

UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**“FACTORES ASOCIADOS A TIPO DE MANEJO TERAPÉUTICO DE
PACIENTES CON DOLOR ABDOMINAL AGUDO ATENDIDOS EN EL
SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE
MOQUEGUA AÑO 2025”**

TESIS

Presentado por:

Nayeli Gina Chávez Fuentes
ORCID 0009-0004-1334-6868

Asesor:

Dr. Gerson Gómez Zapana
ORCID 0000-0003-3493-7910

Para optar el título profesional de Médico Cirujano

Tacna – Perú

2026

DEDICATORIA

A mis padres Rubén y Gina, por su amor incondicional, apoyo constante y confianza en cada etapa de mi formación. Gracias por enseñarme el valor del esfuerzo, la perseverancia y responsabilidad, principios que me han permitido alcanzar esta meta.

A mi hermano Joseph, por su cariño y por la motivación constante.

Este logro también es de ustedes.

AGRADECIMIENTOS

A mis queridos padres, por su amor incondicional, apoyo constante, sacrificio y confianza depositada en mí a lo largo de mi formación profesional. Gracias por ser mi motivación para alcanzar cada una de mis metas.

A mi asesor de tesis, por su orientación, paciencia, conocimientos y valiosas recomendaciones durante el desarrollo de esta investigación.

A la Universidad Privada de Tacna y a todos los docentes que formaron parte de mi proceso de aprendizaje, por su orientación y permanente disposición para transmitir sus conocimientos, los cuales han contribuido de manera significativa a mi preparación profesional y al logro de esta meta.

Asimismo, agradezco a todas las personas que, directa o indirectamente, contribuyeron al desarrollo y culminación de esta investigación.

DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD

Yo, Nayeli Gina Chávez Fuentes, en calidad de Bachiller de la Escuela Profesional de Medicina Humana de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Privada de Tacna, identificado con DNI 70981369, declaro bajo juramento que:

1. Soy autor de la tesis titulada:

"Factores asociados a tipo de manejo terapéutico de pacientes con dolor abdominal agudo atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Moquegua año 2025"

Asesorada por Gerson Roberto Gomez Zapana, la cual presente para optar el: Título Profesional de Médico Cirujano.

2. La tesis no ha sido plagiada ni total ni parcialmente, habiéndose respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas.

3. La tesis presentada no atenta contra los derechos de terceros.

4. La tesis no ha sido publicada ni presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.

5. Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido falsificados, ni duplicados, ni copiados.

Por lo expuesto, mediante la presente asumo frente a La Universidad cualquier responsabilidad que pudiera derivarse por la autoría, originalidad y veracidad del contenido de la tesis, así como por los derechos sobre la obra.

En consecuencia, me hago responsable frente a La Universidad de cualquier responsabilidad que pudiera ocasionar, por el incumplimiento de lo declarado o que pudiera encontrar como causa del trabajo presentado, asumiendo todas las cargas pecuniarias que pudieran derivarse de ello a favor de terceros con motivo de acciones, reclamaciones o conflictos derivados del incumplimiento de lo declarado o las que encontrasen causa en el contenido de la tesis.

De identificarse fraude, piratería, plagio, falsificación o que el trabajo de investigación haya sido publicado anteriormente; asumo las consecuencias y sanciones que de nuestra acción se deriven, sometiéndonos a la normatividad vigente de la Universidad Privada de Tacna.

Chavez

DNI: 70981369

Fecha: 17-7-26

RESUMEN

Introducción: El dolor abdominal agudo constituye una de las causas más frecuentes de consulta en los servicios de urgencias, siendo un reto diagnóstico y terapéutico para los profesionales sanitarios. La identificación temprana de los factores asociados al manejo clínico y quirúrgico es fundamental para optimizar los resultados y reducir complicaciones.

Metodología: Se realizó un análisis estadístico de pacientes atendidos por dolor abdominal agudo, valorando variables clínicas como tiempo de dolor, localización, tipo y migración, así como biomarcadores (leucocitos y PCR) y presencia de comorbilidades. Se emplearon pruebas de asociación y correlación, como el coeficiente Rho de Spearman y el análisis de diferencias estadísticas mediante valores p de una muestra de 310 pacientes con dolor abdominal agudo atendidos en el servicio de emergencia del hospital regional de Moquegua año 2025.

Resultados: Se identificaron asociaciones estadísticamente significativas entre el tiempo de dolor ($p=0.008$), localización ($p=0.000$), tipo de dolor ($p=0.000$) y migración del dolor ($p=0.017$) con el manejo terapéutico. La correlación entre el manejo y la EVA fue alta y significativa ($Rho=0.698$). Además, tanto la leucocitosis como los niveles elevados de PCR se asociaron con la elección de manejo quirúrgico (leucocitos $p=0.000$, PCR $p=0.007$). No se halló asociación significativa entre la presencia de comorbilidades y el tipo de manejo ($p=0.700$).

Conclusiones: Los resultados evidencian la importancia de los factores clínicos y analíticos en la toma de decisiones terapéuticas del abdomen agudo. Se recomienda realizar estudios prospectivos y multicéntricos que incluyan un mayor tamaño muestral y variables adicionales, incorporar la evaluación de comorbilidades relevantes y fomentar el trabajo multidisciplinar. Asimismo, es fundamental promover la formación continua de los profesionales y el desarrollo de herramientas de apoyo a la decisión clínica, como algoritmos integrados en sistemas informáticos hospitalarios. Finalmente, se sugiere establecer sistemas de seguimiento a largo plazo para valorar la evolución y calidad de vida de los pacientes tras el episodio de abdomen agudo.

Palabras clave: abdomen agudo, manejo terapéutico, comorbilidades.

ABSTRACT

Introduction: Acute abdominal pain is one of the most frequent reasons for attendance at emergency departments, presenting a diagnostic and therapeutic challenge for healthcare professionals. Early identification of factors associated with clinical and surgical management is essential to optimise outcomes and reduce complications. **Methodology:** A statistical analysis was carried out on patients treated for acute abdominal pain, assessing clinical variables such as duration of pain, location, type and migration, as well as biomarkers (leucocytes and CRP) and the presence of comorbidities. Association and correlation tests were used, including the Spearman Rho coefficient and statistical difference analysis via p values, on a sample of 310 patients with acute abdominal pain seen in the emergency department of the regional hospital of Moquegua in 2025. **Results:** Statistically significant associations were identified between duration of pain ($p=0.008$), location ($p=0.000$), type of pain ($p=0.000$) and migration of pain ($p=0.017$) with therapeutic management. The correlation between management and the pain scale was high and significant ($Rho=0.698$). Furthermore, both leucocytosis and elevated CRP levels were associated with the choice of surgical management (leucocytes $p=0.000$, CRP $p=0.007$). No significant association was found between the presence of comorbidities and the type of management ($p=0.700$). **Conclusions:** The results highlight the importance of clinical and analytical factors in therapeutic decision-making for acute abdomen. It is recommended to conduct prospective and multicentre studies with larger sample sizes and additional variables, incorporate the evaluation of relevant comorbidities and encourage multidisciplinary collaboration. Likewise, it is essential to promote continuous training of healthcare professionals and the development of clinical decision support tools, such as algorithms integrated into hospital information systems. Finally, it is suggested to establish long-term follow-up systems to assess the evolution and quality of life of patients after an episode of acute abdomen.

