



**Universidad de Cuenca**  
**Facultad de Ciencia Médicas**  
**Escuela de Medicina**

Uso de analgesia durante el proceso diagnóstico del dolor abdominal agudo y/o abdomen agudo por los cirujanos generales de la zona de planificación 6, Cuenca-Ecuador, 2014

Tesis previa la obtención del título de médica y médico

**Autores:**

Geovanna Vanessa Cárdenas Arias  
Leonardo Alfredo Serrano Béjar

**Director:**

Md. José Vicente Roldán Fernández

**Asesor:**

Dra. Lorena Elizabeth Mosquera Vallejo

**Cuenca-Ecuador**  
**2014**



## **Resumen**

### **Introducción**

Los conocimientos para evitar el uso de analgesia durante el proceso diagnóstico en el dolor abdominal agudo se encuentran enraizados en publicaciones antiguas, sin embargo evidencia actual afirma que es seguro y apropiado controlar el dolor e incluso podría mejorar la agudeza diagnóstica.

### **Objetivo**

Identificar el uso y las características de la analgesia durante el proceso diagnóstico del dolor abdominal agudo por los cirujanos de la zona 6.

### **Metodología**

Se realizó un estudio cuantitativo descriptivo, teniendo como universo a todos los médicos que laboraban como Cirujanos Generales en la zona 6. Se utilizó un cuestionario validado y adaptado de trabajos previamente publicados. La recolección de datos se realizó entre marzo y abril de 2014 mediante una encuesta por Internet usando el software Google Drive ©. Para la tabulación y análisis de los datos se utilizó el software IBM-SPSS 18. Se usó distribución de frecuencias y porcentajes así como medidas de tendencia central para examinar la asociación de las variables dependientes e independientes, el Chi cuadrado y exacta de Fisher fueron utilizados para evaluar el nivel de significancia estadística.

### **Resultados**

Se obtuvo una devolución del 73,68 %. El 54,8% utiliza analgesia y un 73,8 % han leído evidencia actual relacionada con el tema. Los tipos de analgésicos más utilizados son los AINES y opioides con 39,1 % cada uno. El hallazgo más importante de nuestro estudio es la relación estadísticamente significativa encontrada entre aquellos cirujanos que leyeron evidencia actual sobre el uso de analgesia en el dolor abdominal agudo y la decisión de usarla ( $p=0,043$ ).

### **Conclusiones**

Los resultados nos indicaron que pese a que la mayoría de cirujanos utilizan analgesia y conocen la evidencia actual, no utilizan opioides como primera línea.

### **Palabras clave:**

DOLOR ABDOMINAL, ABDOMEN AGUDO, ANALGESIA, ANALGESICOS OPIOIDES.



## **Abstract**

### **Introduction**

Knowledge of avoiding the use of analgesia during the diagnostic process in acute abdominal pain are rooted in older publications, however current evidence says it is safe and appropriate to control pain and may even improve the diagnostic accuracy.

### **Objective**

To identify the use and characteristics of analgesia during the diagnostic process of acute abdominal pain by surgeons of the area 6.

### **Methodology**

A quantitative descriptive study was conducted, having as universe all physicians who worked as General Surgeons in the area 6. We used a validated questionnaire, adapted from previously published works. Data collection was performed between March and April 2014 through an online survey using Google Drive© software. For tabulation and analysis of data, IBM-SPSS 18 software was used. Frequency distribution, percentages and measures of central tendency were used to examine the association of the independent and dependent variables. Chi Square and Fisher Exact Test were used to assess the level of statistical significance.

### **Results**

A return of 73,68 % was obtained. 54,8 % of the surgeons use analgesia and 73,8 % have read current evidence related to the topic. The most commonly used analgesics are NSAIDs and opioids with 39,1 % each. The most important finding of our study is the statistically significant relationship found between those surgeons who read current evidence on the use of analgesia in acute abdominal pain and the decision to use it ( $p = 0.043$ ).

### **Conclusions**

The results showed us that although most surgeons use analgesia and know the current scientific evidence, they don't use opioids as their first option.

### **Keywords**

ABDOMINAL PAIN, ACUTE ABDOMEN, ANALGESIA, OPIOID ANALGESICS.



# Índice

Capítulo 1.....	1
1.1. Introducción.....	1
1.2. Planteamiento del problema .....	2
1.3. Justificación.....	3
Capítulo 2.....	4
2 Fundamento teórico .....	4
2.1 Dolor abdominal agudo y abdomen agudo.....	4
2.2 Evaluación de la intensidad del dolor.....	4
2.2.1 Escala Visual Análoga (EVA) del dolor.....	5
2.2.2 Escala Numérica del dolor.....	5
2.2.3 Escala descriptiva.....	5
2.3 Analgesia en el dolor abdominal agudo.....	6
2.4 Opiofobia.....	7
Capítulo 3.....	8
3. Objetivos .....	8
3.1. Objetivo general .....	8
3.2. Objetivos específicos.....	8
Capítulo 4.....	9
4. Diseño metodológico .....	9
4.1. Tipo de estudio .....	9
4.2. Área de estudio .....	9
4.3. Universo .....	9
4.4. Variables .....	9
4.4.1. Operacionalización de variables.....	9
4.5. Métodos, técnicas e instrumentos.....	10
4.6. Plan de tabulación y análisis.....	10
4.7. Consideraciones éticas.....	10
4.8. Limitaciones .....	10
Capítulo 5.....	11
5. Resultados.....	11
Capítulo 6.....	15
6. Discusión.....	15
Capítulo 7.....	17
7. Conclusiones y recomendaciones.....	17



7.1. Conclusiones.....	17
7.2. Recomendaciones .....	17
Capítulo 8.....	18
8. Referencias bibliográficas y bibliografía .....	18
8.1. Referencias bibliográficas .....	18
8.2. Bibliografía .....	22
Capítulo 9.....	24
9. Anexos .....	24
9.1. Anexo 1: Operacionalización de variables.....	24
9.2. Anexo 2: Formulario. ....	27
9.3. Anexo 3: Consentimiento informado.....	31



### **Cláusula de propiedad intelectual**

Yo, Geovanna Vanessa Cárdenas Arias, autora de la tesis “Uso de analgesia durante el proceso diagnóstico del dolor abdominal agudo y/o abdomen agudo por los cirujanos generales de la zona de planificación 6, Cuenca-Ecuador, 2014”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 13 de Octubre de 2014

A handwritten signature in blue ink that reads "Geovanna Cárdenas Arias".

Geovanna Vanessa Cárdenas Arias  
CI: 0104510946



### **Cláusula de derechos de autor**

Yo, Geovanna Vanessa Cárdenas Arias, autora de la tesis “Uso de analgesia durante el proceso diagnóstico del dolor abdominal agudo y/o abdomen agudo por los cirujanos generales de la zona de planificación 6, Cuenca-Ecuador, 2014”, reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Médica. El uso que la Universidad de Cuenca hiciera de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autor/a

Cuenca, 13 de Octubre de 2014

A handwritten signature in blue ink that reads 'Geovanna Cárdenas A.' with a horizontal line underneath.

Geovanna Vanessa Cárdenas Arias

CI: 0104510946



## **Cláusula de propiedad intelectual**

Yo, Leonardo Alfredo Serrano Béjar, autor de la tesis “Uso de analgesia durante el proceso diagnóstico del dolor abdominal agudo y/o abdomen agudo por los cirujanos generales de la zona de planificación 6, Cuenca-Ecuador, 2014”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor.

Cuenca, 13 de Octubre de 2014

A handwritten signature in blue ink, reading "Leonardo Alfredo Serrano Béjar", written over a horizontal line.

Leonardo Alfredo Serrano Béjar  
CI: 0301847059





### **Cláusula de derechos de autor**

Yo, Leonardo Alfredo Serrano Béjar, autor de la tesis “Uso de analgesia durante el proceso diagnóstico del dolor abdominal agudo y/o abdomen agudo por los cirujanos generales de la zona de planificación 6, Cuenca-Ecuador, 2014”, reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Médico. El uso que la Universidad de Cuenca hiciera de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autor/a

Cuenca, 13 de Octubre de 2014

A handwritten signature in blue ink, reading 'Leonardo Alfredo Serrano Béjar', written over a horizontal line.

Leonardo Alfredo Serrano Béjar  
CI: 0301847059



## **Agradecimiento**

Este trabajo fue realizado gracias al apoyo de instituciones y personas a las cuales deseamos agradecer.

A la Coordinación Zonal 6 de Salud y a la Sociedad Ecuatoriana de Cirugía Capítulo Azuay por ayudarnos en la elaboración de la lista de cirujanos.

Al Hospital Vicente Corral Moscoso, en especial al Dr. Marco Palacios y Dra. Adriana Moreno por su incondicional ayuda en todos los proyectos que hemos venido realizando.

Al Dr. David Acurio, Dra. Lorena Mosquera y Md. José Roldán por guiarnos en la realización de este trabajo y ser nuestro apoyo.

A los cirujanos de la Zona 6 gracias por su colaboración y tiempo para la realización de la encuesta.

Y finalmente al Dr. Juan Carlos Salamea por ser nuestro guía y ejemplo en el transcurso de estos años, por ser el motor en la realización de este proyecto, y sobre todo por las grandes enseñanzas que ha dejado en nuestras vidas.

Los autores.



## **Dedicatoria**

A nuestras familias.

Los autores.



## Capítulo 1

### 1.1. Introducción

El dolor abdominal agudo y sobre todo su correcto manejo son temas controversiales y de amplias discusiones para los cirujanos y médicos clínicos alrededor del mundo.

La indicación de no administrar analgesia en el dolor abdominal agudo escrita en 1921 por Zachary Cope en su libro “Early Diagnosis in the Acute Abdomen”, se ha vuelto tradición y es todavía enseñada a los estudiantes de medicina; la misma era justificada porque en aquella época la analgesia era primitiva y no existían medidas de soporte ni restauración. Pese a ello no todos los autores estaban de acuerdo con tal afirmación como Sheperd, Bailey, Jones, Dunphy y Angell (1, 2).

En 1979, un editorial de la revista “British Medical Journal” sugirió el uso de opioides en el dolor abdominal agudo debido a que la falta de analgesia es inhumana, apoyado en afirmaciones que contradecían lo escrito por Cope, así abrió el debate y la investigación en este campo (2).

