

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA, UNAN- León

Facultad de Ciencias Médicas



TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGÍA

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DEL ABORDAJE INICIAL PARA EL DIAGNÓSTICO DE ABDOMEN AGUDO, EN MÉDICOS QUE LABORAN EN LAS UNIDADES DE ATENCIÓN PRIMARIA EN EL MUNICIPIO DE LEÓN, EN EL PERÍODO FEBRERO- MARZO 2018.

Elaborado por:

Angie Francela Chavarría Zelaya

Henry de Jesús Underwood Norori

Tutores:

Dr. Javier Zamora

MSc. Salud Pública

Dr. Gemayel Trujillo

Especialista Cirugía general

“A la Libertad por la Universidad”

Resumen

Introducción: En el abordaje de pacientes con abdomen agudo, es necesario valorar los conocimientos que tienen las personas encargadas a realizar el diagnóstico y manejo de esta entidad para lograr optimizar la atención al paciente, pero no basta sólo con tener los conocimientos, sino que hay que llevarlos a la práctica.

Objetivo: Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas del abordaje inicial para el diagnóstico de abdomen agudo, en médicos que laboran en las unidades de atención primaria en el municipio de León.

Material y método: Estudio de conocimientos, actitudes y prácticas en Médicos de todas las unidades de atención primaria del municipio de León distribuidos en 3 centros de salud (Mántica, Perla María Norori, Sutiava), año 2018, con análisis de tipo univariado y bivariado.

Resultados: Total de 51 participantes, es una población predominantemente femenina (71%), joven (41% en edades entre los 22 y los 32 años), con 10 años o menos de laborar (55%); sólo 10% conoce triada de Charcot, el 39% conoce signo del psoas, el 94% conoce el signo de Murphy y el 96% conoce los exámenes complementarios; el 96% localiza el punto de McBurney; todos los médicos Internos (100%) tienen conocimientos satisfactorios, actitudes favorables y el 83% prácticas adecuadas.

Conclusión: El 53% de la población tuvo conocimientos satisfactorios, el 90% actitudes favorables y sólo el 33% prácticas adecuadas. Solo el 33% de los participantes posee conocimientos satisfactorios, actitudes favorables y practicas adecuadas.

Palabras claves: Atención primaria en salud, abdomen agudo, Médicos, conocimientos, actitudes, prácticas.

ÍNDICE

Contenido	Páginas
I. Introducción	1
II. Antecedentes	3
III. Justificación	5
IV. Planteamiento del problema	6
V. Objetivos	7
VI. Marco Teórico	8
VII. Material y Método	17
VIII. Resultados	21
IX. Discusión	28
X. Conclusiones	32
XI. Recomendaciones	33
XII. Referencias Bibliográficas	34
XIII. Anexos	39

INTRODUCCIÓN

La importancia de los estudios de conocimientos, actitudes y prácticas radica en que muestran si el conocimiento de las personas que se ven involucradas en el estudio es el adecuado, y si este tiene relación con las prácticas que ellos desempeñan, al igual que si las actitudes que ellos presentan les son favorables. En el abordaje de pacientes con abdomen agudo, es necesario valorar los conocimientos que tienen las personas encargadas a realizar el diagnóstico y manejo de esta entidad para lograr optimizar la atención al paciente, pero no basta sólo con tener los conocimientos, sino que hay que llevarlos a la práctica, esto es lo más difícil, debido a la correlación de historia clínica con un buen examen físico para dar un manejo pertinente de la patología.¹⁻²

Abdomen agudo es todo proceso patológico intra abdominal de inicio reciente que cursa con dolor abdominal y repercusión sistémica, de comienzo brusco o paulatino, intenso, que generalmente se acompaña de signos de afectación peritoneal. En ciertas ocasiones el dolor abdominal se presenta como un síntoma de un proceso intra abdominal grave, agudo o crónico exacerbado que requiere habitualmente, un tratamiento quirúrgico. Este cuadro clínico tan desafiante para el médico, demanda una exhaustiva investigación para determinar la necesidad de intervenir quirúrgicamente e iniciar el tratamiento apropiado para cada paciente.¹⁻³

Es por ello que la mala atención debida a falta de conocimientos adecuados sobre el abordaje inicial para el diagnóstico de abdomen agudo ocasiona que gran cantidad de pacientes que acuden a centros de salud o emergencia del hospital por esta entidad sean regresados a su casa con supuesta resolución del problema, y esto lleve a complicaciones y por ende empeoramiento del pronóstico, en ocasiones no solo interviene la falta de conocimiento porque la persona que atiende puede tenerla, sino, es como lo lleva a la práctica.¹

Existen pocos estudios que hablen sobre el abdomen agudo, como en el estudio llevado a cabo en Granma, Cuba por Casado et al. que evaluaron la calidad del diagnóstico de apendicitis aguda en atención primaria y secundaria; llegaron a la conclusión que la calidad del diagnóstico de apendicitis aguda en el nivel primario de atención fue insatisfactoria y este mejoró en el nivel secundario de atención, aunque los parámetros de efectividad obtenidos no son satisfactorios.¹

En el presente estudio se identificaron las debilidades de los participantes en cuanto al abordaje inicial para el diagnóstico del abdomen agudo, y se plantearon medidas o estrategias para disminuirlas, y por ende, que los pacientes que sufren esta entidad patológica, reciban un manejo inicial adecuado, un diagnóstico temprano, y por consiguiente un tratamiento oportuno, lo que contribuirá a disminuir las complicaciones prevenibles.

ANTECEDENTES

El abdomen agudo es un reto para el médico. Esto es en parte producto de los varios síndromes con los que el paciente puede cursar, la alta frecuencia con la que los pacientes manifiestan complicaciones y la necesidad de tomar la decisión o no de una intervención quirúrgica. Es por esto que es obligación de los médicos en los servicios de emergencias el conocer los protocolos a seguir así como la clínica que los pacientes puedan exhibir.

La falta de conocimientos apropiados sobre el abordaje del abdomen agudo conlleva a diagnósticos y manejos inadecuados. Un estudio llevado a cabo en Granma, Cuba por Casado et al. evaluaron la calidad del diagnóstico de apendicitis aguda en atención primaria y secundaria; llegaron a la conclusión que la calidad del diagnóstico de apendicitis aguda en el nivel primario de atención fue insatisfactoria y este mejoró en el nivel secundario de atención, aunque los parámetros de efectividad obtenidos no son satisfactorios. Aun cuando existe carencia de parámetros clínicos que otorguen certeza diagnóstica, la clínica aún es la base en la toma de decisiones.¹

Los conocimientos adecuados sobre el abdomen agudo conllevan a un diagnóstico preoperatorio apropiado. Un estudio llevado a cabo en Sonora, Mexico por Macias et al. en su estudio sobre la correlación clínico patológica de la apendicitis; llegaron a la conclusión de que el diagnóstico coincidía con los hallazgos patológicos de manera satisfactoria, pero que la medicación previa al diagnóstico, conllevó a un diagnóstico tardío y sus consiguientes complicaciones, llegando a utilizar drenaje en 1/3 de la población estudiada²; sin embargo otro estudio llevado a cabo en el Hospital escuela Antonio Lenin Fonseca en Managua, Nicaragua por Reyes A. encontró un 38% de desacuerdo entre el diagnóstico pre quirúrgico y el resultado del estudio histopatológico en relación a la apendicitis aguda. La clínica es la base del abordaje inicial de un abdomen agudo, aunque a veces existirá desacuerdo entre el diagnóstico inicial y el definitivo postoperatorio, lo importante es tomar la oportuna decisión de intervenir quirúrgicamente o no al paciente.³

En relación al diagnóstico de apendicitis que es una de las causas más frecuentes de abdomen agudo, sigue siendo mal diagnosticada aun con el uso de medios complementarios de imagenología. Un estudio realizado en Nigeria por Bimbo et al. reveló que nuevos medios diagnósticos como la tomografía computarizada o la resonancia magnética no han disminuido la frecuencia del diagnóstico erróneo de apendicitis y la realización de apendicectomías innecesarias, ni se ha disminuido la frecuencia de las perforaciones. Como puede observarse la clínica y un abordaje minucioso no puede reemplazarse ni en los países más desarrollados.⁴⁻⁵

Según la literatura internacional revisada, no se han encontrado estudios dirigidos a los conocimientos, actitudes y prácticas para el diagnóstico de abdomen agudo, sin embargo se encontraron estudios donde se evaluó los conocimientos y prácticas de los trabajadores de distintas unidades de salud sobre apendicitis.

JUSTIFICACIÓN

El abdomen agudo es una entidad multisindrómica caracterizada por dolor abdominal, tiene múltiples causas y dependiendo de la causa es la gravedad y pronóstico del paciente. Cuando se presentan casos de abdomen agudo se debe proceder a un abordaje inicial correcto con la finalidad de determinar si se está ante una patología que requiere intervención quirúrgica o no.

