

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

UNIDAD DE POSGRADO

**CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DEL DOLOR
ABDOMINAL AGUDO EN ADULTOS SERVICIO DE EMERGENCIAS
CLÍNICA INTERNACIONAL 2022**

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

PARA OPTAR
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN MEDICINA DE EMERGENCIAS
Y DESASTRES

PRESENTADO POR

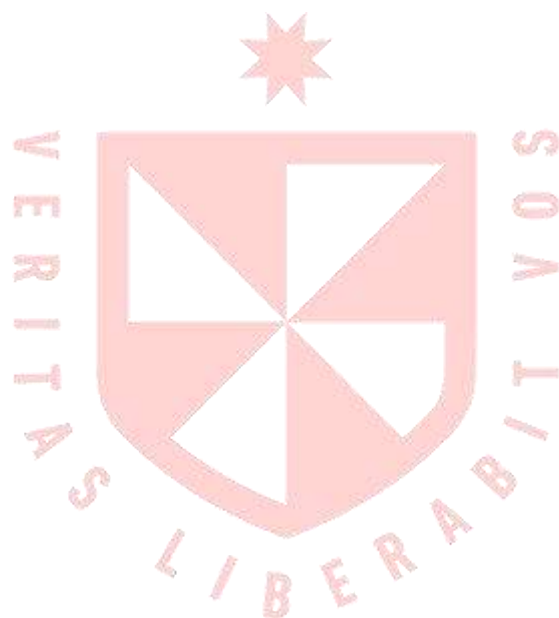
JIMENA ELIZABETH ALVAREZ CARRANZA

ASESORA

SARITA ASUNCION BOCANEGRA GONZALES

LIMA – PERÚ

2024



Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada
CC BY-NC-ND

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
UNIDAD DE POSGRADO**

**CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DEL DOLOR
ABDOMINAL AGUDO EN ADULTOS SERVICIO DE EMERGENCIAS
CLÍNICA INTERNACIONAL 2022**

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

**PARA OPTAR
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN MEDICINA DE EMERGENCIAS
Y DESASTRES**

**PRESENTADO POR
JIMENA ELIZABETH ALVAREZ CARRANZA**

**ASESORA
DRA. SARITA ASUNCION BOCANEGRA GONZALES**

**LIMA, PERU
2024**

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Índice	ii
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.1 Descripción de la situación problemática	1
1.2 Formulación del problema.....	2
1.3 Objetivos	2
1.3.1 Objetivo general.....	2
1.3.2 Objetivos específicos	3
1.4 Justificación	3
1.4.1 Importancia	3
1.4.2 Viabilidad y factibilidad.....	4
1.5 Limitaciones.....	4
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	5
2.1 Antecedentes	5
2.2 Bases teóricas	15
2.3 Definición de términos básicos	19
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES	20
3.1 Formulación de hipótesis	20
3.2 Variables y su definición operacional.....	20
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	22
4.1 Diseño metodológico	22
4.2 Diseño muestral	22
4.3 Técnicas de recolección de datos.....	23
4.4 Procesamiento y análisis de datos.....	23
4.5 Aspectos éticos.....	24
CRONOGRAMA	25
PRESUPUESTO	25
FUENTES DE INFORMACIÓN	26
ANEXOS	30
1. Matriz de consistencia.....	30
2. Instrumentos de recolección de datos.....	31

NOMBRE DEL TRABAJO

CARACTERÍSTICAS
EPIDEMIOLÓGICAS DEL DOLOR
ABDOMINAL AGUDO EN ADULTOS
SERVICIO DE EMERGENCIAS CLÍ
NICA

AUTOR

JIMENA ELIZABETH ALVAREZ
CARRANZA

RECUENTO DE
PALABRAS

7200 Words

RECUENTO DE CARACTERES

41099 Characters

RECUENTO DE
PÁGINAS

30 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

258.7KB

FECHA DE ENTREGA

May 8, 2024 4:32 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

May 8, 2024 4:33 PM GMT-5

● 11% de similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos.

- 11% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 1% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● Excluir del Reporte de Similitud

- Base de datos de trabajos entregados
- bibliográfico Material citado
- Coincidencia baja (menos de 10 palabras)
- Material
- Material citado

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la situación problemática

El dolor abdominal agudo (DAA) es una de las razones más comunes para asistir a un servicio de emergencias. A nivel mundial, es una de las principales quejas constantes, y el riesgo de padecerla va del 7 a 8%. La complejidad anatómica del abdomen, así como los perfiles de síntomas frecuentemente superpuestos de muchas afecciones, crean un riesgo de diagnóstico erróneo, por ello, es un reto su manejo y su tratamiento. Cuando un paciente acude a emergencia, se hace necesaria la evaluación primaria para estabilizarlo, o bien con otras pruebas secundarias bajo sospecha clínica; y así reducir exámenes y hospitalizaciones innecesarias. (1, 2, 8, 10)

Los recursos disponibles en el servicio de emergencias, incluidos los estudios de laboratorio y de imagen, no siempre pueden identificar un diagnóstico subyacente específico. Debido a la multitud de diagnósticos potenciales mortales y los límites de las pruebas de emergencia, no sorprende que este síntoma sea una fuente importante de visitas de seguimiento y casos médico-legales (3); a pesar de esto, los médicos de emergencia pueden identificar las patologías de los órganos abdominales con ultrasonografía abdominal en el punto de atención. (9)

En el Perú, el DAA es la primera causa de visita al servicio de emergencias y hasta la fecha no se han hecho suficientes estudios en relación a las características epidemiológicas del DAA, sin embargo, al tomar los datos epidemiológicos del MINSA se tiene que de los 10 motivos principales de atención de emergencias, en Medicina, el más prevalente fueron los dolores abdominales agudos incluyendo los de tipo no específicos, con un 25% respecto de todas las atenciones en el año 2021, y de éste porcentaje un 1.3% correspondió a la colecistitis. (4)

La mitad de consultas de emergencia por DAA son cuadros benignos, y la otra mitad son debido a condiciones letales en potencia; en menores de 60 años patología apendicular (17%) es la causa más recurrente de dolor abdominal, pero desde los 60 años en adelante, son las patologías de las vías biliares las más recurrentes con 28% de los

casos. El DAA es una emergencia con un amplio espectro de etiologías, y las ecografías en el punto de atención pueden ayudar a identificar tempranamente y manejar las causas, pues, el abordaje ecográfico para el DAA es importante en el descarte de diagnósticos críticos y puede guiar al médico de urgencias o a cualquier médico de cuidados intensivos en el manejo del paciente. (4, 5).