Dentro de la literatura actual que respalda el uso de analgesia en el dolor abdominal agudo, se encuentra la revisión sistemática de Manterola, C. et al, la cual indica: *“que la administración de analgésicos opiáceos en pacientes con dolor abdominal agudo, antes de tomar una decisión y mientras se desarrollaba el proceso diagnóstico, no aumentó el riesgo de decisiones sobre el tratamiento inadecuado y es posible que haya mejorado significativamente la comodidad de los pacientes en comparación con el placebo”* (3).

Este hallazgo se ve respaldado por otros autores que consideran que la analgesia podría incluso aumentar la exactitud diagnóstica debido a la mayor cooperación del paciente y así permitir una mejor examinación (4).

A pesar del conocimiento de la fisiología y el gran avance que se ha tenido en el tratamiento del dolor en las últimas décadas, el uso de analgesia en el dolor abdominal agudo no es considerado de rutina y en muchas ocasiones es obviado en los protocolos y algoritmos de manejo. Las preocupaciones acerca de la administración de analgesia en estos pacientes están tan enraizadas que persisten pese a los contraargumentos de la investigación clínica actual.

El conocimiento vigente no argumenta estos miedos y es necesario que los médicos cambien de actitud para mejorar la calidad de la atención a los pacientes e investigar sobre este tema.

Nuestro estudio estuvo enfocado en describir el uso de analgesia en el dolor abdominal agudo y/o abdomen agudo de difícil diagnóstico y el tiempo empleado para definir la terapéutica del dolor abdominal agudo por los Cirujanos Generales en la Zona de Planificación 6. Además se identificó y describió si existe o no prejuicio hacia la administración de analgésicos opioides.



## 1.2. Planteamiento del problema

En una sala de emergencias el dolor es el principal motivo de consulta, un 70% de enfermos lo presentan, siendo el dolor abdominal uno de los más frecuentes (5). Según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos del Ecuador en 2011 el dolor abdominal estuvo entre las 10 principales causas de morbilidad en el país (6).

Teniendo en cuenta que la mayoría de pacientes acuden a emergencia debido al dolor y esperan su mejoría, la analgesia ha sido cuestionada en los últimos años debido a que no suele ser adecuada y no cumple su objetivo (7).

Desde el punto de vista tradicional, preocupa a los médicos que el empleo de analgésicos en el dolor abdominal agudo y/o abdomen agudo pueda enmascarar los síntomas o generar un cambio en la exploración física, provocando retraso en el diagnóstico y en la intervención quirúrgica, si es necesaria (8, 9, 10, 11, 12).

En un estudio realizado en un servicio de cirugía en Inglaterra se determinó que el tiempo de espera para la administración de analgésicos en el dolor abdominal agudo fue de 2,3 horas en el dolor intenso y de 6,3 horas en el dolor moderado. Solo el 57% de los enfermos recibieron analgesia sin que esta influyera en el diagnóstico, lo que es inaceptable debido a que en la actualidad existe evidencia que apoya el uso de analgésicos (13).

Dentro de los obstáculos que impiden un adecuado uso de la analgesia en pacientes con dolor abdominal agudo se encuentran la falta de una adecuada difusión de la evidencia y la idea de la posibilidad de un diagnóstico erróneo (14, 15). Otro aspecto que justificaría el no usar analgesia es que los médicos consideran que el dolor no es tan intenso como para disminuirlo, sin embargo se ha demostrado que los médicos estiman valores de dolor menores a los que indican los pacientes, y en los cuales si se debería usar analgesia (16).

Debido a esto muchas organizaciones han publicado políticas que integran la necesidad de proveer a los pacientes una óptima analgesia como una obligación ética, considerando que se hace sufrir innecesariamente al paciente (17, 18, 19, 20, 21, 22).

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 (3, 9, 21, 23, 24, 25, 26).

Estos resultados han llevado a la recomendación del uso racional de analgésicos opioides después de la evaluación inicial de los pacientes con dolor abdominal agudo, tanto en la literatura quirúrgica y en la declaración de política clínica del Colegio Americano de Médicos de Emergencia (27, 28).

La realización de esta investigación fue planteada debido a que en nuestro medio no hemos encontrado ningún estudio sobre este tema, y al igual que en otros países existe temor en investigarlo debido al miedo injustificado a cometer errores en el diagnóstico y en general a usar opioides en cualquier patología (7, 29, 30).



### 1.3. Justificación

Citando a Siddharta Gautama (Buda) “El dolor es inevitable, el sufrimiento es opcional”, consideramos que es inhumano y antiético no usar analgésicos pese a que existe evidencia científica y recomendaciones en guías clínicas para el uso de opioides en el dolor abdominal agudo y/o abdomen agudo. Todavía los médicos tradicionales y conservadores, sin importar su especialidad, no lo utilizan debido al miedo que tienen a usar opioides en general, basándose solo en la enseñanza de experiencias, considerando que podría enmascarar signos y síntomas e incluso comprometer la agudeza diagnóstica.

En un estudio realizado en Estados Unidos a galenos del Colegio Americano de Médicos de Emergencia se estableció que un 85% consideraban colocar analgesia en el dolor abdominal agudo sin embargo el 76% no lo hacían por miedo a cambiar el examen físico, pese a que conocían de la evidencia (9).

En otro estudio el 64% apoya la administración de analgesia previo al diagnóstico, la mayoría de médicos (90%) afirmaron que los opioides impiden hasta cierto punto el diagnóstico, sin embargo el 58% apoyaban su uso (11).

El dolor abdominal agudo es muy común en las salas de emergencia del mundo, y nuestro país no es la excepción, en nuestro medio no existen datos sobre el uso de analgésicos en el dolor abdominal agudo y/o abdomen agudo, el paradigma actual de la medicina está basada en evidencia por lo tanto se necesitan estudios que nos permitan realizar guías clínicas y protocolos que tengan impacto en los médicos, con el fin de mejorar la atención de los pacientes y disminuir el sufrimiento, además de cambiar la medicina basada en la experiencia tan arraigada entre nosotros.

Los resultados obtenidos serán difundidos en los hospitales de la Zona de planificación 6, a los médicos tratantes, residentes e internos y a los estudiantes de la Universidad de Cuenca sobre todo en la Cátedra de Farmacología, con el fin de iniciar un cambio para un correcto uso de analgésicos en los futuros profesionales de la salud, además este trabajo fue expuesto como tema libre el Jueves 22 de mayo de 2014 en el XXXVIII Congreso Nacional de Cirugía realizado en Guayaquil y fue aceptado para ser presentado en el XXVII Congreso Panamericano de Trauma y Emergencias a celebrarse en Noviembre de 2014. Estos datos también servirán como una base para impulsar futuras investigaciones sobre este tema por lo el trabajo será enviado para ser publicado en una revista científica indexada.



## Capítulo 2

### 2 Fundamento teórico

#### 2.1 Dolor abdominal agudo y abdomen agudo

La etiología del dolor abdominal agudo es múltiple y no siempre de origen abdominal (31, 32, 33, 34, 35). Las causas más comunes son: dolor abdominal no específico, apendicitis aguda, colecistitis, obstrucción intestinal, enfermedad ginecológica aguda, desorden urológico, úlcera péptica perforada, cáncer, enfermedad diverticular, dispepsia, gastroenteritis, enfermedad inflamatoria intestinal, adenitis mesentérica, gastritis, constipación, absceso hepático (31, 36).

Su interpretación constituye un verdadero problema y un desafío. El diagnóstico se debe realizar de manera temprana, el cirujano debe evaluar al paciente lo más pronto posible, realizar una correcta y completa historia clínica y examen físico, con lo cual tendrá en mente diagnósticos presuntivos y podrá realizar los exámenes complementarios necesarios (3, 27, 34, 37). La necesidad de aplicar un tratamiento apropiado puede ser emergente, por lo que a veces resulta imposible estudiar con calma al paciente (33, 35).

Se podría decir que con algunas excepciones *“la mayoría de dolores abdominales en pacientes que estaban bastante bien que duran seis horas o más, suelen ser de causa quirúrgica”*, esto indica que el diagnóstico se debe realizar lo más pronto posible porque podría morir el paciente si no se resuelve el problema oportunamente (27).

Se podría ubicar a los pacientes en tres grupos: los que necesitan cirugía, los que no necesitan cirugía, y los que necesitan observación para ser reevaluados debido a que no se logra detectar una causa (35).

El término abdomen agudo hace referencia a cualquier cuadro clínico cuyo síntoma primordial es un dolor abdominal de presentación aguda, o un incremento del dolor crónico con o sin otra sintomatología acompañante que, con frecuencia, requiere tratamiento quirúrgico emergente y puede poner en peligro la vida del paciente si no se establece un diagnóstico precoz (35, 38, 39).

Es posible que el más evidente de los "abdomenes agudos" no exija una intervención quirúrgica, y que el más leve de los dolores abdominales sea la expresión de una lesión que exige corrección urgente. Para lograr un diagnóstico seguro es necesario que todo paciente con dolor abdominal de aparición reciente se someta inmediatamente a una evaluación adecuada, lógica y completa (27, 33).

#### 2.2 Evaluación de la intensidad del dolor

Como todo síntoma y signo para el dolor es necesario realizar una correcta evaluación que incluya una historia clínica completa y un examen físico exhaustivo. En la valoración del dolor se debe incluir duración, tipo, localización, intensidad, factores que lo mejoran o empeoran y medicamentos utilizados (40).

Debido a que el dolor es subjetivo y difícil de cuantificarlo se han desarrollado varias escalas y pruebas (41, 40), siendo para los adultos las más utilizadas la Escala Visual Análoga,



Escala Numérica y la Escala Descriptiva (41, 40, 42), sin embargo no se ha demostrado que una escala sea universalmente mejor que otra, pero se recomienda utilizar la misma escala durante la enfermedad del paciente (43).

Para un tratamiento apropiado del dolor es muy importante determinar la intensidad del dolor antes y después de cada intervención con el fin de utilizar analgésicos apropiados (42), la Organización Mundial de la Salud recomienda que el principio básico de la escala analgésica radique en la selección de los analgésicos en función de la intensidad del dolor (44).