Es por ello que se realizó el presente estudio, para determinar los conocimientos que tienen los médicos que laboran en unidades de atención primaria del municipio de León sobre el abordaje inicial del abdomen agudo; así como las actitudes y prácticas que llevan a cabo ante esta entidad, se eligió a esta población de estudio por ser ellos los primeros en tener contacto con pacientes que cursen con esta patología, por encontrarse en el primer lugar donde acude la población, que son los centros de salud, y de donde si son diagnosticados de forma temprana, pueden ser referidos disminuyendo la probabilidad de complicaciones.

Se espera que con el presente estudio se puedan identificar donde se encuentran las debilidades que tienen los médicos de las unidades de atención primaria del municipio de León sobre el abordaje inicial del abdomen agudo y se puedan plantear medidas o estrategias para disminuirlas o erradicarlas, y que por lo tanto ellos posean el conocimiento básico necesario y por ende los pacientes que padezcan esta entidad reciban un abordaje inicial adecuado, un diagnóstico temprano y por consiguiente un tratamiento oportuno, lo que contribuirá a disminuir las complicaciones prevenibles

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El abdomen agudo es una entidad multisindrómica, muy compleja, creadora de frecuentes situaciones de emergencia médica, causando el 10% de las consultas en los servicios de urgencias y el mayor número de ingresos e intervenciones quirúrgicas.

El abdomen agudo es de causa inespecífica en un 34.8%, seguido de apendicitis aguda con un 7.5%, obstrucción intestinal con un 6.7% y colecistitis aguda con un 6.1%, estas son las causas más frecuentes de esta patología.

La falta de conocimientos adecuados sobre el abordaje inicial para el diagnóstico del abdomen agudo es lo que está ocasionando que gran cantidad de pacientes que acuden a unidades de salud por esta entidad sean regresados a sus casas con supuesta resolución de su problema y que horas más tarde regresen a la consulta con una complicación y empeoramiento del pronóstico por no haber sido diagnosticados a tiempo.

En ocasiones las complicaciones no solo son por falta de conocimiento, dado que quien está atendiendo puede tener los conocimientos necesarios para abordar adecuadamente al paciente, pero no los desarrolla en sus prácticas.

Es por ello que surgió la siguiente incógnita:

¿Cómo han sido los conocimientos, actitudes y prácticas de los médicos que laboran en las unidades de atención primaria en salud del municipio de León, sobre el abordaje inicial para el diagnóstico del abdomen agudo?

OBJETIVOS

General:

Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas del abordaje inicial para el diagnóstico de abdomen agudo, en médicos que laboran en las unidades de atención primaria en el municipio de León.

Específicos:

1. Describir las características sociodemográficas de la población a estudio.
2. Identificar los conocimientos sobre el abordaje inicial para el diagnóstico de abdomen agudo.
3. Valorar las actitudes de la población estudiada sobre el abordaje inicial para el diagnóstico del abdomen agudo.
4. Evaluar las prácticas de la población estudiada sobre el abordaje inicial para el diagnóstico del abdomen agudo.

MARCO TEÓRICO

Las investigaciones de conocimientos y prácticas son importantes porque muestran si el conocimiento de las personas que se ven involucradas en el estudio es el adecuado, y si este tiene relación con las prácticas que ellos desempeñan. En el abordaje de pacientes con abdomen agudo, es necesario valorar los conocimientos que tienen las personas encargadas a realizar el diagnóstico y manejo de esta entidad para lograr optimizar la atención al paciente, pero no basta sólo con tener los conocimientos, sino que hay que llevarlos a la práctica, esto es lo más difícil, debido a la correlación de historia clínica con un buen examen físico para dar un manejo pertinente de la patología.

De manera general el abdomen agudo es todo proceso patológico intra abdominal de inicio reciente que cursa con dolor y repercusión sistémica, de comienzo brusco, intenso, que generalmente se acompaña de signos de afectación peritoneal. En ciertas ocasiones el dolor abdominal se presenta como un síntoma de un proceso intra abdominal grave, agudo o crónico exacerbado que requiere habitualmente, un tratamiento quirúrgico. Este cuadro clínico tan desafiante para el médico, demanda una exhaustiva investigación para determinar la necesidad de intervenir quirúrgicamente e iniciar el tratamiento apropiado para cada paciente.⁹⁻¹¹

Es una entidad de frecuente apreciación para el médico. El abdomen agudo resulta ser una patología muy compleja, creadora de frecuentes situaciones de emergencia médica, causando el 10% de las consultas en los servicios de urgencias y el mayor número de ingresos e intervenciones quirúrgicas. Estudios como el del Dr. Casado o Bejarano, reflejan que los cuadros de dolor abdominal agudo terminan requiriendo intervenciones quirúrgicas en un 10% de los casos.¹²⁻¹³

El abdomen agudo se puede clasificar de diversas formas. Por la necesidad de intervenir quirúrgicamente de forma urgente (abdomen agudo quirúrgico), aquellos que de acuerdo a cómo evolucione el cuadro del paciente podrían requerir intervención quirúrgica, y aquellos que no la necesitaran (No quirúrgico), también de acuerdo a sus causas: ^{9, 14}

- Abdomen Agudo inflamatorio.⁹⁻¹⁰
- Abdomen Agudo obstructivo.⁹⁻¹⁰
- Abdomen Agudo hemorrágico o Vascular. ⁹⁻¹⁰
- Abdomen Agudo traumático. ⁹⁻¹⁰

Las causas de dolor abdominal agudo varían según la edad y sexo del paciente, siendo de causa inespecífica en el 35% de los casos y de apendicitis en el 8%. La apendicitis es diagnóstico más frecuente asociado a dolor abdominal agudo en pacientes jóvenes, mientras otras causas como los procesos biliares, obstrucción intestinal y diverticulitis son más propios de pacientes con edad avanzada. En nuestro medio las patologías asociadas a este síndrome, son en orden de frecuencia: Apendicitis aguda, colecistitis aguda/cólico biliar, obstrucción intestinal, diverticulitis aguda, pancreatitis aguda, úlcera péptica perforada, cólico ureteral y embarazo ectópico.^{9, 13-15}

Abordando un poco sobre las patologías que conforman esta entidad, se comenzará con apendicitis que es la inflamación del apéndice vermiforme. Predomina en el sexo masculino y en el rango de edades de 10 a 20 años, sin embargo puede padecerla cualquier persona, es la causa más común de abdomen agudo quirúrgico; sus principales causas son en orden de frecuencia hiperplasia de folículos linfoides, fecalitos que obstruyen su luz, cuerpos extraños que se alojan dentro de esta, tumores y estenosis.^{12, 14}

El diagnóstico de apendicitis aguda es clínico. Los estudios paraclínicos son útiles pero no son capaces de llegar a un diagnóstico por sí mismos, el uso de

escalas como la de Alvarado son de gran utilidad pero solo en casos de presentaciones clásicas de apendicitis. El cuadro clínico típico de esta patología consiste en un dolor que inicia en la región peri umbilical, tipo cólico, que aproximadamente un día después se intensifica y el dolor puede llegar a ser constante y migrar a fosa ilíaca derecha, este dolor se agrava con el movimiento, cabe destacar que ante la presentación de un cuadro atípico la responsabilidad del médico no especialista es reconocer la necesidad de que el paciente posiblemente necesitará, de acuerdo a su evolución, una intervención quirúrgica.

15-16

Otra de las patologías que ocasionan abdomen agudo es la colecistitis aguda, que es la inflamación de las paredes de la vesícula biliar, es una de las patologías que con mayor frecuencia se diagnostican en los pacientes que cursan con dolor abdominal agudo. Es ocasionada debido a la impactación de un cálculo que obstruye el conducto cístico, el cual no resuelve, causando inflamación con edema y hemorragia subserosa, que provoca secundariamente una infección de la bilis estancada.¹⁷

Las presentaciones habitualmente cursan con fiebre y dolor en el cuadrante superior derecho, sensibilidad dolorosa a la palpación y defensa muscular en el cuadrante superior derecho. Este proceso causa la interrupción de la inspiración al ejercer presión en el cuadrante superior derecho (signo de Murphy), la ictericia es un hallazgo poco frecuente y su presencia nos obliga a pensar en una posible colangitis. El diagnóstico se consigue mediante la historia clínica y exploración física, junto con alteraciones laboratorio (bilirrubinas, fosfatasa alcalina y transaminasas) y una ecografía.¹⁸⁻²⁰

La obstrucción intestinal es otra de las entidades que ocasionan abdomen agudo, es un término que se refiere a la interrupción del tránsito del contenido intestinal, ya sea por causas mecánicas o funcionales. La principal causa son las adherencias secundarias a cirugías en el 60% de los casos, tumores en el 20%

y hernias en el 10%. Este proceso exige un correcto diagnóstico y la decisión del manejo indicado en el momento idóneo, ya que puede o no requerir intervención quirúrgica.¹⁹⁻²¹