Estudios internacionales han demostrado que los hospitales a menudo carecen de protocolos clínicos para orientar la atención en casos de DAA, y uno de los motivos es que su aplicación está influenciada por la ubicación física del hospital, por el personal de salud, y de las habilidades de los médicos. (6) Se requiere de un diseño de diagnóstico más estructurado, considerando el sitio del dolor abdominal en primer lugar. Este enfoque puede evitar confusión entre médicos y reducir procedimientos innecesarios, que retrasan el diagnóstico final e imponen costos inaceptables. (7)

1.2 Formulación del Problema:

¿Cuáles son las características epidemiológicas del dolor abdominal agudo adultos del servicio de Emergencias Clínica Internacional atendidos año 2022?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

Identificar y describir las características epidemiológicas del dolor abdominal agudo en adultos del Servicio de Emergencias Clínica Internacional atendidos año 2022.

1.3.2 Objetivos específicos

- Determinar la frecuencia de ingresos a la emergencia por dolor abdominal agudo.
- Determinar las principales causas de dolor abdominal agudo.
- Describir las características según grupo etario y género.
- Identificar las comorbilidades más prevalentes.

1.4 Justificación

1.4.1 Importancia

Este proyecto beneficiará a la población de pacientes con dolor abdominal, mostrando qué características conlleva este dolor, de manera que pueda ser más útil para su prevención y manejo inicial, evitando así complicaciones a futuro, incluso disminuyendo el riesgo de muerte, y del gasto económico; se reducen las pérdidas en la calidad de vida, siendo el DAA una de las causas frecuentes del servicio emergencia en los establecimientos de salud.

Este estudio sobre el dolor abdominal adquiere relevancia en este tiempo post pandemia del coronavirus, debido al aislamiento y de las restricciones las cuales propiciaron el sedentarismo, obligando a la población a adquirir nuevos hábitos, predisponiendo al aumentar de peso y por ende a las enfermedades relacionadas al abdomen.

1.4.2 Viabilidad y factibilidad

Este proyecto es viable ya que tiene autorización de la universidad San Martín de Porres, la cual tiene convenios con diversas instituciones de salud, como es la clínica Internacional, además se está tomando en cuenta el reglamento del comité de ética del Cuerpo Médico de la institución.

Es factible porque cuenta con el recurso humano de la clínica, se tendrá el permiso, el apoyo logístico, y la cooperación de los médicos y demás personal de salud y administrativo; sobre el recurso económico es viable, pues se ha presupuestado todos los gastos en material de oficina, y se cuenta con la tecnología y aparatos necesarios, para procesar la información y registros de historias clínicas; se incluirían a los pacientes adultos que hayan ingresado por emergencias.

1.5 Limitaciones

Como será un estudio retrospectivo, tomando historias clínicas del presente año, no habrá un seguimiento a los pacientes, por lo tanto, no se podrán determinar las consecuencias en su salud que podrían haber desencadenado a futuro, como un nuevo dolor abdominal de otras causas no previstas. Otra limitación es que los pacientes, con diagnósticos de DAA, serán solo adultos y no se estará considerando a otros grupos de edad.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

Burlet et al, en el 2018, en revisión sistemática el objetivo fue identificar la evidencia actual de las vías de diagnóstico y su uso de imágenes y efecto sobre los resultados finales. Realizaron una búsqueda sistemática utilizando palabras clave y términos MeSH para el dolor abdominal. Selección de estudios: se incluyeron todos los artículos que describían una vía y se publicaron entre el año 2000 y 2017. Resultados: Se incluyeron diez artículos, cada uno describiendo una vía diferente. Cinco estudios basaron la vía solo en revisiones de la literatura y cinco estudios en los resultados de su estudio prospectivo. De los últimos cinco estudios, cuatro mostraron que las imágenes de rutina aumentaron la precisión diagnóstica, pero no mostraron reducción en la estancia hospitalaria, la tasa de complicaciones o la mortalidad. Ninguno de los estudios incluidos evaluó el uso de recursos o costos hospitalarios. Conclusión: las vías que incorporan imágenes de rutina mejorarán el diagnóstico temprano, pero no se ha demostrado que reduzcan las tasas de complicaciones o estancia hospitalaria. Sobre la base de esta revisión sistemática, por lo tanto, no se pueden sacar conclusiones acerca de las vías descritas y su beneficio para el proceso de diagnóstico en pacientes que presentan dolor abdominal. (11)

Cervellin et al, el 2016, se propusieron investigar la epidemiología del dolor abdominal agudo (DAA) en una población adulta ingresada a urgencias. Realizaron un análisis retrospectivo de todos los registros de visitas a urgencias por DAA durante el año 2014. Se examinaron todos los pacientes con admisiones repetidas a urgencias por DAA dentro de los 5 y 30 días. Se analizaron cinco mil trescientos cuarenta casos. Resultados: La edad media fue de 49 años. Las causas más frecuentes fueron dolor abdominal inespecífico (NSAP) (31.46%) y cólico renal (31.18%). El cólico/colecistitis biliar y la diverticulitis fueron más prevalentes en pacientes mayores de 65 años (13.17% vs. 5.95% y 7.28% vs. 2.47%, respectivamente). La apendicitis (es decir, 4.54 % frente a 1.47 %) y el cólico renal (34.48 % frente a 20.84 %) fueron más frecuentes en pacientes menores de 65 años. El NSAP fue la causa más común en ambas clases de edad. El

cólico renal fue la causa más frecuente de ingreso al SU en los hombres, mientras que el NSAP fue más frecuente en las mujeres. La infección del tracto urinario fue mayor en las mujeres. En total, 885 pacientes (16.57%) fueron hospitalizados. Cuatrocientos ochenta y cinco pacientes tuvieron visitas repetidas al servicio de urgencias a lo largo del período de estudio. Entre estos, 302 pacientes (6.46%) fueron readmitidos dentro de los 30 días, mientras que 187 pacientes (3.82%) fueron readmitidos dentro de los 5 días. El cólico renal fue la primera causa de reingreso al servicio de urgencias, seguido por NSAP. En 13 casos readmitidos al servicio de urgencias dentro de los 5 días, y en 16 casos readmitidos entre 5 y 30 días, se cambió el diagnóstico. Conclusiones: el estudio mostró que el DAA representó el 5.76% del total de visitas a urgencias. Dos condiciones (es decir, NSAP y cólico renal) representaron >60% de todas las causas. Un gran uso de observaciones clínicas activas durante la estancia en urgencias (52% de nuestros pacientes) conduce a un porcentaje insignificante de cambiar el diagnóstico en la segunda visita. (12)