### **2.2.1 Escala Visual Análoga (EVA) del dolor**

*“Es un instrumento que intenta medir una característica o una actitud que se cree oscila a través de un continuo de valores y no puede ser fácilmente medido. Por lo que es una de las mejores maneras de evaluar objetivamente el dolor”* (45). EVA del dolor es una escala continua compuesta por una línea horizontal o vertical de por lo general 10 centímetros de longitud, anclado por dos descriptores verbales, a un extremo “no dolor” (puntuación 0), al otro extremo “el peor dolor imaginable” (puntuación 100) (46, 47, 48).

Para poder aplicarla se debe pedir al paciente que trace una línea perpendicular a la línea de la EVA en el punto que represente la intensidad de su dolor (46, 49). Para puntuar se debe medir (en milímetros) con una regla la distancia entre “no dolor” y la línea macada por el paciente (47).

Se ha demostrado que la EVA es útil para valorar cuantitativamente y detectar cambios importantes en el dolor abdominal agudo (50, 51).

### **2.2.2 Escala Numérica del dolor**

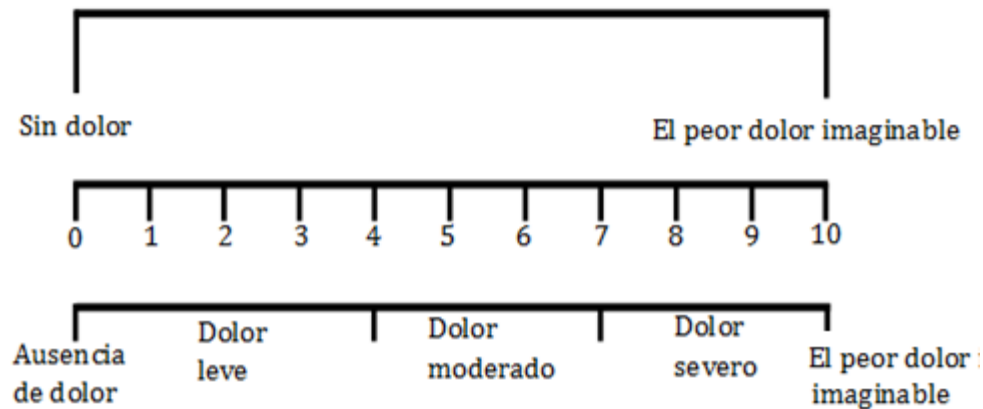
Es la más simple y más utilizada, se pide al paciente que califique el dolor en una escala del 0 al 10, siendo 0 sin dolor y 10 el peor dolor imaginable. Puede ser realizada verbalmente o mostrando al paciente un gráfico de la escala numerada (40, 42, 52).

### **2.2.3 Escala descriptiva**

Llamada escala descriptiva verbal, categórica o de los adjetivos; se pide al paciente que elija entre un listado de adjetivos que indican la intensidad del dolor, generalmente la lista incluye: ausencia de dolor, dolor leve, dolor moderado, dolor severo (40, 42, 52).

Se pueden relacionar las escalas, pese a que no existen valores normativos se describe la intensidad del dolor de la siguiente manera: leve (0-39 mm), moderado (40-69 mm), severo (70-100 mm) (47, 53).





**Gráfico 1:** Escalas para valoración de la intensidad del dolor, en orden de arriba hacia abajo: escala visual análoga, escala numérica, escala descriptiva.

**Elaborado por:** Geovanna Cárdenas, Leonardo Serrano.

### 2.3 Analgesia en el dolor abdominal agudo

En el pasado se consideró inadmisibles el uso de analgesia en el dolor abdominal agudo debido a que podría enmascarar los signos físicos y por lo tanto retrasaría el diagnóstico definitivo y tratamiento. Todo comenzó con la primera edición del libro "Early Diagnosis in the Acute Abdomen" de Cope, en el cual afirma que "*si se administra morfina es posible que el paciente muera feliz creyendo que va a recuperarse y en algunos casos el médico lo creerá también*" (54), en una edición posterior indica que "*a pesar de que parezca cruel, es prudente no indicar morfina hasta que el diagnóstico se haya realizado y el plan de acción haya sido establecido*" (1), esto puede haberse justificado en ese tiempo debido a las presentaciones con altas dosis que se comercializaban y usaban (30 mg por vía intramuscular) (55).

Irónicamente en las últimas ediciones, el autor, recomienda la administración de morfina durante el proceso diagnóstico y lamenta que los médicos se rehúsen a usar analgesia opiácea pese a que la evidencia científica concluye que es efectiva y no enmascara el cuadro, además reconoce que llevará generaciones eliminar la práctica de no dar analgesia dado que la regla ha sido firmemente incorporada a la mente de los médicos (9, 27, 28, 56, 57).

Otros autores como Jones recomiendan la sedación como ayuda en el diagnóstico de dolor abdominal agudo en niños (58), Dunphy dice que se debería dar analgesia sin dudar (59), y Angell afirma que la analgesia facilita el examen físico, al hacer que la sensibilidad y rigidez se vuelvan localizadas y el abdomen pueda ser palpable (60).

La reducción del dolor es considerada una parte integral en el tratamiento del paciente pues minimiza la respuesta ante el estrés e incluso según varios autores facilita la cooperación y por lo tanto el examen físico (10, 14, 23, 61, 62, 63). La razón es que la morfina influencia la percepción del dolor y la reacción afectiva al mismo, más que conferir analgesia completa (64).

El fármaco más usado y recomendado es la morfina debido a dos razones importantes: este analgésico ha demostrado superioridad para aliviar el dolor y además es el medicamento de elección para varias situaciones clínicas debido a su seguridad, duración de acción y bajo costo (65). Además en el dolor abdominal los opiáceos no enmascaran los hallazgos clínicos y su disminución del peristaltismo puede aliviar el dolor tipo cólico (66).



La morfina a través de la interacción sobre todo con los receptores  $\mu$  en el cerebro y médula espinal, aunque también con los receptores  $\delta$ ,  $\kappa$ , producen analgesia al estimular las neuronas inhibitoras del dolor e inhibir a las neuronas que lo transmiten, de esta manera bloquean su ciclo (67).

La dosis recomendada de morfina se encuentra entre 0,05–0,15 mg/kg (68, 69), la dosis más utilizada en los diferentes estudios es 0,1mg/kg por vía intravenosa (máxima de 10 mg) diluido en 8 ml de agua inyectable o solución salina en un período de 5 minutos: 50% en 3 minutos y 50% en 2 minutos (62, 64, 70).

Las contraindicaciones de la morfina son la hipersensibilidad al medicamento o a sus componentes, depresión respiratoria, asma agudo o grave, íleo paralítico, ingesta de alcohol. Se debe tener precaución en: adultos mayores y niños menores de 3 meses, alteraciones hepáticas o renales, hipertrofia prostática o estenosis uretral, alcoholismo agudo, hipotensión, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, depresión del sistema nervioso central o convulsiones, dependencia a opioides, aumento de la presión intracraneal, trauma encéfalo craneano, enfermedades biliares, pancreatitis, colitis pseudomembranosa (71).

En el embarazo es de categoría C, atraviesa la barrera placentaria, no se han reportado efectos teratógenos, pero puede causar dependencia en el feto (71). En la lactancia: se conoce que se distribuye en la leche materna, hay reportes de efectos adversos en el lactante, por lo que se debe evitar su uso (71).

Entre los efectos secundarios más comunes asociados a la administración inadecuada de morfina se incluyen: somnolencia, náusea, vómito y depresión respiratoria (62). Otros efectos adversos incluyen retención urinaria, prurito, disforia e hipoxemia (72, 73).

## 2.4 Opiofobia

Otra causa para no usar analgesia opiácea en el dolor abdominal agudo y/o abdomen agudo es la llamada opiofobia que se define como “*Temor infundado o exagerado que limita la utilización de los analgésicos opioides*” (74), todo esto debido al desconocimiento del fármaco dando como resultado una preocupación injustificada, sobre todo en la adicción o dependencia física, tolerancia y la seguridad de los opioides principalmente en relación a la depresión respiratoria (7, 29, 75, 76). También limitan el uso de estos fármacos la burocracia que se debe realizar para prescribirlos y el control legal estricto al que están sujetos (77).

Esto se explica por un conocimiento limitado acerca del uso y efectos adversos, así como la condición de venta libre de otros medicamentos, lo que estimula la automedicación (74).



## Capítulo 3

### 3. Objetivos

#### 3.1. Objetivo general

Identificar el uso de analgesia durante el proceso diagnóstico del dolor abdominal agudo y/o abdomen agudo por los Cirujanos Generales de la Zona de Planificación 6 de Ecuador.

#### 3.2. Objetivos específicos

- 3.2.1. Establecer las características de los cirujanos de la zona 6 según: edad, años de práctica luego de obtener el título de cirujano, distribución del tiempo empleado en distintas actividades relacionadas con la práctica médica: docencia, investigación, cirugía electiva, cirugía de emergencia, otros.
- 3.2.2. Determinar las características del manejo del dolor abdominal agudo y/o abdomen agudo en los cirujanos de la zona 6 según: tiempo considerado por los cirujanos para definir la conducta a seguir sobre el tratamiento y determinar si los cirujanos conocen la evidencia de los últimos 5 años acerca del uso de analgésicos en el dolor abdominal agudo.
- 3.2.3. Determinar las características del uso de analgesia en el dolor abdominal agudo y/o abdomen agudo por los cirujanos de la zona 6 según: escala usada para valorar el dolor abdominal y/o abdomen agudo, puntaje en la escala en la que consideran usar analgesia, por qué la usan (porque la evidencia actual recomienda su uso, por comodidad del paciente, porque mejora la exploración física, al tener la colaboración del paciente, otro) y qué analgésicos usan (AINES, antiespasmódicos, opioides, paracetamol, combinación de dos o más, otros).
- 3.2.4. Identificar las razones para el no uso de analgesia en el dolor abdominal agudo y/o abdomen agudo en los cirujanos de la zona 6: porque el diagnóstico no es claro, porque falta concluir los exámenes complementarios, porque es un dolor de baja intensidad, por precaución a modificar el examen físico, otros.
- 3.2.5. Establecer la existencia de prejuicios hacia la utilización de opioides y las razones de ello en los cirujanos de la zona 6: control legal, efectos secundarios, adicción o dependencia, otros.



## Capítulo 4

### 4. Diseño metodológico

#### 4.1. Tipo de estudio

Se realizó un estudio cuantitativo descriptivo.

