



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA HUMANA

TÍTULO

**“MANEJO DEL DOLOR ABDOMINAL EN USUARIOS QUE
ACUDEN AL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL
BÁSICO CATACOCHA”**

*Tesis previa a la obtención del
Título de Médico General*

Autor:

DANIEL JOSÉ GODOY ARMIJOS

Director:

DR. IVAN MAURICIO CAPA OCAMPO, Esp.

LOJA – ECUADOR

2016

CERTIFICACIÓN

Loja, 08 de Diciembre del 2016

Dr. Iván Mauricio Capa Ocampo, Esp.

DIRECTOR DE TESIS

CERTIFICA:

Que el presente trabajo investigativo, previo a optar el grado de Médico General, titulado: **MANEJO DEL DOLOR ABDOMINAL EN USUARIOS QUE ACUDEN AL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL BÁSICO CATACUCHA**, presentado por el estudiante Daniel José Godoy Armijos, ha sido dirigido, asesorado, realizado bajo mi dirección y revisado detalladamente y minuciosamente durante todo su desarrollo. Por lo tanto autorizo proseguir los trámites pertinentes para su presentación y defensa de la misma ante el Tribunal de Grado.

Atentamente



Dr. Iván Mauricio Capa Ocampo, Esp.

DIRECTOR DE TESIS

Dr. Iván M. Capa O.
CIRUGÍA Y LAPAROSCOPIA
MSP: L.16-F.65-N° 193
MAT. C.M.L. - 926

AUTORÍA

Yo, Daniel José Godoy Armijos, declaro ser autor del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja a sus representantes jurídicos de posibles o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio institucional-biblioteca Virtual.

Autor: Daniel José Godoy Armijos

Firma: _____

Cédula: 1105059719

Fecha: 08 de Diciembre del 2016

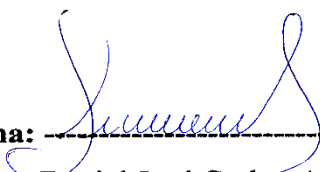
CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, Daniel José Godoy Armijos, declaro ser autor de la tesis titulada: “**MANEJO DEL DOLOR ABDOMINAL EN USUARIOS QUE ACUDEN AL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL BÁSICO CATACOCCHA**”; como requisito para optar al grado de Médico General; autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional (RDI):

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los 8 días del mes de Diciembre del dos mil dieciséis, firma el autor.

Firma:  _____

Autor: Daniel José Godoy Armijos

Cédula: 1105059719

Dirección: San José Alto

Correo Electrónico: daniel170290@gmail.com

Teléfono: 2713219 **Celular:** 0993757987

Datos Complementarios

Director de Tesis: Dr. Iván Mauricio Capa Ocampo, Esp.

Tribunal de Grado: Dr. Juan Arsenio Cuenca Apolo, Esp, Mg.Sc.

Dr. Claudio Hernán Torres Valdivieso, Esp.

Dr. Cristian Leonardo Valdivieso Álvarez, Esp.

PRESIDENTE

VOCAL

VOCAL

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mi Dios, por haberme dado la vida y permitirme mostrar día a día que con humildad, paciencia y sabiduría todo es posible, darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentan, enseñándome a encarar las adversidades y sin desfallecer en el intento.

A mis padres Edgar Godoy y Mariela Armijos, que son mi pilar fundamental en mi vida, quienes con su amor, apoyo y comprensión incondicional están siempre a lo largo de mi vida y quienes me enseñaron valores, principios, perseverancia y coraje para conseguir mis objetivos.

También dedico este trabajo a mi Esposa Gabriela y a mis Hijos Sofía y Mateo, que siempre están junto a mí, apoyándome en el transcurso de la realización de este trabajo.

A mi hermana que siempre me apoya y está ahí cuando la necesito te quiero mucho. Y a todos y cada uno de mis amigos, por ayudarme en cada momento por ser mi compañía y apoyo.

Daniel José Godoy Armijos

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a la Universidad Nacional de Loja, al Área de Salud Humana y a la Carrera de Laboratorio Clínico, por darme la oportunidad de estudiar y ser una profesional.

A mi director de tesis, Dr. Iván Mauricio Capa Ocampo, por su esfuerzo y dedicación, quien con sus conocimientos, experiencia, paciencia y motivación ha logrado en mí que pueda terminar con éxito este trabajo.

Al Dr. Edison Granda, Director del Hospital Básico Catacocha, por colaborarme para que efectué el trabajo de tesis.

Daniel José Godoy Armijos

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CERTIFICACIÓN	ii
ERTIFICACION.....	iii
AUTORIA	iii
CARTA DE AUTORIZACIÓN	iv
DEDICATORIA.....	v
AGRADECIMIENTOS	vi
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	vii
1. TÍTULO	1
2. RESUMEN.....	2
SUMMARY	3
3. INTRODUCCION.....	4
4. REVISION DE LA LITERATURA	6
4.1. DOLOR ABDOMINAL	6
4.1.1. INTRODUCCIÓN	6
4.2. TIPOS DE DOLOR.....	7
4.3. ABDOMEN AGUDO	8
4.3.1. GENERALIDADES	8
4.3.2. DEFINICIÓN	9
4.3.3. FISIOPATOLOGÍA.....	9
4.4. TIPOS DE ABDOMEN AGUDO	15
4.4.1. Abdomen Agudo Quirúrgico.....	15
4.4.2. Abdomen Agudo no Quirúrgico.....	15
4.5. ANALGESIA EN EL DOLOR ABDOMINAL AGUDO.....	16
4.5.1. DEFINICION	16
4.5.2. TIPOS DE ANALGÉSICOS.....	17
4.5.3. PRINCIPIOS DEL MANEJO DEL DOLOR AGUDO.....	18
4.6. EVALUACIÓN DE LA INTENSIDAD DEL DOLOR	18
4.6.1. ESCALAS DE VALORACIÓN DEL DOLOR.....	18

5. METODOLOGIA	21
5.5. PROCEDIMIENTO.....	21
5.5.1. Análisis de la información.....	22
5.5.2. Instrumentos de recolección de datos	22
5.5.3. Técnicas de Investigación.	22
6. RESULTADOS Y ANÁLISIS	23
7. DISCUSIÓN.....	26
8. CONCLUSIONES	27
9. RECOMENDACIONES	28
10. BIBLIOGRAFIA.....	29
11. ANEXOS	33

1. TÍTULO

“Manejo del dolor abdominal en usuarios que acuden al servicio de emergencia del Hospital Básico Catacocha”

2. RESUMEN

El dolor abdominal es uno de los síntomas por el que con más frecuencia acude el paciente a Urgencias, constituyendo casi el 85% de las asistencias a urgencias. Según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos del Ecuador, 2011, determina que el dolor abdominal estuvo entre las 10 primeras causas de morbilidad en el país. La Organización Panamericana de la Salud, 2011, define al dolor abdominal como la manifestación más importante de los trastornos. El presente trabajo tuvo como objetivo general conocer cuál es el manejo del dolor abdominal en usuarios que acuden al servicio de emergencia del Hospital Básico Catacocha en el periodo de Marzo-Julio 2016; y como objetivos específicos: 1. Determinar el tipo de analgesia que se utilizó con más frecuencia en el manejo del dolor abdominal en los usuarios que acudieron a emergencia; 2. Determinar cuáles fueron las patologías más frecuentes encontradas en usuarios que presentaban dolor abdominal en emergencia; 3. Determinar cómo se manejó el dolor abdominal agudo en los usuarios que acudieron a emergencia. En esta investigación, se realizó un estudio descriptivo, cuantitativo, retrospectivo, cuyo universo fue de 500 pacientes con dolor abdominal, obteniéndose una muestra de 64 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión; se elaboró una hoja de recolección de datos por el autor; obteniendo los siguientes resultados; 44% se manejó el dolor con tramadol; 3% antiespasmódico; 42% la causa más frecuente de dolor abdominal fue apendicitis; 11% adenitis mesentérica; el manejo del dolor abdominal agudo en los pacientes diagnosticados de apendicitis se lo realizó: 15 pacientes con tramadol, y 7 pacientes con ketorolaco; mientras que los diagnosticados de colecistitis se manejó: 5 pacientes con tramadol, y 5 pacientes con ketorolaco. El analgésico más frecuente que se utilizó en el tratamiento del dolor abdominal fue el tramadol con el 44%, y un antiespasmódico con el 6%.

Palabras Clave: Dolor abdominal, Laparotomía, Apendicectomía, Apendicitis.

SUMMARY

The abdominal pain is one of the most frequently symptoms by which patients often go to the Emergency Department, constituting almost 85% of emergency care. According to the National Institute of Statistics and Censuses of Ecuador, in 2011, the abdominal pain was one of the 10 causes of morbidity in the country. The Panamerican Health Organization, 2011, defines abdominal pain as the most important manifestation of most of the disorders. The main objective of the present study is to know the handling of the abdominal pain in users who visit the Emergency Service of the Catacocha Basic Hospital in the period of March to July 2016; and the specific objectives are: 1. To determine which kind of analgesia is the most frequently used in the handling of abdominal pain in users who visit the emergency; 2. To determine which were the most frequent pathologies found in users who presented abdominal pain in emergency; 3. To determine the handling of surgical abdominal pain in emergency users. This investigation carries out a descriptive, quantitative, retrospective study, employing 500 patients with abdominal pain; obtaining a sample of 64 patients who meet the inclusion and exclusion criteria; A data collection report was prepared by the author; Obtaining the following results; 44% were treated with tramadol; 3% antispasmodic; 42% The most frequent cause of abdominal pain was appendicitis; 11% mesenteric adenitis. The management of acute abdominal pain in patients diagnosed with appendicitis was: 15 patients with tramadol; 5 patients with ketorolac; While those diagnosed for cholecystitis were managed: 5 patients with tramadol; 5 patients with ketorolac. The most frequent analgesic used in the treatment of abdominal pain at the Catacocha Basic Hospital was tramal with 44%, ketorolac with 42%, and antispasmodics with 6%.

Key words: Abdominal pain, Laparotomy, Appendectomy, Appendicitis.

3. INTRODUCCIÓN

En la presente investigación se analizó cómo resolver el problema que se presenta en los pacientes que acuden al Hospital Básico Catacocha para ser atendidos en lo relacionado al dolor abdominal, siendo este uno de los síntomas por el que con más frecuencia acuden los pacientes a Urgencias, que constituyen alrededor del 85%. Según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos del Ecuador, 2011, determina que el dolor abdominal estuvo entre las primeras 10 causas de morbilidad en el país.