Montenegro y Camacho, el 2020, realizaron un estudio cuyo objetivo fue establecer la prevalencia de abdomen agudo adultos en emergencia del Hospital Básico Durán en el año 2019, con una muestra de 212 pacientes. Los resultados determinaron que la prevalencia es mayor en el sexo femenino, concluyendo que el signo clínico más prevalente, el vómito con un 37%, y la causa mas comun, el cólico renal con un 53%. (13)

González-Martel et al, el 2018, establecieron la congruencia entre las patologías abdominales de ingreso y egreso hospitalario en pacientes adultos atendidos por el servicio de Medicina Familiar en un hospital de Mérida, Yucatán. Realizaron un estudio transversal en el que se estudio los motivos de atención médica. Los datos se obtuvieron de los registros y de las contra-referencias de las notas médicas. Los resultados del estudio, la patología abdominal mas frecuente fue la inespecífico (33.3%) y la patología de egreso más frecuente fue el cólico biliar (23.2%). Las patologías mas frecuentes de ingreso y egreso fueron las enfermedades hepáticas, urinarias y renales. (14)

Idobro et al, el 2020, en su estudio observacional de cohorte prospectivo, el objetivo fue describir la clínica de los pacientes adultos con patología abdominal obstructiva por

bridadas en un hospital y que fueron manejados con tratamiento médico conservador desde su ingreso durante el período 2012-2013. Se recolectaron datos sociodemográfica y clínicos, así como el seguimiento hasta el alta hospitalaria. Resultados: la principal sintomatología fueron vomitos y saciedad precoz; y la respuesta al tratamiento conservador fue del 80.4 %; solo el 19.6 % requirió manejo quirúrgico. Conclusión: el tratamiento conservador debe considerarse como tratamiento inicial de esta patología por su alta respuesta y disminución de complicaciones posoperatorias. (15)

El trabajo de Vega R, en el 2019, en Perú, tuvo el objetivo de establecer las particularidades clínicas y laboratoriales más relevantes del adulto mayor con intervencion quirúrgica por cuadro apendicular en el HNAL en el 2018. Metodología: realizaron un estudio descriptivo, retrospectivo transversal, analítico. Resultados: la edad media fue de 67 años, el sexo mas predominante fue el masculino (61.9%), el principal sintoma fue la emesis (67.9%). El signo clinico más frecuente fue Mc Burney (76.2%). Conclusión: la patología apendicular es más frecuente entre las edades de 60 y 69 años y este predispone a padecer patología apendicular complicada. (16)

Rojas-Valenzuela y Quiñonez-Meza, en su trabajo realizado el 2019, determinaron las cualidades clinicas en pacientes con dolor abdominal agudo no traumático en el año 2019. Material y métodos: se realizo un estudio observacional, prospectivo, transversal y descriptivo. Se revisaron las historias clinicas de pacientes mayores de edad y se evaluo las siguientes variables: demográficas, pre-medicación, ingresos previos, pruebas laboratoriales, grado académico, horas de hospitalización, diagnóstico de egreso. Resultados. Se incluyo un total de 219 pacientes, las patologias prevalentes fueron el cuadro apendicular (13.6%), biliar(12.4%) y colitis (10%). Conclusiones. Las patologias abdominales y mas que todo las agudas siguen siendo un desafio para los médicos, y es necesario el mejoramiento de la atención de estos pacientes. (17)

Thakur JK et al, el 2019, en su estudio tuvieron como objetivo conocer el espectro etiológico del dolor abdominal agudo quirúrgico entre los pacientes que acudian a urgencias de una facultad de medicina del este de la India. Métodos: Se realizó un estudio transversal institucional de enero a junio de 2018, India. Los datos fueron recolectados el día del alta, con la ayuda de un Cronograma semiestructurado

previamente probado. Resultados: Un total de 8,688 pacientes ingresaron por emergencia durante el período establecido. 1236 (14.2%) de ellos ingresaron con quejas de dolor abdominal. La frecuencia de dolor abdominal quirúrgico y no quirúrgico fue de 6.0% y 8.2% respectivamente. Las características clínicas más consistentes fueron dolor abdominal y sensibilidad abdominal, respectivamente. La patología abdominal más prevalente fue el cuadro apendicular, el cual se presentó en el 38.9% de los casos seguido de patología vesicular. Conclusiones: Alrededor del 15.0% de todas las hospitalizaciones de emergencia se deben a dolor abdominal agudo y alrededor del 40% se deben a causas quirúrgicas. (18)

Shiryazdi, et al, el 2019, su trabajo tuvo el objetivo de evaluar la distribución de frecuencias de la causa del dolor abdominal agudo y su relación con la edad, antecedente de comorbilidad y el sexo. Métodos. Este estudio transversal descriptivo se realizó en 352 pacientes en el hospital Shahid Sadoughi. El diagnóstico de la enfermedad fue realizado por un médico. Resultados. La enfermedad de base más frecuente en pacientes con dolor abdominal agudo fue hipertensión arterial (14.8%) y diabetes mellitus (10.8%). La causa de enfermedad más frecuente estuvo relacionada con dolor abdominal sin causa (32.2%), obstrucción intestinal (14.8%), apendicitis (13.1 %), colecistitis (11.1%) e intoxicación por plomo (4%). Los síntomas más frecuentes en estos pacientes fueron náuseas (4.7%), vómitos (48.6%), dolor persistente (61.6%) y disminución del apetito (49.7%). Hubo diferencia significativa entre la distribución de frecuencias en función a la edad, el sexo, el trabajo y el estado civil ($p < 0,05$). Conclusión: La patología abdominal más común estuvo relacionada con la obstrucción intestinal, apendicitis y colecistitis. La prevalencia de apendicitis y obstrucción intestinal fue mayor en jóvenes y ancianos, respectivamente. Además, la colecistitis y la obstrucción intestinal fueron más comunes en mujeres y hombres, respectivamente. Parece que algunos parámetros, incluida la edad, sexo, el trabajo y el estado civil pueden ser factores clave que afectan el dolor abdominal agudo. (19)

Price et al, en el 2022, cuantificaron la incidencia acumulada de 1 año de 35 diagnósticos no malignos y nueve cánceres en adultos después de un dolor abdominal recién registrado en atención primaria. Diseño: Estudio de cohorte observacional de 125,793 registros de Datalink GOLD de investigación de práctica clínica. Método: Los

participantes, ≥ 40 años de edad, presentaron dolor abdominal recientemente registrado entre el 1 de enero de 2009 y el 31 de diciembre de 2013. Se informa la incidencia acumulada de 1 año estratificada por edad y sexo por diagnóstico. Resultados: La mayoría (>70 %) de los participantes no tenían diagnósticos pre-especificados después de un dolor abdominal recién registrado. Los diagnósticos no malignos fueron los más comunes: problemas gastrointestinales superiores (enfermedad por reflujo gastroesofágico, hernia de hiato, gastritis, esofagitis y úlcera gástrica/duodenal) en hombres. La incidencia de problemas gastrointestinales superiores se estabilizó a la edad ≥ 60 años (edad 40-59 años: hombres 4.9 %, mujeres 4.0%). La incidencia de infecciones del tracto urinario aumentó con la edad (entre 40 y 59 años: mujeres 5.1%, hombres 1.1%). La incidencia del síndrome del intestino irritable fue mayor en mujeres que en hombres, disminuyendo con la edad. Conclusión: Aunque el dolor abdominal comúnmente permanece sin explicación, el diagnóstico no maligno es más probable que el cáncer. (20)