#### 4.2. Área de estudio

Nuestro trabajo se realizó en la zona de planificación 6.

La Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (SENPLADES) conformó los niveles administrativos de planificación con el fin de dividir al estado de una manera eficiente y desconcentrarlo.

Una zona está conformada por provincias de acuerdo a una proximidad geográfica, cultural y económica, cada zona a su vez se divide en distritos y estos en circuitos.

La zona 6 está conformada por las provincias de Cañar, Azuay y Morona Santiago, localizadas al sur del país. Se tomó de referencia esta división debido a que el Ministerio de Salud Pública también se acoge a esta organización (78).

#### 4.3. Universo

Todos los médicos que laboraban durante la realización del estudio como Cirujanos Generales registrados en el Ministerio de Salud Pública y la Sociedad Ecuatoriana de Cirugía, de la zona de planificación 6.

#### 4.4. Variables

Las variables que se consideraron en este estudio fueron: edad, años de práctica luego de obtener el título de cirujano, distribución de las actividades relacionadas con la práctica médica y docencia, tiempo para definir la conducta a seguir sobre el tratamiento del dolor abdominal agudo y/o abdomen agudo, conocimiento de la evidencia actual (5 últimos años) sobre el uso de analgesia en el dolor abdominal agudo y/o abdomen agudo, escala utilizada para evaluar el dolor abdominal agudo y/o abdomen agudo, puntaje según la escala visual análoga en la que considera el cirujano administrar analgesia en el dolor abdominal agudo y/o abdomen agudo, puntaje según la escala numérica en la que considera el cirujano administrar analgesia en el dolor abdominal agudo y/o abdomen agudo, puntaje según la escala descriptiva en la que considera el cirujano administrar analgesia en el dolor abdominal agudo y/o abdomen agudo, razones del uso de analgesia en el dolor abdominal agudo y/o abdomen agudo, analgésico que usa en el dolor abdominal agudo y/o abdomen agudo, razones para no usar analgesia en el dolor abdominal agudo y/o abdomen agudo, prejuicio sobre el uso de opioides, razones del prejuicio sobre el uso de opioides.

##### 4.4.1. Operacionalización de variables

Véase Anexo 1.



#### **4.5. Métodos, técnicas e instrumentos**

Para proceder con la recolección de datos se pidió autorización de la Dra. Adriana Moreno y el Dr. Marco Palacios para enviar una solicitud a la Coordinación Zonal 6 de Salud quienes nos proporcionaron la lista de los Cirujanos Generales que laboraban para el Ministerio de Salud Pública en toda la zona 6. También por medio del Dr. Juan Carlos Salamea se envió una carta a la Sociedad Ecuatoriana de Cirugía Capítulo Azuay con el objetivo de tener una lista de los Cirujanos inscritos en esta Sociedad. Para la recolección de datos el método utilizado fue una encuesta previamente validada (Anexo 2).

Después de los consentimientos correspondientes se aplicó la encuesta por vía electrónica a través de Google Drive © en un periodo de 4 semanas.

El día de envío del correo electrónico se hizo llegar un mensaje de texto al teléfono celular de los encuestados con el objetivo de informar que la encuesta ya estuvo disponible en sus correos electrónicos.

#### **4.6. Plan de tabulación y análisis**

Para la tabulación de los datos se utilizó IBM-SPSS 18. En la presentación de los datos se utilizó tablas en correspondencia con el tipo de variable y asociaciones que se realizaron.

Para el análisis de los datos se usó distribución de frecuencias y porcentajes así como medidas de tendencia central, además se usó las pruebas estadísticas correspondientes para cruzar las variables.

#### **4.7. Consideraciones éticas**

En nuestra investigación los datos recolectados fueron guardados con confidencialidad, se los utilizó y utilizará únicamente para este estudio. Se explicó a los voluntarios que no obtendrán ningún beneficio al participar.

Previo a la recolección de la información, se pidió a los voluntarios su aprobación de tipo verbal, para lo cual se utilizó la llamada telefónica correspondiente y lectura del consentimiento informado (Anexo 3) y en el momento de realizar la encuesta vía electrónica se adjuntó el mismo.

#### **4.8. Limitaciones**

Dentro de las limitaciones de nuestro estudio consideramos importante recalcar que al no contar con una base de datos adecuada con la información de todos los cirujanos de la Zona 6, es probable que no se hayan incluido en su totalidad.

De manera similar la colaboración de los mismos fue un factor que influyó en la no inclusión en este estudio de algunos de ellos.

## Capítulo 5

### 5. Resultados

De la lista de los cirujanos de la zona 6 obtenida según el método anteriormente descrito, no fue posible contactar a 9 de ellos. De las 57 encuestas electrónicas enviadas, el 73,68% fueron devueltas.

**Tabla 1**

**Distribución de 42 cirujanos de la Zona 6 según variables de estudio, Cuenca-Ecuador, 2014.**

Variable	Resultados		
	$\bar{x} \pm DS$	n ( $\bar{x} \pm DS$ )	n (%)
Edad en años	47,90 $\pm$ 10,342 (Mínimo 29; Máximo 68)		
Años de práctica como cirujano		15,50 $\pm$ 9,979	
Distribución de actividades relacionadas con medicina (%)			
Docencia		31 (23,23 $\pm$ 14,863)	
Investigación		28 (12,04 $\pm$ 8,867)	
Cirugía electiva		40 (49,58 $\pm$ 23,988)	
Cirugía de emergencia		37 (23,92 $\pm$ 15,773)	
Otros		6 (24,17 $\pm$ 21,545)	
Uso de analgesia Si/No			23 (54,8%) / 19 (45,2%)
Lectura de evidencia actual (últimos 5 años) Si/No			31 (73,8%) / 11 (26,2%)
Tiempo para definir el manejo del dolor abdominal agudo y/o abdomen agudo	3,0298 $\pm$ 2,87504 (Mínimo 0,25; Máximo 12)		

**Fuente:** Base de datos de estudio.

**Elaborado por:** Geovanna Cárdenas y Leonardo Serrano

La media de edad de los encuestados fue de 47 años. Se destaca que el 54,8% utiliza analgesia y el 73,8% ha leído evidencia actual. En nuestro estudio el mínimo tiempo empleado es 15 minutos y el máximo 12 horas.

Tabla 2

**Distribución de 23 cirujanos de la Zona 6 que usan analgesia en el proceso diagnóstico del dolor abdominal agudo y/o abdomen agudo según variables del estudio, Cuenca – Ecuador, 2014**

Variable	Resultados	
	n (%)	$\bar{x} \pm DS$
Escala de dolor utilizada		
Escala Numérica	15 (35,7%)	
Escala Descriptiva	5 (11,9%)	
Escala Visual Análoga	3 (7,1%)	
Puntaje de la Escala Visual Análoga desde la que usan analgesia *		4,33 $\pm$ 0,577
Puntaje de la Escala Numérica desde la que usan analgesia*		5,27 $\pm$ 1,438
Categoría de la Escala Descriptiva desde la cual utilizan analgesia*		
Dolor Severo	3 (60%)	
Dolor Moderada	2 (40%)	
Tipo de analgésico utilizado		
AINES	9 (39,1%)	
Opioides	9 (39,1%)	
Antiespasmódicos	2 (8,7%)	
Combinación de dos o más	3 (13%)	
Razones para el uso		
Porque mejora la exploración física	12 (52,17%)	
Porque la evidencia actual lo recomienda	11 (47,82%)	
Por comodidad del paciente	11 (47,82%)	
Por otras razones °	2 (8,69%)	

\* Los resultados fueron obtenidos a partir de los cirujanos que utilizaban dicha escala.

° Las razones expuestas fueron: experiencia propia y por humanidad.

**Fuente:** Base de datos del estudio.

**Elaborado por:** Geovanna Cárdenas y Leonardo Serrano

En nuestro estudio la escala de dolor más utilizada, es la escala numérica con un 35,7%, seguida de la escala descriptiva en un 11,9% y la escala visual análoga en un 7,1%.

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%.

El 52,7% de los médicos considera la mejoría en la exploración física como la principal razón para el uso de analgesia en el dolor abdominal agudo, teniendo en cuenta también las recomendaciones de la evidencia actual y la comodidad del paciente en un 47,82% de los casos.

**Tabla 3**

**Distribución de 19 cirujanos de la Zona 6 que no usan analgesia en el proceso diagnóstico del dolor abdominal agudo y/o abdomen agudo según variables del estudio, Cuenca – Ecuador, 2014**

<b>Variable</b>	<b>Resultados n (%)</b>
<b>Razones para no usar analgesia</b>	
Porque el diagnóstico no es claro	12 (63,16%)
Por precaución a modificar el examen físico	8 (42,11%)
Porque falta concluir los exámenes complementarios	3 (15,78%)
Porque considera que el dolor es de baja intensidad	1 (5,26%)
Otras razones *	1 (5,26%)

\* La razón expuesta fue: depende de la educación del paciente, si elimino el dolor el paciente no autorizará la cirugía pues piensa que está curado.

**Fuente:** Base de datos del estudio.

**Elaborado** por: Geovanna Cárdenas y Leonardo Serrano

Dentro de las razones principales para no usar analgesia en el dolor abdominal agudo, se encuentra el pensar en que no se tiene un diagnóstico claro en un 63,16%, también influye la precaución a modificar el examen físico con un 42,11%.

**Tabla 4**

**Distribución de 42 cirujanos de la Zona 6 que no usan opioides en el proceso diagnóstico del dolor abdominal agudo y/o abdomen agudo según variables del estudio, Cuenca – Ecuador, 2013-2014**

<b>Variable</b>	<b>Resultados n (%)</b>
Opiofobia Si/No	7 (16,6%)/35(83,3%)
<b>Razones de la opiofobia*</b>	
Efectos secundarios	4 (57,14%)
Control legal	3 (42,85%)
Adicción o dependencia	2 (28,57%)
Otros °	1 (14,29%)

\* Los resultados fueron obtenidos a partir de los cirujanos que señalaron tener opiofobia

° La razón señalada fue: supuesta dificultad para conseguir el medicamento en el servicio público.

**Fuente:** Base de datos del estudio.

**Elaborado** por: Geovanna Cárdenas y Leonardo Serrano

Considerando que la opiofobia podría ser la razón del no uso de analgesia, destacamos que no es el caso porque el 83,3% no la tiene, y el porcentaje restante atribuye como causas a los efectos secundarios (57,14%) más que al control legal (42,85%).