El diagnóstico es clínico, mediante anamnesis y el examen físico, que puede complementarse con una radiografía simple de abdomen. Los síntomas cardinales son: Dolor abdominal cólico, náuseas, vómitos, distensión abdominal y falta de emisión de ventosidades y heces, el estreñimiento se presenta de forma tardía y en los primeros momentos el paciente puede cursar con aumento del peristaltismo y diarrea.¹⁹ En la exploración física se constata la distensión abdominal, dolor a la palpación, ruidos apagados y se puede encontrar una masa abdominal palpable, la radiografía simple de abdomen tiene una sensibilidad y especificidad del 60%, en el decúbito se aprecia distensión del intestino delgado sin datos de distensión del colón, en bipedestación se aprecia múltiples niveles hidroaéreos en patrón escalonado, incluso puede apreciarse la causa como un cuerpo extraño o un cálculo biliar.^{9-10, 19}

En el abdomen agudo, como en cualquier otra patología, una anamnesis organizada y detallada es necesario para obtener un diagnóstico apropiado y establecer un tratamiento posterior. Los estudios por imagen no reemplazan la necesidad de que un clínico experimentado sea el que explore al paciente. En esta parte de la investigación del paciente debemos centrarnos en el estudio del dolor del paciente, así como ahondar en sus síntomas asociados, el indagar sus antecedentes patológicos brinda valiosa información que podría hacernos pensar en ciertos procesos y descartar otros.^{9-10, 22}

Exploración Física

Así como cualquier examen físico en los casos de abdomen agudo empieza por la inspección general del paciente. Es muy importante investigar la posibilidad de una peritonitis, ya que esto es criterio para una intervención quirúrgica urgente. Los pacientes con irritación peritoneal evitan el movimiento ya que este

les produce dolor al distender el peritoneo, estos se encuentran quietos, adoptando una posición antálgica al flexionar las rodillas sobre el abdomen, otros signos que deben buscarse son la palidez, la cianosis y la diaforesis.¹³⁻¹⁵ A la inspección abdominal se deben de buscar la existencias de cicatrices, comprobar si el abdomen esta distendido, o si se identifica una masa a simple vista.⁹

La auscultación aporta datos sobre el estado sobre la actividad de tubo digestivo y del sistema vascular. Esta debe realizarse antes de la palpación o percusión, ya que estas acciones tienden a aumentar el peristaltismo sesgando la exploración. Se evalúa la calidad y la cantidad de los ruidos intestinales.⁹⁻¹⁰ La frecuencia normal del peristaltismo está en los rangos de dos a ocho ruidos en un minuto. Una frecuencia disminuida en el dolor abdominal es indicio de íleo, mientras la hiperactividad acústica se percibe en la enteritis y la isquemia intestinal.^{9,12}

La percusión permite apreciar la presencia de aire libre en la cavidad abdominal, la ascitis o la presencia de peritonitis. El timpanismo traduce la presencia de gas en las asas intestinales, como en el caso de obstrucción o íleo, al perder además la matidez hepática debemos pensar en aire libre en la cavidad abdominal, la ascitis se debe evaluar provocando una onda de líquido en un hemi abdomen y comprobar si es perceptible en el otro. El dolor a la percusión se traduce como inflamación del peritoneo y su hallazgo durante la percusión evita al paciente un intenso dolor que podría experimentar si el clínico lo encontrase antes a una palpación profunda.¹⁰

La palpación es la parte del examen físico abdominal que aporta más información. Es mediante la palpación que podemos evaluar la intensidad y la localización del dolor, posibles masas u organomegalia o la presencia de peritonitis. La palpación debe realizarse con suavidad y lejos del foco doloroso al inicio de la exploración. La presencia de contracción involuntaria de la pared

abdominal es indicativa de peritonitis. Existen diversos signos a la palpación, los más relevantes serán descritos en párrafos posteriores.^{9-10.12}

Datos Físicos complementarios:

La hiperestesia de la piel del abdomen es un síntoma de gran significado diagnóstico en aquellos pacientes con abdomen agudo. Es la sensibilidad del dolor en la piel del abdomen. Este dato es indicativo de la inflamación del peritoneo parietal y puede encontrarse en pacientes en los que se sospecha enfermedad inflamatoria intra abdominal, particularmente apendicitis aguda.^{9,15,17}

Signo del psoas: Se explora acostando al enfermo sobre el lado izquierdo y poniéndole en hiperextensión la pierna derecha. De esta manera se estira el músculo Psoas y provoca dolor cuando hay inflamación de su fascia, por ejemplo en el caso de apendicitis con absceso retro cecal.⁹

Signo del obturador: Con el paciente en decúbito supino, se flexiona el muslo derecho hasta que quede en ángulo recto con el tronco, luego se rota hacia afuera la pierna hacia afuera, esta prueba causa dolor en el hipogastrio si hay un proceso inflamatorio en contacto con el músculo obturador interno, por ejemplo absceso pelviano, apéndice inflamado que está en la cavidad pélvica, o cualquier otra masa dolorosa en esa zona.¹⁰

Signo de Blumberg: Es el dolor súbito que aparece al descomprimir bruscamente la pared abdominal, este signo es indicativo de peritonitis.¹⁵

Signo de Rovsing: Dolor en el punto de McBurney al comprimir el cuadrante inferior izquierdo, este es causado por el desplazamiento del aire intestinal hacia

la región ileocecal, es indicativo de apendicitis y será positivo siempre y cuando la válvula ileocecal sea competente.¹⁷

Signo de Murphy: es el dolor a la inspiración profunda mientras se comprime el punto homónimo, ya que durante la inspiración el hígado desciende y si la vesícula esta inflamada la comprime contra los dedos del explorador, entonces el paciente interrumpirá la inspiración y aquejará dolor. Su presencia es indicativa de colecistitis aguda.¹⁰

El signo de Cullen es la tinción azul o purpura en la región peri umbilical, su presencia indica hemoperitoneo voluminoso, sin embargo no siempre se presenta.^{10,17}

El signo de Grey Turner es la coloración azulada o violácea en los costados del abdomen, sugiere la existencia de Pancreatitis Necro hemorrágica.¹⁰

Conducta inicial

Los exámenes paraclínicos tienen como objetivo complementar o excluir un diagnóstico. En ningún caso deben reemplazar una anamnesis y examen físico apropiados. Deben ordenarse de acuerdo a la clínica del paciente cuando estos puedan influir directamente sobre la conducta que se adoptara ante el mismo. Entre los exámenes que se deben obtener: Hemograma, química sanguínea básica (glicemia, creatinina, amilasa, lipasa, bilirrubinas, transaminasas, fosfatasa alcalina), tiempos de coagulación, examen general de orina, Gonadotropina coriónica humana en sangre, enzimas cardiacas, electro cardiograma, en síntesis dependiendo de la entidad que se sospecha, así será el tipo de examen complementario que debe enviarse. ¹⁶

También los estudios por imagen ofrecen datos relevantes que pueden influir en los planes terapéuticos, aunque necesitan auxiliarse de la clínica. La radiografía simple de abdomen es el estudio inicial gracias a su rapidez y bajo coste, debe solicitarse en bipedestación y decúbito supino, es de especial interés en aquellos pacientes sospechosos de obstrucción intestinal o perforación de víscera hueca. El ultrasonido abdominal es un estudio de bajo coste y de mucha utilidad, sobre todo si se sospecha de patologías biliares, ureterales, pélvicas o colecciones de líquido intra abdominal. ^{9,16}

Se debe establecer la necesidad o no de una cirugía urgente, más que el determinar un diagnóstico específico. Lo ideal sería determinar la causa del abdomen agudo antes de decidir la conducta terapéutica, sin embargo esto no es posible en situaciones de urgencias. Se ha observado que el clasificar a los pacientes de acuerdo a la necesidad de una intervención quirúrgica aporta disminución significativa de la mortalidad, así como de las complicaciones. ^{4-5, 8,12-15}

Entre los procesos abdominales que requieren tratamiento quirúrgico urgente tenemos la peritonitis, abscesos abdominales, distensión progresiva por obstrucción, obstrucción intestinal completa, isquemia intestinal, embarazo ectópico, neumoperitoneo o sospecha de perforación de víscera hueca. En estos casos la conducta inicial consiste en asegurar la estabilidad hemodinámica con la canalización de una vía periférica y administración de líquidos de acuerdo a la clínica del paciente o su patología. Se realizarán otros procedimientos acordes a la situación clínica del paciente como la colocación de sondas nasogástricas o uretrales, antibiótico terapia profiláctica, entre otras medidas específicas según la situación. ¹⁰

Aquellos procesos que según su evolución pueden o no requerir tratamiento quirúrgico se recomienda ingreso hospitalario con observación periódica, estos pueden evolucionar al primer grupo. El uso de analgésicos sin un diagnóstico

especifico está contra indicado. Aquellos procesos que no requerirán tratamiento quirúrgico, en este grupo se indican la observación domiciliaria, educación al paciente y a los familiares e indicándoles acudir nuevamente si la evolución es desfavorable. ⁹⁻¹⁰

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio: Estudio de Conocimientos, actitudes y prácticas (CAP).