Cuando se habla del dolor abdominal agudo se refiere al dolor de menos de 24 horas de evolución. Siendo una causa frecuente de consulta en los servicios de urgencias en todos los centros médicos del mundo; en los Estados Unidos, anualmente, 100 millones de pacientes visitan al servicio de urgencias, 5% son originadas por dolor abdominal.

La importancia de realizar este trabajo es para aportar científicamente con el Hospital Básico de Catacocha, lo que permitirá determinar las falencias y limitaciones presentes en el servicio de emergencia al momento de brindar la atención médica, y para comparar lo encontrado en el trabajo con la literatura especializada.

Para la realización del estudio se apoyó de información de datos recogidos en el Departamento de Estadística del Hospital Básico Catacocha mediante revisión de Historias Clínicas, relacionados con la medicación administrada en emergencia del Hospital, y las patologías diagnosticadas en emergencia con un total de 64 encuestas, las mismas que fueron adecuadamente tabuladas y sistematizadas.

Los objetivos que se cumplieron en el presente estudio fueron los siguientes: **Objetivo General:** Conocer cuál es el manejo del dolor abdominal en usuarios que acuden al servicio de emergencia del Hospital Básico Catacocha en el periodo de Marzo-Julio 2016. **Objetivos Específicos:** 1. Determinar el tipo de analgesia que se utilizó con más frecuencia en el manejo del dolor abdominal en los usuarios que acudieron a emergencia; 2. Determinar cuáles fueron las patologías más frecuentes encontradas en usuarios que presentaban dolor abdominal en

emergencia; 3. Determinar cómo se manejó el dolor abdominal agudo en los usuarios que acudieron a emergencia.

4. REVISIÓN DE LA LITERATURA

4.1. DOLOR ABDOMINAL

4.1.1. INTRODUCCIÓN

La Organización Panamericana de la Salud, 2011, define al dolor abdominal como la manifestación más importante de los trastornos gastrointestinales, además de ser frecuente expresión de otros trastornos extraabdominales (isquemia miocárdica y neumonía, principalmente). De particular importancia es el abordaje temprano y acucioso del dolor abdominal, asociado a un cuadro de abdomen agudo, ya que el diagnóstico y tratamiento temprano tienen relación directa con un mejor pronóstico para paciente.

El dolor abdominal es un motivo frecuente de consulta en atención primaria y urgencias, y constituye el síntoma más común en patología digestiva; es por ello que el dolor abdominal es un síntoma frecuente con un elevado número de causas responsables del mismo, y su carácter normalmente inespecífico lo convierte en ocasiones en un desafío diagnóstico, de hecho hasta un 40-50% permanece sin un diagnóstico etiológico inicial. (Valero Serrano, Franquelo Morales, Toledo Gómez, & Fernández Iglesias, 2011).

4.1.2. DEFINICIÓN

De manera sencilla, se ha definido el dolor abdominal como “todo dolor abdominal que obliga al paciente a consultar de manera urgente”. Uno de cada 20 pacientes que acuden al servicio de urgencia sin antecedentes de trauma, presenta dolor abdominal agudo, por lo que éste es uno de los problemas más frecuentes en la práctica diaria de los médicos generales y especialistas en diferentes áreas, que puede convertirse en un asunto complejo y plantea al médico una variedad de posibilidades diagnósticas que involucran diferentes órganos y sistemas. En general, 10% a 25% de los pacientes con dolor abdominal presentan un cuadro que requiere tratamiento quirúrgico. Por esta razón, el diagnóstico oportuno y el tratamiento

apropiado del dolor abdominal agudo están entre los aspectos más importantes de la atención médica en urgencias. (Mónica Bejarano, 2011).

4.2. TIPOS DE DOLOR

4.2.1. Dolor visceral

Su origen se relaciona con la distensión o contracción violenta de la musculatura de una víscera hueca. El estímulo se transmite a través de las fibras C que forman parte de los nervios esplácnicos. Éstos transmiten impulsos de conducción lenta que dan lugar a un dolor mal delimitado, de comienzo gradual e intensidad creciente, denominado protopático. Así es el dolor referido por el paciente en el epigastrio, durante las fases iniciales de un cuadro apendicular. La cualidad del dolor es variable y oscila entre un dolor sordo y urente hasta un dolor manifiestamente cólico. Es un tipo de dolor que frecuentemente se asocia a síntomas vegetativos: inquietud, sudoración, palidez, náuseas y vómitos. No existen áreas de hiperalgesia ni de contractura muscular y, debido a que la inervación visceral alcanza ambos lados de la médula, su localización se sitúa en la línea media.

4.2.2. Dolor referido

En ocasiones, el dolor originado en una víscera es percibido como si procediese de una zona localizada a distancia del órgano afectado. Aparece cuando el estímulo visceral es más intenso o bien el umbral del dolor está disminuido. Su origen puede explicarse por la teoría de la convergencia-proyección. Así, las fibras que conducen los estímulos viscerales convergen en el asta posterior de la médula junto con las fibras que conducen los estímulos somáticos (p. ej: procedentes de la piel). Debido a que la densidad de estos últimos es muy superior y a que los impulsos procedentes de la piel son mucho más frecuentes, cuando un impulso de origen visceral es más intenso o el umbral del dolor está disminuido, las neuronas del asta posterior medular localizan erróneamente la procedencia del estímulo, situándolo en el área cutánea inervada por el mismo segmento medular. Por ejemplo, los impulsos nociceptivos procedentes de la vesícula entran en la médula entre las dorsales D5-D10. Cuando la vesícula es afectada

por un proceso inflamatorio –colecistitis–, la inflamación hace descender el umbral del dolor, justificando la aparición de un dolor referido a la escápula.

4.2.3. Dolor parietal

Aparece en casos de peritonitis. En este caso el impulso álgido se transmite a través de fibras mielínicas, que se hallan integradas en los nervios somáticos o cerebroespinales. Son de conducción rápida, poseen pequeños campos de recepción y producen un impulso álgido y bien localizado. En definitiva, son responsables del denominado dolor epicrítico, como el que se describe en el punto de McBurney en un caso de apendicitis aguda avanzada. Este tipo de dolor se localiza exactamente en la zona estimulada, agravándose con la tos, la deambulación y la palpación de la zona afectada. En todos estos casos es característica la presencia de hiperalgesia y defensa muscular. (Miguel A. Montoro, 2010)

4.3. ABDOMEN AGUDO

4.3.1. GENERALIDADES

La denominación abdomen agudo hace referencia a los signos y síntomas de dolor y sensibilidad (tensión) abdominales, un cuadro clínico que obliga a menudo al tratamiento quirúrgico de urgencia. Éste cuadro clínico tan complicado obliga a realizar un estudio exhaustivo e inmediato para determinar si es necesario operar y para iniciar el tratamiento apropiado. Son muchos los procesos (algunos de los cuales no son quirúrgicos ni intraabdominales) que pueden producir dolor y sensibilidad abdominales agudos. Debido a ello, se debe hacer todo lo posible para establecer un diagnóstico correcto y poder elegir el tratamiento más adecuado (a menudo una laparoscopia o una laparotomía).

Los diagnósticos asociados a un abdomen agudo varían dependiendo de la edad y el sexo del paciente. La apendicitis es más frecuente en los jóvenes, mientras que los trastornos biliares, la obstrucción intestinal, la isquemia y el infarto intestinales, y la diverticulitis son

más frecuentes en los pacientes de edad avanzada. La mayoría de estos diagnósticos se deben a infecciones, obstrucción, isquemia o perforación.

Las causas médicas de un abdomen agudo pueden clasificarse en tres categorías: endocrinas y metabólicas, hematológicas, y toxinas o fármacos. Entre las causas endocrinas y metabólicas cabe destacar la uremia, las crisis diabéticas, las crisis addisonianas, la porfiria Intermitente aguda, la hiperlipoproteinemia aguda y la fiebre mediterránea hereditaria. Entre los trastornos hematológicos cabe citar las crisis drepanocíticas, la leucemia aguda y otras discrasias sanguíneas. Entre las toxinas y los fármacos que pueden causar un abdomen agudo destacan las intoxicaciones por plomo y otros metales pesados, el síndrome de abstinencia de narcóticos y las picaduras por viuda negra. Es importante tener presente estas posibilidades a la hora de evaluar a un paciente con dolor abdominal agudo.

Debido al posible carácter quirúrgico del abdomen agudo, es necesario realizar una evaluación inmediata. La evaluación procede en el orden habitual: anamnesis, exploración física, pruebas de laboratorio y pruebas de imagen. Aunque estas últimas han mejorado la exactitud a la hora de establecer el diagnóstico correcto. (Postier., 2013)

4.3.2. **DEFINICIÓN**

El abdomen agudo ocupa un lugar importante en la práctica médica diaria, puesto que puede ser la manifestación de complicaciones de enfermedades preexistentes o de otras que se presentan con mínima o ninguna sintomatología.

Se define como un síndrome doloroso, habitualmente severo, de menos de una semana de evolución y que suele presentarse con otros signos y síntomas de inflamación peritoneal, que con frecuencia requiere manejo médico o quirúrgico de urgencia. (OCAMPO JM., 2006)

4.3.3. **FISIOPATOLOGÍA**

El peritoneo responde a la inflamación con un aumento del flujo sanguíneo, un incremento de la permeabilidad y la formación de un exudado fibrinoso en su superficie. El intestino puede

experimentar también una parálisis local o generalizada. La superficie fibrinosa y la disminución de los movimientos intestinales pueden causar la formación de adherencias entre el intestino y el epiplón o la pared abdominal, favoreciendo la localización de la inflamación. La apendicitis aguda representa, probablemente, el ejemplo más representativo para ilustrar los tres tipos de dolor descrito, según la fase evolutiva de la enfermedad. En una etapa inicial, la distensión brusca del apéndice provocada por la oclusión del segmento proximal conduce a la aparición de un dolor visceral verdadero, localizado en la línea media superior del abdomen. En una fase ulterior, la inflamación de la mucosa disminuye el umbral de percepción justificando la aparición de un dolor referido a la fosa ilíaca derecha. Finalmente la extensión del proceso inflamatorio al peritoneo determina la aparición de un dolor epicrítico, de mayor intensidad, localizado exactamente en la zona estimulada, junto con un área de hiperestesia cutánea y de defensa abdominal. (Russell, 2013)

4.3.4. **ETIOLOGÍA**

En el abdomen agudo se pueden reconocer múltiples causas, cuya importancia, por frecuencia y severidad son muy desiguales. A lo anterior hay que añadir que la edad, va a ser además, un factor determinante para diferenciar patologías.