**Tabla 5**

**Tabla de análisis sobre la relación entre el uso de analgesia y distintas variables del estudio, Cuenca – Ecuador, 2014.**

Variable	$\bar{x} \pm DS$	Valor de p
Lectura de evidencia actual (últimos 5 años)*		0,043
Opiofobia*		0,214
Tiempo empleado en docencia*		1
Tiempo empleado en investigación °		0,048
Tiempo empleado en cirugía electiva*		0,492
Tiempo empleado en cirugía de emergencias*		0,158
Tiempo empleado en otras actividades*		1
Edad &	Si= 47,43 ±10,68 No = 48,47 ± 10,18	0,320
Años de ejercicio &	Si= 15,22 ± 10,09 No = 15,84 ± 10,13	0,2

\*Exacta de Fisher

° Chi cuadrado

& T de Student

**Fuente:** Base de datos del estudio

**Elaborado** por: Geovanna Cárdenas y Leonardo Serrano

Encontramos una relación significativa entre la lectura de evidencia actual y la utilización de analgesia en el dolor abdominal agudo. Esto sugiere que la lectura de evidencia científica es un factor importante para lograr un cambio de actitud en los cirujanos en nuestro medio frente al manejo de analgésicos durante el diagnóstico de cuadros de dolor abdominal agudo.

**Tabla 6**

**Tabla de análisis sobre la relación entre la lectura de evidencia actual y la elección de analgésicos en los cirujanos de la Zona 6, Cuenca – Ecuador, 2014.**

Analgésico más utilizado	Lectura de evidencia		Total n (%)
	Si n (%)	No n (%)	
Opioides	9 (39,13%)	0 (0%)	9 (39,13%)
Aines	7 (30,43%)	2 (8,70%)	9 (39,13%)
Antiespasmódicos	2 (8,70%)	0 (0%)	2 (8,70%)
Combinación de dos o más	2 (8,70%)	1 (4,35%)	3 (13,04%)
<b>Total</b>	20 (86,96)	3 (13,04%)	23 (100%)

**Fuente:** Base de datos del estudio

**Elaborado** por: Geovanna Cárdenas y Leonardo Serrano

Si tomamos en cuenta la relación entre la lectura y que analgésico utilizan resalta que el uso de opioides es el más frecuente en aquellos que leyeron evidencia.



## Capítulo 6

### 6. Discusión

Considerando que las encuestas por internet suelen tener una tasa de retorno baja, respuestas de un 60 a 80% a partir de una muestra son consideradas excelentes (79). En nuestro trabajo se logró obtener una tasa de devolución del 73,68%.

El hallazgo más importante de nuestro estudio es la relación estadísticamente significativa encontrada entre aquellos cirujanos que leyeron evidencia actual sobre el uso de analgesia en el dolor abdominal agudo y la decisión de usarla ( $p=0,043$ ), lo que indica que la actualización médica es un factor importante en nuestro medio para modificar la práctica médica, por lo que cursos de este tipo podrían ser útiles en nuestro medio.

Otros datos de relevancia encontrados en este estudio fueron que ni la edad de los encuestados el número de años de práctica, opiofobia o las actividades con relación a la práctica médica (Tabla 5) influyen en la decisión de usar analgesia en los cuadros de dolor abdominal agudo en proceso diagnóstico; siendo diferente a un estudio similar realizado en Israel en el cual las actitudes de los cirujanos fueron influenciadas por el entrenamiento, experiencia y porcentaje de tiempo destinado a trabajar en el departamento de emergencias (11), esto indica que puede ser más fácil que en otros lugares modificar las actitudes acerca de este tema.

Más de la mitad de los encuestados (52,17%) consideran a la mejoría en la exploración física, comodidad del paciente y recomendaciones de la evidencia actual como las razones para el uso de analgesia dentro de su práctica médica en el manejo del dolor abdominal agudo, probablemente esto debido a la lectura de investigaciones que ponen estas razones como las principales para utilizar analgesia además de evitar el sufrimiento a los pacientes. Pero un 63,16% de los encuestados que no utilizan analgesia alegan este hecho a un diagnóstico no claro y a la precaución a modificar el examen físico (42,11%), siendo similar a un estudio realizado a médicos en Nigeria en el 50,4% se negaría a proveer analgesia si no hubiese un diagnóstico claro y el 84,4% de los encuestados piensan que la analgesia interfiere con la evolución de los signos (12); otra razón indicada fue que la disminución del dolor podría causar que el paciente no autorice un futuro procedimiento quirúrgico en caso de ser necesario, lo cual puede ser superado con una buena relación médico paciente y correcta explicación de tales procedimientos, por lo tanto existe un grupo de cirujanos que todavía tiene precaución a utilizar analgesia pese a que conocen la evidencia y se apoyan en la enseñanza basada en la experiencia.

En nuestro estudio pese a que los cirujanos conocen la evidencia actual, los medicamentos más utilizados son los AINES y opioides; además destaca en algunos casos el uso de fármacos no recomendables como antiespasmódicos; semejante a los resultados encontrados en otro estudio en el cuál el diclofenaco intramuscular seguido de la morfina intravenosa eran la elección por los cirujanos (11), otro estudio indica que los analgésicos más comúnmente prescritos incluyen a los antiespasmódicos (31.2%) seguidos de analgésicos simples como el paracetamol (28.6%) (12); conocemos que de los 23 cirujanos que usan analgesia 20 (86,96%) leyeron evidencia actual, destacando que de los 9 cirujanos que usan opioides todos leyeron evidencia y de los 9 que usan AINES 7 (77,78%) leyeron evidencia (Tabla 6).

Los resultados nos indican que pese a que la mayoría de cirujanos utilizan analgesia, el 47,8% conoce la evidencia actual, pero no utilizan opioides. Sería prematuro sacar



inferencias en lo referente a este tema pero se podría pensar en una supuesta dificultad para el acceso de opioides en el servicio público, y la facilidad para usar y disponibilidad de los otros tipos de fármacos, pero para determinar las causas reales se necesitarían más estudios.



## Capítulo 7

### 7. Conclusiones y recomendaciones

#### 7.1. Conclusiones

El 54,8% de los cirujanos de la zona 6 utiliza analgesia en el dolor abdominal agudo y un 73,8% han realizado la lectura de evidencia de los últimos 5 años relacionada con el tema, encontrando una relación estadísticamente significativa entre su utilización y la lectura de evidencia científica ( $p=0,043$ ), otras variables como la edad, años de práctica, actividades relacionadas con la práctica médica no influyen en la decisión de usar o no analgesia en los cirujanos de la zona 6; la media del tiempo empleado para definir la conducta a seguir sobre el tratamiento del dolor abdominal agudo es de 3,03 horas, siendo el mínimo tiempo empleado 15 minutos y el máximo 12 horas. Los analgésicos más usados son AINES y Opioides en un 39,1% cada uno. Entre las razones por las cuales los cirujanos utilizan analgesia destaca la mejoría en la exploración física y entre las razones para su no uso se encuentra el pensar en que no se tiene un diagnóstico claro.

Los resultados nos indicaron que pese a que la mayoría de cirujanos utilizan analgesia y conocen la evidencia actual, no utilizan opioides como primera línea.

#### 7.2. Recomendaciones

- Estudios futuros deberían realizar una investigación similar en una población más grande y determinar la manera de utilización de los fármacos así como se sugiere realizar estudios para determinar la verdadera causa para no usar opioides como fármacos de primera línea.
- Recomendamos la creación de programas de educación médica continua sobre la utilización y el correcto manejo de los analgésicos en el dolor abdominal agudo.
- Se necesita un registro de cirujanos, que incluya tanto a los sectores privados como públicos y que sea actualizado continuamente.



## Capítulo 8

### 8. Referencias bibliográficas y bibliografía

#### 8.1. Referencias bibliográficas

1. Cope, Z. The early diagnosis of the acute abdomen. New York; Oxford University Press; 1921.
2. Analgesia and the acute abdomen (editorial). *BMJ*; 1979, 2: 1093.
3. Manterola, C. Vial, M. Moraga, J. Astudillo, P. Analgesia in patients with acute abdominal pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews*; 2010, Issue 7.
4. Burke, T. Pace, S. Intravenous morphine for early pain relief in patients with acute abdominal pain. *AcadEmergMed*; 1996, 3: 1086-1092.
5. Moya, S. Laguna, P. Analgesia en el dolor abdominal agudo. *Emergencias*; 2001, 13: 229-231.
6. 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](http://www.inec.gob.ec/inec/index.php?option=com_content&view=article&id=180&Itemid=402&lang=es). Acceso el 7 de Julio de 2013.
7. 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: 5-11.
8. Vane, D. Efficacy and concerns regarding early analgesia in children with acute abdominal pain (comentary). *Pediatrics*; 2005, 116: 1016-1018.
9. Wolfe, J. Lein, D. Lenkoski, K. et al. Analgesic administration to patients with an acute abdomen: a survey of emergency medicine physicians. *Am J Emerg Med*; 2000, 18: 250-253.
10. Armstrong, F. Analgesia para los niños con dolor abdominal agudo: un paso cauto hacia la mejora del tratamiento del dolor. *Pediatrics (edesp)*; 2005, 60 (4): 195-196.
11. Zimmerman, O. Halpen, P. Opinion survey of analgesia for abdominal pain in Israeli emergency departments. *Isr. Med. Assoc. J*; 2004, 6: 681-685.
12. Babatunde, A. Adedayo, T. Babatunde, S. Olayemi, O. Administration of analgesics in patients with acute abdominal pain: a survey of the practice of doctors in a developing country. *Int J Emerg Med*; 2009, 2: 211-215.
13. Tait, I. Ionescu, M. Cuschieri, A. Do patients with acute abdominal pain wait unduly long for analgesia?. *RcollSurgEdinb*; 1999, 44: 181-184.
14. McHale, P. LoVecchio, F. Narcotic analgesia in the acute abdomen - a review of prospective trials. *Eur J Emerg Med*; 2001, 8: 131-136.
15. Gallagher, E. Bijur, P. Latimer, C. Silver, W. Reliability and validity of a visual analog scale for acute abdominal pain in the ED. *Am J Emerg Med*; 2002, 20 (4): 287-290.
16. Thomas, S. Borezuk, P. Shackelford, J. Silver, D. Evans, M. Stein, J. Patient and physician agreement on abdominal pain severity and need for opioid analgesia. *Am J Emerg Med*; 1999, 17: 586-590.
17. Ducharme, J. Emergency pain management: a Canadian Association of Emergency Physicians consensus document. *J Emerg Med*; 1994, 12: 855-866.
18. American College of Emergency Physicians. The use of pediatric sedation and analgesia. *Ann Emerg Med*; 1993, 22: 626-627.
19. Friedland, L. Pancioli, A. Duncan, K. Pediatric emergency department analgesic practice. *PediatrEmerg Care*; 1997, 13: 1322-1327.
20. American Academy of Pediatric Committee on Drugs Sections of Anesthesiology. Guidelines for monitoring and management of pediatric patients during and after sedation for diagnostic and therapeutic procedures. *Pediatrics*; 1992, 89: 1110-1115.
21. National Institute of Clinical Studies. Australia Government. Pain medication for acute abdominal pain. National Health and Medical Research Council. Canberra; 2008.
22. Laubenthal, M. Sauerland, S. Neugebauer, E. S3-Leitlinie Behand lung acuter perioperativer und post traumatischer Schmerzen. *Deutscher Ärzte-Verlag*; 2008.
23. Lovecchio, F. Oster, N. The use of analgesics in patients with acute abdominal. *J Emerg Med*; 1997, 15:775-779.