Wolfe C, et al (2022), en su trabajo describió los sistemas para examinar el dolor a nivel abdominal, el cual es la sintomatología que se presenta en urgencias diariamente, donde la utilización de imágenes de diagnóstico suele ser una herramienta clave para determinar su etiología. La radiografía simple tiene utilidad limitada. La tomografía computarizada (TC) es el gold estándar para patologías abdominales indiferenciadas. La ecografía y la resonancia magnética pueden ser útiles en escenarios específicos, principalmente en pediatría y embarazo, y ofrecen el beneficio de eliminar el riesgo de radiación ionizante de la TC. La orientación para la selección de imágenes está determinada por la ubicación del dolor, las consideraciones especiales del paciente y las sospechas de etiologías específicas. En conclusión, el Colegio Americano de Radiología, tiene disponible los criterios apropiados y ofrece una orientación experta, que describe las opciones de imágenes basadas en la ubicación del dolor. (21)

Kumar R., et al (2022), en su estudio evaluaron el perfil clínico y demográfico de los pacientes que asistieron a urgencias con abdomen agudo en un instituto de atención terciaria en la India. Métodos: fue un estudio observacional prospectivo en pacientes que presentaban dolor en abdomen agudo no traumático, entre marzo de 2016 y abril de 2017. Se registró el perfil demográfico, historia detallada, examen físico, el manejo y el

resultado. Resultados: de 200 pacientes, el 56% eran hombres. La edad promedio fue 46.2 años. La úlcera péptica (22%) fue la presentación más frecuente seguida de causas quirúrgicas como apendicitis aguda (20%) y obstrucción intestinal aguda (11%). La comorbilidad más frecuente fue diabetes mellitus (25%), seguida de la hipertensión (15%) y la cardiopatía isquémica (6%). La ecografía abdominal fue útil en el diagnóstico del 83% de los pacientes y el 13% de los pacientes requirieron una tomografía computarizada de abdomen. Conclusión: la úlcera péptica, la patología apendicular y el cuadro obstructivo intestinal agudo fueron los diagnósticos más prevalentes de abdomen agudo. Un alto índice de sospecha ayudará en el diagnóstico temprano y en el establecimiento de un tratamiento efectivo. (22)

Mella V., et al (2020), describieron la epidemiológica nacional e internacional de apendicitis según magnitud, tiempo, sexo, y edad. Métodos: se empleo la base de datos del INE-CEPAL, en Chile. Resultados: la incidencia de patología apendicular para el 2016 fue de 206 por cada 100,000 habitantes, la mortalidad de 2 por cada millón de habitantes. El sexo masculino presentó 1.2 veces mayor riesgo de hospitalización con respecto de las mujeres, y 1.8 veces más probabilidad de morir por apendicitis. Conclusión: el estado epidemiológico de la apendicitis en la población chilena, difiere a la mundial. La desemejanza de los resultados y la mortalidad, sugieren la diversidad para determinar la patología de fondo y el tratamiento adecuado, donde se debería estandarizar un protocolo a nivel ministerial para reducir esta desemejanza. (23)

Mjema K., et al, (2020), realizaron un trabajo para subsanar el vacío en el conocimiento de la incidencia, causas y mortalidad de abdomen agudo en emergencias en Tanzania. Método: trabajo de cohorte prospectivo con pacientes adultos (edad \geq 18 años) con dolor abdominal no traumático desde el 2017 hasta el 2017. Resultados: de 3,381 pacientes adultos, 288 (8.5%) presentaron dolor abdominal, y de éstos, 199 (69%) se inscribieron en la investigación. La edad media fue 47 años, 126 (63%) eran mujeres y 118 (59%) fueron derivados de otro hospital. Los diagnósticos más frecuentes fueron malignidad 71 (36%), obstrucción intestinal 11 (6%) y úlcera péptica 9 (5%). La mortalidad a las 24 h ya los 7 días fue de 4 (2%) y 7 (4%) respectivamente, mientras que la mortalidad hospitalaria global fue de 16 (8%). Entre los factores de riesgo de mortalidad se encontraron sexo masculino (RR=2.88 (p=0.03), hipoglucemia (RR=5.7, p=0.004), ingreso en UCI (RR=14,

$p < 0.0001$), recepción de líquidos IV (RR=3.2, $p=0.0151$) y necesidad de cirugía (RR=6.6, $p=0.0001$). Conclusión: el dolor abdominal estuvo asociado a morbilidad y mortalidad, hubo una alta demanda de intervención quirúrgica, y una alta mortalidad hospitalaria. Los estudios futuros y los esfuerzos de mejora en la calidad deben centrarse en identificar por qué existen tales diferencias y cómo reducir la mortalidad. (24)

Moya M, et al (2019), describieron en su estudio, el divertículo de Meckel, que constituye una anomalía gastrointestinal congénita muy frecuente; su forma de presentación es la hemorragia digestiva en la mayoría de casos, y puede presentarse como patología obstructiva intestinal o como proceso inflamatorio agudo. El diagnóstico adecuado, su tratamiento, requieren de un alto índice de sospecha clínica. (25)

Osterwalder I, et al (2020), analizaron las patologías abdominales como la causa más común de consulta en urgencias. Métodos: este estudio fue prospectivo observacional, y el objetivo fue responder tres preguntas claves: ¿Qué diagnósticos se pasan por alto con mayor frecuencia? ¿Cuál es la incidencia de causas extraabdominales?, y ¿Cuál es el pronóstico del dolor abdominal en un SU urbano europeo terciario? Los participantes presentaron 35 síntomas predefinidos. Para todos los pacientes con dolor abdominal, se registraron los diagnósticos de la visita índice. Si un diagnóstico cambiaba entre la visita índice y la representación, se clasificaba como diagnóstico perdido. Entre 3,960 presentaciones proyectadas, 480 (12.1%) se debieron a dolor abdominal. De 63 (13.1%) presentaciones relacionadas, las causas más prevalentes fueron colelitiasis, gastroenteritis y retención urinaria. Un diagnóstico perdido se atribuyó a 27 (5.6%) presentaciones. La mortalidad a los 30 días fue comparable a la de todos los demás pacientes de urgencias (2.2% frente a 2.1%). La conclusión es que los pacientes con dolor abdominal tienen un bajo riesgo de presentación; y la mayoría de diagnósticos perdidos fueron porque eran de origen benigno. Es de destacar la alta incidencia de causas extra-abdominales, pues esto puede inducir un cambio en el diagnóstico diferencial del dolor abdominal. (26)