4.3.4.1. **Recién nacidos:**

A esta edad las causas más comunes van a estar en relación con malformaciones del aparato digestivo o con problemas extradigestivos. Más raramente la causa será de carácter médico.

Origen digestivo

- ❖ Malrotación y vólvulo intestinal.
- ❖ Atresia o bandas duodenales.
- ❖ Atresia yeyuno-ileal.
- ❖ Íleo o tapón meconial.
- ❖ Enfermedad de Hirschprung.
- ❖ Colon izquierdo hipoplásico.

- ❖ Obstrucción funcional.
- ❖ Adinamia congénita.
- ❖ Ectopia-Atresia anal.
- ❖ Duplicaciones intestinales.

Origen extradigestivo

- ❖ Onfalocele.
- ❖ Extrofia vesical.
- ❖ Hernia diafragmática.

4.3.4.2.Lactantes menores de 2 años

Comunes

- ❖ Cólicos del lactante (< 3 meses).
- ❖ Gastroenteritis aguda.
- ❖ Síndromes virales.

Poco frecuentes

- ❖ Traumatismos (descartar siempre maltrato).
- ❖ Invaginación.
- ❖ Anomalías intestinales.
- ❖ Hernias inguinales.
- ❖ Anemia de células falciformes.

Infrecuentes

- ❖ Apendicitis.
- ❖ Alergia o intolerancia a la leche de vaca.
- ❖ Tumores.
- ❖ Intoxicaciones.

4.3.4.3.Edad preescolar (entre 2 y 5 años)

Comunes

- ❖ Gastroenteritis aguda.
- ❖ Infección urinaria.

- ❖ Traumatismos.
- ❖ Apendicitis.
- ❖ Neumonía y asma.
- ❖ Anemia de células falciformes.
- ❖ Infecciones virales.
- ❖ Estreñimiento.

Poco frecuentes

- ❖ Divertículo de Meckel.
- ❖ Púrpura de Schönlein-Henoch.
- ❖ Fibrosis quística.
- ❖ Invaginación.
- ❖ Síndrome nefrótico.

Infrecuentes

- ❖ Hernia incarcerada.
- ❖ Neoplasias.
- ❖ Síndrome hemolítico-urémico.
- ❖ Fiebre reumática.
- ❖ Hepatitis.
- ❖ Enfermedad inflamatoria intestinal.
- ❖ Quiste de colédoco.

4.3.4.4. Escolares mayores de 5 años y adolescentes

Comunes

- ❖ Gastroenteritis aguda.
- ❖ Traumatismos.
- ❖ Apendicitis.
- ❖ Infección urinaria.
- ❖ Enfermedad inflamatoria pélvica.
- ❖ Anemia de células falciformes.
- ❖ Estreñimiento.
- ❖ Infecciones víricas.

Poco frecuentes

- ❖ Neumonía.
- ❖ Asma.
- ❖ Fibrosis quística.
- ❖ Enfermedad inflamatoria intestinal.
- ❖ Úlcera péptica.
- ❖ Colecistitis.
- ❖ Pancreatitis.
- ❖ Diabetes mellitus.
- ❖ Embarazo.
- ❖ Quistes ováricos.
- ❖ Enfermedades del colágeno.
- ❖ Dolor intermenstrual.

Infrecuentes

- ❖ Fiebre reumática.
- ❖ Cálculos renales.
- ❖ Tumores.
- ❖ Torsión testicular.
- ❖ Torsión ovárica. (Aparicio, 2014).

4.3.4.5. Embarazadas

El abdomen agudo en Gineco-Obstetricia (AAGO) es un síndrome caracterizado por dolor abdominal, defensa de los músculos abdominales y compromiso del estado general. Es una urgencia médica que requiere decisión terapéutica inmediata que habitualmente aunque no siempre, es quirúrgica.

Tabla #: 1

Tipos de AAGO Causas	Casos parciales	total
Hemorrágico		
Embarazo ectópico roto	38	
Quiste de ovario roto sangrante	6	
Hemorragia postoperatoria	3	
Mioma fúndico sangrante	1	48
Vascular		
Quiste de ovario a pedículo torcido	22	
Hidrosalpinx torcido	1	
Miomatosis mas adherencias	1	24
Infecioso inflamatorio		
Anexitis	10	
Absceso tubo-ovárico	3	
Aborto séptico	1	
Endometritis puerperal	1	15
Funcional		
Cuerpo lúteo roto	2	
Quiste folicular roto	1	3
Traumático		
Perforación uterina	2	2
Total		92

4.3.4.6. Ancianos

En el anciano la etiología y la presentación son diferentes a las del adulto joven. En consecuencia, el dolor abdominal agudo se debe considerar como un signo de alarma en una persona de edad, así éste sea de menor intensidad o constituya su única manifestación clínica. A su vez, las características en la presentación del dolor abdominal en ancianos están relacionadas con el fenómeno de los cambios fisiológicos normales del envejecimiento, la comorbilidad y la disminución de la reserva funcional, los cuales pueden dificultar el diagnóstico e incrementar la morbilidad y mortalidad en estos pacientes. Sin embargo, la edad por sí sola no es un factor determinante para el desarrollo de los diferentes desenlaces adversos que puedan ocurrir. Algunos investigadores han encontrado que los ancianos con esta patología tienen no sólo una mayor necesidad de cirugía de urgencias, ser ingresados a la unidad de cuidado intensivo y requerir ventilación mecánica, sino también de una más prolongada estancia hospitalaria, mortalidad global y quirúrgica, lo cual indiscutiblemente representa un mayor costo para la atención en salud de estas personas. (Dang C, 2002)

4.4. TIPOS DE ABDOMEN AGUDO

4.4.1. Abdomen Agudo Quirúrgico

Es un síndrome de origen múltiple, caracterizado por dolor abdominal intenso y compromiso del estado general del paciente generalmente asociado a manifestaciones de compromiso peritoneal, que hace considerar la posibilidad de una acción terapéutica de emergencia, por existir riesgo inminente para la vida del paciente. El abdomen agudo es la evolución de un proceso patológico intraabdominal caracterizado por tener no más de una semana de iniciado el cuadro, está abocado a graves complicaciones inmediatas con riesgo vital.

4.4.2. Abdomen Agudo no Quirúrgico

Si bien el término abdomen agudo se refiere a variables de localización y tiempo de evolución, en realidad traduce un síndrome caracterizado por dolor abdominal, signos de reacción peritoneal y efectos sobre el estado general, particularidades que obligan a la realización de una intervención quirúrgica. Desde ese punto de vista, no cabría la idea de un abdomen agudo no quirúrgico. No obstante, numerosos trastornos producen cuadros de “abdomen agudo” que no requieren tratamiento quirúrgico. La distinción no es fácil y aún es válida la máxima de ofrecer al paciente el mayor beneficio posible, prefiriendo la intervención quirúrgica innecesaria al riesgo de una enfermedad rápidamente evolutiva que puede alcanzar una fase irreversible. Los elementos básicos del síndrome de abdomen agudo son el dolor abdominal intenso y las manifestaciones de irritación peritoneal; puede cursar con fleo paralítico, fiebre y leucocitosis. (Juan García 2014).

Causas más frecuentes de abdomen agudo no quirúrgico

Tabla #: 2 Tomada de la (OPS).

<ul style="list-style-type: none"> • Digestivas Gastroenteritis aguda tóxica o alimentaria Gastroenterocolitis aguda infecciosa Pancreatitis aguda Diverticulitis aguda Adenitis mesentérica Insuficiencia vascular mesentérica no oclusiva (IMNO) Pseudoobstrucción aguda del colon (Síndrome de Ogilvie) Peritonitis de otras causas (no bacterianas) • Sistémicas, Infecciosas Tuberculosis Fiebre tifoidea SIDA Botulismo Tétanos Vasculitis (Púrpura de Schönlein-Henoch, Poliarteritis nodosa, Lupus eritematoso sistémico) Angioedema hereditario Fiebre mediterránea familiar • Endocrino-metabólicas Diabetes (cetoacidosis diabética) Insuficiencia suprarrenal aguda Porfiria intermitente aguda Hipercalcemia • Hepáticas Hepatitis aguda (alcohólica, viral, otras) Higado congestivo • Nefro-urológicas Litiasis renal y ureteral (cólico renal o ureteral) Pielonefritis aguda Uremia Diálisis peritoneal ambulatoria crónica (DPAC) 	<ul style="list-style-type: none"> • Ginecológicas Enfermedad inflamatoria pelviana Eclosión folicular Anexitis Endometriosis • Hematológicas Crisis hemolíticas Anemia de células falciformes Linfomas Leucemias Complicaciones de la anticoagulación • Cardiológicas Infarto agudo de miocardio Angina de pecho Pericarditis aguda Insuficiencia cardíaca congestiva • Broncopulmonares Neumonía basal aguda Pleuritis aguda Faringoamigdalitis aguda Neumotórax espontáneo Infarto pulmonar agudo • Osteoneuromusculares Herpes zóster Compresión vertebral, medular o radicular Radiculitis Hematoma de la vaina de los rectos abdominales Crisis tabética Osteomielitis Fracturas óseas: pelvis, cadera, columna vertebral Causalgia • Intoxicaciones y envenenamientos Intoxicación por plomo (cólico saturnino) Intoxicación por hongos
---	--

4.5. ANALGESIA EN EL DOLOR ABDOMINAL AGUDO

4.5.1. DEFINICION

El dolor es una sensación subjetiva y, por tanto, las sensaciones referidas por el paciente son la base para tomar decisiones. Existen diferentes factores que pueden modificar la percepción dolorosa del paciente, como la edad, su situación cognitiva, estado emotivo y las experiencias dolorosas previas. Estos factores hacen que un paciente presente un gran dolor aunque no presente causas que en teoría las justifique. (Manterola C, 2011)