24. Ranji, S. Goldman, L. Simel, D. Shojania, K. Clinician's corner. Do opiates affect the clinical evaluation of patients with acute abdominal pain?. *JAMA*; 2006, 296 (1774): 1746.
25. Goldman, R. Crum, D. Bromberg, R, et al. Analgesia administrataion for acute abdominal pain in the pediatric emergency department. *PediatrEmerg Care*; 2006, 18-21.
26. Wolfe, J. Smithline, H. Phipen, S. et al. Does morphine change the physical examination in patients with acute appendicitis?. *Am J Emerg Med*; 2004, 22: 280-285.
27. Silen, W. Cope's early diagnosis of the acute abdomen. 22°. ed. New York: Oxford University Press; 2010.
28. American College of Emergency Physicians. Clinical policy: critical issues for the initial evaluation and management of patients with a chief complain of non traumatic acute abdominal pain. *Ann EmergMed*; 2000, 36: 406-415.
29. Rupp, T. Delaney, K. Inadequate analgesia in emergency medicine. *Annals of Emergency Medicine*; 2004, 23:504-506.
30. Reid, J. Rumbolt, G. Garruba, M. Harris, C. Review analgesic use in acute abdominal pain. *Center for clinical effectiveness evidence*; 2007, 1-16.
31. Ahn, S. et al. Acute non traumatic abdominal pain in adult patients: Abdominal Radiography compared with CT evaluation. *Radiology*; 2002, 225: 159-164.
32. Stone, R. Acute abdominal pain. *Primary Care Practice*; 1998, 2: 341-357.
33. Longo, D. Kasper, D. Larry, J. Fauci, A. Hauser, S. Loscalzo, J. Harrison's™ Principles of Internal Medicine. 18°. ed. New York: The McGraw-Hill Companies; Inc, 2012.
34. Goldman, L. Schafer, A. Goldman's Cecil medicine. 24° ed. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2012.
35. Rozman, C. Cardelach, F. Farreras-Rozman. *Medicina Interna*. 17°. ed. Barcelona: Elsevier; 2012.
36. Souba, W. Fink, M. Jurkovich, G. Kaiser, L. Pearce, W. Perberton, J. Soper, N. American College of Surgeons. *ACS surgery. Principle and practice*. 6°. ed. Web Md Professional Pub; 2007.
37. Mahler, C. et al. Diagnostic modalities in diagnosis of adult patients with acute abdominal pain. *Ned Tijdschr Geneesk*; 2004, 11 (148): 2474-2480.
38. Klingsmith, S. Aziz, A. Bharat, A. Fox, A. Porembka, M. *The Washington Manual of Surgery*. 6° ed. Philadelphia: Lippincot Williams &Wilkins; 2012.
39. Burkitt, H. Quick, C. *Essential Surgery problems, diagnosis and management*. 3° ed. London: Churchill Livingstone; 2002.
40. Cadavid, A. Estupiñan, J. Vargas, J. *Dolor y cuidados paliativos Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas*; 2005.
41. Alvarez, T. *Semiología del dolor*. IATREIA. 2002 Septiembre; 15(3): p. 200-206
42. Porter, R. Kaplan, J. Homeier, B. *The Merc, Manual of Patients Symptoms* Madrid: Panamericana; 2008.
43. Argoff, C. McCleane, G. *Tratamiento del dolor. Secretos*. Tercera ed. Madrid: Elsevier; 2011.
44. Organización Mundial de la Salud. WHO's pain ladder for adults. Disponible en: <http://www.who.int/cancer/palliative/painladder/en/#>. Acceso el: 07 de Agosto de 2013.
45. Gould, D. et al. Information point. Visual analogue scale (VAS). *Journal of clinical nursing*; 2001, 10:706.
46. Huskisson, E. Measurement of pain. *Lancet*; 1974, 2: 1127-1131.
47. Jensen, M. Karoly, P. Braver, S. The measurement of clinical pain intensity: a comparison of six methods. *Pain*; 1986, 27:117-126.
48. Ferraz, M. Quaresma, M. Aquino, L. Atra, E. Tugwell, P. Goldsmith, C. Reliability of pain scales in the assessment of literate and illiterate patients with rheumatoid arthritis. *J Rheumatol*; 1990, 17: 1022-1024.
49. Joyce, C. Zutshi, D. Hrubes, V. Mason, R. Comparison of fixed interval and visual analogue scales for rating chronic pain. *Eur J ClinPharmacol*; 1975, 8: 415-420.
50. Todd, K. Clinical versus statistical significance in the assessment of pain relief. *Ann Emerg Med*; 1996, 27: 439-441.





51. Ho, K. Spence, J. Murphy, M. Review of pain measurement scales. *Ann EmergMed*; 1996, 27: 427-432.
52. Eslava, J. Guevara, O. Gómez, P. *Semiología quirúrgica Bogotá: Universidad Nacional de Colombia*; 2006.
53. Rich, A. Comparative Pain Scale. Disponible en: [http://lane.stanford.edu/portals/cvicu/HCP\\_Neuro\\_Tab\\_4/0-10\\_Pain\\_Scale.pdf](http://lane.stanford.edu/portals/cvicu/HCP_Neuro_Tab_4/0-10_Pain_Scale.pdf). Acceso el: 06 de Junio de 2013.
54. Cope, Z. *Early diagnosis of the acute abdomen*. 14° ed. New York: Oxford University Press; 1972.
55. Hughes, T. Opiates in acute abdominal pain (letter). *BrMed J*; 1979, 2(1145).
56. Silen, W. *Cope's early diagnosis of th acute abdomen*. 20° ed. New York: Oxford University Press; 2000.
57. Mackway, K. Harrison, M. Towards evidence based emergency medicine: analgesia and assessment of adominal pain. *J AccidEmergMed*; 2000, 17: 128-129.
58. Jones, P. *Emergency abdominal surgery*. Oxford: Blackwell Scientific; 1974.
59. Dunphy, T. Way, L. *Current surgical diagnosis and treatment*. 3° ed. Los Altos: Lange medical; 1977.
60. Angell, J. *The acute abdomen for the man on the spot*. 3° ed. Tunbrige: Pitman; 1972.
61. Attard, A. Corlett, M. Kidner, N. Safety of early pain relief for acute abdominal pain. *BMJ*; 1992, 305: 554-556.
62. Amoli, H. Golozar, A. Keshavarzi, S. Tavakoli, H. Yaghoobi, A. Morphine analgesia in patients with acute appendicitis: a randomised double-blind clinical trial. *Emerg Med J*; 2008, 25: 586–589.
63. Mahadevan, M. Graff, L. Prospective randomized study of analgesic use for ED patients with right lower quadrant abdomianl pain. *Am J Emerg Med*; 2000, 18: 753-756.
64. Vermeulen, B. Morabia, A. Unger, P. Goehring, C. Skljarov, I. Terrier, F. Acute Appendicitis: Influence of Early Pain Relief on the Accuracy of Clinical and US Findings in the Decision to Operate—A Randomized Trial. *Radiology*; 1999, 210: 639-643.
65. Brunton, L. Chabner, B. Knollman, B. Goodman & Gilman's *The Pharmacological Basis of Therapeutics*. 12° ed. California: The McGraw-Hill Companies; 2010.
66. Ramamurthy, S. Rogers, J. Alanmanou, E. *Decision Making in Pain Management*. Segunda. Marid: Elsevier España; 2007.
67. Pappagallo, M. *The Neurologic Basis*. New York: McGraw Hill; 2005.
68. Zimmer, G. Kelen, J. Stapczynski, G. Tintinalli, J. *Emergency medicine: A comprehensive study guide*. New York: Mcraw-Hill; 2004: 257-264.
69. Paris, P. Yealy, D. Marx, J. *Rosen's Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice*. St. Louis: Mosby; 2002: 2555-2557.
70. Ungar, J. Brandes, D. Reinoehl, B, et al. *Principles and practice of Emergency Medicine*. Baltimore: Williams & Wilkens; 1999.
71. Consejo Nacional de Salud. Comisión Nacional de Medicamentos e Insumos. *Cuadro nacional de Medicamentos Básicos y Registro Terapeúrico Nacional*. 8° ed. Quito: Publiasesores; 2011.
72. Esmail, Z. Montgomery, C. Courttrn, C, et al. Efficacy and complications of infusion in postoperative pediatric morphine patients. *PeadAnaes*; 1999, 9 (4): 321-327.
73. Bates, D. Cullen, D. Laird, N. Petersen, L. Small, S. Servi, D. et al. Incidence of adverse drug events and potential adverse drug events. *JAMA*; 1995, 274: 29-34.
74. Hernández, J. Moreno, C. *Medicina del dolor Bogotá: Centro editorial Universidad del Rosario*; 2005.
75. Reid, J. Rumbolt, G. Garruba, M. Harris, C. Review analgesic use in acute abdominal pain. *Center for clinical effectiveness evidence*; 2007, 1-16.
76. Lorenzo, P. et al. Velázquez. *Farmacología básica y clínica*. 18° ed. Panamericana; 2008.
77. Álamo, C. Cuenca, E. Guerra, J. López, F. Zaragoza, F. *Guía farmacológica de analgésicos*. Madrid: Arán ediciones; 2005.



