólico biliar**
- j. a y b son correctas

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

- k. Fosa iliaca derecha
- l. Miembro superior derecho
- m. Hipocondrio derecho

n. Hombro derecho

**o. Escápula derecha.**

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

p. Apendicitis Aguda

q. Adenitis mesentérica

r. Vientre en tabla

s. Contractura involuntaria

**t. Palpamos la vesícula biliar.**

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

u. Dolor difuso rectorragia y Acidosis metabólica

v. Dolor en FII con signos de irritación peritoneal

w. Dolor en fosa renal izquierda con irradiación a flancos

**x. Dolor epigástrico irradiado a espalda en cinturón con leve defensa abdominal y disminución de ruidos**

y. Anorexia, fiebre y leucocitosis

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

z. Embolia mesentérica

aa. Cólico biliar

bb. Embarazo ectópico

**cc. Apendicitis**

dd. Perforación de víscera hueca

### **III. INTERVENCIONES**

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

ee. Una vía periférica de alto flujo

**ff. Dos vías periféricas**

gg. Un catéter central tipo DRUM

hh. Un catéter central por la subclavia

ii. Un catéter central tipo yugular

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

jj. Valorar precozmente y sin demoras.

kk. Controlaría funciones vitales

**ll. Administraría analgésicos y sedantes**

mm. Valoraría precozmente y sin demoras y no administraría analgésicos ni sedantes.

nn. No administraría analgésicos, pero sí sedantes.

**15.-Ingresa un paciente con dolor abdominal, inestable, que es lo que recomendaría:**

oo. Analgesia y toma de funciones vitales.

pp. Ecografía abdominal portátil, vía periférica, aviso a Cirujano de Guardia

qq. Exploración física

rr. Vía periférica, Radiografías.

**ss. Ecografía abdominal portátil, ECG, canalizar vías periféricas, avisar a cirujano de guardia, solicitar muestra de sangre y orina.**

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

a. Inyección IM de Espasmolítico analgésico

b. Dar vía oral alcalinos

c. Si palpación normal alta a domicilio

**d. Electrocardiograma**

e. Ninguna es correcta.

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

a. Siempre

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

**10. 19.-Cuál será el tratamiento de la Enfermedad inflamatoria pélvica:**

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

#### **IV. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS**

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

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

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

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

## ANEXO Nº 04 CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo .....

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

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

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

Para que conste firmo al pie de este documento:

---

D.N.I.....

## Informe de Opinión de Experto

I.- Datos generales:

**Apellidos y nombres del experto:** Dra Jenny Zavaleta Oliver

**Cargo:** Médico asistente del Hospital Vitarte

**Tipo de experto:** Metodólogo

**Nombre del instrumento:** conocimiento sobre procesos de atención del abdomen agudo en la emergencia de los internos de medicina de una universidad privada -2022

**Autor:** Blanca Corothy Apaza Cuzcano

II.-Aspectos de validación:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 – 20%		Regular 21 -40%	Buena 41 -60%	Muy Buena 61 -80%	Excelente 81 -100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.						90
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas						90
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances de la teoría intento de suicidio						90
ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.						90
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.						90
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer: Factores asociados al intento de suicidio						90
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.						90
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.						90
METODOLOGIA	La estrategia responde a un estudio descriptivo						90

III.-Opinión de aplicabilidad: APLICABLE

IV.-Promedio de valoración

90 %
------

**Lugar y fecha:** Lima, 20 de Enero del 2022



**Firma del Experto**  
**DNI: 18090153**

## Informe de Opinión de Experto

I.- Datos generales:

**Apellidos y nombres del experto:** Dr Walter Bryson Malca

**Cargo:** Médico asistente del Hospital Hipolito Unanue

**Tipo de experto:** Especialista

**Nombre del instrumento:** conocimiento sobre procesos de atención del abdomen agudo en la emergencia de los internos de medicina de una universidad privada -2022

**Autor:** Blanca Corothy Apaza Cuzcano

II.-Aspectos de validación:

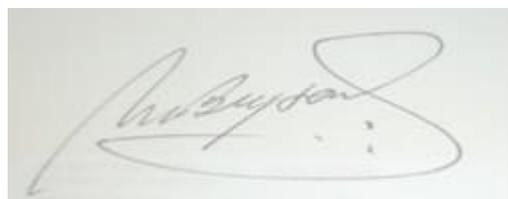
INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 – 20%		Regular 21 -40%	Buena 41 -60%	Muy Buena 61 -80%	Excelente 81 -100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.						90
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas						90
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances de la teoría intento de suicidio						90
ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.						90
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.						90
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer: Factores asociados al intento de suicidio						90
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.						90
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.						90
METODOLOGIA	La estrategia responde a un estudio descriptivo						90

III.-Opinión de aplicabilidad: APLICABLE

IV.-Promedio de valoración

90 %

**Lugar y fecha:** Lima, 20 de Enero del 2022



**Firma del Experto**  
**DNI: 08819198**

## Informe de Opinión de Experto

I.- Datos generales:

**Apellidos y nombres del experto:** Elsi Bazán Rodríguez

**Tipo de experto:** Estadístico

**Nombre del instrumento:** conocimiento sobre procesos de atención del abdomen agudo en la emergencia de los internos de medicina de una universidad privada -2022

**Autor:** Blanca Corothy Apaza Cuzcano

II.-Aspectos de validación:

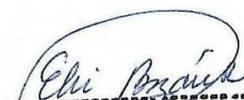
INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 – 20%		Regular 21 -40%	Buena 41 -60%	Muy Buena 61 -80%	Excelente 81 -100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.						91
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas						90
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances de la teoría intento de suicidio						90
ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.						92
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.						90
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer: Factores asociados al intento de suicidio						90
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.						92
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.						90
METODOLOGIA	La estrategia responde a un estudio descriptivo						92

III.-Opinión de aplicabilidad: APLICABLE

IV.-Promedio de valoración

92 %
------

**Lugar y fecha: Lima, 20 de Enero del 2022**

  
 -----  
**ELSI BAZÁN RODRÍGUEZ**  
 COESPE N° 444

.....  
 Lic. ELSI BAZÁN RODRÍGUEZ  
 Estadístico