4.5.2. TIPOS DE ANALGÉSICOS

4.5.2.1. Acción periférica

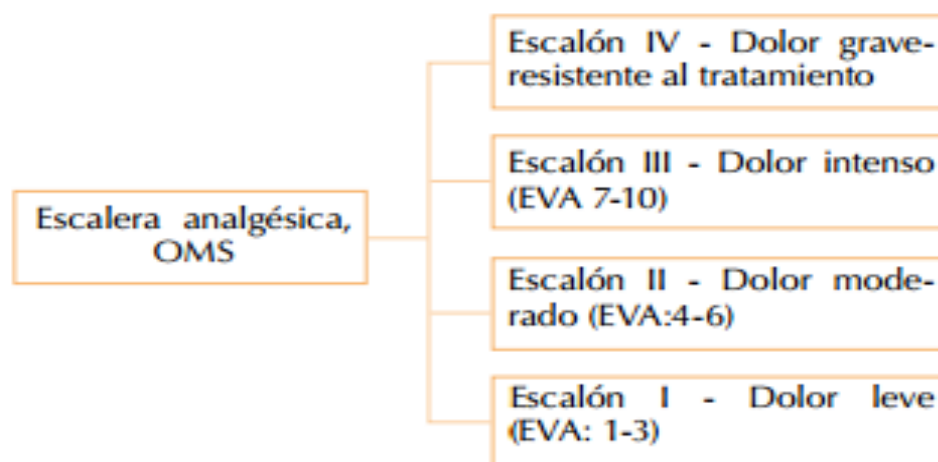
Los AINE son considerados en el tratamiento del dolor agudo leve a moderado debido a trauma, dolor posoperatorio y artritis. En dolor de intensidad moderada a severa, se considera el uso conjunto de AINE y opioides a bajas dosis con el fin de disminuir los efectos secundarios de los segundos. No obstante, se debe tener en cuenta que los pacientes con dicho tratamiento, tienen tres veces más riesgos de presentar serios efectos secundarios gastrointestinales.

4.5.2.2. Acción central

Los analgésicos opioides están indicados cuando no se logra controlar adecuadamente el dolor o cuando existe alergia documentada a los AINE. La morfina es el medicamento de primera elección en este grupo de fármacos y como segunda opción se considera el tramadol. (Dayer P, Desmeules J, Collart 2010).

El tratamiento de los pacientes depende del grado del dolor según la escalera analgésica de la OMS.

Tabla #: 3 Tomada de la OMS.



4.5.3. PRINCIPIOS DEL MANEJO DEL DOLOR AGUDO

Se destacan los siguientes:

- ❖ La individualización del paciente resulta fundamental para el manejo efectivo del dolor agudo.
- ❖ El éxito del tratamiento del dolor agudo radica en la coordinación, el entrenamiento y el compromiso de todo el equipo de trabajo, y de la educación que se le brinde al paciente y a sus cuidadores.
- ❖ El tratamiento efectivo del dolor agudo depende de los protocolos formales y de las guías de manejo generadas en cada institución, y de los programas de calidad para evaluar la efectividad del manejo del dolor.
- ❖ La población infantil, la geriátrica y la gineco-obstétrica son especiales y requieren de particular atención. Otros importantes grupos de población son los pacientes con enfermedad hepática o renal, los pacientes con tolerancia a los opioides y los pacientes con farmacodependencias.
- ❖ La actitud y las creencias del paciente frente al dolor agudo han demostrado ser factores modificadores de la percepción del dolor y de las necesidades de analgesia. El apoyo y el entendimiento por parte del personal de salud podría ser una influencia positiva para la resolución del dolor agudo

4.6. EVALUACIÓN DE LA INTENSIDAD DEL DOLOR

4.6.1. ESCALAS DE VALORACIÓN DEL DOLOR

Las escalas de valoración del dolor son métodos clásicos de medición de la intensidad del dolor, y con su empleo podemos llegar a cuantificar la percepción subjetiva del dolor por parte del paciente, y ajustar de una forma más exacta el uso de los analgésicos. Recientemente se recomienda obviar el paso escalonado de los analgésicos, establecido por la OMS, en determinados casos, como pacientes que refieran un dolor severo de inicio, deberíamos pasar directamente al tercer escalón, sin necesidad de ensayar los dos escalones previos con el objetivo de evitar períodos de dolor mal controlado.

El tratamiento analgésico del dolor oncológico dependerá sobre todo del tipo de dolor y de la intensidad. De manera que en los dolores con EVA ≥ 7 se debería de iniciar de entrada con el tercer escalón de la analgesia, obviando los dos escalones previos. La vía de administración recomendada es la vía oral, y en los pacientes con dificultades para la deglución se puede recurrir a las formas transdérmicas (TD), aunque en determinadas circunstancias la vía parenteral es la preferible. Estas escalas de valoración del dolor oncológico son generalmente de fácil manejo y entendimiento por parte de los pacientes

Consideraciones importantes a la hora de evaluar el dolor:

- ❖ Explicar al paciente y a su familia la utilidad de evaluar de forma continuada los síntomas que presenta (facilita toma de decisiones terapéuticas y el control por parte del paciente).
- ❖ Determinar el estado cognitivo del paciente y su deseo/ capacidad para colaborar.
- ❖ Explicar los puntos de anclaje adecuando el lenguaje al estilo cultural del paciente.
- ❖ Dejar puntuar al paciente sin interferir ni juzgar.
- ❖ Una vez haya puntuado el paciente, validar la puntuación con el paciente (saber si ha comprendido el instrumento y el significado de la puntuación).
- ❖ EVA (Escala visual analógica) (Melzack, 2012)

4.6.1.1. Escala numérica (EN)

Es un conjunto de números de cero a diez, donde cero es la ausencia del síntoma a evaluar y diez su mayor intensidad. Se pide al paciente que seleccione el número que mejor indique la intensidad del síntoma que se está evaluando. Es el método más sencillo de interpretar y el más utilizado.

Tabla #: 4

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sin dolor										Máximo dolor

4.6.1.2. Escala Visual Analógica (EVA)

La Escala Visual Analógica (EVA) permite medir la intensidad del dolor que describe el paciente con la máxima reproducibilidad entre los observadores. Consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de un síntoma. En el izquierdo se ubica la ausencia o menor intensidad y en el derecho la mayor intensidad. Se pide al paciente que marque en la línea el punto que indique la intensidad y se mide con una regla milimetrada. La intensidad se expresa en centímetros o milímetros.

Sin dolor _____ Máximo dolor

4.6.1.3. Escala categórica (EC)

Se utiliza cuando el paciente no es capaz de cuantificar sus síntomas con las escalas anteriores, expresando la intensidad de los síntomas en categorías, lo que resulta mucho más simple. Se suele establecer una relación entre categorías y un equivalente numérico. (26)

Tabla #: 5

0	4	6	10
Nada	Poco	Bastante	Mucho

5. METODOLOGIA

5.1. LOCALIZACIÓN Y TEMPORALIZACIÓN

- **Localización:** servicio de Emergencia del Hospital Básico Catacocha
- **Temporización:** periodo Marzo-Julio 2016.

5.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN

La investigación de acuerdo al problema y objetivos que se plantea es de tipo cuantitativo, descriptivo-retrospectivo.

5.3. UNIVERSO Y MUESTRA

- **Universo:** Usuarios que acuden al servicio de emergencia del Hospital Básico Catacocha. 500.
- **Muestra:** Usuarios que acuden con dolor abdominal al servicio de emergencia del Hospital Básico Catacocha, 64.

5.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

5.4.1. Criterios de inclusión:

- Usuarios de sexo masculino y femenino que acuden al servicio con dolor abdominal.

5.4.2. Criterios de exclusión:

- Usuarios de sexo femenino en estado de gestación
- Usuarios de consulta externa y hospitalización

5.5. PROCEDIMIENTO

- Aprobación del tema de investigación por el Área de Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja.
- Oficio al Director del Hospital Básico Catacocha para solicitar acceso al servicio estadística para recolectar la información.
- Durante de periodo de estudio (Marzo-Julio 2016), se revisó las historias clínicas de los pacientes ingresados con dolor abdominal al servicio de emergencia, aplicando los criterios de inclusión y exclusión.

- Una vez recogida la información en la hoja recolectora de datos (anexo 1) preestablecida para el efecto, se procedió a la tabulación.

5.5.1. Análisis de la información.

Se ingresaron los datos obtenidos en una hoja de recolección de la información y posteriormente en una base de datos. Luego se hizo un análisis cuantitativo de los resultados para responder a los objetivos planteados y obtener los resultados esperados.

5.5.2. Instrumentos de recolección de datos

Hojas de recolección de datos elaborada por el autor en el anexo N°1, base de datos de programas estadísticos, hojas de Excel, y tabulación por métodos gráficos.

5.5.3. Técnicas de Investigación.

Revisión de las Historias Clínicas para levantar la información documental.

6. RESULTADOS Y ANÁLISIS

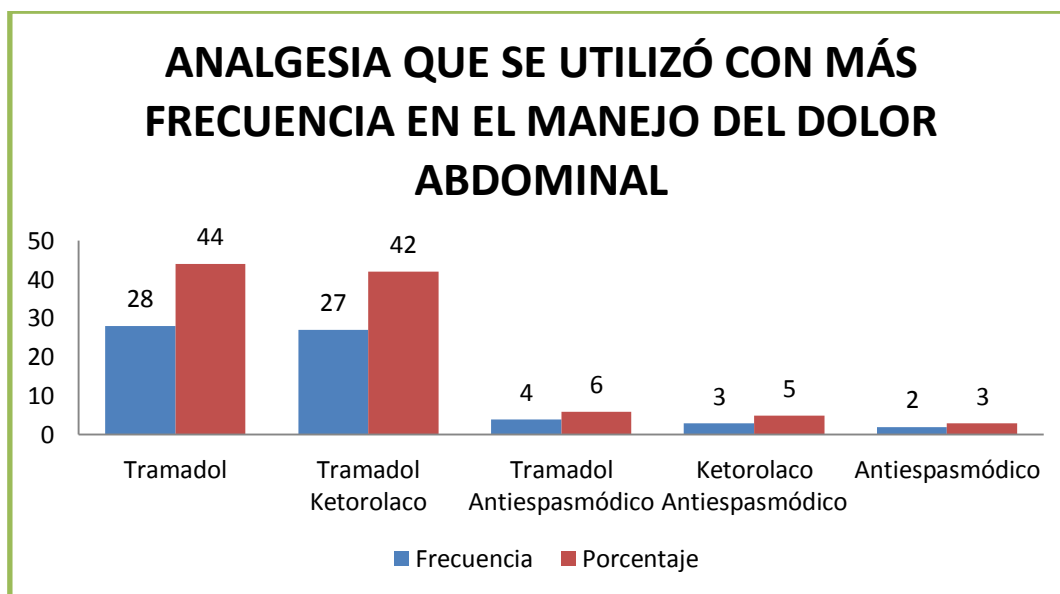
TABLA N° 1

ANALGESIA QUE SE UTILIZÓ CON MÁS FRECUENCIA EN EL MANEJO DEL DOLOR ABDOMINAL		
MEDICACION	Frecuencia	Porcentaje
Tramadol	28	44%
Tramadol y ketorolaco	27	42%
Tramadol y Antiespasmódico	4	6%
Ketorolaco y Antiespasmódico	3	5%
Antiespasmódico	2	3%
Total:	64	100%

Fuente: Hoja recolectora de datos

Elaborado por: Daniel José Godoy Armijos

GRAFICO N° 1



Fuente: Hoja recolectora de datos

Elaborado por: Daniel José Godoy Armijos

Análisis: En el gráfico 1, se observa que el analgésico más utilizado para el manejo del dolor abdominal es el tramadol con un 44%, seguido del Tramadol y ketorolaco con un 42%, el tramadol y un antiespasmódico con un 6%; el Ketorolaco y antiespasmódico con un 5% y el antiespasmódico con un 3%.