78. Secretaría Nacional de Planificación y desarrollo. Secretaría Nacional de Planificación y desarrollo. Zonas, distritos y circuitos. [Sitio de Internet]. 2012. Disponible en: <http://www.planificacion.gob.ec/zonas-districtos-y-circuitos/>. Acceso el: 25 de Octubre de 2013.
79. Portney L, Watkins M. Foundations of clinical research. Applications to practice. 3° ed. New Jersey: Pearson Prentice Hall; 2009.





## 8.2. Bibliografía

1. Bailey, B. Bergeron, S. Gravel, J. Bussi eres, J. Bensoussan, A. Efficacy and impact of intravenous morphine before surgical consultation in children with right lower quadrant pain suggestive of appendicitis: a randomized controlled trial. *Annals of Emergency Medicine*; 2007, 50(4): 371-378.
2. Bijur, P. Kenny, M. Gallagher, E. Intravenous Morphine at 0.1 mg/kg Is Not Effective for Controlling Severe Acute Pain In the Majority of Patients. *Annals of Emergency Medicine*; 2005, 46(4): 362-367.
3. Bijur, P. Latimer, C. Gallagher, E. Validation of a verbally administered numerical rating scale of acute pain for use in the emergency department. *Academic emergency medicine: official journal of the Society for Academic Emergency Medicine*; 2003; 10(4): 390-392.
4. Camus-Kerebel, C. Malledant, Y. Joly, A. Abdominal syndromes and analgesia. *Cahiersd'anesth esiologie*; 1996, 44(4): 335-339.
5. Chaudhary, A. Gupta, R. Double blind, randomised, parallel, prospective, comparative, clinical evaluation of a combination of antispasmodic analgesic Diclofenac + Pitofenone + Fenpiverinium (Manyana vs Analgin + Pitofenone + Fenpiverinium (Baralgan) in biliary, ureteric and intestinal colic. *Journal of the Indian Medical Association*; 1999, 97(6): 244-245.
6. Chong, C. Wang, T. Chen, C. Ma, H. Chang, H. Preconsultation use of analgesics on adults presenting to the emergency department with acute appendicitis. *Emergency medicine journal: EMJ*; 2004, 21(1): 41-43.
7. Frei, S. Bond, W. Bazuro, R. Richardson, D. Sierzega, G. Wasser, T. Is early analgesia associated with delayed treatment of appendicitis?. *The American journal of emergency medicine*; 2008, 26(2): 176-180.
8. Gallagher, E. Esses, D. Lee, C. Lahn, M. Bijur, P. Randomized Clinical Trial of Morphine in Acute Abdominal Pain. *Annals of Emergency Medicine*; 2006, 48(2): 150-160.
9. Green, R. Bulloch, B. Kabani, A. Hancock, B. Tenenbein, M. Early analgesia for children with acute abdominal pain. *Pediatrics*; 2005, 116(4): 978-983.
10. Healey, A. Mensour, M. Analgesia in undifferentiated abdominal pain: is it safe?. *Cjem*; 2007, 9(2): 114-117.
11. Hernández, R. Fernández, C. Baptista, P. Metodología de la Investigación. 4  ed. México DF: McGraw Hill Interamericana; 2006.
12. Kim, M. Galustyan, S. Sato, T. Bergholte, J. Hennes, H. Analgesia for Children With Acute Abdominal Pain: A Survey of Pediatric Emergency Physicians and Pediatric Surgeons. *Pediatrics*; 2003, 112(5): 1122-1126.
13. Kim, M. Strait, R. Sato, T. Hennes, H. A Randomized Clinical Trial of Analgesia in Children with Acute Abdominal Pain. *Academic Emergency Medicine*; 2002, 9(4): 281-287.
14. Klein-kremer, A. Goldman, R. Analgesia for Children with Acute Abdominal Pain in the Emergency Department. *Analgesia for Acute Peds Abdominal Pain*; 2006, 6(3): 53-56.
15. Klingsmith, S. Aziz, A. Bharat, A. Fox, A. Porembka, M. *The Washington Manual of Surgery*. 6  ed. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkings; 2012.
16. LoVecchio, F. Oster, N. Sturmman, K. Nelson, L. Flashner, S. Finger, R. The use of analgesics in patients with acute abdominal pain. *The Journal of Emergency Medicine*; 1997, 15(6): 775-779.
17. Mahler, C. et al. Diagnostic modalities in diagnosis of adult patients with acute abdominal pain. *Ned Tijdschr Geneeskd*; 2004, 11 (148): 2474-2480.
18. Marinsek, M. Kovacic, D. Versnik, D. Parasuh, M. Golez, S. Podbregar, M. Analgesic treatment and predictors of satisfaction with analgesia in patients with acute undifferentiated abdominal pain. *European journal of pain*; 2007, 11(7): 773-778.
19. Meiklejohn, B. Analgesia in the acute abdomen. *Annals of the Royal College of Surgeons of England*. 1987; 69: 42-43.
20. Mills, A. Shofer, F. Chen, E. Hollander, J. Pines, J. The association between emergency department crowding and analgesia administration in acute abdominal pain patients. *Academic*



- emergency medicine: official journal of the Society for Academic Emergency Medicine; 2009, 16(7): 603-608.
21. Nissman, S. Kaplan, L. Mann, B. Critically reappraising the literature-driven practice of analgesia administration for acute abdominal pain in the emergency room prior to surgical evaluation. *American journal of surgery*; 2003, 185(4): 291-296.
  22. Paul-Dauphin, A. Guillemin, F. Virion, J. Briançon, S. Bias and precision in visual analogue scales: a randomized controlled trial. *American journal of epidemiology*; 1999, 150(10): 1117-1127.
  23. Pineda, E. Luz, E. Metodología de la investigación. 3° ed. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2008.
  24. Powell, R. Downing, J. Ddungu, H. Mwangi-powell, F. Pain History and Pain Assesment. IASP. 2010.
  25. Practice, C. Bromberg, R. Goldman, R. Pediatric Pearls Does analgesia mask diagnosis of appendicitis among children?. *Pediatric Pearls*; 2007, 53: 39-41.
  26. Rupp, T. Delaney, K. Inadequate analgesia in emergency medicine. *Annals of Emergency Medicine*; 2004, 43(4): 494-503.
  27. Shabbir, J. Ridgway, P. Lynch, K. Law, E. Evoy, D. O'Mahony, J. et al. Administration of analgesia for acute abdominal pain sufferers in the accident and emergency setting. *European journal of emergency medicine: official journal of the European Society for Emergency Medicine*; 2004, 11(6): 309-312.
  28. Silen, W. Cope's early diagnosis of the acute abdomen. 21° ed. New York: Oxford Univerity Press; 2005.
  29. Thomas, S. Silen, W. Effect on diagnostic efficiency of analgesia for undifferentiated abdominal pain. *The British journal of surgery*; 2003, 90: 5-9.
  30. Thomas, S. Silen, W. Cheema, F. Reisner, A. Aman, S. Goldstein, J. et al. Effects of morphine analgesia on diagnostic accuracy in Emergency Department patients with abdominal pain: a prospective, randomized trial. *Journal of the American College of Surgeons*; 2003, 196: 18-31.
  31. Villain, C. Wyen, H. Ganzera, S. Marjanovic, G. Lefering, R. Ansorg, J. et al. Early analgesic treatment regimens for patients with acute abdominal pain: a nationwide survey among general surgeons. *Langenbeck's archives of surgery / Deutsche Gesellschaft für Chirurgie*; 2013, 398(4): 557-564.

## Capítulo 9

### 9. Anexos

#### 9.1. Anexo 1: Operacionalización de variables

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala
Edad.	Tiempo que ha vivido una persona hasta el momento de la investigación.	Tiempo cronológico	Años cumplidos.	Valor absoluto
Años de práctica luego de obtener el título de cirujano.	Tiempo que ha ejercido cirugía general desde que obtuvo el título de cirujano general.	Tiempo cronológico	Años de práctica de cirugía general.	Valor absoluto
Distribución de las actividades relacionadas con la práctica médica y docencia.	Repartición con porcentaje del tiempo en actividades relacionadas con la cirugía y docencia.	Actividades que realiza.	Porcentaje de tiempo que emplea en cada actividad.	Valor porcentual
Tiempo máximo para definir la actitud a tomar para el manejo del dolor abdominal agudo y/o abdomen agudo.	Periodo de tiempo utilizado por el médico para determinar el mejor tratamiento.	Tiempo cronológico	Tiempo en horas que generalmente se demora en definir la conducta a seguir sobre el tratamiento.	Valor absoluto
Conocimiento de la evidencia actual (5 últimos años) sobre el uso de analgesia en el dolor abdominal agudo y/o abdomen agudo.	Información adquirida sobre el manejo de la analgesia en el dolor abdominal agudo y/o abdomen agudo.	Conocimiento	Conoce evidencia de los últimos 5 años.	Si No
Escala utilizada para evaluar el dolor abdominal agudo y/o abdomen agudo.	Graduación empleada para cuantificar la intensidad del dolor.	Preferencias en el ejercicio médico.	Tipo de escala que utiliza	Escala Visual Análoga. Escala numérica. Escala descriptiva.
Puntaje según escala visual análoga en el que considera el cirujano administrar	Punto en la escala visual análoga en la cual el cirujano administra analgesia en un	Biológico	Puntos en la escala visual análoga.	Valor absoluto



analgesia en el dolor abdominal agudo y/o abdomen agudo.	paciente con dolor abdominal agudo y/o abdomen agudo.			
Puntaje según escala numérica en el que considera el cirujano administrar analgesia en el dolor abdominal agudo y/o abdomen agudo.	Punto en la escala visual análoga en la cual el cirujano administra analgesia en un paciente con dolor abdominal agudo y/o abdomen agudo.	Biológico	Puntos en la escala numérica.	Valor absoluto
Categoría de la escala descriptiva en la que considera el cirujano administrar analgesia en el dolor abdominal agudo y/o abdomen agudo.	Categoría de la escala descriptiva en la que considera el cirujano administrar analgesia en el dolor abdominal agudo y/o abdomen agudo.	Biológico	Categorías de la escala descriptiva.	Ausencia de dolor Dolor leve Dolor moderado Dolor severo
Razones del uso de analgesia en el dolor abdominal agudo y/o abdomen agudo.	Motivos por los cuales el cirujano considera administrar analgesia en un paciente con dolor abdominal agudo y/o abdomen agudo.	Opinión.	Considera una razón importante o no.	Porque la evidencia actual recomienda su uso. Por comodidad del paciente Porque mejora la exploración física, al tener la colaboración del paciente. Otro.
Analgésico que usa en el dolor abdominal agudo y/o abdomen agudo.	Fármaco utilizado para disminuir la intensidad del dolor abdominal agudo y/o abdomen agudo.	Conocimiento	Usa el fármaco o no.	AINES. Antiespasmódicos. Opioides. Paracetamol. Combinación de dos o más. Otros.
Razones para no usar analgesia en el dolor	Motivos por los cuales el cirujano considera que no	Opinión	Considera o no una razón importante.	Porque el diagnóstico no es claro.