Keywords: acute abdomen, therapeutic management, comorbidities.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	10
CAPITULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	12
1.1 FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA	12
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	13
1.2.1. Problema General	13
1.2.2. Problemas Específicos	13
1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	14
1.3.1. Objetivo General	14
1.3.2. Objetivos Específicos	14
1.4 JUSTIFICACIÓN	15
1.5 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS	16
1.5.1 Dolor abdominal agudo	16
1.5.2 Características sociodemográficas	16
1.5.3 Características clínicas	16
1.5.4 Escala visual analógica (EVA):	16
1.5.5 Leucocitos	16
1.5.6 PCR	16
1.5.7 Comorbilidades	16
1.5.8 Urgencia	16
1.5.9 Emergencia	17
CAPITULO II : REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	18

2.1	ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	18
2.1.1	Internacional	18
2.1.2	Nacionales	21
2.2	MARCO TEÓRICO	22
2.2.1	Dolor abdominal agudo	22
2.2.2	Examen físico abdominal	23
2.2.3	Signos de alarma	24
2.2.4	Escalas de valoración del dolor	24
2.2.5	Exámenes auxiliares	24
2.2.6	Manejo terapéutico del dolor abdominal agudo	25
	CAPITULO III: HIPÓTESIS, VARIABLES Y DEFINICIÓN OPERACIONALES	26
3.1	HIPOTESIS	26
3.2	OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	26
	CAPITULO IV: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	31
4.1	TIPO DE INVESTIGACIÓN	31
4.1.1	. Según el nivel de manipulación	31
4.1.2	Según el tiempo de intervención	31
4.1.3	Según el número de mediciones	31
4.1.4	Según el trato de la variable	31
4.1.5	Diseño de Investigación	31
4.2	ÁMBITO DE ESTUDIO	32
4.3	POBLACIÓN Y MUESTRA	32
4.3.1	Criterios De Inclusión	32

4.3.2 Criterios De Exclusión	33
4.4. TÉCNICA	33
4.5. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	33
CAPITULO V: PROCEDIMIENTOS DE ANALISIS DE DATOS	34
5.1 PROCEDIMIENTO DE RECOJO DE DATOS	34
5.2. PROCESAMIENTO DE LOS DATOS	34
5.3. CONSIDERACIONES ÉTICAS	35
CAPITULO VI: RESULTADOS	36
CAPITULO VII: DISCUSIÓN	60
CAPITULO VIII: CONCLUSIONES	64
CAPITULO IX : RECOMENDACIONES	65
BIBLIOGRAFIA	67
ANEXOS	72
Anexo N°01: Ficha de recolección de datos	72

INTRODUCCIÓN

El dolor abdominal agudo, definido convencionalmente como dolor de origen no traumático con una duración máxima de tres días, es una de las quejas más frecuentes que llevan a las personas al Servicio de Emergencias, representando un 7% a 10% de todas las visitas al servicio de urgencias a nivel mundial (1). A pesar de la frecuencia relativamente alta, el dolor abdominal puede ser un síntoma de una enfermedad subyacente grave; y que de manera inicial no es manejada con analgesia (2,3). Uno de los principales desafíos en el abordaje del dolor abdominal agudo es la amplia variedad de diagnósticos diferenciales que pueden manifestarse con síntomas similares. Se ha observado que la gravedad y percepción individual son muy variables, de ahí que la evaluación y decisiones en el tratamiento son difíciles. (4)

En Latinoamérica, la prevalencia varía según el país y la región, pero estudios recientes indican que el dolor abdominal agudo constituye aproximadamente entre el 8% al 15% de las consultas en emergencias, con una tendencia creciente debido a factores sociodemográficos y epidemiológicos (5). En Perú, datos del Ministerio de Salud señalan que el dolor abdominal agudo es responsable del 12% de las admisiones en los servicios de urgencias (6). Estos datos reflejan la importancia del dolor abdominal agudo como problema de salud pública y la necesidad de optimizar su diagnóstico y manejo para reducir complicaciones y mortalidad.

En general, el dolor abdominal agudo constituye un síntoma de gran relevancia clínica (2) donde es relevante la exactitud y oportunidad del diagnóstico. Al mismo tiempo, representa un desafío por la complejidad de su abordaje, especialmente, en quienes requieren frecuentemente exámenes especializados (3). Por todo lo mencionado, este motivo de consulta representa una parte importante del total de las atenciones en los servicios de urgencias y dadas las distintas características de los pacientes, el dolor abdominal no solo representa un reto clínico, sino también, altos costos para el sistema de salud (7).

En consideración a la importancia que se deslinda de este síntoma y las diferentes aristas que se desprenden de su análisis y manejo, el propósito de la investigación es identificar y analizar los factores que se asocian con el tipo de manejo terapéutico aplicado a pacientes con dolor abdominal agudo en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Moquegua, con el fin de aportar información relevante para optimizar la atención clínica, mejorar la toma de

decisiones médicas y contribuir al desarrollo de estrategias de manejo basadas en evidencia que incrementen la seguridad y eficacia del tratamiento en esta población.

CAPÍTULO I

1 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA

El dolor abdominal es una causa común de ingreso al servicio de urgencias, hospitalización y cirugía (8). En general, el dolor abdominal puede representar el 14 % de las consultas de un servicio de urgencias (9). La atención de estos pacientes es compleja, ya que demanda mayor cantidad de tiempo (10) y recursos del sistema de salud (11), ya que los síndromes relacionados a este síntoma, representan un desafío clínico debido a la complejidad que añaden los cambios fisiológicos y psicológicos en las personas (12), lo que puede ocasionar síntomas atípicos como la ausencia de fiebre, incluso en presencia de infección (13).