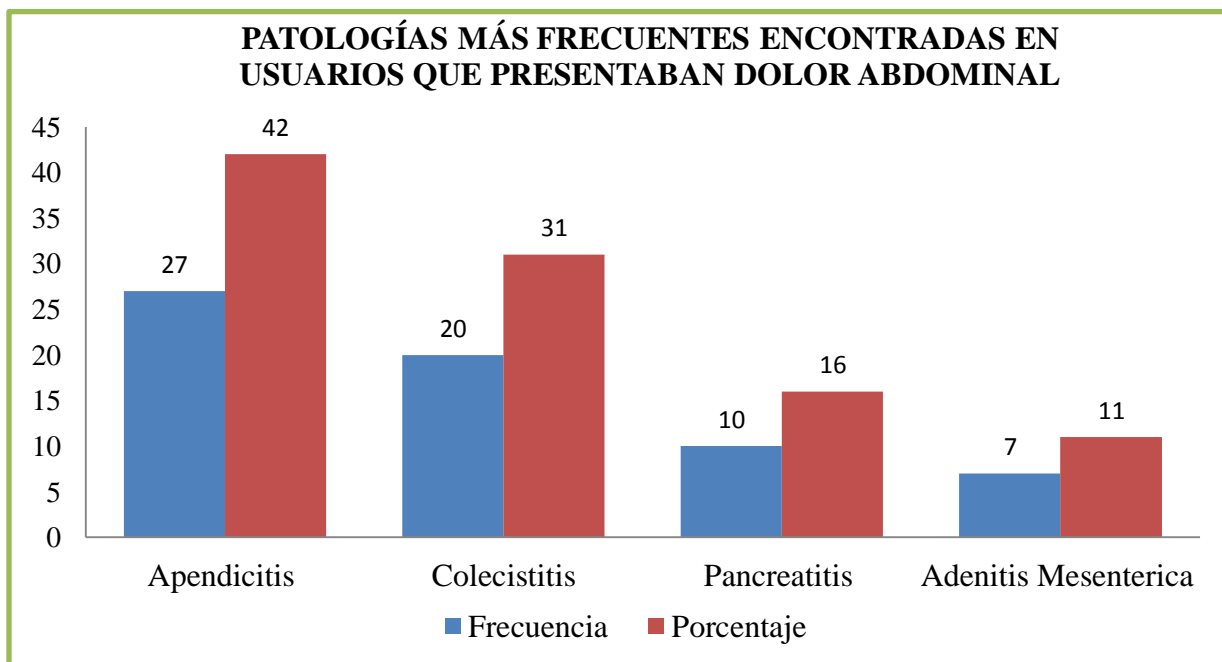
TABLA N° 2

CUÁLES FUERON LAS PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES ENCONTRADAS EN USUARIOS QUE PRESENTABAN DOLOR ABDOMINAL		
Patologías	Frecuencia	Porcentaje
Apendicitis	27	42%
Colecistitis	20	31%
Pancreatitis	10	16%
Adenitis mesentérica	7	11%
Total	64	100%

Fuente: Hoja recolectora de datos

Elaborado por: Daniel José Godoy Armijos

GRAFICO N° 2



Fuente: Hoja recolectora de datos

Elaborado por: Daniel José Godoy Armijos

Análisis: En el gráfico 2, se observa que la patología más frecuente en la población en estudio fue la apendicitis con un 42%, la colecistitis con un 31%, la pancreatitis con un 16% y la adenitis mesentérica con un 11%.

TABLA N° 3

MANEJÓ DEL DOLOR ABDOMINAL AGUDO EN LOS USUARIOS QUE ACUDIERON A EMERGENCIA					
Manejo	Tramadol	Tramadol y ketorolaco	Ketorolaco	Frecuencia	Porcentaje
Apendicitis	15	5	7	27	57%
Colecistitis	5	10	5	20	43%
Total				47	100%

Fuente: Hoja recolectora de datos

Elaborado por: Daniel José Godoy Armijos

Análisis: El manejo del dolor abdominal agudo en los pacientes diagnosticados de apendicitis se lo realizó: 15 pacientes con tramadol; 5 pacientes con tramadol y ketorolaco; y 7 pacientes con ketorolaco; mientras que los diagnosticados de colecistitis se manejó: 5 pacientes con tramadol; 10 pacientes con tramadol y ketorolaco, y 5 pacientes con ketorolaco.

7. DISCUSIÓN

El presente estudio se encontró un total de 64 pacientes: donde el 44% se manejó el dolor abdominal con tramadol; 42% con tramadol y Ketorolaco; 6% tramadol y antiespasmódico; 5% con ketorolaco y antiespasmódico, y 3% con antiespasmódico.

En una investigación realizada en Chile, por Carlos B, Andrés P, 2011, en pacientes con dolor abdominal agudo, el 75% de ellos se manejó el dolor abdominal con tramadol, y un 30% con ketorolaco.

Mientras, en el 42%, la causa más frecuente de dolor abdominal, fue apendicitis; el 31% colecistitis; 16% pancreatitis y el 11% adenitis mesentérica.

En relación a la causa antes indicada, en el estudio realizado por López y Cols en el 2007, establece que 60% presentó apendicitis; 40% colecistitis; y, en Argentina se menciona que el 42% de los pacientes recibieron tratamiento analgésico con tramadol y un 51.2% con ketorolaco.

El manejo del dolor abdominal agudo en los pacientes diagnosticados de apendicitis se lo realizó: 15 pacientes con tramadol; 5 pacientes con tramadol y ketorolaco; y 7 pacientes con ketorolaco; mientras que los diagnosticados de colecistitis se manejó: 5 pacientes con tramadol; 10 pacientes con tramadol y ketorolaco, y 5 pacientes con ketorolaco.

Geovanna Cárdenas y Leonardo Serrano, 2014, menciona que los medicamentos más utilizados son los AINES y Opioides con un 39,1%, seguido de la combinación de dos o más analgésicos en un 13% y de la utilización de antiespasmódicos en un 8,7%.

Frank y Lewis, 2008, indica que las emergencias abdominales que requieren cirugía de urgencia constituyen un desafío significativo para los médicos tratantes, ya que a causa de las enfermedades concomitantes, estos pacientes tienen un riesgo quirúrgico mayor. Sin embargo, los síntomas y los signos son menos frecuentes, menos intensos y menos específicos haciendo el diagnóstico y el manejo más difícil.

8. CONCLUSIONES

1. El analgésico más frecuente que se utilizó en el tratamiento del dolor abdominal en el Hospital Básico Catacocha fue: el tramadol con el 44%, ketorolaco con el 42%, y un antiespasmódico con el 6%.
2. Las patologías más frecuentes encontradas en los pacientes con dolor abdominal en emergencia fueron: apendicitis con el 42%, y la colecistitis con el 31%.
3. El manejo del dolor abdominal agudo en los pacientes diagnosticados de apendicitis se lo realizó: 15 pacientes con tramadol; 5 pacientes con tramadol y ketorolaco; y 7 pacientes con ketorolaco; mientras que los diagnosticados de colecistitis se manejó: 5 pacientes con tramadol; 10 pacientes con tramadol y ketorolaco, y 5 pacientes con ketorolaco.

9. RECOMENDACIONES

1. Las instituciones que hacen salud especialmente los de primer nivel deben realizar una adecuada valoración física al paciente con dolor abdominal; porque es importante hacer un diagnóstico temprano y en caso que este centro no cuente con las condiciones de atención transferir al paciente a una casa de salud de mayor complejidad, para disminuir los riesgos y complicaciones de la enfermedad.
2. El Hospital Básico Catacocha deberá promover programas continuos de educación y fortalecimiento médico para la utilización y el correcto manejo de analgésicos frente al dolor abdominal.
3. El Hospital Básico Catacocha deberá impulsar programas de salud para concientizar a los pacientes sobre el uso de analgésicos automedicados para evitar complicaciones.

10. BIBLIOGRAFIA

1. Jiménez Aranda, Luciana, Ivos Tybos, Frank, Leiva Fernández, José, 2010, Residentes Medicina Familiar y, Comunitaria Hospital Clínico Universitario Virgen Victoria Málaga.
2. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2011, Anuario de Camas y Egresos Hospitalarios. Recuperado de:
http://www.inec.gob.ec/inec/index.php?option=com_content&view=article&id=180&Itemid=402&lang=es.
3. Motov, S. Khan, A, 2012, Problems and barriers of pain management in the emergency department: are we ever going to get better?. Journal of Pain Research; 2009, 2:5-12.
4. Rozman, C. Cardelach, F. Farreras-Rozman. Medicina Interna. Edición 17. Barcelona: Elsevier, 2012.
5. Miguel A. Montoro, Menchu Casamayor, 2010, Unidad de Gastroenterología y Hepatología. Hospital San Jorge. Huesca, Servicio de Cirugía General y Digestiva. Dolor abdominal agudo. Edición 10. Páginas: 1-8.
6. Moreno V.J, Marín L.M, Rabanaque I. Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica, 5ª ed. Madrid: MSD, 2012; 67-76.
7. Manterola, C. Vial, M. Moraga, J. Astudillo, P. Analgesia en pacientes que acuden con dolor abdominal agudo. Cochrane Database of Systematic Reviews: 2010, Issue7.
8. Guillén Paredes MP, Campillo Soto A, Martín Lorenzo JG, 1. Torralba Martínez JA, Mengual Ballester M, Cases Baldó MJ et al. Adult intussusception - 14 case reports and their outcomes. Revista Española de Medicina. 2010; 102:32-40.
9. American College of Emergency Physicians. Clinical Policy: critical issues for the initial evaluation and management of patients presenting with a chief complaint of nontraumatic acute abdominal pain. Ann Emerg Med, 2012; 36:40615.
10. Jones RS, Claridge J. Abdomen agudo. En: Townsend C, Beauchamp RD, Evers BM, editores. Sabiston, Tratado de cirugía. Edición 17. Génova, Madrid: Editorial Elsevier Iberoamericana; 210. p. 1221-38.