Poudel R., et al. (2019), en objetivo de su estudio fue establecer la prevalencia de ingreso por abdomen agudo y su frecuencia según sexo, edad, y mes de ingreso hospitalario. Métodos: fue un estudio descriptivo retrospectivo realizado en el Colegio Universal de

Ciencias Médicas, Bhairahawa, de Nepal. Se revisaron los registros de ingreso a sala de cirugía desde julio de 2017 hasta junio de 2018. Resultados: se estudiaron un total de 675 pacientes con abdomen agudo. El cuadro apendicular fue la causa más frecuente y representó el 52% del ingreso total. Le siguieron la obstrucción intestinal (13%) y la colecistitis aguda (11%). En general, la temporada de primavera tuvo el mayor número de ingresos (31.5%), seguida del invierno (25.6 %). Conclusión: la incidencia de abdomen agudo varía según la edad, encontrándose más comúnmente en adultos jóvenes. Los hombres tienen una mayor prevalencia de abdomen agudo en comparación con las mujeres, con excepción de la colecistitis aguda. (27)

Sabo C y Dumitrascu D., realizaron una revisión donde se centraron en las herramientas de diagnóstico que utilizan los médicos generales para la valoración del dolor abdominal crónico, debido a la ausencia de características de alerta, que indican condiciones muy agudas. Los costos asociados con un estudio de diagnóstico son una carga costosa para el cuidado de la salud. Se recomienda un enfoque sistemático para evaluar a los pacientes e iniciar un plan de manejo en el entorno de atención primaria. El dolor abdominal no diagnosticado debe investigarse comenzando con una historia clínica y un examen físico detallados. Conclusión: las investigaciones diagnósticas deben limitarse y adaptarse de acuerdo con las características clínicas y la gravedad de la sintomatología. (28)

Treuer R. (2017), describieron el dolor abdominal en adultos mayores, siendo este grupo etario el que experimenta la mayor tasa de ingresos al Servicios de Urgencias. Las patologías abdominales son un gran desafío, ya que tienen sus propias características que dificultan el diagnóstico y tratamiento. En ciertas poblaciones de acuerdo a la edad, suelen tener sintomatologías atípicas con lo que llegar al diagnóstico de la patología específica es más difícil y tardío, aumentando la mortalidad. Conclusión: Es útil ordenar alternativas diferenciales, ya sea un mecanismo de tipo inflamatorio, obstructivo, vascular y otros, favoreciendo el diagnóstico temprano y el adecuado tratamiento a seguir. (29)

Ugarte MJ. (2021), realizó una investigación sobre el dolor abdominal en medicina ambulatoria, el cual tiene múltiples causas, entre ellas las patologías mortales y otras benignas en las que se necesita tratamiento y no otras pruebas. La anamnesis y la

exploración física son la clave para llegar a la etiología. Una historia completa incluye hacer preguntas directas para confirmar o descartar los diagnósticos sospechosos, estos son la principal vía para llegar al diagnóstico y tratamiento del paciente. El clínico debe conocer los síndromes en los que se incluye el dolor abdominal, especialmente aquellos con riesgo mortal que requieren tratamiento urgente o cirugía. También necesita conocer los síndromes benignos frecuentes que pueden tratarse sintomáticamente de manera segura sin más investigación. En conclusión, los adultos mayores con o sin comorbilidades pueden presentar causas inusuales de dolor abdominal o pueden tener una presentación atípica de trastornos comunes, además, pueden presentar etiologías graves más frecuentes que requieran intervenciones urgentes. (30)

2.2 Bases teóricas

Dolor Abdominal Agudo

Este término, es aplicable a pacientes con dolor abdominal de inicio insidioso o súbito, sin causa aparente a la evaluación. (31). Se trata de una condición clínica de emergencia, y se caracteriza por un comienzo brusco con síntomas abdominales, como el dolor, o el síndrome lipotímico en casos hemorrágicos. El DAA puede llegar a pasar de un cuadro leve a un cuadro severo, y presentarse con signos de inflamación peritoneal, que pueden requerir quirúrgico.

Las procedencias del DAA pueden ser las siguientes:

1. De componente mecánico cuando se presenta tracción, o distensión de los tejidos musculares tanto de las vísceras huecas como las macizas, pero ocurre de forma brusca.
2. De componente inflamatorio, cuando hay liberación de la cascada de citoquinas, o prostaglandinas, debido a inflamación o infección.
3. De componente isquémico por falta de irrigación, debido a un proceso trombótico, o embólico, que libera metabolitos provocando dolor.

Fisiopatología del DAA

Los cambios secundarios fisiopatológicos, suceden al inicio a nivel celular, llegando luego al nivel sistémico, en particular en el sistema inmunológico, gastrointestinal, y nervioso. Estos cambios afectan produciendo una disminución de la reserva fisiológica, y de las reservas funcionales de cada uno de los sistemas. (31)

El DAA, fisiopatológicamente, puede presentarse como, dolor visceral, sordo y puede no tener claro una localización exacta; dolor parietal, que puede ser insidioso o brusco, y dolor referido, producto de estímulos nociceptivos que se perciben a la distancia.

Causas

Los grupos etiológicos del DAA en adultos, considerando la frecuencia en que se presentan en cada edad, son los siguientes:

- Enfermedades biliares
- Patología obstructiva intestinal y patología herniaria de pared abdominal.
- Apendicitis, diverticulitis y úlcus péptico.
- Y afecciones vasculares.

Diagnósticos

Para el diagnóstico de DAA es necesario determinar los factores que lo retrasan, o que lo dificultan, tanto en el paciente adulto mayor como en los más jóvenes. También se debe de considerar la mortalidad asociada, sobretodo en pacientes geriátricos, por lo que se deberá considerar los siguientes 3 factores:

1. En adultos mayores, son muchas las enfermedades que evolucionan de distinta forma y la sintomatología suele ser leve, no florida como en el adulto joven.
2. La historia clínica también se ve afectada, ya que suelen dar datos no objetivos.
3. Las comorbilidades adyacentes, suelen enmascarar el cuadro de fondo.