El diagnóstico diferencial de dolor abdominal en la población adulta es bastante amplio e incluye apendicitis, úlcera péptica, cálculos urinarios, enfermedad inflamatoria intestinal, enfermedades hepatobiliares (p. ej., cólico biliar, colecistitis y pancreatitis), dolor referido debido a neumonía, así como varios otros “imitadores” de origen extraabdominal (14). En mujeres jóvenes, los trastornos ginecológicos (embarazo ectópico, endometriosis y enfermedad inflamatoria pélvica) son afecciones adicionales que deben considerarse en el diagnóstico diferencial. (15). No obstante, cabe señalar que el dolor abdominal puede ser un síntoma indirecto de otras enfermedades como el tromboembolismo pulmonar (16).

En adultos, las causas más frecuentes de dolor abdominal que requieren tratamiento quirúrgico son la colecistitis aguda y otras patologías del tracto biliar, las cuales, por lo general, en este grupo etario, se presentan con mayor tasa de complicaciones como perforaciones o colangitis (17). Estudios como el de Costa et al., de 2020, han reportado que el 5 % de los adultos fallecen tras ser sometidos a cirugía por abdomen agudo (13,18), pero este porcentaje aumenta en personas mayores de 75 años (19). En algunos pacientes, el dolor abdominal puede no tener causa clara al egreso, lo cual puede suceder en 30 % de los casos (20).

A pesar de una mejora sustancial en el enfoque diagnóstico del dolor abdominal, atribuible principalmente al uso extensivo de técnicas de imagen, persisten muchos errores de diagnóstico, que pueden estar asociados con un número sustancial de diagnósticos erróneos y/o cirugías evitables (21).

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Problema General

¿Cuáles son los factores asociados al tipo de manejo terapéutico de pacientes con dolor abdominal agudo atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Moquegua en el año 2025?

1.2.2. Problemas Específicos

- ¿Cuál es la asociación entre las características sociodemográficas y el tipo de manejo terapéutico en pacientes con dolor abdominal agudo atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Moquegua en el año 2025?
- ¿Cuál es la asociación entre las características clínicas y el tipo de manejo terapéutico en pacientes con dolor abdominal agudo atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Moquegua en el año 2025?
- ¿Cuál es la asociación entre las características laboratoriales y el tipo de manejo terapéutico en pacientes con dolor abdominal agudo atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Moquegua en el año 2025?
- ¿Cuál es la asociación entre las comorbilidades y el tipo de manejo terapéutico en pacientes con dolor abdominal agudo atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Moquegua en el año 2025?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. Objetivo General

Determinar los factores asociados al tipo de manejo terapéutico de pacientes con dolor abdominal agudo atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Moquegua en el año 2025.

1.3.2. Objetivos Específicos

- Determinar la asociación entre las características sociodemográficas y el tipo de manejo terapéutico en pacientes con dolor abdominal agudo atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Moquegua en el año 2025.
- Determinar la asociación entre las características clínicas y el tipo de manejo terapéutico en pacientes con dolor abdominal agudo atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Moquegua en el año 2025.
- Determinar la asociación entre las características laboratoriales y el tipo de manejo terapéutico en pacientes con dolor abdominal agudo atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Moquegua en el año 2025.
- Determinar la asociación entre las comorbilidades y el tipo de manejo terapéutico en pacientes con dolor abdominal agudo atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Moquegua en el año 2025.

1.4. JUSTIFICACIÓN

El dolor abdominal agudo requiere de especial atención, por lo que representa un tema de gran relevancia para la medicina de urgencias. Una investigación de este tipo puede tener impacto favorable al recabar información que puede ser valiosa para el análisis situacional clínico y administrativo, además de evidenciar factores relevantes en el contexto local y proponer futuras líneas de investigación. Por tanto, la presente investigación puede aportar al acervo de conocimiento en torno al tema con potenciales beneficiarios como la comunidad médica en general, la institución donde se realiza el estudio, los profesionales especializados en medicina de emergencia y, en especial, los pacientes receptores de la atención médica.

La presente investigación contribuirá a identificar los factores asociados al tipo de manejo terapéutico, permitirá comprender mejor las características clínicas, laboratoriales y de imagen que influyen en la toma de decisiones, favoreciendo un reconocimiento oportuno de los cuadros que requieren intervención quirúrgica. Esto contribuirá a optimizar el proceso diagnóstico y terapéutico, lo que podría traducirse en una mejora en la calidad de atención y reducción de estancias hospitalarias prolongadas. Esta información importante y valiosa se dará a conocer a las autoridades encargadas de direccionar y formular las estrategias para la elaboración o actualización de protocolos de atención en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Moquegua, permitiendo una mejor organización de recursos humanos, materiales y de apoyo diagnóstico.

1.5 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

1.5.1. Dolor abdominal agudo

Sensación de malestar, molestia o agonía en la región abdominal de inicio de dolor <72 horas (22)

1.5.2. Características sociodemográficas

Diferentes grupos sociales o biológicos en los cuales los miembros de una población pueden ser clasificados. (23)

1.5.3. Características clínicas

Conjunto de signos y síntomas que presenta el paciente durante la evaluación médica, incluyendo tiempo de evolución, localización del dolor, tipo, intensidad, migración.

1.5.4. Escala visual analógica (EVA):

Evalúa la dimensión del dolor que describe el paciente basada en una gradiente con puntuación numérica del 0 al 10 (24)

1.5.5. Leucocitos

Células sanguíneas blancas encargadas de la respuesta inmunitaria del organismo frente a infecciones y procesos inflamatorios. (25)

1.5.6. PCR

Proteína plasmática que circula en cantidades crecientes durante la inflamación y después del daño de los tejidos. (26)

1.5.7. Comorbilidades

Presencia de enfermedades coexistentes o adicionales en relación al diagnóstico inicial o con respecto a la condición señalizadora sujeto del estudio. (27)

1.5.8. Urgencia

Situación clínica que requiere atención médica en un tiempo razonable y oportuno con el fin de prevenir consecuencias riesgosas serias. (28)

1.5.9. Emergencia

Situaciones o condiciones que necesitan intervención inmediata y que ponen en riesgo la vida del paciente. (29)

CAPÍTULO II

2 : REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Internacional

Vaswani R y col (30), en su investigación titulada “Estudio clínico y manejo del abdomen agudo no traumático” con diseño descriptivo y transversal realizado en India entre diciembre de 2019 y abril de 2020 que involucro a 100 casos de abdomen agudo no traumático, cuyo objetivo fue describir la epidemiología y los resultados clínicos y de manejo en casos de abdomen agudo no traumático. Los resultados la mayoría de los pacientes rodeaban la edad de 31 a 40 años. La proporción de varones a mujeres fue de 2.85:1, es decir, predominio masculino. La causa más común fue la perforación de víscera hueca, que representó el 30% de los casos, seguida de la apendicitis aguda con el 24% y la obstrucción intestinal subaguda con el 23% y otras. El estudio concluyó que el dolor del abdomen puede representar entidades patológicas desde quirúrgicas hasta las de manejo conservador.