Área de estudio: Todas las unidades de atención primaria del municipio de León distribuidos en 3 centros de salud (Mántica, Perla María Norori, Sutiava) y 28 puestos de salud (William Rodríguez, Benjamín Zeledón, Primero de Mayo, William Fonseca, Leche cuago, Tololar, Walter Ferreti, Santa Ana, El Calvarito, Fundeci, Arrocera, Villa 23 de Julio, Rubén Darío, Antenor Sandino, Miramar, La ceiba, La leona, Salinas grandes, Providencia, Monte Horet, Osman Ríos, Líbano Sánchez, Sutiava, Goyena, Troilo, Avangaska, Poneloya).

Período de estudio: Se llevó a cabo en el periodo comprendido entre el 2 de febrero al 28 de marzo del 2018.

Población de estudio: Los 58 médicos generales, médicos servicio social y médicos internos que laboran en centros de atención primaria del municipio de León del área urbana y rural.

Criterios de inclusión y exclusión:

a. Criterios de inclusión:

1. Médicos generales que atiendan en centros de salud de León.
2. Médicos en servicio social que atienden en centro de salud.
3. Médicos internos que estén rotando por las unidades de atención primaria.

b. Criterios de exclusión:

1. Médicos generales de los centros de salud que no brinden consulta como personal administrativo
2. Médicos especialistas que laboran en los centros de salud brindando consulta en dermatología o en otras especialidades y que no ven pacientes con dolor abdominal.

Fuente de información: Primaria, porque se recogerá los datos directamente de los participantes.

Instrumento de recolección de datos: Se realizó mediante un cuestionario conformado por 20 preguntas de conocimientos, 10 preguntas de actitudes, (ver anexo no.1) y se llenó un cuestionario alterno por los observadores (autores del

estudio) que constaba de 12 acápites sobre las prácticas a partir de un caso con paciente simulado. (Ver anexo no.2)

Procedimiento de recolección de datos:

1. Se solicitó permiso en los centros de salud de León, se evaluó a los participantes mediante un cuestionario sobre conocimientos y actitudes. El cuestionario fue autoaplicado, el participante leyó el acápite de consentimiento informado y lo firmó haciendo constar su participación voluntaria; los que aceptaron participar, procedieron a contestar cada uno de los ítems de cuestionario, se dió un tiempo de veinte minutos para completar el cuestionario, periodo durante el cual estuvo acompañado. Se recogieron los cuestionarios, posteriormente se puso un paciente simulado, al que el participante comenzó recolectando datos desde la historia clínica, se observó a los participantes mientras estos abordaban al paciente simulado que cursaba con dolor abdominal agudo. Estos fueron grabados con su consentimiento y posteriormente analizado por el especialista en cirugía el cual corroboró el apropiado llenado de los acápites de prácticas.

Procesamiento y análisis de la información: Se realizó una base de datos en el programa IBM- SPSS 20. A todas las variables del estudio se les calculó frecuencia y porcentaje.

Con el fin de saber si las respuesta del acápite conocimiento fueron satisfactorio o no, se les asignó un valor numérico en donde se consideró como conocimiento satisfactorio si presentan 14 o más respuestas correctas (punto de corte obtenido por la prueba piloto realizado en médicos servicio social 2 del año 2017), a la variable actitudes se les consideró favorables si tienen 35 puntos o más de los 50 que se pueden obtener según escala de Likert, luego la variable actitudes se recodificó en dicotómica para su análisis y a la variable práctica se le consideró adecuada si hay 9 o más respuestas correctas. Posteriormente se procedió a hacer análisis bivariado entre las variables conocimientos- actitudes y conocimientos- prácticas, se calculó la significancia mediante el valor de P. Se muestran las preguntas en tablas de frecuencias y porcentajes.

Operacionalización de las variables:

Variable	Concepto	Valores
Sexo	Aspecto biológico del participante	1. Masculino 2. Femenino
Grupo etéreo	Tiempo transcurrido en años desde el nacimiento hasta la realización del estudio.	1. 22-32 2. 33-42 3. 43-52 4. 53 a más
Zona de estudio	Área en que la persona labora.	1. C/s Pela María Norori. 2. C/S Mántica. 3. C/S Sutiava.
Tiempo de laborar	Años que el participante tiene de haber comenzado a laborar en las distintas unidades de salud.	1. 1-10 2. 11-20 3. 21 a más
Nivel académico	Título académico máximo que porte el participante	1. Médico general 2. Médico social 3. Médico interno
Conocimientos	Hechos o información adquiridos por una persona través de la experiencia o la educación la comprensión teórica o práctica sobre el abordaje del abdomen agudo.	1. Satisfactorio. 2. Insatisfactorio.
Actitudes	Comportamiento que emplea un individuo para realizar las labores.	1. Favorable. 2. No favorable.
Prácticas	Acción que se desarrolla con la aplicación de ciertos conocimientos sobre el dominio del abordaje del abdomen agudo.	1. Adecuadas. 2. Inadecuadas.

Aspectos éticos:

Los autores de la investigación obtuvieron la información mediante cuestionarios autoaplicados y cuestionarios llenados mediante observación a los médicos generales, médicos en servicio social y médicos internos. El cuestionario contó con un apartado sobre consentimiento informado con lo que se hizo constar su participación voluntaria. Es importante mantener la confidencialidad de la información, por lo que no se tomó el nombre de las personas que participaron en el estudio, solo sus datos socio- demográficos y los autores se comprometieron a no usar esa información para dañar el prestigio de las personas involucradas.

Resultados

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal por medio de un cuestionario CAP, se llevaron acabo un total de 51 cuestionarios a médicos generales, médicos servicio social y médicos internos de todas las unidades de salud del municipio de León, equivalente al 88% de todos los médicos que laboran en dichas unidades, se excluyeron 7, debido a que 6 no desearon participar en el estudio y 1 de los participantes solo lleno el cuestionario de conocimientos y actitudes y no realizó las prácticas.

La edad mínima de los participantes fue 22 años y la mayor fue 57 años, con una mediana de 38 años.

Tabla 1. Distribución porcentual de las características sociodemográficas y datos laborales de los Médicos de las unidades de atención primaria del municipio de León 2018. (n=51).

Variable	Número	Porcentaje	
Sexo	Femenino	36	71
	Masculino	15	29
Grupo etario	22 a 32	21	41
	33 a 42	7	14
	43 a 52	13	25
	53 a mas	10	20
Años de laborar	De 1 a 10 años	28	55
	De 11 a 20	7	14
	Mayor de 21	16	31
Nivel académico	Médico general	35	69
	Médico servicio social	10	19
	Médico interno	6	12
Zona de estudio	Mantica	19	37
	Perla	22	43
	Sutiava	10	20

En la tabla 1, se muestra un total de 51 participantes, es una población predominantemente femenina (71%), joven (41% en edades entre los 22 y los 32 años), con 10 años o menos de laborar (55%), graduada (médicos generales 69%) y la mayoría (43%) pertenecen al territorio Perla.

Tabla 2. Distribución porcentual de los conocimientos satisfactorios del abordaje inicial del abdomen agudo de médicos que laboran en las unidades de atención primaria del municipio de León 2018. (n=51)

N	ITEMS	N	%
1	Domina el concepto de abdomen agudo	44	86
2	Conoce las principales causas de abdomen agudo por edad	49	96
3	Maneja el orden del examen físico en estos pacientes (Inspección, auscultación, percusión, palpación).	33	65
4	Sabe que el dolor focal indica un proceso precoz o bien localizado, mientras que el dolor difuso a la palpación indica una inflamación extensa o una presentación tardía.	31	61
5	Maneja que se debe realizar exploración pélvica a toda mujer con dolor infra- umbilical.	47	92
6	Conoce la triada de Charcot	5	10
7	Conoce el signo del psoas	20	39
8	Conoce el signo de rovsing	35	69
9	Conoce el signo de Murphy	48	94
10	Conoce el signo del obturador	22	43
11	Conoce el signo de Blumberg	38	74
12	Identifica el signo cardinal del abdomen agudo (Dolor abdominal)	38	74
13	Domina los tipos de dolor y sus características	20	39
14	Maneja los signos de apendicitis aguda	44	86
15	Está al tanto de la irradiación del dolor de la pancreatitis aguda	30	59
16	Conoce las causas de dolor abdominal súbito	23	45
17	Reconoce el cuadro clínico del cólico biliar	37	72
18	Conoce el tratamiento inicial del cólico biliar	27	59
19	Domina los exámenes complementarios del abordaje inicial	49	96
20	Maneja los criterios de referencia de estos pacientes	47	92

La tabla 2, muestra que en las preguntas 6, 7 y 13 (triada de Charcot 10%, signo del psoas 39% y tipos de dolor 39%) fue donde tuvieron un menor porcentaje de conocimientos satisfactorios, lo que refleja sus principales debilidades de conocimiento sobre el tema. Por otra parte, casi la totalidad de los participantes conocen las etiologías más frecuentes por edad y los exámenes paraclínicos que se deben usar durante el abordaje inicial (preguntas 2 y 19, con un 96% ambas).