11. Parrilla Aparicio P, García-Valdecasas Salgado J.C, Targarona Soler E.M. Abdomen agudo. En: Farreras P, Rozman C, et al, editores. Medicina Interna. 15 ed. Madrid; Ed. Elsevier, Madrid: 2012; 168-171.
12. Dang C, Aguilera P, Dang A, Salem L, Acute abdominal pain. Four classifications can guide assessment and managemet. Geriatrics 2010; 57: 30-42. Disponible en: <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/cirugia/vc-214/cir212206abdomen/>
13. Rubén E. Caycedo B 2009. Cirugia General. Abdomen agudo. Editorial Quebecor World Bogota S.A. págs. 155-160.
14. Cope, Z. El diagnóstico precoz del abdomen agudo, 14 ° Edison. Nueva York: Oxford University Press 2010.
15. Scholer SJ, Pituch K., Orr DP. Dittus RS. (2011). Clinical outcomes of children with acute abdominal pain. Pediatrics; 98:680–5.
16. Valero Serrano, Beatriz; Franquelo Morales, Pablo; Toledo Gómez, Juan Ramón; Fernández Iglesias, Pedro. Dolor Abdominal persistente. Revista Clínica de Medicina de Familia, vol. 4, núm. 2, junio, 2011, pp. 174-176. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=169619932014>.
17. Bejarano M, Gallego CX, Gómez JR 2011. Frecuencia de abdomen agudo quirúrgico en pacientes que consultan al servicio de urgencias. Revista Colombiana de Cirugia. Págs. 33-41. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=355534497005>.
18. Raúl Betancur G. Juan P. Salazar A. Manuela Brinkmann B. Ricardo Quezada I. Dolor abdominal en Urgencia. Revista Hospital Clínico Universidad de Chile 2013. Págs. 232-238. Recuperado de: https://www.redclinica.cl/Portals/0/Users/014/14/14/dolor_abdominal_urgencia.pdf
19. Ronald A. Squires y Russell G. Postier. Sabiston Tratado de Cirugia, 19.a Edición. 2013; Elsevier España, S.L. Págs. 1141-1157.
20. Monestes J y Galindo F; Colecistitis aguda. Cirugía digestiva: www.sacd.org.ar, 2009; pág. 1-8.
21. Angarita F. A., Acuña S. A., Jiménez C., Garay J., Gómez D., Domínguez L. C., Colecistitis calculosa aguda. Universidad Médica Bogotá (Colombia), 51 (3): 301-319, julio-septiembre, 2010. Recuperado de:

- <http://med.javeriana.edu.co/publi/vniversitas/serial/v51n3/5-COLECISTITIS.pdf>
22. Ocampo JM., González A. Abdomen agudo en el anciano. 2006 - Vol. 21 N° 4. Revista Colombiana de Cirugía. Págs. 266-278. Disponible en:
<http://www.scielo.org.co/pdf/rcci/v21n4/v21n4a8.pdf>
 23. Carlos Prieto Martínez, Susana Oquiñena Legaz 2010. Dolor abdominal. Libro electrónico de Temas de Urgencia. Págs.: 1-10. Recuperado de:
<http://www.cfnavarra.es/salud/PUBLICACIONES/Libro%20electronico%20de%20temas%20de%20Urgencia/5.Digestivas%20y%20Quirurgicas/Dolor%20abdominal.pdf>
 24. Juan García Aparicio. Abdomen agudo en el niño. Servicio de Urgencias. Hospital Infantil Universitario La Paz. Madrid 2014. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Urgencias Pediátricas SEUP-AEP. Págs. 1-4. Recuperado de:
https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/abdomen_agudo_0.pdf
 25. Ostábal Artigas MI, 2010. Dolor abdominal en urgencias. El médico en las situaciones urgentes. Recuperado de:
file:///C:/Users/Usuario/Downloads/13041114_S300_es.pdf
 26. Ronald A. Squires y Russell G. Postier. Sabiston Tratado de cirugía 2013 Elsevier España, S.L. Recuperado de:
<http://www.peraltorca.com/cirugia/sabiston/Sabiston%20-%20Cirugia%20-%20Abdomen%20Agudo.pdf>
 27. Halabe J, Lifshitz A, Nellen H. Abdomen agudo. Tratamiento médico. México: McGraw-Hill; 2012.
 28. Dayer P, Desmeules J, Collart L. Pharmacologie du tramadol. Drugs 2010; 18-24. Recuperado de:
<http://www.fcn.unp.edu.ar/sitio/farmacologia/wp-ontent/uploads/2011/04/ANALG-OPIO.pdf>
 29. Analgesia para los pacientes con dolor abdominal agudo. Recuperado de:
<http://www.cochrane.org/es/CD005660/analgesia-para-los-pacientes-con-dolor-abdominal-agudo>.
 30. P. Margarita. G. Pineda. 2013, Guía de tratamiento farmacológico del dolor agudo en el servicio de urgencias. Recuperado de:

http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista_salud_bosque/volumen3_numero1/articulo-4-vo3_num1.pdf

31. Melzack, R., Katz, J. y Jeans, M.E. (2012). The role of compensation in chronic pain: Analysis using a new method of scoring the McGill Pain Questionnaire. *Pain*, 23, 101-112. Recuperado de:
<http://www.laria.com/docs/sections/areaDolor/escalasValoracion/EscalasValoracionDolor.pdf>
32. Guías de práctica clínica en el SNS. Recuperado de:
http://www.guiasalud.es/egpc/cuidadospaliativos/completa/documentos/anexos/Anexo2_Escalas.pdf
33. López, Y; Rodríguez, A; Score de Alvarado en la Apendicitis Aguda. Estudio Prospectivo de evaluación del Hospital Universitario Carlos Manuel de Céspedes. 2010.
34. Geovanna Cárdenas y Leonardo Serrano, 2014, con el tema titulado: USO DE ANALGESIA DURANTE EL PROCESO DIAGNÓSTICO DEL DOLOR ABDOMINAL AGUDO Y/O ABDOMEN AGUDO POR LOS CIRUJANNOS GENERALES DE LA ZONA DE PLANIFICACIÓN 6, CUENCA. ECUADOR.

11. ANEXOS

ANEXO N°1

HOJA RECOLECTORA DE DATOS



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA ÁREA DE LA SALUD HUMANA CARRERA DE MEDICINA

Formulario N°

Edad:

Sexo: Masculino () Femenino ()

Tipo de dolor:

- a) Cólico ()
- b) Retortijón ()
- c) Punzante ()
- d) Lancinante ()
- e) Irrradiado ()

Aparición del dolor:

- a) Súbito ()
- b) Progresivo ()
- c) Con síntomas acompañantes()
- d) <24 horas ()
- e) >24-72 horas ()

Automedicación:

Si () No ()

Cual.....

Medicación administrada en emergencia:

- a) Paracetamol: Si () No ()
- b) Ibuprofeno: Si () No ()
- c) Ketorolaco: Si () No ()
- d) Tramadol: Si () No ()

e) Antiespasmódico: Si () No ()

Exámenes complementarios:

- a) Sangre: Si () No ()
- b) Orina: Si () No ()
- c) Ecografía: Si () No ()
- d) Otros: Si () No ()

Patología diagnosticada en emergencia:

- a) Colecistitis: Si () No ()
- b) Apendicitis: Si () No ()
- c) Pancreatitis: Si () No ()
- d) Diverticulitis: Si () No ()
- e) Colangitis: Si () No ()
- f) Adenitis mesentérica: Si ()
No ()

Tipo de cirugía realizada:

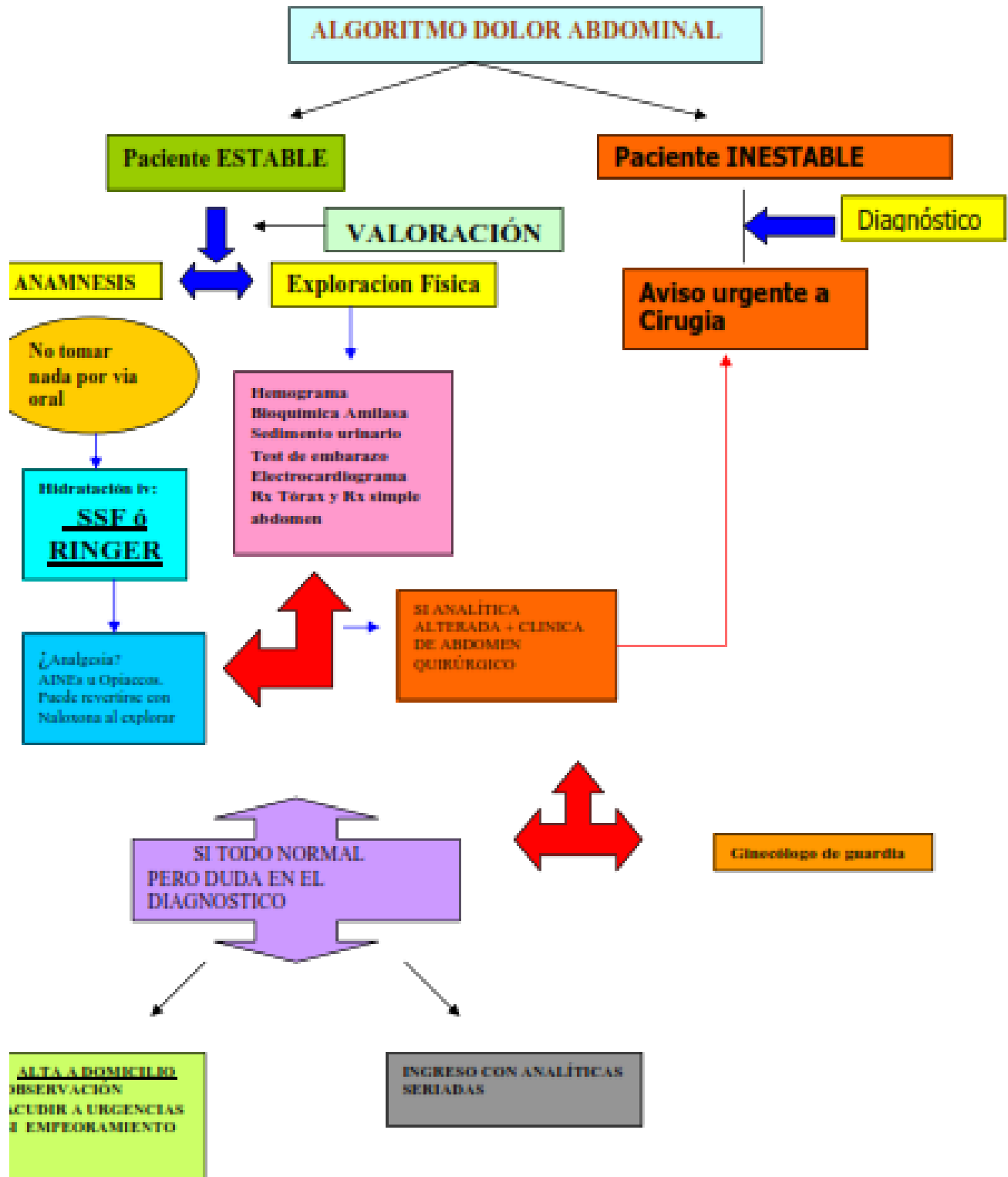
Convencional.