Jameel A y col en 2023 (31), en su investigación titulada “Espectro etiológico del abdomen agudo quirúrgico en pacientes que acuden a urgencias” fue un estudio de tipo transversal de que incluyo a varones y mujeres, la muestra fueron 154 pacientes que acudieron al servicio de urgencias del hospital gubernamental de Lahore, Pakistán. La información se recopiló por medio de un cuestionario estructurado. Los resultados mostraron una edad media de $41,4 \pm 16,5$ años, con 82 hombres (53,2%) y 72 mujeres (46,8%), con leve predominio masculino. Se observó diferencias en la presentación de los síntomas de acuerdo al sexo; en varones fue más frecuente el dolor abdominal, ardor al orinar, diarrea y rigidez abdominal; mientras que en mujeres fue el dolor abdominal localizado, aunque esta diferencia no fue estadísticamente significativa. El estudio destacó que las presentaciones clínicas del abdomen agudo son heterogéneas, lo que subraya la importancia de una evaluación diagnóstica precisa y oportuna. Los investigadores llegaron a la conclusión que los pacientes con abdomen agudo presentan síntomas diversos, por ello un diagnóstico común bien definido y un examen clínico son esenciales para una intervención y tratamiento oportuno, para prevenir complicaciones

mayores.

Al-Saigh A.J. et al.(32) en su investigación llamada “Estrategias de manejo del dolor abdominal agudo en urgencias: un estudio del Hospital Universitario Al- Hilla (Irak)” evaluaron las estrategias de manejo del dolor en 97 pacientes que acudieron por dolor abdominal agudo al servicio de urgencias del Al-Hilla Teaching Hospital en Babilonia, Irak, entre junio y septiembre de 2023. El objetivo del estudio fue analizar las características demográficas y clínicas de estos pacientes, así como las estrategias de analgesia utilizadas y su efectividad en el alivio del dolor agudo abdominal. Los resultados mostraron una edad media de 39.6 años, con predominio del sexo femenino (60.8%). Los síntomas con mayor frecuencia que se asociaron al dolor abdominal fueron náuseas y vómitos (95,8%), diarrea (52,5%) y fatiga (38.1%). Un dato relevante es que un 90,7% de pacientes acudieron a emergencia dentro de las primeras 6 horas de inicio del dolor. En el 60,8% de los pacientes el dolor abdominal disminuyó entre 30 y 49 minutos tras la administración de analgesia, lo que demuestra la eficacia del manejo temprano del dolor. El estudio concluyó que a los pacientes con dolor abdominal la administración segura y oportuna de analgésicos no compromete la precisión diagnóstica.

Luo, Guanguan y col. (33) en su trabajo titulado “Un estudio retrospectivo de pacientes que se quejaban de dolor abdominal agudo no traumático, ingresados en el departamento de urgencias de un hospital urbano en China” realizaron un estudio retrospectivo con el objetivo de explorar las características demográficas, las pruebas diagnósticas por imagen y los diagnósticos finales de pacientes que acudieron a urgencias por presentar dolor abdominal agudo. Para el estudio se incluyeron 7.453 pacientes mayores de 14 años. Los resultados mostraron que la prevalencia del dolor abdominal agudo según edad fueron el de 20 a 29 años (26,74%), con leve predominio femenino (50,50%). De acuerdo al sistema de triaje de emergencia la mayoría de los pacientes (82,11 %) fue clasificada en un nivel de gravedad intermedio y que un 77,20% requirió estudio por imágenes, principalmente tomografía computarizada (65,45%). Con respecto a la ubicación del dolor, la mayoría de los pacientes se quejaron de dolor en epigastrio (21,12%). En el diagnóstico de dolor abdominal no específico (NSAP), se observó una mayor prevalencia en el sexo femenino, con 1196 casos (16,05%), en comparación con el sexo masculino, que registró 893 casos (11,98%), diferencia que resultó estadísticamente significativa ($p < 0,01$). De manera similar, en el diagnóstico de

gastroenteritis también predominó el sexo femenino, con 737 pacientes (9,89%), frente a 406 pacientes masculinos (5,45%). Por el contrario, en el caso del cólico renal, la situación fue inversa, ya que los pacientes de sexo masculino presentaron una frecuencia considerablemente mayor, con 1070 casos (14,36%), lo que representó aproximadamente tres veces más que en el sexo femenino, que registró 360 casos (4,83%). El estudio reveló la distribución de las enfermedades que causan dolor abdominal agudo no traumático, extrajo características clínicas e información sobre edad y sexo.

Turamyimana F y col. (34) en el estudio titulado “Dolor abdominal agudo no traumático que acude a urgencias de un hospital universitario docente en Ruanda” realizaron un estudio de cohorte prospectivo desarrollado entre octubre de 2023 y febrero de 2024, que incluyó a 261 pacientes con dolor abdominal agudo no traumático. El objetivo fue describir las características clínicas, etiologías e identificar factores asociados con el riesgo de mortalidad hospitalaria. Se observó que la edad media fue de 39,7 años y que el 57,5 % eran varones. Las principales causas de dolor abdominal fueron la obstrucción intestinal (25,7 %) y la perforación de víscera hueca (18,8 %). El 40,2 % de los pacientes requirió manejo quirúrgico y la mortalidad hospitalaria global fue de 11,1 %. Los factores asociados a un mayor riesgo de mortalidad incluyeron la edad avanzada (≥ 75 años), la presencia de malignidad, la peritonitis, el estado mental alterado y la lesión renal aguda. Los autores concluyeron que el dolor abdominal agudo no traumático representa una condición frecuente, por ello es importante identificar a los pacientes que presentan factores de riesgo de forma temprana.