Tabla 3: Distribución porcentual de las actitudes favorables en el abordaje inicial de pacientes con abdomen agudo a médicos que laboran en las unidades de atención primaria del municipio de León 2018. (n=51)

N	ITEMS	N	%
1	Está usted de acuerdo en que el Abdomen agudo constituye un asunto o un problema importante para su comunidad	44	86
2	Está usted de acuerdo en que el médico general debe tener suficiente conocimientos sobre el abdomen agudo.	48	94
3	Está usted de acuerdo en que el médico debe administrar analgésicos en pacientes con abdomen agudo aunque no tenga diagnóstico establecido	46	90
4	Está usted de acuerdo en que los exámenes de laboratorio y de imagenología determinan el diagnóstico en un paciente que curse con dolor abdominal agudo	35	69
5	Está usted de acuerdo en que la valoración de los signos vitales en un paciente con dolor abdominal agudo es de importancia	49	96
6	Está usted de acuerdo en que , si un paciente presenta signos que indiquen que este necesite una intervención quirúrgica urgente este debe ser estabilizado y referido a un segundo nivel de atención inmediatamente	49	96
7	Está usted de acuerdo en que el interrogatorio dirigido y un examen físico completo y exhaustivo son la base del abordaje inicial de un paciente con abdomen agudo	49	96
8	Está usted de acuerdo en que el médico debe establecer un diagnóstico etiológico definitivo durante el abordaje inicial de estos pacientes	24	47
9	Está usted de acuerdo en que el médico debe enviar rutinariamente métodos de imagen sin importar la sospecha diagnóstica	43	84
10	Está usted de acuerdo en que todo abdomen agudo debe ser valorado sólo por un cirujano	32	63

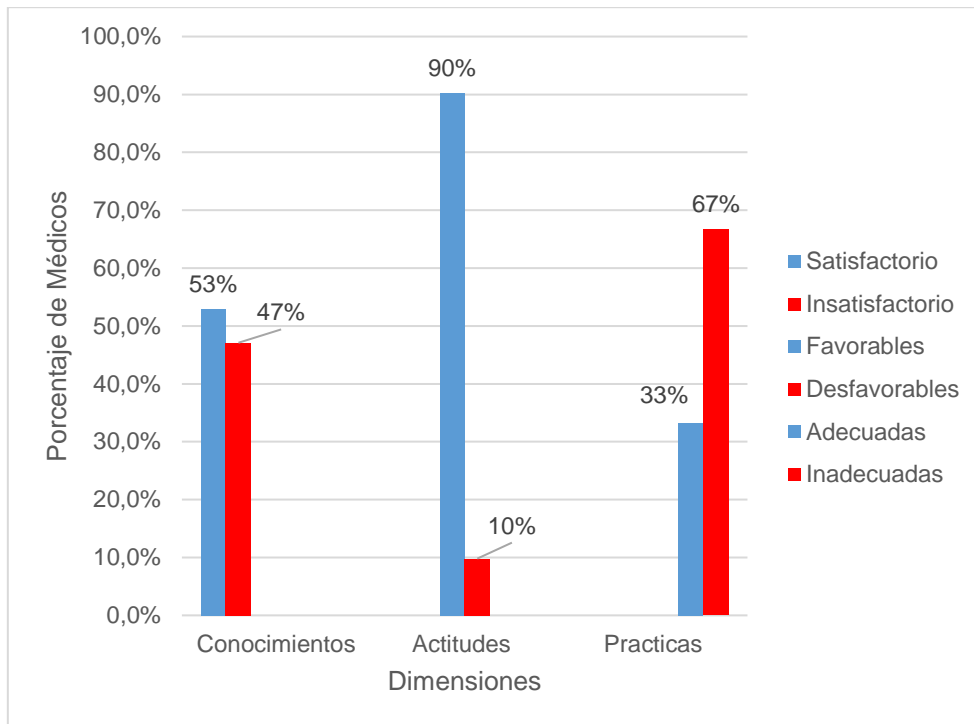
En la tabla 3, se observa que en las preguntas 8 y 10 (47% y 63%) es donde se presentan las mayores debilidades en cuanto a actitud. Estos están de acuerdo con que se debe establecer un diagnóstico etiológico definitivo desde el abordaje inicial (63%), y están de acuerdo que un abdomen agudo debe ser evaluado únicamente por un cirujano (37%). Las actitudes se evaluaron por medio de la escala de Likert (muy de acuerdo, de acuerdo, indeciso, en desacuerdo o muy en desacuerdo), pero para su análisis se recodificó en una variable dicotómica (Favorable y no favorable).

Tabla 4. Distribución porcentual de las prácticas adecuadas de los médicos que laboran en las unidades de atención primaria del municipio de León sobre el abordaje inicial del abdomen agudo 2018. (n=51)

N	ITEMS	N	%
1	Toma de los signos vitales	48	94
2	Caracteriza las 7 dimensiones del dolor	46	90
3	Explica el procedimiento al paciente	42	82
4	Realiza en orden el examen físico abdominal	25	49
5	Ausculta abdomen adecuadamente	29	57
6	Palpa adecuadamente el abdomen	35	69
7	Localiza punto de Mc Burney	49	96
8	Realiza adecuadamente maniobra de Blumberg	43	84
9	Realiza adecuadamente maniobra de Rovsing	26	51
10	Realiza adecuadamente maniobra de Obturador	11	22
11	Realiza adecuadamente maniobra de Psoas	14	27
12	Indica correctamente los planes iniciales	29	57

La tabla 4, muestra que los participantes que realizan adecuadamente las maniobras del obturador son el 22% y la del psoas 27% (prácticas 10 y 11), por otra parte, el 96% localiza el punto de Mc Burney (práctica 7).

Gráfico 1. Distribución porcentual de los conocimientos, actitudes y prácticas de los médicos que laboran en las unidades de atención primaria del municipio de León sobre el abordaje inicial del abdomen agudo 2018. (n=51)



En el gráfico 1 se observa que el 90% de los participantes presenta actitudes favorables, en contraste sólo el 33% demuestra prácticas adecuadas.

Tabla 5. Relación entre conocimientos, actitudes y prácticas sobre el abordaje inicial del abdomen agudo de los médicos que laboran en unidades de atención primaria en el municipio de León 2018. (n=51)

+

Conocimientos - Actitudes				
		Actitudes		P
		Favorables	Desfavorables	
Conocimientos	Satisfactorio	26	1	0.175
	Insatisfactorio	20	4	
Conocimientos - Practicas				
		Practicas		P
		Adecuadas	Inadecuadas	
Conocimientos	Satisfactorio	17	10	0.000
	Insatisfactorio	0	24	

La tabla 5, se observa, que la mayor parte de los participantes que demostraron conocimientos satisfactorios, poseen actitudes favorables; sin embargo no tiene significancia estadística, mientras que los participantes que tienen conocimientos insatisfactorios, presentan prácticas inadecuadas y este dato si tiene significancia estadística.

Tabla 6. Distribución porcentual de los conocimientos satisfactorios, actitudes favorables y prácticas adecuadas sobre el abordaje inicial del abdomen agudo, en base a las variables sociodemográficas y datos laborales de los médicos que laboran en las unidades de atención primaria del municipio de León 2018. (n=51)

Variables Sociodemográficas y datos laborales		Conocimientos satisfactorios		Actitudes favorables		Prácticas adecuadas	
		N	Chi ²	N	Chi ²	N	Chi ²
Sexo	Femenino	19 (53%)	0.971	34 (94%)	0.114	12 (33%)	1.000
	Masculino	8 (53%)		12 (80%)		5 (33%)	
Grupo etario	22 a 32	14 (67%)	0.208	20 (95%)	0.392	8 (38%)	0.946
	33 a 42	2 (29%)		7 (100%)		2 (29%)	
	43 a 52	5 (38%)		11 (85%)		4 (31%)	
	53 a mas	6 (60%)		8 (80%)		3 (30%)	
Años de laborar	De 1 a 10 años	16 (57%)	0.673	27 (96%)	0.046	10 (36%)	0.917
	De 11 a 20	4 (57%)		7 (100%)		2 (29%)	
	Mayor de 21	7 (44%)		12 (75%)		5 (31%)	
Nivel académico	Médico general	17 (49%)	0.043	31 (89%)	0.685	11 (31%)	0.010
	Médico servicio social	4 (40%)		9 (90%)		1 (10%)	
	Médico interno	6 (100%)		6 (100%)		5 (83%)	
Zona de estudio	Mantica	12 (63%)	0.064	19 (100%)	0.165	7 (37%)	0.210
	Perla	13 (59%)		19 (86%)		9 (41%)	
	Sutiava	2 (20%)		8 (80%)		1 (10%)	

En la tabla 6, Se observa que todos los médicos Internos tienen conocimientos satisfactorios (100%), resultado estadísticamente significativo (0.043), actitudes favorables (100%) y en su mayoría (83%) prácticas adecuadas presentado significancia estadística (0.010). La zona con porcentajes más bajos fue Sutiava; se observa que los porcentajes son mayores en los grupos más jóvenes (edad entre 22 a 32 años= conocimientos 67%, actitudes 95%, prácticas 38%), del mismo modo que el porcentaje es mayor en los participantes con menos años de laborar.