- a) Apendicetomía: Si () No ()
- b) Colectomía: Si () No ()
- c) Laparotomía: Si () No ()
- d) Otros: Si () No ()

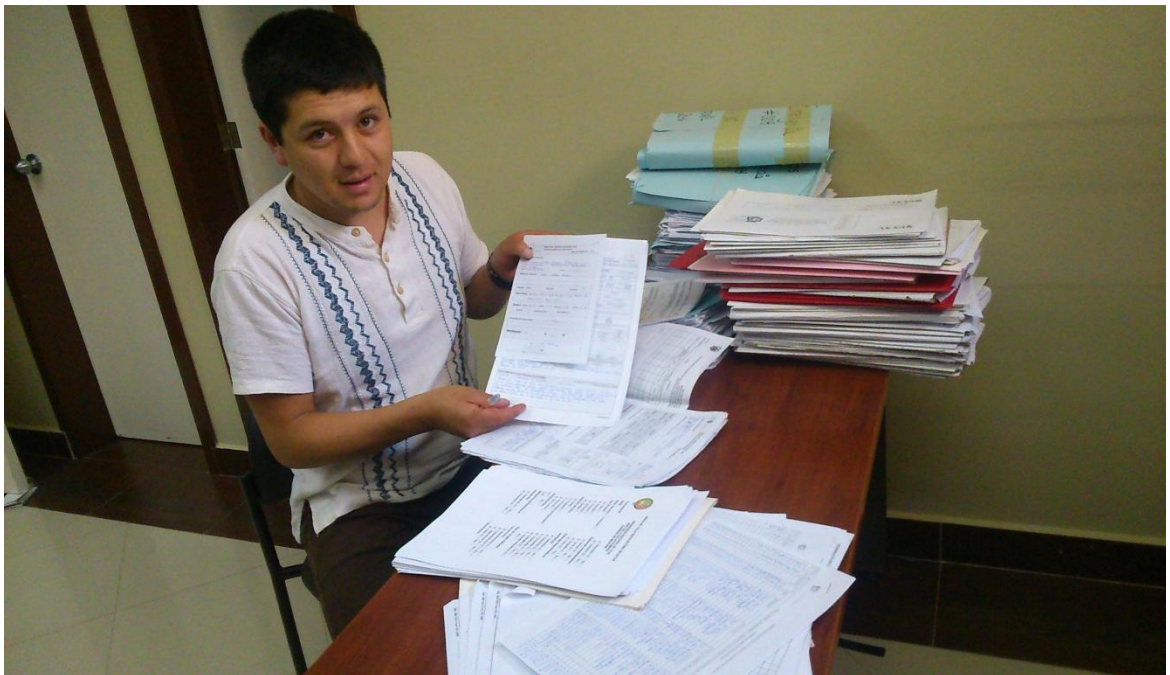
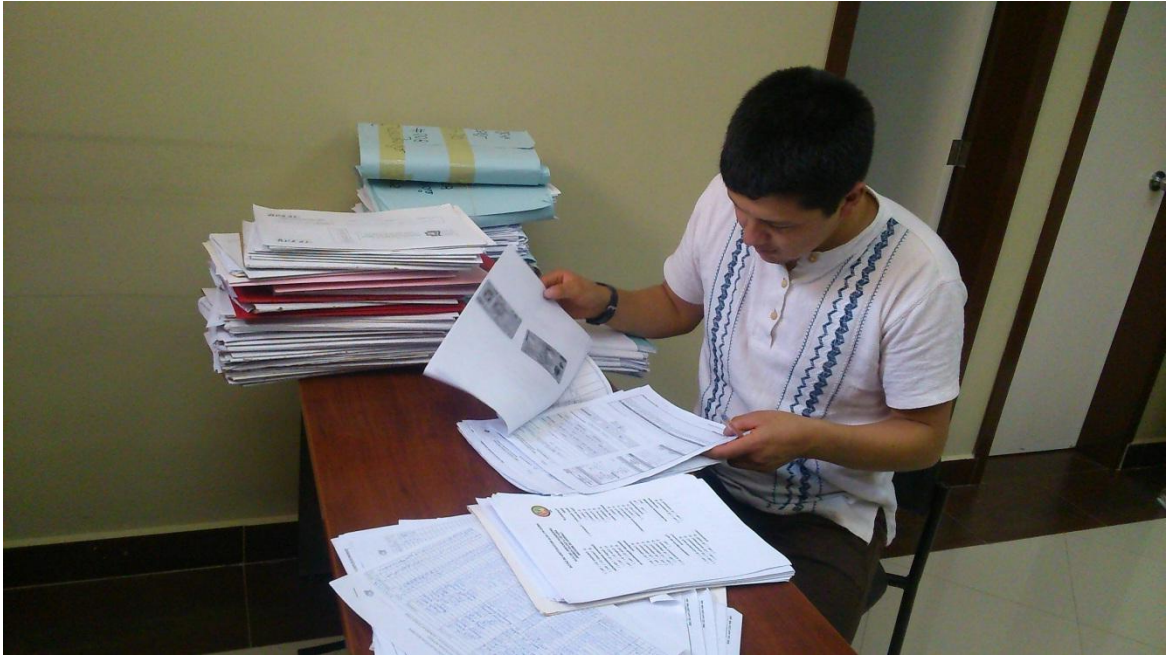
Laparoscópica.

ANEXO N°2

Algoritmo de manejo del dolor abdominal



ANEXO N°3
Recolección de datos



ANEXO N°4

CERTIFICADO – SUMMARY

Por el presente tengo a bien certificar que, la traducción del idioma inglés del resumen de la Tesis del Señor egresado: **Daniel José Godoy Armijos con C.I.: 1105059719**, lo realizó bajo mi supervisión y se encuentra correctamente traducido bajo la estructura del lenguaje inglés. Es todo cuanto puedo decir en honor a la verdad.

El interesado puede hacer uso de este certificado como mejor convenga a sus intereses.

Atentamente



Ana Gabriela Martínez Mora.

C.I.171422813-5
LICENCIADA EN CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
MENCIÓN INGLÉS



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA HUMANA

PROYECTO DE TESIS

TEMA:

**“MANEJO DEL DOLOR ABDOMINAL EN USUARIOS QUE
ACUDEN AL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL
HOSPITAL BÁSICO CATACOCHA”**

Autor:

DANIEL JOSE GODOY ARMIJOS

*Previo a la obtención del Título
de Médico General*

Director:

DR. IVAN MAURICIO CAPA OCAMPO

LOJA – ECUADOR

2016

TEMA

**“MANEJO DEL DOLOR ABDOMINAL EN USUARIOS QUE ACUDEN AL
SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL BÁSICO CATACocha”**

PROBLEMÁTICA

El dolor abdominal es uno de los síntomas por el que con más frecuencia acude el paciente a Urgencias, constituyendo casi el 85% de las asistencias a urgencias (1). Según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos del Ecuador en 2011 el dolor abdominal estuvo entre las 10 primeras causas de morbilidad en el país. (2).

Teniendo en cuenta que la mayoría de pacientes acude a emergencia debido al dolor y esperan su mejoría, pero el uso de analgesia suele ser cuestionada en los últimos años debido a que no suele ser adecuada y no cumple su objetivo (3). Por tanto desde este punto de vista preocupa a los médicos el empleo de analgésicos en el dolor abdominal debido a que se puede enmascarar los síntomas o generar un cambio en la exploración física provocando retraso en el diagnóstico (4).

El dolor se define como una experiencia localizada y desagradable que refleja la existencia de un daño tisular presente o inmediato (5). La mayoría de los expertos coinciden en señalar las dificultades que comporta establecer un diagnóstico etiológico correcto en una situación de este tipo (6). El dolor abdominal agudo debe ser considerado, por tanto, como un auténtico desafío clínico (7). Su evaluación requiere de un conocimiento básico de los posibles mecanismos responsables del dolor, así como del amplio espectro de entidades clínicas implicadas en su etiopatogenia, los patrones típicos de presentación y también de aquellas causas inusuales o de aquellos factores que con frecuencia conducen a error (8).

Cuando hablamos de dolor abdominal agudo nos referimos al dolor de menos de 24 horas de evolución (9). Siendo una causa frecuente de consulta en los servicios de urgencias de todo el mundo; en los Estados Unidos, anualmente, de 100 millones de visitas al servicio de urgencias, 5% son originadas por dolor abdominal (10).

Dentro de los obstáculos que impiden un adecuado uso de la analgesia en pacientes con dolor abdominal se encuentra la falta de una adecuada difusión de la evidencia y el juicio de un diagnóstico erróneo (11).