Shinde V y col. (35) en su estudio titulado “Perfil clínico y epidemiológico de pacientes que acudieron con abdomen agudo al servicio de urgencias de un hospital de tercer nivel” realizaron un estudio observacional retrospectivo y se incluyó 176 pacientes con dolor abdominal agudo, mayores de 14 años, atendidos entre noviembre del 2022 a julio del 2023. El objetivo fue describir las características demográficas, diagnósticos, tratamiento y efectividad del tratamiento en pacientes con dolor abdominal agudo. La edad predominante se encontró entre de 26 y 50 años (73,86%) y una mayor proporción de casos de varones (58,5%). Las etiologías más prevalentes fueron apendicitis aguda (23,3%) y cálculos renales (18,75%). Además, el estudio reportó que un 44,31% de pacientes tuvieron un manejo quirúrgico, mientras que el resto recibió manejo conservador. El estudio concluyó la importancia de una atención integral en urgencias

debido a la diversidad de causas y la alta proporción de intervenciones quirúrgicas; asimismo, se observó que la implementación de analgesia y tratamiento adecuados redujo de manera significativa las puntuaciones de dolor después de la intervención.

Meena J y col. (36) en su investigación “Estudio de factores etiológicos, perfil clínico y evolución del abdomen agudo no traumático en pacientes adultos” de tipo observacional prospectivo y se incluyó 123 pacientes con abdomen agudo. El objetivo fue analizar los factores etiológicos, características clínicas y evaluar los resultados clínicos de estos pacientes. En el estudio predominó el sexo masculino (61,8%) y la mayor parte de los pacientes se concentró entre la tercera y quinta década de la vida. Los resultados arrojaron que un 67,5% requirieron manejo quirúrgico mientras que el 32,5% tuvieron manejo conservador. La mayoría de los pacientes evolucionó favorablemente, con alta hospitalaria en el 98,4 % de los casos, y una mortalidad global de 1,6 %. Además, el estudio reportó una estancia hospitalaria relativamente corta (promedio 6,8 días). Los autores concluyeron que existe una diversidad en las presentaciones clínicas y etiología del abdomen agudo no traumático, por ello es de suma relevancia un diagnóstico temprano y preciso para realizar un manejo adecuado.

Nacionales

Quispe B. (37) en su investigación “Frecuencia del dolor abdominal agudo no traumático en emergencia de un hospital EsSalud de Huancayo, 2022- 2023” mediante un estudio observacional, retrospectivo y descriptivo basado en la revisión de 378 historias clínicas. Predominó el sexo femenino (55.82 %), con una edad promedio de 49.60 ± 16.27 años. La frecuencia del dolor abdominal agudo no traumático fue de 60,32%, el tipo de dolor predominante fue el visceral 39,42% seguido del dolor somático 15,34%. De acuerdo a la ubicación del dolor un 23,54% en la fosa iliaca, 21,69% en hipocondrio derecho. Con respecto a las etiologías la más frecuentes fueron cálculo de vesícula y vías biliares (25,4%), seguido de apendicitis (24,1%), pancreatitis (17,5%), cólico renal (13,2%) y colecistitis (9,2%) y otras patologías en menor proporción. El estudio concluyó que existe una alta frecuencia del dolor abdominal agudo no traumático en pacientes adultos, siendo más frecuente en mujeres.

2.2.MARCO TEÓRICO

2.2.1. Dolor abdominal agudo

El dolor abdominal agudo se define como un síntoma de inicio súbito o de corta evolución, generalmente menor de una semana, que puede variar en intensidad y localización, y que representa la manifestación clínica de múltiples patologías, algunas de las cuales constituyen emergencias médico-quirúrgicas (38). En el servicio de emergencia, el dolor abdominal agudo es uno de los motivos de consulta más frecuentes y su correcta valoración resulta fundamental para evitar retrasos diagnósticos y terapéuticos que incrementen la morbilidad del paciente (39).

2.2.1.1. Causas del abdomen agudo

El abdomen agudo comprende un conjunto de entidades clínicas caracterizadas por dolor abdominal intenso que requieren evaluación inmediata. Desde el punto de vista etiológico, puede clasificarse en abdomen agudo quirúrgico y abdomen agudo no quirúrgico o médico. El abdomen agudo quirúrgico incluye patologías como apendicitis aguda, colecistitis aguda, obstrucción intestinal, perforación de víscera hueca y peritonitis. Asimismo, se incluyen la isquemia mesentérica, el vólvulo intestinal. En la parte ginecológica, el abdomen agudo quirúrgico puede originarse por embarazo ectópico roto, la torsión ovárica y la rotura de quistes ováricos complicados. (9) Por otro lado, el abdomen agudo no quirúrgico comprende procesos que generalmente se manejan de forma conservadora, como gastroenteritis aguda, úlcera péptica no complicada, pancreatitis leve, cólico renal no complicado, infección del tracto urinario y dolor abdominal funcional. (38,40). En las mujeres, las causas ginecológicas son un diagnóstico diferencial importante. La dismenorrea, la ovulación dolorosa, los quistes ováricos no complicados y la enfermedad inflamatoria pélvica suelen causar dolor abdominal sin necesidad de intervención quirúrgica. (9)

2.2.1.2. Evaluación clínica del paciente con dolor abdominal agudo

La evaluación clínica del paciente con dolor abdominal agudo en el servicio de emergencia debe ser sistemática y orientada a identificar de manera temprana las patologías que requieren manejo quirúrgico urgente. Esta evaluación se basa en la

anamnesis dirigida, el examen físico exhaustivo y el uso racional de exámenes auxiliares (39).

2.2.1.3. Anamnesis dirigida

La anamnesis debe enfocarse en las características del dolor, incluyendo inicio (súbito o gradual), localización, irradiación, intensidad, tipo, duración y evolución en el tiempo. Asimismo, debe evaluarse la relación del dolor con la ingesta de alimentos, la posición corporal y la respuesta al uso de analgésicos u otros medicamentos. Por otro lado, es importante identificar síntomas acompañantes como náuseas, vómitos, fiebre, diarrea, estreñimiento, síntomas urinarios (disuria, polaquiuria, hematuria) o ginecológicos, lo cual orienta hacia la etiología del cuadro clínico. (39). Asimismo, se incluyeron como antecedentes patológicos las enfermedades crónicas más frecuentes en la población atendida en el Hospital Regional de Moquegua, específicamente la diabetes mellitus y la hipertensión arterial. La selección de estas comorbilidades se fundamentó en su mayor prevalencia en la población estudiada y en su posible influencia sobre la evolución clínica y el manejo terapéutico de los pacientes con dolor abdominal agudo. En consecuencia, no se consideraron otras comorbilidades debido a su baja frecuencia en los registros clínicos y a su escasa representatividad para el análisis; antecedentes quirúrgicos, episodios similares de dolor y hospitalizaciones previas.