DISCUSIÓN

El estudio determinó los conocimientos, actitudes y prácticas de los médicos que laboran en las unidades de atención primaria del municipio de León, sobre el abordaje inicial brindado a pacientes que cursan con abdomen agudo. Al concluir el estudio, se encontró que los médicos tenían conocimientos satisfactorios en el 53%, actitudes favorables en el 90% y prácticas adecuadas en el 33%.

Al valorar los datos, la mayor parte de la población fue femenina en un 71%; el 69% fueron médicos generales y 31% eran médicos servicio social y médicos internos, dato que se esperaba, debido a que generalmente los jefes de las unidades de salud en su mayoría son médicos generales, los médicos internos solo realizan una pequeña rotación de 2 meses y medio, mientras que los servicio social no están ubicados en un puesto definido, sino que son distribuidos según la necesidad de personal de las unidades; el 43% pertenecían a territorio Perla, esto es debido a que es el territorio que tiene más unidades de salud, el 37% a territorio Mántica, mientras que sólo el 20% pertenecían a territorio Sutiava a pesar que éste abarca más unidades de salud que Mántica, esto quizás es debido a que fue la zona con mayor renuencia a participar en el estudio.

Se observa, que solo el 53% de los médicos en atención primaria poseen el conocimiento satisfactorio sobre el abordaje inicial del abdomen agudo. Con respecto a la diferencia en conocimientos entre los distintos grupos sociodemográficos cabe destacar que la totalidad de los médicos internos participantes poseen conocimientos satisfactorio, esto podría deberse a que este grupo está en una continua educación. En contraste el grupo evaluado en la zona de Sutiava presentó el porcentaje más bajo de conocimiento satisfactorio (20%), esto se debe en parte a que sus médicos son en su mayoría médicos generales y estos no tienen formación continua. Casado P. en su estudio llevado a cabo en Cuba¹ concluyó que la calidad del diagnóstico del abdomen agudo en atención primaria fue insatisfactoria, ya que había una correlación entre el diagnóstico clínico y el histopatológico del 26% por parte de los médicos generales, estos resultados de la calidad diagnóstica son un reflejo tanto de los conocimientos como de las prácticas de los médicos que participaron en ese estudio.¹

Un estudio similar fue realizado en Managua, Nicaragua por el Dr. Reyes Calderón³. Este estudio evaluó únicamente a especialistas en cirugía obteniendo un margen de error para el diagnóstico clínico en un 38% al compararlo con el diagnóstico histopatológico (correlación del 62%). La calidad del diagnóstico clínico es superior en los médicos especialistas comparados con los médicos generales del estudio de Casado P.¹ Al valorar la calidad diagnóstica ambos estudios valoran indirectamente tanto los conocimientos como las prácticas de los médicos^{1, 3}

Existen vacíos de conocimientos en la población estudiada. Solo el 10% de los participantes conocen la triada de Charcot (Fiebre, ictericia y dolor en CSD) un parámetro clínico sencillo y básico que permite diagnosticar colangitis aguda. La literatura destaca la importancia de su conocimiento.^{2, 10, 11}

Únicamente el 39% conoce la prueba y el signo del Psoas, una prueba de fácil realización y muy sensible para la apendicitis aguda, a como Macias A.² describe en su estudio que esta tiene una sensibilidad del 65%.² Pocos conocen todas las características del dolor, solo 39% de los participantes saben las características de un dolor visceral. Estos vacíos de conocimiento podrían deberse a la lejanía en el tiempo entre el momento del este estudio y su rotación como estudiantes por cirugía, la falta de auto estudio sobre el abdomen agudo así como la no reciente revisión de la Normativa 052 del MINSA.

Casi todos los médicos en atención primaria (90%) poseen actitudes favorables. Aunque muchos no tienen conocimientos satisfactorios sobre el abordaje inicial del abdomen agudo, si poseen actitudes favorables; esto podría deberse a su experiencia de forma empírica. El grupo que tuvo el menor porcentaje de actitudes favorables (75%) fueron los que tenían veintiuno o más años de laborar. De las actitudes que se evaluaron en este estudio, las actitudes favorables con menor porcentaje fué en el acápite número 8 de las actitudes (solo el 47%). Esto quiere decir que el 53% de los participantes estuvieron de acuerdo o muy de acuerdo con que el médico debe establecer un diagnóstico etiológico definitivo durante el abordaje inicial de estos pacientes, lo cual es un pensamiento erróneo, dado que lo más importante con respecto al diagnóstico ante un abdomen agudo es establecer la necesidad o no de una intervención quirúrgica.¹²

Pocos son los que realizan prácticas adecuadas, únicamente el 33% de los participantes. Sin embargo el 83% de los médicos internos demostraron prácticas adecuadas, resultado estadísticamente significativo ($\chi^2=0.043$), siendo el grupo con mayor porcentaje. Parece ser que el nivel académico influye en las prácticas, así como influyó en los conocimientos, dato que resulto con significancia estadística ($\chi^2=0.010$). Nuevamente cabe recalcar la importancia de la educación continua de los médicos internos mediante seminarios. En este estudio, demuestra las debilidades de los médicos en atención primaria al momento que se les pedía realizar las maniobras especiales. Solamente el 22% de los participantes realizo adecuadamente la prueba del obturador y únicamente el 27% la prueba del psoas.

La relación entre conocimientos y actitudes es discrepante dado que el 53% tiene conocimientos satisfactorios y el 90% actitudes favorables, lo que indica que no hay concordancia y tampoco es estadísticamente significativo ($\chi^2=0.175$), esto sugiere que aunque no tengan los conocimiento tienen las actitudes, esto debido a que tener actitudes favorables no viene condicionado por el sí saben o no saben; mientras que en relación conocimientos y prácticas se observa que la totalidad de los participantes con conocimientos insatisfactorios tienen practicas inadecuadas, dato estadísticamente significativo ($\chi^2=0.000$), esto demuestra que los conocimientos determinan las prácticas. Por otra parte la relación entre actitudes favorables y prácticas adecuadas (33%) tampoco presentan concordancia, dado que en este caso para poder realizar las prácticas (realizar maniobras de obturador, psoas, Blumberg, tomar signos vitales, caracterización de signos y síntomas) se necesita tener conocimientos.

Entre las fortalezas de este estudio se encuentra el diseño, dado que para determinar los conocimientos, el cuestionario se basó en normativa MINSA y libros base según lo más frecuente encontrado en las unidades de salud, el médico siempre estuvo acompañado mientras realizaba el cuestionario; así como las prácticas fueron supervisadas a partir de un paciente simulado que se le asignó al médico que participó en el estudio.

Entre las debilidades, la más importante es el tiempo con el que contaba el médico para realizar el cuestionario y la parte práctica, lo que puede dar a entender que por terminar más rápido resolvían el cuestionario por salir del apuro

y no realizaban adecuadamente las prácticas según los parámetros que se establecieron e inclusive omitían muchas partes de la práctica que son necesarias para llegar a un diagnóstico certero.

En resumen, un porcentaje elevado de médicos generales y servicio social no tienen conocimientos satisfactorios, y aún es mayor el porcentaje que no tiene prácticas adecuadas; la zona de estudio con los peores resultados en conocimientos y prácticas fue Sutiava, a pesar de tener actitudes favorables en su mayoría. En general del total de la población estudiada sólo el 33% tenía conocimientos satisfactorios, actitudes favorables y prácticas adecuadas; por lo que debería incluirse el tema de abdomen agudo en las clases de educación continua que se les da a los médicos que laboran en las unidades de atención primaria, así como una actualización de la normativa MINSA 052.

CONCLUSIONES

- En relación a las características sociodemográficas se encontró que es una población predominantemente femenina, joven (edades entre 22- 32) y en su mayoría graduados de médicos generales.
- Aproximadamente la mitad de la población estudiada (53%) demostró que cuentan con los conocimientos satisfactorios sobre el abordaje inicial del abdomen agudo en adultos.
- Se encontró que la mayoría (90%) de la población cuenta con actitudes favorables sobre el abordaje inicial del abdomen agudo en adultos.
- La tercera parte de los participantes (33%) realizaron prácticas adecuadas.
- Los médicos internos fue el grupo con mejores resultados, todos demostraron conocimientos satisfactorios, así como actitudes favorables y la mayoría (83%) prácticas adecuadas.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda a las autoridades del MINSA realizar capacitaciones sobre el abordaje inicial del abdomen agudo
- A la UNAN- León le instamos ofrecer cursos de actualización sobre abdomen agudo a sus egresados.
- A los médicos generales que laboran en las unidades de atención primaria se les exhorta a revisar la normativa 052 “Protocolo de atención de enfermedades quirúrgicas más frecuentes en adultos”.
- A los médicos generales, se les sugiere a acudir a simposios de cirugía que se llevan a cabo en el municipio de León.
- A los estudiantes se les exhorta a realizar estudios analíticos sobre el abordaje inicial del abdomen agudo.
- En general se recomienda que se realicen estudios similares a este, pero que se lleven a cabo en otros municipios de Nicaragua.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Casado P., Peña Y., Reyna M. Evaluación de la calidad del diagnóstico de apendicitis aguda en la atención primaria y secundaria. Revista Archivo Médico de Camagüey Cuba. 2016 Feb; 20(1): 25-35. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552016000100005&lng=es.
2. Macias M., Cordero A., y Fonseca I. Apendicitis: Incidencia y correlación clínico patológica Experiencia de 5 años. Revista Mexicana de Cirugía Pediátrica, 2009. 16(4), 170-175. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmexcirped/mcp-2009/mcp094c.pdf>
3. Reyes A. Correlación clínico histopatologica en pacientes intervenidos quirurgicamente por apendicitis aguda en el Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca Junio 2013-Junio 2015 [TESIS MEDICO ESPECIALISTA EN ANATOMIA PATOLOGICA]. Nicaragua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, UNAN-Managua, facultad de ciencias médicas, 2016. Disponible en: <http://repositorio.unan.edu.ni/3516/>
4. Bimbo A., Mopelola A., Olusegun V. Spectrum of Diseases and Diagnostic Values of Ultrasound in Adult Patients with Nontraumatic Acute Abdomen in a Nigerian Tertiary Health Facility. Niger J Surg. 2015 Jan-Jun; 21(1): 6–12.