Evaluación de DAA

El diagnóstico del DAA inicial debe ser rápido, pues tanto la evaluación como el tratamiento deben ser simultáneos. Las intervenciones de diagnóstico incluyen análisis de sangre e imágenes. En adultos mayores de 40 años, un electrocardiograma puede ayudar a descartar un infarto de miocardio como la causa del aparente dolor abdominal. Por regla general se debería realizar pruebas diagnósticas tanto laboratoriales como de imágenes. (32)

El diagnóstico por imágenes tiene buenos resultados, una ecografía al pie de cama puede ayudarnos a diagnosticar diferentes patologías abdominales en menos de 5 minutos. La tomografía hoy por hoy es el método elegido para pacientes con sospecha de patología quirúrgica abdominal. Por lo general, la resonancia magnética solo se debería usar en pacientes que tengan contraindicación de algún otro método, como las gestantes.

El Tratamiento y Manejo del DAA

Los signos vitales inestables como la hipotensión y la taquicardia sugiere que el paciente necesita una reanimación rápida y agresiva, iniciándose con fluidoterapia y si es necesario el uso de vasopresores para mantener estable al paciente. El inicio temprano de antibióticos es esencial ante la sospecha de complicaciones.

2.3 Definición de términos básicos

Dolor Abdominal Agudo (DAA):

Un abdomen con dolor agudo requiere de atención y tratamiento de forma urgente, pues puede deberse a una infección, a una oclusión u obstrucción vascular, o a una inflamación, las cuales pueden producir vómito o náuseas, junto con el dolor. Las causas más comunes del DAA son la patología apendicular, la pancreatitis, y patologías biliares. También se presentan causas obstétricas que incluye un embarazo ectópico roto o una torsión ovárica. (32)

Tratamiento del Dolor Abdominal Agudo:

Para el tratamiento del DAA se utilizan medicamentos como el paracetamol o la dipirona, los cuales se administran por vía parenteral, con la ventaja de que tienen una acción rápida. Otras alternativas son el combinar los analgésicos opioides y los no opioides, debido a que mejoran la calidad de las analgesias. Los tratamientos alternativos para aliviar el DAA, recomiendan no realizarlos antes del diagnóstico definitivo, pues esto interfiere en la evaluación. El uso de analgésicos, de manera intravenosa, con opiodes no encubren los signos peritoneales, disminuyendo el malestar, lo cual facilita la exploración. (33)

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 Formulación de Hipótesis

La hipótesis de Investigación es la siguiente:

Las causas más prevalentes del dolor abdominal son el cuadro apendicular, la colelitiasis, y el grupo etario más frecuente es de 20 a 30 años, en usuarios atendidos en el servicio de emergencia de la clínica Internacional, Lima, durante el año 2022.

3.2 Variables y su definición operacional

Variables	Definición	Tipo/ naturaleza	Indicador	Escala de medición	Categorías y/o valores	Medio de verificar
Edad	Tiempo de vida	Cuantitativa	Años	Razón	Desde los 18 años	DNI
Sexo	Género al nacer	Cualitativa	Sexo biológico	Nominal	Masculino, Femenino	DNI
Pruebas diagnósticas	Es la prueba diagnóstica realizada.	Cualitativa	Exámenes de laboratorio e Imagenológicos	Nominal	-Función hepática, -Amilasa y lipasa, -Ultrasonido, -Tomografía	Historia clínica
Causas	Las causas más frecuentes de dolor abdominal	Cualitativa	Diagnóstico de la causa más frecuente de dolor abdominal	Nominal	-Apendicitis aguda, -colelitiasis, -colitis, -colecistitis aguda, -diverticulitis.	Historia clínica
Localización del dolor	Ubicación del dolor abdominal según parámetros anatómicos	Cualitativa	Ubicación del dolor abdominal	Nominal	-Hipocondrio derecho -Hipocondrio izquierdo -Flanco derecho	Historia clínica

					-Flanco izquierdo -Fosa iliaca derecha -Fosa iliaca izquierda -Mesogastrio -Epigastrio -Hipogastrio	
Medicación	Antecedente de medicación previa	Cualitativa	Consumo de fármacos	Nominal	Si No	Ficha de evaluación
Cirugías Previas	Antecedente de Cirugías Previas	Cualitativa	Intervención Quirúrgica Previa	Nominal	Si No	Historia clínica
Peso	Masa corporal	Cuantitativa	Kg	Razón	0 a 150 kilos	Ficha de evaluación
Talla	Altura corporal	Cuantitativa	Cm	Razón	0 a 200 cm	Ficha de evaluación
IMC	Relación entre la masa corporal y la talla	Cuantitativa	Kg/m ²	Razón	Mayor a 18.5 Kg/m ²	Ficha de evaluación
Diabetes Mellitus	Tipo de DM que puede producir insulina, pero se hace resistente a ella.	Cualitativa	Paciente con el antecedente de Diabetes Mellitus	Nominal	SI No	Historia clínica

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1 Diseño metodológico:

De acuerdo con el enfoque metodológico esta investigación será de tipo cuantitativo, porque cuantifica en números y porcentajes los datos de las variables del estudio.

Según la intervención del investigador: Observacional, debido a que se recolectará las características epidemiológicas de dolor abdominal agudo, sin ninguna intervención.

Según el alcance: Analítico.

Según el número de mediciones de la o las variables de estudio: Transversal, porque solo una vez se recolecta la data.

Según el momento de la recolección de datos: Retrospectivo, ya que la realización del estudio será posterior a la ocurrencia de los hechos.

4.2 Diseño muestral

4.2.1 Población Universo:

Pacientes que ingresan al servicio de emergencia en la Clínica Internacional.

4.2.2 Población Estudio:

Pacientes con dolor abdominal que ingresan al servicio de emergencia en la Clínica Internacional, sede Lima durante el año 2022.

4.4.3 Criterios de Elegibilidad:

Criterios de Inclusión:

- Pacientes mayores de 18 años,
- de ambos sexos,
- con historia clínica completa según variables de estudio.

Criterios de Exclusión:

- Pacientes con dolor abdominal traumático,
- gestantes,
- que presente algún trastorno psiquiátrico o HIV.
- que sea positivo al coronavirus al ingreso.

4.2.4 Tamaño de la Muestra:

El tipo de muestreo que se pretende usar en el estudio es de tipo censal, ya que incluirá todos los casos que cumplan con los criterios de selección. Por lo tanto, la muestra estará conformada por 140 pacientes atendidos en el periodo del año 2022 con dolor abdominal agudo de la Clínica Internacional.

4.2.5 Muestreo:

Se incluirá a la totalidad de pacientes que ingresaron por el servicio de Emergencias por un cuadro de dolor abdominal agudo en la Clínica internacional.