2.2.2. Examen físico abdominal

El examen físico abdominal constituye un pilar fundamental en la evaluación del paciente con dolor abdominal agudo, ya que permite identificar signos clínicos sugestivos de patología quirúrgica y orientar el diagnóstico diferencial. Según Jacobs y Ferguson, este examen debe realizarse de manera sistemática y cuidadosa, idealmente antes de la administración de analgésicos, para evitar la modificación de los hallazgos clínicos (16,17)

La inspección constituye el primer paso del examen físico y permite valorar la presencia de distensión abdominal, asimetrías, cicatrices quirúrgicas previas, hernias visibles, movimientos respiratorios abdominales anormales y alteraciones cutáneas.(38)

La auscultación se realiza antes de la palpación y la percusión, la presencia de ruidos aumentados puede sugerir obstrucción intestinal, mientras que su disminución o ausencia puede estar asociada a íleo paralítico o peritonitis. (38,41)

La percusión permite identificar áreas de timpanismo o matidez abdominal. La palpación, tanto superficial como profunda, es fundamental para localizar el sitio de mayor dolor, evaluar su intensidad y detectar la presencia de defensa muscular voluntaria o involuntaria, rigidez abdominal, masas palpables. (41)

2.2.3. Signos de alarma

Los signos de alarma en el paciente con dolor abdominal agudo incluyen dolor intenso y progresivo, signos de irritación peritoneal, fiebre persistente, taquicardia, hipotensión, vómitos persistentes, sangrado gastrointestinal y deterioro del estado general. La presencia de estos signos orienta a un mayor riesgo de patología grave y a la necesidad de manejo quirúrgico o intervención inmediata. (39,41)

2.2.4. Escalas de valoración del dolor

La valoración de la intensidad del dolor es fundamental para el seguimiento clínico y la respuesta al tratamiento. Las escalas más utilizadas en emergencia son la Escala Visual Analógica (EVA), que consiste en una línea continua de 10 cm en la que el paciente señala la intensidad de su dolor, siendo 0 la ausencia de dolor y 10 un intenso dolor; esta escala es ampliamente empleada debido a su simplicidad y sensibilidad para detectar cambios en la intensidad del dolor. Otra herramienta frecuentemente utilizada es la Escala Numérica del Dolor, en la cual el paciente asigna un valor numérico del 0 al 10 según la intensidad percibida. (39)

2.2.5. Exámenes auxiliares

Los exámenes auxiliares complementan la evaluación clínica y contribuyen a confirmar el diagnóstico. Dentro de los estudios de laboratorio, el hemograma y la proteína C reactiva (PCR).

Entre los marcadores más utilizados destacan la leucocitosis y la neutrofilia, las cuales reflejan la respuesta inflamatoria sistémica y forman parte de las principales escalas de

predicción clínica, como la escala de Alvarado. Asimismo, la proteína C reactiva (PCR) constituye un marcador inflamatorio complementario que puede incrementar la precisión diagnóstica cuando se interpreta conjuntamente con los hallazgos clínicos y hematológicos. (43)

En cuanto a los estudios de imagen, la ecografía abdominal y la tomografía computarizada desempeñan un rol clave para identificar la etiología, severidad y posibles complicaciones del abdomen agudo, influyendo directamente en la decisión terapéutica (40,42).

2.2.6. Manejo terapéutico del dolor abdominal agudo

El manejo terapéutico del dolor abdominal agudo se define como el conjunto de medidas médicas y quirúrgicas destinadas a aliviar el dolor, tratar la causa subyacente y prevenir complicaciones, basándose en el diagnóstico presuntivo, la gravedad clínica y la evolución del paciente en el servicio de emergencia (38)

2.2.6.1. Manejo médico o conservador

El manejo médico o conservador incluye la estabilización hemodinámica, analgesia adecuada, fluidoterapia, control de náuseas y vómitos, ayuno, antibioticoterapia cuando está indicada y observación clínica. Este tipo de manejo se aplica principalmente en pacientes con abdomen agudo no quirúrgico o cuadros clínicos leves y estables (38,39)

2.2.6.2. Manejo quirúrgico

El manejo quirúrgico está indicado en pacientes con diagnóstico de abdomen agudo quirúrgico, presencia de signos de irritación peritoneal, compromiso hemodinámico o falla del tratamiento conservador. La decisión quirúrgica se sustenta en la evaluación clínica continua, los hallazgos de laboratorio e imagenológicos y la evolución del paciente, con el objetivo de reducir complicaciones y mortalidad (40,42)

CAPÍTULO III

3. HIPÓTESIS, VARIABLES Y DEFINICIÓN OPERACIONALES

3.1. HIPOTESIS

H₁: Existen factores asociados al tipo de manejo terapéutico de pacientes con dolor abdominal agudo atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Moquegua en el año 2025.

H₀: No existen factores asociados al tipo de manejo terapéutico de pacientes con dolor abdominal agudo atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Moquegua en el año 2025.

3.2. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	INDICADOR	DEFINICIÓN OPERACIONAL	CATEGORIZACION	ESCALA DE MEDICION
Características sociodemográficas	Edad	Años Cumplidos	Edad en Años cumplidos	Cuantitativa continua
	Sexo	Género del paciente	0 = Masculino 1 = Femenino	Cualitativa nominal
	Grado de Instrucción	Nivel de estudios culminado	0 = Hasta secundaria 1= Superior o más	Cualitativa ordinal

	Estado civil	Situación marital del paciente	0=Soltero 1=Casado 2 = Conviviente 3= Divorciado 4 = Viudo	Cualitativa nominal
Características clínicas	Tiempo de evolución del dolor	Tiempo transcurrido en horas desde el inicio del dolor hasta el momento de la evaluación clínica, registrado en valores numéricos	No aplica	Cuantitativa continua
	Localización del dolor	Región anatómica del abdomen donde se ubica el dolor.	0 = Hipocondrio derecho 1 = Flanco derecho 2 = Fosa iliaca derecha 3= Epigastrio 4= Mesogastrio 5= Hipogastrio 6 = Hipocondrio izquierdo 7 = Flanco izquierdo 8 = Fosa iliaca izquierda	Cualitativa nominal

	Tipo de dolor	Clasificación cualitativa del dolor según la percepción subjetiva del paciente	0= Cólico 1=Opresivo 2=Punzante 3=Urente	Cualitativa nominal
	Intensidad del dolor (EVA)	Dimensión del dolor	No aplica (0-10)	Numérica
	Migración del dolor	Desplazamiento del dolor desde una localización inicial hacia otra distinta	0=No 1= Sí	Cualitativa nominal
	Etiología	Causa probable del dolor identificada mediante evaluación clínica	0=Pancreatitis aguda 1=Obstrucción intestinal 2=Apendicitis aguda 3=Patología biliar 4=Isquemia mesentérica 5=Otros	Cualitativa nominal
Características laboratoriales	Recuento de Leucocitos	Valor numérico del recuento de leucocitos (células/mm ³) registrado en la	No aplica	Cuantitativa continua