5. Regalado G. Método de las invariantes en la conducta a seguir ante un paciente con abdomen agudo quirúrgico en el nivel primario de atención. Rev Cubana Med Gen Integr . 2003 Ago; 19(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252003000400011&lng=es.
6. Bejarano M., Gallego C., Gómez, J. Frecuencia de abdomen agudo quirúrgico en pacientes que consultan al servicio de urgencias. rev.colomb. cir. 2011 Mar; 26(1): 33-41. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-75822011000100005&lng=en.
7. Fernández A. González M. Martínez N. Acute abdomen from duodenal diverticulitis: a case report. Rev. esp. enferm. dig. . 2016 Oct; 108(10): 661-662. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082016001000012&lng=es.
8. Mayo O. Pacheco G. Vásquez G. Abdomen agudo. Rev. Esp. Medic. . 2016 Oct; 12(7): 363-79. Disponible en: <http://www.medicineonline.es/es/pdf/S0304541216300038/S300/>
9. Losada m. Muñoz c. Burgos s. Silva A. Protocolo de tratamiento y resultados de pancreatitis aguda: Estudio de cohorte. RevChilCir . 2010 Dic; 62(6): 557-563. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262010000600003&lng=es.

10. Maa J, Kirkwood K. El apéndice. En: Sabiston P, editor. Textbook of Surgery. The Biological Basis of Modern Surgical Practice. 19th ed. España: Elsevier, S.L.; 2013. p. 2999-3028.
11. Jaffe B, Berger D. Apéndice. En: Schwartz E, editor. Principios de Cirugía . 9na ed. México: McGraw-Hill interamericana; 2011. p. 1073-1091.
12. MINSA, Normativa 052 protocolo de atención de enfermedades quirúrgicas más frecuentes en adultos, Dirección Superior del Ministerio de Salud. Managua, 2010.
13. Casado P. Vallés E. Corrales Y. Enfermedades trazadoras del abdomen agudo quirúrgico no traumático. AMC . 2014 Jun; 18(3): 269-282. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552014000300003&lng=es
14. Quevedo L. Apendicitis aguda: clasificación, diagnóstico y tratamiento. Rev Cubana Cir . 2007 46 (2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932007000200011
15. Casado P. Peña Y. Reyna M. Evaluación de la calidad del diagnóstico de apendicitis aguda en la atención primaria y secundaria. Revista Archivo Médico de Camagüey . 2016, 20 (1). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/amc/v20n1/amc050116.pdf>

16. Roesch F, Pérez A, Romero G. Nuevos paradigmas en el manejo de la apendicitis. *Cir Gen* . Jun 2012; 34(2). Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992012000200011&lng=es
17. Salinas F. Arcos C. Martínez C. Dolor epigástrico: ¿colecistitis aguda?. *Sanid. Mil.* 2014 Jun; 70(2): 119-120. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1887-85712014000200009&lng=es
18. Montenegro K. Principales patologías asociadas a la vía biliar y páncreas y la aplicación de la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) en el diagnóstico y tratamiento de algunas de ellas. *Med. leg. Costa Rica* . 2016 Mar; 33(1): 282-290. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152016000100282&lng=en
19. Quezada S. León F. Llera J. Tratamiento laparoscópico de la obstrucción intestinal por bridas. *Rev Chil Cir* . 2014 Sep ; 66(5): 437-442. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262014000500007&lng=es
20. Della A. Wolaj M. Santos D. Manejo terapéutico actual de la oclusión intestinal maligna no quirúrgica. *Rev. Méd. Urug.* 2012 Jul; 28(2): 108-114. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902012000200004&lng=es

21. Souza D. Souza L. Cuenca R. Understanding the international consensus for acute pancreatitis: classification of atlanta 2012. *abcd, arq. bras. cir. dig.* 2016 Sep; 29(3): 206-210. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-67202016000300206&lng=en
22. Ferreira A. Bartelega J. Urbano H. Acute pancreatitis gravity predictive factors: which and when to use them?. *abcd, arq. bras. cir. dig.* . 2015 Sep ; 28(3): 207-211. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-67202015000300207&lng=en

ANEXOS

Anexo 1: Método de evaluación
 UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
 UNAN- León

Numero de cuestionario:

Sexo:

Edad:

Zona de estudio:

Años de laborar:

Lee detenidamente las instrucciones antes de resolver cada uno de los Items, procura no hacer ningún manchón.

A. CONOCIMIENTOS SOBRE EL ABDOMEN AGUDO

A continuación se muestran una serie de aseveraciones sobre el abdomen agudo, marca con una X en la casilla que crees corresponde a la respuesta correcta, I significa incorrecto, C correcto Y N no se la respuesta.

Aseveraciones		I	C	N
1.	La denominación de abdomen agudo hace referencia a los signos y síntomas de dolor y sensibilidad abdominal.			
2.	La apendicitis es frecuente en pacientes de edad avanzada, mientras que los trastornos biliares, la obstrucción intestinal y la diverticulitis en pacientes jóvenes.			
3.	El examen físico del paciente con abdomen agudo comienza con la inspección general, luego la del abdomen, se continúa con palpación, percusión y auscultación.			
4.	El dolor focal indica un proceso precoz o bien localizado, mientras que el dolor difuso a la palpación indica una inflamación extensa o una presentación tardía.			
5.	Hay que realizar exploración pélvica a toda mujer con dolor infra-umbilical.			
6.	La triada de Charcot consiste en dolor intermitente en cuadrante superior derecho, ictericia y fiebre y traduce coledocolitiasis.			
7.	El signo del psoas se realiza con el paciente en decúbito supino, se flexiona el muslo derecho hasta que quede en ángulo recto con el tronco, luego se rota la pierna hacia afuera, esta prueba causa dolor			

	en el hipogastrio si hay un proceso inflamatorio en contacto con el músculo obturador interno.			
8.	El signo de rovsing consiste en dolor en el punto de McBurney al comprimir el cuadrante inferior izquierdo.			
9.	El signo de Murphy se observa al inspirar durante la palpación del cuadrante superior derecho y consiste en un aumento brusco del dolor debido al descenso del hígado y a vesícula biliar hacia la mano del examinador. Valor diagnóstico de colecistitis aguda.			
10.	El signo del obturador se explora acostando al enfermo sobre el lado izquierdo y poniéndole en hiperextensión la pierna derecha. De esta manera se estira el músculo Psoas y provoca dolor cuando hay inflamación de su fascia, por ejemplo en el caso de apendicitis con absceso retro cecal.			
11.	El signo de Blumberg es la descompresión brusca dolorosa del abdomen y hace referencia a irritación peritoneal.			

A continuación se presentan una serie de casos clínicos, léelos atentamente y encierra la letra de la respuesta correcta, cada caso sólo tiene una respuesta correcta.

12. Paciente de femenino de 25 años de edad con antecedentes de embarazo ectópico, que acude a emergencia con dolor abdominal de 8 horas de evolución que fue precedido de náuseas, vómitos y fiebre. ¿Cuál de las siguientes aseveraciones es la manifestación principal para determinar que se está ante un abdomen agudo?
- Antecedentes de embarazo ectópico.
 - vómitos, náuseas y fiebre.
 - Dolor abdominal.
 - Edad de la paciente.
 - No lo sé
13. Paciente femenina 35 años de edad acude a emergencias con dolor abdominal cólico, mal localizado, sin contractura muscular y que no aumenta con los movimientos. ¿Ante qué tipo de dolor nos encontramos?
- Parietal
 - Visceral
 - Irradiado
 - No lo sé.
14. Paciente femenino de 14 años de edad con dolor en fosa iliaca derecha, cuando es revisada en emergencia y se le realiza la palpación el médico comenzó palpando de forma superficial y luego profunda el sitio contrario donde refería dolor, terminado en el sitio doloroso y por último realizó maniobras de Blumberg y Rovsing positivos ¿Cuál es posible diagnóstico?