Varios estudios han demostrado que los analgésicos reducen el dolor de los pacientes sin que existan cambios en los signos o dificultad en el diagnóstico tanto en niños como en adultos (12). Es por ello que estos resultados recomiendan el uso racional de analgésicos opioides después de una buena evaluación inicial de los pacientes con dolor abdominal según el Colegio Americano de Médicos de Emergencia (13).

La presente investigación se la ha señalado, en vista de que luego de revisar minuciosamente los estudios respectivos e inherentes al presente tema sin encontrar ninguna evidencia del mismo. Por tanto se ha creído necesario su desarrollo para poder comparar los resultados encontrados con lo reportado en la literatura internacional y así poder aportar científicamente con el correcto manejo del dolor abdominal en nuestro medio.

JUSTIFICACIÓN:

El dolor abdominal agudo es un signo clínico muy común y representa un 85% de las visitas a la sala de emergencia. Este signo ha evolucionado desde su definición inicial dado por Sir Zachary Cope, médico cirujano inglés que publicó el libro Cope's Early Diagnosis of the Acute Abdomen desde 1921 hasta 1971, y que fue el primer médico en resaltar la importancia de estudiar al dolor abdominal agudo clínicamente (14).

La mayor parte de quejas por dolor abdominal son auto limitadas pero dado sus múltiples etiologías (emergencias quirúrgicas, enfermedades que podrían requerir cirugía, enfermedades específicas intraabdominales, extraintestinales o enfermedades sistémicas) la importancia radica en detectar de forma inicial y oportuna el abdomen quirúrgico.

La importancia de realizar este trabajo es para aportar científicamente con el Hospital Básico de Catacocha, lo que permitirá determinar las falencias y limitaciones presentes el servicio de emergencia al momento de brindar la atención médica, y para comparar lo encontrado en el trabajo con la literatura.

OBJETIVOS:

General:

Conocer cuál es el manejo del dolor abdominal en usuarios que acuden al servicio de emergencia del Hospital Básico Catacocha en el periodo de Marzo-Julio 2016.

Específicos:

- Determinar el tipo de analgesia que se utilizó con más frecuencia en el manejo del dolor abdominal en los usuarios que acudieron a emergencia.
- Determinar cuáles fueron las patologías más frecuentes encontradas en usuarios que presentaban dolor abdominal en emergencia.
- Determinar cómo se manejó el dolor abdominal quirúrgico en los usuarios que acudieron a emergencia.

ESQUEMA DEL MARCO TEORICO

1. DOLOR ABDOMINAL
 - 1.1. INTRODUCCIÓN
 - 1.2. DEFINICION
 - 1.3. TIPOS DE DOLOR
 - 1.3.1. DOLOR VISCERAL
 - 1.3.2. DOLOR SOMATICO
 - 1.3.3. DOLOR IRRADIADO
2. ABDOMEN AGUDO
 - 2.1. GENERALIDADES
 - 2.2. DEFINICION
 - 2.3. FISIOPATOLOGIA
 - 2.4. ETIOLOGIA
 - 2.4.1. RECIEN NACIDOS
 - 2.4.2. LACTANTES
 - 2.4.3. PREESCOLARES
 - 2.4.4. ESCOLARES Y ADOLESCENTES
 - 2.4.5. EMBARAZDAS
 - 2.4.6. ANCIANOS
 - 2.5. TIPOS DE DOLOR ABDOMINAL
 - 2.5.1. QUIRURGICO
 - 2.5.2. NO QUIRURGICO
3. ANALGESIA EN EL DOLOR ABDOMINAL AGUDO
 - 3.1. DEFINICION
 - 3.2. TIPOS DE ANALGESICOS
 - 3.2.1. ACCION PERIFERICA
 - 3.2.2. ACCION CENTRAL
 - 3.3. PRINCIPIOS DEL MANEJO DEL DOLOR
4. EVALUACIÓN DE LA INTENSIDAD DEL DOLOR

4.1. ESCALA DEL DOLOR

4.1.1. ESCALA NUMERICA

4.1.2. ESCALA VISUAL ANALOGA

4.1.3. ESCALA CATEGORICA

METODOLOGIA

Localización y temporalización

- **Localización:** servicio de Emergencia del Hospital Básico Catacocha
- **Temporización:** periodo Marzo-Julio 2016.

Tipo de investigación

La investigación de acuerdo al problema y objetivos que se plantea es de tipo cuantitativo, descriptivo-retrospectivo.

Universo y muestra

- **Universo:** Usuarios que acuden al servicio de emergencia del Hospital Básico Catacocha.
- **Muestra:** Usuarios que acuden con dolor abdominal al servicio de emergencia del Hospital Básico Catacocha.

Criterios de inclusión y exclusión

- **Criterios de inclusión:**
 - Usuarios de sexo masculino y femenino que acuden al servicio con dolor abdominal.
- **Criterios de exclusión:**
 - Usuarios de sexo femenino en estado de gestación
 - Usuarios de consulta externa y hospitalización

Análisis de la información

Se ingresarán los datos obtenidos en una hoja de recolección de datos y posteriormente en una base de datos.

Se tabulara y se representara los resultados a través de cuadros y graficas estadísticas con su respectivo análisis.

Instrumentos de recolección de datos

Hojas de recolección de datos, base de datos de programa estadístico, hojas de Excel, y tabulación por métodos gráficos

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

		OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE			
N°	Actividades	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Elaboración del tema de investigación	x											
2	Aprobación del tema de investigación		x										
3	Elaboración del proyecto de investigación		x	x									
4	Revisión del proyecto de investigación			x	x								
5	Asignación de director de tesis				x	x							
6	Elaboración del marco teórico				x	x	x						
6	Recolección de datos						x	x					
7	Tabulación de datos							x	x				
8	Análisis de resultados y elaboración de conclusiones y recomendaciones.							x	x				
9	Elaboración del informe final								x				
10	Revisión Asesor de Tesis y correcciones.								x				
11	Presentación Documento Final de Tesis.									x	x		

ANEXO N°1:



**HOJA RECOLECTORA DE DATOS
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA**

Formulario N°

Edad:

Sexo: Masculino () Femenino ()

Tipo de dolor:

- f) Cólico ()
- g) Retortijón ()
- h) Punzante ()
- i) Lancinante ()
- j) Irradiado ()

Aparición del dolor:

- f) Súbito ()
- g) Progresivo ()
- h) Con síntomas acompañantes()
- i) <24 horas ()
- j) >24-72 horas ()

Automedicación:

Si () No ()

Cual.....

**Medicación administrada en
emergencia:**

- f) Paracetamol: Si () No ()
- g) Ibuprofeno: Si () No ()
- h) Ketorolaco: Si () No ()
- i) Tramadol: Si () No ()
- j) Antiespasmódico: Si () No ()

Exámenes complementarios:

- e) Sangre: Si () No ()
- f) Orina: Si () No ()
- g) Ecografía: Si () No ()
- h) Otros: Si () No ()

Patología diagnosticada en emergencia:

- g) Colecistitis: Si () No ()
- h) Apendicitis: Si () No ()
- i) Pancreatitis: Si () No ()
- j) Diverticulitis: Si () No ()
- k) Colangitis: Si () No ()
- l) Adenitis mesentérica: Si () No ()

Tipo de cirugía realizada:

Convencional.

- e) Apendicetomía: Si () No ()
- f) Colectectomía: Si () No ()
- g) Laparotomía: Si () No ()
- h) Otros: Si () No ()

Laparoscópica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jiménez Aranda, Luciana, Ivos Tybos, Frank, Leiva Fernández, José, 2010, Residentes Medicina Familiar y, Comunitaria Hospital Clínico Universitario Virgen Victoria Málaga.
2. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Anuario de Camas y Egresos Hospitalarios. Disponible en:
http://www.inec.gob.ec/inec/index.php?option=com_content&view=article&id=180&Itemid=402&lang=es. Acceso el 4 de Octubre de 2016.
3. Motov, S. Khan, A. Problems and barriers of pain management in the emergency department: are we ever going to get better?. Journal of Pain Research; 2009, 2:5-12.
4. Rozman, C. Cardelach, F. Farreras-Rozman. Medicina Interna. Edición 17. Barcelona: Elsevier, 2012.
5. Miguel A. Montoro, Menchu Casamayor, Unidad de Gastroenterología y Hepatología. Hospital San Jorge. Huesca, Servicio de Cirugía General y Digestiva. Dolor abdominal agudo. Edición 10. Páginas: 1-8.
6. Moreno V.J, Marín L.M, Rabanaque I. Dolor abdominal agudo. En: Blanco-Echeverría A, Cea-calvo L, García-Gil ME, Menassa A, Moreno-Cuerda VJ, Muñoz-Delgado G, Olalla J, Varona JF eds. Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica, 5ª ed. Madrid: MSD, 2012; 67-76.
7. Manterola, C. Vial, M. Moraga, J. Astudillo, P. Analgesia en pacientes que acuden con dolor abdominal agudo. Cochrane Database of Systematic Reviews: 2010, Issue7.
8. Guillén Paredes MP, Campillo Soto A, Martín Lorenzo JG, 1. Torralba Martínez JA, Mengual Ballester M, Cases Baldó MJ et al. Adult intussusception - 14 case reports and their outcomes. Rev Esp Enferm Dig. 2010; 102:32-40.
9. American College of Emergency Physicians. Clinical Policy: critical issues for the initial evaluation and management of patients presenting with a chief complaint of nontraumatic acute abdominal pain. Ann Emerg Med 2012; 36:40615.

10. Jones RS, Claridge J. Abdomen agudo. En: Townsend C, Beauchamp RD, Evers BM, editores. Sabiston, Tratado de cirugía. Edición 17. Génova, Madrid: Editorial Elsevier Iberoamericana; 2010. p. 1221-38.
11. Parrilla Paricio P, García-Valdecasas Salgado J.C, Targarona Soler E.M°. Abdomen agudo. En: Farreras P, Rozman C, et al, editores. Medicina interna. 15 ed. Madrid; Ed. Elsevier, Madrid: 2012; 168-171.
12. Ronal A. Squires y Russell G. Posterior. Sabiston Tratado de cirugía. Abdomen agudo. Editorial Elsevier España, Edición 2013. Pags. 1141-1157.
13. Cope, Z. El diagnóstico precoz del abdomen agudo, 14 ° Edison. Nueva York: Oxford University Press 2010.
14. Scholer SJ, Pituch K., Orr DP. Dittus RS. (1996). Clinical outcomes of children with acute abdominal pain. Pediatrics; 98:680-5.