	Proteína C Reactiva (PCR)	historia clínica del paciente Valor numérico de proteína C reactiva (mg/L) registrado en la historia clínica del paciente	No aplica	Cuantitativa continua
Estudios de imágenes	Tipo de estudio de imagen	Examen de ayuda diagnóstica solicitado y registrado en la historia clínica del paciente con dolor abdominal agudo durante su atención en emergencia	0 = No se realizó 1= Radiografía abdominal 2=Ecografía abdominal 3= Tomografía computarizada	Cualitativa nominal
Comorbilidades	Presencia de enfermedad crónica	Enfermedad diagnosticada previamente	0 = Diabetes 1 = Hipertensión 2 =No presenta	Cualitativa nominal
Evolución clínica	Estancia hospitalaria	Número de días que el paciente permanece hospitalizado desde su ingreso hasta su alta, fallecimiento o referencia, registrado en la historia clínica	No aplica (días)	Numérico

Manejo terapéutico	Tipo de manejo del diagnóstico	Modalidad de tratamiento principal indicada al paciente según su diagnóstico, registrada en la historia clínica.	0 = Manejo no quirúrgico 1 = Manejo quirúrgico	Cualitativa nominal
-------------------------------	---	---	---	------------------------

CAPÍTULO IV

4. : METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

4.1.1. Según el nivel de manipulación

Observacional. Debido a que no se intervino en el curso normal de las variables implicadas en el estudio, sino que se observaron su progreso de manera natural.

4.1.2. Según el tiempo de intervención:

Retrospectivo.

4.1.3. Según el número de mediciones:

Transversal.

4.1.4. Según el trato de la variable:

Analítico.

4.1.5. Diseño de Investigación

Observacional, analítico, retrospectivo y de corte transversal.

4.2. ÁMBITO DE ESTUDIO

El presente estudio se realizó en el Hospital Regional de Moquegua, es un establecimiento nivel II-2 perteneciente al Gobierno Regional de Moquegua.

Cuenta con los servicios de atención ambulatoria y de hospitalización. Cuenta con servicios como medicina, cirugía, pediatría, ginecología y emergencia. Este último se encuentra en el primer piso del hospital.

4.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población estuvo constituida por 1 610 pacientes con diagnóstico de dolor abdominal agudo atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Moquegua durante el año 2025, con el diagnóstico de “síndrome doloroso abdominal”, “dolor abdominal” o “abdomen agudo”.

Se realizó un muestreo probabilístico aleatorizado simple. El cálculo de la muestra se realizó mediante la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{e^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

El tamaño de muestra calculado fue de 310 pacientes, considerando un nivel de confianza del 95%, una proporción esperada de 0,5 y un margen de error del 5%.

4.3.1. Criterios De Inclusión

- a) Personas mayores de 18 años que ingresen por el servicio de emergencia del Hospital Regional de Moquegua en el año 2025
- b) Personas con el diagnóstico inicial de síndrome doloroso abdominal, dolor abdominal agudo o abdomen agudo en el año 2025.

4.3.2. Criterios De Exclusión

- a) Paciente que haya firmado su retiro voluntario.
- b) Pacientes referidos a otro establecimiento de mayor complejidad durante su hospitalización.
- c) Pacientes con historias clínicas incompletas o con ausencia de datos clave para el análisis.
- d) Pacientes con trauma abdominal como causa del dolor (contuso o penetrante).
- e) Pacientes gestantes

4.4. TÉCNICA

La técnica empleada en este estudio fue la revisión documentaria, consistente en el análisis detallado de las historias clínicas de los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión establecidos. Este procedimiento permitió obtener información relevante sobre los datos de filiación, características clínicas, resultados laboratoriales y el manejo terapéutico aplicado.

La revisión documentaria se realizó de manera exhaustiva, garantizando la confidencialidad de los datos y la fiabilidad de la información recolectada. De este modo, se aseguró que el análisis estuviera fundamentado en registros médicos precisos y completos, permitiendo una evaluación objetiva de las características y resultados clínicos de los pacientes.

4.5. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se utilizó una ficha de recolección de datos, elaborada por el investigador, la cual permitió registrar de manera sistemática la información obtenida de las historias clínicas de los pacientes incluidos en el estudio. Se consignaron datos de filiación, características clínicas, hallazgos laboratoriales y aspectos relacionados con el manejo terapéutico. Este instrumento permitió la recolección de las variables de estudio necesarias para el análisis de los factores asociados al manejo terapéutico en pacientes con dolor abdominal agudo.

CAPÍTULO V

5. : PROCEDIMIENTOS DE ANALISIS DE DATOS

5.1.PROCEDIMIENTO DE RECOJO DE DATOS

El proyecto fue presentado a la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Privada de Tacna; posteriormente, y tras la aprobación para la ejecución del proyecto por parte del dictaminador institucional, se procedió a solicitar los permisos necesarios al Hospital Regional de Moquegua. Se recolectaron datos de filiación como edad, sexo, grado de instrucción y estado civil; además de las características clínicas como localización, tiempo de evolución del dolor abdominal, tipo de dolor, intensidad del dolor, migración y etiología; así mismo, se consideraron características laboratoriales y estudios de imágenes. Por otro lado, se tuvieron en cuenta las comorbilidades y la estancia hospitalaria, considerando el tipo de manejo del diagnóstico, ya fuera quirúrgico o no quirúrgico.

El proceso de recolección fue realizado exclusivamente por el investigador principal, quien garantizó la confidencialidad de los datos mediante códigos de las historias clínicas y evitó la inclusión de información que permitiera la identificación de los pacientes. Finalmente, los datos obtenidos fueron registrados en una base de datos para su posterior análisis estadístico.

5.2.PROCESAMIENTO DE LOS DATOS

Los datos obtenidos serán organizados y codificados en una base de datos en Microsoft Excel 2016, donde se procederá a la revisión, limpieza y depuración de registros inconsistentes o incompletos. Posteriormente, la base consolidada será exportada al software estadístico STATA versión 17 para su análisis.

Las variables cualitativas se describirán mediante frecuencias absolutas y relativas (porcentajes). Las variables cuantitativas se resumirán utilizando medidas de tendencia central y dispersión, de acuerdo con su distribución; la normalidad será evaluada mediante la prueba de Kolmogorov–Smirnov en el análisis univariado. Para el análisis bivariado se aplicarán pruebas de asociación apropiadas según el tipo y distribución de las variables. Se

considerará un valor de $p < 0,05$ como criterio de significancia estadística y se reportarán intervalos de confianza al 95%.