4.3 Técnicas de recolección de datos

Se solicitará los permisos necesarios a las autoridades de la clínica Internacional, sede Lima, para examinar las historias clínicas de pacientes ingresados por emergencia en el año 2022. Luego se filtrarán las historias clínicas, teniendo en cuenta los criterios de exclusión e inclusión, trasladando los datos, según las variables de estudio, a unas fichas de recolección (ver anexo 2); el siguiente paso es la depuración de la información para su posterior análisis. A cada ficha se le asignará un código único, para de esta forma, mantener en el anonimato los datos sensibles de los pacientes.

4.3.1 Instrumentos de recolección y medición de variables

La fuente de recolección de datos es la Historia clínica. Se recolectarán los datos a través de la ficha diseñada para la investigación, se tabularán y luego se vaciarán en una tabla en Excel. La ficha de recolección será validada antes del inicio de la investigación.

4.4 Procesamiento y análisis de datos

Con la información registrada en las fichas de recolección, éstas se digitalarán a una base de datos del programa estadístico STATA v17. En el análisis descriptivo se aplicarán tablas porcentuales para las variables categóricas, y gráficos de barras o pie para representar a estas variables; en el análisis inferencial, se aplicarán pruebas de asociación de Chi-cuadrado o Fisher para comparar las características de los pacientes según las causas del dolor abdominal agudo. Se tomará un nivel de significancia de 0.05.

4.5 Aspectos éticos

Como será un estudio de tipo retrospectivo, con la información de las historias clínicas ya registradas, no es necesario el consentimiento informado por parte de los pacientes, pero se respetarán los reglamentos del Comité de Ética de la Universidad San Martín de Porres, y las disposiciones de la clínica Internacional. Los datos de los pacientes no serán publicados ni mostrados a terceras personas, trabajándolos de forma anónima.

CRONOGRAMA

FASES	MESES	2022 - 2023						
		10	11	12	01	02	03	04
Aprobación del proyecto de investigación		X						
Recolección de datos			X	X	X			
Procesamiento y Análisis de Datos						X		
Elaboración del informe							X	X

PRESUPUESTO

Concepto	Monto Estimado (soles)
Material de escritorio	200
Adquisición de Software	1000
Internet	300
Impresiones	250
Logística	800
Traslados	900
TOTAL	3450

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Morales C. (2021). Protocolo de manejo de abdomen agudo en el Servicio de Urgencias. Dip. Emergencias y Urgencias Médicas 4V;Dip. EyUM - 33/21. <http://hdl.handle.net/123456789/23611>
2. De Simone B, Ansaloni L, Sartelli M, Coccolini F, Paolillo C, Valentino M, et al (2019). The Acute Abdomen Decision Making course for the initial management of non traumatic acute abdomen: A proposition of the World Society of Emergency Surgeons. Emergency Care Journal 2019; volume 15(7767):1-7. <https://doi.org/10.4081/ecj.2019.7767>
3. Lofgran T, and Koury R. (2022). A Twist on Adolescent Abdominal Pain in the Emergency Dep. Cureus 14(7):e27371. <https://doi.org/10.7759/cureus.27371>
4. MINSA, Hospital de Huaycán. (2021). Guías de Práctica Clínica. Disponible en: <https://www.hospitalhuaycan.gob.pe/SIESMAR/Archivos/Comunicaciones/NormasLegales/normaLegal-160921303607967.pdf>
5. Al Ali M, Jabbour S, and Alrajaby S. (2019). Acute Abdomen systemic sonographic approach to acute abdomen in emergency department: a case series. Ultrasound J 11:22. <https://doi.org/10.1186/s13089-019-0136-5>
6. Chong V, Schultz TJ, and Donnelly F. (2019). Clinical protocols for adults with acute abdominal pain in Australian emergency departments. J of evaluation in clin practice. 25(3):412-19. <https://doi.org/10.1111/jep.13103>
7. Vaghef-Davari F, Ahmadi-Amoli H, Sharifi A, Teymouri F, and Paprouschi N. (2020). Approach to Acute Abdominal Pain: Practical Algorithms. Advanced J of Emergency Medicine. 2020;4(2):e29. <https://doi.org/10.22114/ajem.v0i0.272>
8. Ortiz-Nieto MV, Gaibor-Tapia AL, Delgado-Salazar GI, y Gaitán-Jiménez JL. (2021). Criterio clínico y complicaciones quirúrgicas en abdomen agudo en paciente pediátrico. Dom. Cien. 7(4):934-951. <http://dx.doi.org/10.23857/dc.v7i4>

9. Kozaci N, Avci M, Tulubas G, Ararat E, Karakoyun OF, Karaman C, and Erol B. (2020). Role of emergency physician-performed ultrasound in the differential diagnosis of abdominal pain. *Hong Kong Journal of Emergency Medicine* 27(2):79-86. <https://doi.org/10.1177/1024907918808115>
10. Garro V, Rojas S, Thuel M. (2019). Diagnóstico, evaluación y tratamiento de la apendicitis aguda en el servicio de emergencias. *Revista Médica Sinergia*. 4(12):1-12. <https://doi.org/10.31434/rms.v4i12.316>
11. Kirsten J. De Buriel, Andrew J. Ing, Peter D. Larsen, And Elizabeth R. Dennett. Systematic review of diagnostic pathways for patients presenting with acute abdominal pain. *International Journal for Quality in Health Care*, 2018, 30(9), 678-683. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzy079>
12. Cervellin G, Mora R, Ticinesi A, Meschi T, Comelli I, Catena F, Lippi G. Epidemiology and outcomes of acute abdominal pain in a large urban Emergency Department: retrospective analysis of 5,340 cases. *Ann Transl Med* 2016;4(19):362. <https://doi.org/10.21037/atm.2016.09.10>
13. Montenegro A., y Camacho C. Prevalencia de abdomen agudo en pacientes de 18 a 64 años atendidos en la emergencia del Hospital Básico Durán. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, Ecuador, 2020.
14. Fanny Isabel González-Martel, Juan Francisco Sánchez-Cruz, Montserrat del Carmen Enríquez-Negrete. Concordancia entre los diagnósticos de envío y final en pacientes adultos con síndrome doloroso abdominal. *Rev Salud Quintana Roo*, septiembre-diciembre 2018, Volumen 11(40):11-20
15. Idrobo AA, Bastidas BE, Yasno LM, Vargas AL, Merchán-Galvis AM. Presentación y desenlace del manejo conservador en obstrucción intestinal por bridas en el Cauca. *Rev Colomb Gastroenterol*. 2020;35(4):447-454. <https://doi.org/10.22516/25007440.517>
16. Vega R. Apendicitis aguda: aspectos clínicos y de laboratorio en adultos mayores, atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el 2018. Tesis de medicina, 2019. Univ. Nacional F. Villarreal. Lima.