- a) Apendicitis aguda
 - b) Pielonefritis
 - c) Pancreatitis aguda
 - d) Cólico biliar
 - e) No lo sé.
15. Paciente masculino de 18 años que presenta dolor abdominal moderado, irradiado a hombro derecho. Las siguientes localizaciones son causa de dolor referido al hombro derecho excepto:
- a) Cola del páncreas
 - b) Hígado.
 - c) Vesícula biliar.
 - d) Hemidiafragma derecho.
 - e) No lo sé
16. Paciente femenina de 17 años que mientras estaba en clases presenta dolor abdominal súbito e incapacitante por lo que es llevado a emergencias. Las siguientes son causa de abdomen agudo de instauración súbita (en segundos) excepto:
- a. Rotura de embarazo ectópico
 - b. Rotura de aneurisma aórtico
 - c. Apendicitis aguda
 - d. Perforación de ulcera péptica
 - e. No lo se
17. Paciente masculino de 25 años acude a emergencias por presentar desde hace 4 horas aproximadamente dolor tipo cólico en cuadrante superior derecho, 8 de 10 en la escala del dolor, el cual inicio minutos después de ingerir un nacatamal con cacao, el cual no mejora al reposo ni a la administración en casa de Tabcin; no hay fiebre, no hay leucocitosis. A la exploración se encuentra cicatriz por herida quirúrgica de Mc Burney. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?
- a. Dispepsia
 - b. Apendicitis aguda
 - c. Hepatitis
 - d. Cólico biliar
 - e. Pancreatitis aguda
 - f. No lo se
18. Paciente masculino de 30 años acude por presentar desde hace 3 horas dolor tipo cólico, 7 de 10 en la escala del dolor, localizado en cuadrante superior derecho, sin irradiación, el cual inició luego de la ingesta copiosa de alimentos. Sobre el tratamiento analgésico en el cólico biliar, señale lo incorrecto:
- a. Diclofenaco 75 mg IM
 - b. Ketorolaco 30 mg iv
 - c. Ibuprofeno 400 mg PO
 - d. Metamizol 1 gr IV
 - e. No lo sé
19. Paciente femenina de 28 años de edad, que acude por dolor abdominal intenso, náuseas, vómitos, fiebre y anorexia con exámenes de laboratorio

que revelan amilasa tres veces sobre los valores normales. ¿Cuál sería el diagnóstico más probable?

- a. Úlcera péptica perforada
- b. Pielonefritis
- c. Pancreatitis aguda
- d. Apendicitis aguda
- e. No lo sé.

20. Femenina de 17 años acude a emergencia refiriendo que desde hace 5 horas presenta con dolor abdominal peri umbilical, tipo cólico, asociado a anorexia vómito y deshidratación moderada. Indique su conducta ante el paciente:

- a. Hidratación y observación en emergencia
- b. Alta y observación domiciliar
- c. Hidratación, dar antiespasmódico y alta
- d. Cirugía urgente
- e. No lo sé.

B. ACTITUDES SOBRE ABDOMEN AGUDO

A continuación se realizan algunas aseveraciones con respecto a actitudes en relación al manejo inicial de abdomen agudo, marca con una X en la casilla de la derecha que considere conveniente.

Preguntas sobre actitudes		Muy de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
1	Está usted de acuerdo en que el Abdomen agudo constituye un asunto o un problema importante para su comunidad					
2	¿Está usted de acuerdo en que El médico general debe tener suficiente conocimientos sobre el abdomen agudo?					
3	¿Está usted de acuerdo en que El médico debe administrar analgésicos en pacientes con abdomen agudo aunque no tenga diagnóstico establecido?					
4	¿Está usted de acuerdo en que Los exámenes de laboratorio y de imagenología determinan el diagnóstico en un paciente que curse con dolor abdominal agudo?					
5	¿Está usted de acuerdo en que La valoración de los signos vitales en un paciente con dolor abdominal agudo es de importancia?					
6	¿Está usted de acuerdo en que Si un paciente presenta signos que indiquen que este necesite una intervención quirúrgica urgente este debe ser estabilizado y referido a un segundo nivel de atención inmediatamente?					
7	¿Está usted de acuerdo en que El interrogatorio dirigido y un examen físico completo y exhaustivo son la base del abordaje inicial de un paciente con abdomen agudo?					
8	¿Está usted de acuerdo en que El médico debe establecer un diagnóstico etiológico definitivo durante el abordaje inicial de estos pacientes?					
9	¿Está usted de acuerdo en que El médico debe enviar rutinariamente métodos de imagen sin importar la sospecha diagnóstica?					
10	¿Está usted de acuerdo en que Todo abdomen agudo debe ser valorado sólo por un cirujano?					

Anexo 2: Método de evaluación de las prácticas

Número de cuestionario:

Lugar:

Fecha:

Caso: Paciente simulado

Paciente masculino de 22 años de edad, sin antecedentes personales y familiares relevantes, acude a consulta refiriendo dolor abdominal difuso de 7 horas de evolución, que comenzó 3 horas posterior a ingesta copiosa de comida y frutas, con intensidad de 8/10 en escala análoga del dolor, tipo cólico, que mejora al acostarse en posición fetal y empeora al estar de pie, asociado presentó vómitos en tres ocasiones de contenido alimenticio, no diarrea.

Prácticas del abordaje inicial para el diagnóstico de abdomen agudo

Prácticas evaluadas de los médicos en pacientes con dolor abdominal agudo		Si	No
1	Le toma los signos vitales al paciente y determina su estado hemodinámico.		
2	En la historia clínica caracterizó el dolor en sus 7 dimensiones.		
3	Le explica al paciente el procedimiento y le dice que se acueste en la camilla y que tenga una respiración superficial o periodos de apnea.		
4	Realiza examen físico dirigido al abdomen en el orden adecuado		
5	Realiza la auscultación con el diafragma del estetoscopio y sigue una secuencia lógica, al igual que la percusión abdominal.		
6	Realizó palpación superficial y luego la profunda adecuadamente.		

Maniobras especiales realizadas en la palpación de abdomen para complementar el diagnóstico			
Nombre de la maniobra realizada		Bien realizada	Mal realizada
7	Localización de punto de McBurney		
8	Blumberg		
9	Rovsing		
10	Obturador		
11	Psoas		

12. Planes del médico de acuerdo al diagnóstico presuntivo de la causa del dolor abdominal y de la estabilidad o inestabilidad hemodinámica.			
Planes		adecuado	No adecuado
a.	NPO		
b.	Canalizar		
c.	Poner líquidos parenterales		
d.	Referencia a un nivel mayor de atención		

Observaciones:

Anexo 3: Respuestas del método de evaluación

Respuestas de Conocimientos

Número de pregunta	Incorrectas (I)	Correctas (C)
1		X
2	X	
3	X	
4		X
5		X
6	X	
7	X	
8		X
9		X
10	X	
11		X

Número de pregunta	Letra correcta del englobe
12	C
13	B
14	A
15	A
16	C
17	D
18	C
19	C
20	A

Respuestas de actitudes					
Número de pregunta	Muy de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
1	5	4	3	2	1
2	5	4	3	2	1
3	1	2	3	4	5
4	1	2	3	4	5
5	5	4	3	2	1
6	5	4	3	2	1
7	5	4	3	2	1
8	1	2	3	4	5
9	1	2	3	4	5
10	1	2	3	4	5
Para unas actitudes favorables se necesitará obtener 35 puntos de 50.					

Anexo 4: Consentimiento informado

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA

UNAN- León

Facultad de Ciencias Médicas

Consentimiento informado



Tema:

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

El presente estudio es llevado a cabo por estudiantes de VI año de la carrera de medicina, bajo el asesoramiento del doctor Gemayel Trujillo, Cirujano general y el doctor Javier Zamora Msc en salud pública.

Se le invita a ser partícipe del estudio antes mencionado con el objetivo Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas del abordaje inicial para el diagnóstico de abdomen agudo en atención primaria, siéntase con absoluta libertad de preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

En caso de aceptar participar en el estudio, la información brindada será en anonimato, no tiene conflicto de intereses, su fin es académico y no compromete a nada su trabajo, labor o puesto.

Firma: _____

Anexo 5: Carta de solicitud de permiso a los directores de las unidades de salud

León, 10 de noviembre de 2017

A quien corresponda

Director/a del centro de salud

Estimad@ director/a:

Mi nombre es Angie Francela Chavarría, estudiante del sexto año de la carrera de Medicina de la UNAN- León, por medio de la presente se le solicita su permiso para llevar a cabo en su unidad de salud, el estudio de conocimientos, actitudes y prácticas del abordaje inicial para el diagnóstico de abdomen agudo, que se les aplicará a los médicos de esta unidad.

Este estudio es para optar al título de Médico y cirujano, este pretende que ellos contesten un cuestionario que no llevará más de veinte minutos y ser observados durante un día laboral, su finalidad es meramente académica los participantes serán anónimos, no comprometeremos su puesto de trabajo, ni desprestigiaremos a su persona o a la unidad de salud.

Esperando de usted una respuesta positiva, nos despedimos cordialmente, deseándole muchas bendiciones.

Atentamente:

Bra. Angie Francela Chavarría Zelaya

Br Henry de Jesús Underwood Norori