abdominal agudo y/o abdomen agudo.	se debe administrar analgesia en un paciente con dolor abdominal agudo y/o abdomen agudo.			<p>Porque falta concluir los exámenes complementarios.</p> <p>Porque es un dolor de baja intensidad.</p> <p>Por precaución a modificar el examen físico.</p> <p>Otros.</p>
Prejuicio sobre el uso de opioides.	Si tiene alguna razón por lo que no es de su agrado utilizar opioides.	Conocimiento	Tiene o no prejuicio.	<p>Si.</p> <p>No.</p>
Razones del prejuicio del uso de opioides.	Cuáles son los motivos por lo que no es de su agrado utilizar opioides.	Opinión	Considera o no una razón importante.	<p>Control legal.</p> <p>Efectos secundarios.</p> <p>Adicción o dependencia.</p> <p>Otros.</p>



**9.2. Anexo 2: Formulario.**

**Hospital Regional Vicente Corral Moscoso  
Servicio de Trauma y Emergencias**

**Universidad de Cuenca  
Facultad de Ciencias Médicas  
Carrera de Medicina**



**Uso de analgesia durante el proceso diagnóstico del dolor abdominal agudo y/o abdomen agudo por lo cirujanos generales de la zona de planificación de salud 6, Cuenca-Ecuador, 2014.**

El objetivo de esta encuesta es identificar el uso actual de analgésicos durante el proceso diagnóstico de pacientes con dolor abdominal agudo y/o abdomen agudo. Los datos que se llenen en este formulario son completamente confidenciales, debe ser llenado con la mayor exactitud posible, marcando con X en los recuadros o llenando la información que se solicite.

**Fecha:** Día \_\_\_\_\_ Mes: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_

**Edad:** \_\_\_\_\_ años

**1) Años de práctica luego de obtener el título de cirujano:** \_\_\_\_\_

**2) Distribuya con porcentajes el tiempo empleado en las siguientes actividades**

Al final debe sumar entre todas las actividades 100%, si no realiza una actividad no coloque ningún número

Docencia: \_\_\_\_\_

Investigación: \_\_\_\_\_

Cirugía electiva: \_\_\_\_\_

Cirugía de emergencia: \_\_\_\_\_

Otros detalle qué realiza y el porcentaje:

---

---

**3) En cuanto tiempo máximo considera usted que el cirujano debe definir la actitud a tomar para el manejo del dolor abdominal agudo y/o abdomen agudo:** (Coloque en horas)

---



**4) ¿Ha leído usted evidencia actual (de los últimos 5 años) sobre el uso de analgesia en el dolor abdominal agudo?**

Si  No

Si coloca Si vaya a la pregunta 5, si coloca No vaya a la pregunta 6.

**5) Mencione un estudio**

Nombre del artículo: \_\_\_\_\_

Nombre de la revista: \_\_\_\_\_

**6) ¿Utiliza usted analgesia durante el proceso diagnóstico del dolor abdominal agudo y/o abdomen agudo? (Si la utiliza solo en algunas ocasiones coloque Si)**

Si  No

Si coloca Si continúe con la siguiente pregunta, si coloca No continúe con la pregunta 12

**7) Para valorar la intensidad del dolor ¿Cuál de las siguientes escalas es la que más utiliza?**

Escala Visual Análoga, pedir al paciente que señale en una línea de 10 cm la intensidad del dolor. (Vaya a la pregunta 8)

Escala Numérica, pedir al paciente que puntúe el dolor del 0 al 10. (Vaya a la pregunta 9)

Escala descriptiva, pedir al paciente que indique la intensidad de su dolor según una categoría: sin dolor, dolor leve, dolor moderado, dolor severo. (Vaya a la pregunta 10)

**8) Desde que puntaje en la Escala Visual Análoga considera usted la administración de analgesia en el dolor abdominal agudo y/o abdomen agudo**

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Continúe con la pregunta 11.

**9) Desde que puntaje en la Escala Numérica considera usted la administración de analgesia en el dolor abdominal agudo y/o abdomen agudo**

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Continúe con la pregunta 11.



**10) En qué categoría de la Escala descriptiva para el dolor, considera usted la administración de analgesia en el dolor abdominal agudo y/o abdomen agudo**

Ausencia de dolor

Dolor leve

Dolor moderado

Dolor severo

**11) ¿Por qué utiliza analgesia?** (puede elegir varias opciones)

Porque la evidencia actual recomienda su uso

Por comodidad del paciente

Porque mejora la exploración física, al tener la colaboración del paciente

Otro, especifique:

---

---

**12) ¿Qué analgésico es el que más utiliza?** (elija una opción)

AINES

Antiespasmódicos

Opioides

Paracetamol

Combinación de dos o más

Otros, especifique: \_\_\_\_\_

**13) Indique como utiliza el o los fármacos indicados:**

Fármaco: \_\_\_\_\_

Vía: \_\_\_\_\_

Dosis: \_\_\_\_\_

Tiempo utilizado: \_\_\_\_\_

Continúe con la pregunta 13.





**14) ¿Por qué no utiliza analgesia?** (puede elegir varias opciones)

- Porque el diagnóstico no es claro
- Porque falta concluir los exámenes complementarios
- Porque es un dolor de baja intensidad
- Por precaución a modificar el examen físico

Otros, especifique: \_\_\_\_\_

**15) Se dice que muchos médicos no utilizan opioides debido al temor a las reacciones secundarias y a la restricción legal de su uso. ¿Usted está de acuerdo con esta afirmación?**

Si  No

Si contesta Si, continúe con la siguiente pregunta, si contesta no, ha finalizado la encuesta.

**16) ¿Cuál considera usted es la razón más relevante para que exista este temor? (puede elegir varias opciones)**

- Control legal
- Efectos secundarios
- Adicción o dependencia

Otros, especifique:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Responsable: \_\_\_\_\_



### 9.3. Anexo 3: Consentimiento informado.

Hospital Regional Vicente Corral Moscoso  
Servicio de Trauma y Emergencias

Universidad de Cuenca  
Facultad de Ciencias Médicas  
Carrera de Medicina



**Introducción:** Nosotros estudiantes de Medicina con el apoyo de la Universidad de Cuenca, Facultad de Ciencias Médicas, del Hospital Vicente Corral Moscoso y del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, estamos realizando una investigación sobre el uso de analgesia durante el proceso diagnóstico del dolor abdominal agudo y/o abdomen agudo por los Cirujanos Generales de la Zona Planificación 6.

**Objetivo:** El propósito de esta encuesta es conocer acerca del uso de analgésicos durante el proceso diagnóstico del dolor abdominal agudo y/o abdomen agudo en nuestro medio. Los resultados que se obtendrán del mismo nos permitirán conocer acerca de las preferencias y actitudes en la práctica médica de este cuadro.

**Procedimiento a seguir:** Para que el estudio sea realizado de manera adecuada solicitamos a usted que responda las preguntas de la manera más precisa posible, recomendamos revisar la respuesta antes de pasar de pregunta y enviar la encuesta. El responder completamente el cuestionario le tomará aproximadamente 3 minutos, y solicitamos que lo responda solo por una ocasión.

**Confidencialidad:** Su nombre fue seleccionado debido a que la encuesta está siendo realizada en la Zona 6 de Salud.

La información obtenida es estrictamente confidencial y será conocida únicamente por las personas que trabajan en este estudio. No habrá posibilidad de conocer la identidad de la persona que respondió lo cual puede ser comprobado si desea al final de la encuesta al ver los resultados hasta el momento registrados. Si se llegara a publicar los resultados, las identidades no serán reveladas.

**Participación Voluntaria:** Su participación es libre y voluntaria. Usted puede negarse a participar sin perjuicio alguno, ni pérdida de sus derechos. Y no obtendrá ningún tipo de remuneración económica.

**Contactos:** Si tiene alguna duda en relación a este tema o le gustaría un resumen de los resultados cuando el estudio se haya completado, comuníquese con los autores:

Geovanna Cárdenas: 0987227458.

Leonardo Serrano: 0997320911.

O al correo electrónico: dolorabdominal@gmail.com

Gracias de antemano por su cooperación. Sus respuestas serán de significativa contribución.



**Consentimiento:**

Entiendo que toda la información será confidencial y no será revelada mi identidad si se publicaran los datos, así como que no recibiré ninguna remuneración de tipo económico. Entiendo que mi participación es libre y voluntaria y que tengo derecho a negarme a participar o a retirarme del estudio si lo considero necesario, sin que me vaya a perjudicar. Se me dio la oportunidad de hacer cualquier pregunta sobre el estudio y todas fueron respondidas satisfactoriamente. Si tuviera alguna pregunta sé que me puedo comunicar con los investigadores.

En caso de estar de acuerdo con lo expuesto anteriormente y desea participar, haga clic en el botón continuar para iniciar la encuesta.

Atentamente,

Dr. Juan Carlos Salamea<sup>1</sup>

Md. José Roldán Fernández<sup>2</sup>

Srta. Geovanna Cárdenas Arias<sup>3</sup>

Sr. Leonardo Serrano Béjar<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Cirujano de Trauma y Emergencias del Hospital Vicente Corral Moscoso. Docente de la Universidad de Azuay.

<sup>2</sup> Docente de Farmacología de la Universidad de Cuenca.

<sup>3</sup> Estudiantes de medicina de quinto año de la Universidad de Cuenca.