17. Diana Rojas-Valenzuela, Martha Quiñonez-Meza. Estudio epidemiológico de pacientes con dolor abdominal agudo no traumático egresados del servicio de urgencias. Rev Med UAS; Vol. 10: No. 1. Enero-Marzo 2020.
18. Thakur JK et al. Epidemiology of acute abdominal pain: a cross-sectional study in a tertiary care hospital of Eastern India. Int Surg J. 2019 Feb;6(2):345-348.
19. Seyed Mostafa Shiryazdi, Azadeh Azhdari, Hossein Fallahzadeh. Acute abdominal pain causes in patients referred to hospital treatment. Med Čas (Krag) / Med J (Krag) 2019; 53(1): 14-19.
20. Sarah J Price, Niamh Gibson, William T Hamilton, Jennifer Bostock and Elizabeth A Shephard. Diagnoses after newly recorded abdominal pain in primary care: observational cohort study. British Journal of General Practice, August 2022
21. Carmen Wolfe, Maglin Halsey-Nichols, Kathryn Ritter, Nicole McCain. Abdominal Pain in the Emergency Department: How to Select the Correct Imaging for Diagnosis. Open Access Emergency Medicine 2022;14 335-345.
<https://doi.org/10.2147/OAEM.S342724>
22. Kumar NR, Krishna BS, Satyanarayana V, Reddy VV, Madhusudhan M, Subramanyam P. Study of clinical features and outcomes in patients presenting to the emergency department with acute abdomen. J Clin Sci Res 2019;8:172-6.
https://doi.org/10.4103/JCSR.JCSR_110_19
23. Mella V, et al. Apendicitis aguda: análisis descriptivo de la situación epidemiológica en Chile. Revista Confluencia, 2020; 2(1), 26-29.
24. Kilalo M. Mjema, et al. Aetiologies and outcomes of patients with abdominal pain presenting to an emergency department of a tertiary hospital in Tanzania: a prospective cohort study. BMC Gastroenterology, 2020; 20:173.
<https://doi.org/10.1186/s12876-020-01313-z>
25. Moya M, Castaño M, Sáez MA, y López-Torres J. Divertículo de Meckel como causa de dolor abdominal recurrente. Rev Clin Med Fam 2019; 12 (3): 151-154

26. Isabelle Osterwalder, Merve Özkan, Alexandra Malinovska, Christian H. Nickel and Roland Bingisser. Acute Abdominal Pain: Missed Diagnoses, Extra-Abdominal Conditions, and Outcomes. J. Clin. Med. 2020, 9, 899.
27. Poudel R., et al. Prevalence of acute abdomen admission in surgery ward at tertiary care center of Nepal. Journal of Universal College of Medical Sciences (2019) Vol.07 No.01 Issue 19. <https://doi.org/10.3126/jucms.v7i1.24678>
28. Sabo C y Dumitrascu D. Chronic Abdominal Pain in General Practice. Dig Dis 2021;39:606-614. <https://doi.org/10.1159/000515433>
29. Treuer R. Dolor abdominal agudo en el adulto mayor. Rev Med Clin Condes, 2017; 28(2) 282-290
30. Ugarte MJ. Enfrentamiento del paciente con dolor abdominal. Rev Med Clin Condes, 2021; 32(4) 457-465. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2021.06.005>
31. Medina M, Paruta Z, Quincha V, y Páez G. Causas de abdomen agudo en adultos mayores. Recimundo 2020; 4(1):90-9. [https://doi.org/10.26820/recimundo/4.\(1\).esp.marzo.2020.90-99](https://doi.org/10.26820/recimundo/4.(1).esp.marzo.2020.90-99)
32. National Library of Medicine-NIH. Acute Abdomen. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459328/>
33. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán". Tratamiento para el dolor abdominal agudo en la sala de urgencias. Disponible en: <http://www.dolorypaliativos.org/art178.asp>

Anexo 1. Matriz de Consistencia

Pregunta de investigación	Objetivos	Hipótesis	Tipo/diseño de estudio	Población, procesamiento de datos	Instrumento de recolección
<p>¿Cuáles son las características epidemiológicas del dolor abdominal agudo adultos del servicio de Emergencias Clínica Internacional atendidos año 2022?</p>	<p>Objetivo general: Identificar y describir las características epidemiológicas del dolor abdominal agudo en adultos del Servicio de Emergencias Clínica Internacional atendidos año 2022.</p> <p>Objetivos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Determinar la frecuencia de ingresos a la emergencia por dolor abdominal agudo. - Determinar las principales causas de dolor abdominal agudo. - Describir las características según grupo etario y género. - Identificar las comorbilidades más prevalentes. 	<p>Las causas más prevalentes del dolor abdominal son el cuadro apendicular, la coleditiasis, y el grupo etario más frecuente es de 20 a 30 años, en usuarios atendidos en el servicio de emergencia de la clínica Internacional, Lima, durante el año 2022.</p>	<p>Estudio será de tipo retrospectivo, de corte transversal para el año 2022.</p> <p>El alcance será analítico.</p>	<p>Población serán los 220 ingresos a emergencia con dolor abdominal agudo durante el año 2022.</p> <p>La muestra serán 140 pacientes.</p> <p>Se utilizará el software STATA 17. Los resultados se presentarán en tablas de porcentajes, y gráficos de barras.</p> <p>En la parte inferencial se aplicarán las pruebas de Chi-cuadrado y Fisher.</p> <p>En los contrastes de hipótesis el nivel de significancia será 0.05.</p>	<p>Será una ficha de recolección de datos, donde se registrarán los valores de las variables de estudio obtenidas de las historias clínicas.</p>

Anexo 1. Ficha de Recolección de Datos

1. Código:
2. Hist. Clínica:
3. Edad años. Sexo: Masculino Femenino
4. Peso Kg. Talla Cm. IMC
5. Antecedente de Diabetes Mellitus No Sí

A. Datos del Dolor Abdominal Agudo:

1. Prueba realizada:
Función hepática , Amilasa y lipasa , Ultrasonido , Tomografía
2. Causas
Apendicitis aguda , Colelitiasis , Colitis , Colecistitis aguda , Diverticulitis ,
Otras (especificar)
3. Localización del dolor:
Hipocondrio derecho ,
Hipocondrio izquierdo ,
Flanco derecho ,
Flanco izquierdo ,
Epigastrio ,
Mesogastrio ,
Hipogastrio ,
Fosa iliaca derecha ,
Fosa iliaca izquierda
4. Medicación previa: No , Sí , con:
5. Cirugía previas No , Sí