5.3. CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente proyecto de investigación será presentado para su evaluación y aprobación al Comité de Investigación y Ética de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Privada de Tacna. Se garantizará la confidencialidad y anonimato de la información obtenida a partir de las historias clínicas, las cuales serán manejadas exclusivamente por los investigadores responsables del estudio. Asimismo, la investigación se desarrollará respetando los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki, asegurando el respeto, la privacidad y la protección de los derechos de los pacientes. No se consignarán nombres, números de historia clínica, DNI ni ningún dato que permita la identificación directa de los pacientes. Al tratarse de un estudio retrospectivo basado en la revisión de historias clínicas, no se realizará ninguna intervención directa en los pacientes, por lo que se considera una investigación de riesgo mínimo. La información obtenida será utilizada exclusivamente con fines académicos y científico.

CAPÍTULO VI

RESULTADOS

Tabla 01

Distribución de frecuencia de características sociodemográficas en pacientes con dolor abdominal agudo atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Moquegua año 2025

		N	%
Edad	18 a 19 años	15	4.8%
	20 a 29 años	105	33.9%
	30 a 39 años	80	25.8%
	40 a 49 años	61	19.7%
	50 a 59 años	32	10.3%
	60 a más	17	5.5%
	Total	310	100.0%
Sexo	Femenino	157	50.6%
	Masculino	153	49.4%
	Total	310	100.0%
Grado de instrucción	Hasta Secundaria	211	68.1%
	Superior o más	99	31.9%
	Total	310	100.0%
Estado civil	Soltero	183	59.0%
	Casado	37	11.9%
	Conviviente	88	28.4%
	Divorciado	2	.6%
	Viudo	0	0.0%
	Total	310	100.0%

El análisis de las características sociodemográficas de la muestra (n=310) revela que el grupo etario predominante corresponde a los pacientes de 20 a 29 años, representando el 33,9% del total, seguido

por el grupo de 30 a 39 años con el 25,8%. Los extremos de edad, es decir, los pacientes de 18 a 19 años y los de 60 años a más, constituyen los porcentajes menores, con 4,8% y 5,5% respectivamente, lo que evidencia que la mayor parte de los casos de dolor abdominal agudo atendidos se concentra en adultos jóvenes y de mediana edad.

En cuanto al sexo, la distribución es prácticamente equitativa, con una ligera predominancia femenina (50,6%) frente a la masculina (49,4%), lo que indica que el dolor abdominal agudo afecta de manera similar a ambos sexos en este contexto. En relación al grado de instrucción, la mayoría de los pacientes solo alcanzó hasta secundaria (68,1%), mientras que el 31,9% posee educación superior o más, lo que podría estar relacionado con el acceso a información y servicios de salud.

Respecto al estado civil, la mayor parte de los pacientes son solteros (59%), seguidos de convivientes (28,4%) y en menor proporción casados (11,9%). Los porcentajes de divorciados y viudos son mínimos (0,6% y 0%, respectivamente). Estos datos reflejan un predominio de personas sin vínculo matrimonial formal, lo que puede influir en las redes de apoyo social y familiar durante la atención médica.

Tabla 02

Distribución de frecuencia de comorbilidades en pacientes con dolor abdominal agudo atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Moquegua año 2025

	N	%
Comorbilidades		
Diabetes	49	15.8%
Hipertensión	11	3.5%
No presenta	250	80.6%
Total	310	100.0%

El análisis de la tabla de comorbilidades revela que la mayoría de los pacientes atendidos por dolor abdominal agudo en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Moquegua durante el año 2025 no presentan comorbilidades, representando el 80.6% del total. Sin embargo, un porcentaje significativo, el 15.8%, presenta diabetes, mientras que la hipertensión afecta a un 3.5% de los casos. Esto sugiere que, aunque la prevalencia de comorbilidades es baja en este grupo, la diabetes sigue siendo la condición asociada más frecuente.

Tabla 03**Tiempo de dolor en pacientes con dolor abdominal agudo atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Moquegua año 2025**

		N	%
Tiempo de dolor (en horas)	6 horas o menos	65	21.0%
	7 a 12 horas	81	26.1%
	13 a 24 horas	95	30.6%
	25 a 48 horas	40	12.9%
	mas de 48 horas	29	9.4%
	Total	310	100.0%

	Media	Máximo	Mínimo	Desviación típica
Tiempo de dolor (en horas)	23.90	72.00	1.00	20.55

En cuanto al tiempo de dolor abdominal, el 21% de los pacientes acudieron al servicio de emergencia en las primeras 6 horas desde el inicio del dolor, mientras que el 26.1% lo hizo entre las 7 y 12 horas. Estos datos indican que una proporción considerable de pacientes busca atención médica en un periodo relativamente corto, lo que podría favorecer un diagnóstico y tratamiento oportuno. La distribución de los tiempos refuerza la necesidad de protocolos ágiles en la atención de dolor abdominal agudo para mejorar el pronóstico de los afectados.

El análisis de los datos presentados revela que el tiempo medio de dolor en pacientes con dolor abdominal agudo atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Moquegua durante el año 2025 fue de 23,9 horas, con un rango que oscila entre 1 y 72 horas y una desviación típica de

20,55 horas. Esto indica una amplia variabilidad en la duración del dolor entre los pacientes, lo que podría estar relacionado con la diversidad de causas o la demora en la atención médica.

Tabla 04

Distribución de frecuencia de localización, tipo y migración del dolor en pacientes con dolor abdominal agudo atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Moquegua año 2025

		N	%
Localización	Hipocondrio derecho	148	47.7%
	Flanco derecho	9	2.9%
	Fosa ilíaca derecha	13	4.2%
	Epigastrio	103	33.2%
	Mesogastrio	25	8.1%
	Hipogastrio	7	2.3%
	Hipocondrio izquierdo	1	.3%
	Flanco izquierdo	2	.6%
	Fosa Ilíaca izquierda	2	.6%
	Total	310	100.0%
Tipo	Cólico	172	55.5%
	Opresivo	63	20.3%
	Punzante	30	9.7%
	Urente	45	14.5%
	Total	310	100.0%
Migración	No	271	87.4%
	Sí	39	12.6%
	Total	310	100.0%

En cuanto a la localización del dolor, el hipocondrio derecho fue la zona más afectada, representando el 47,7% de los casos (148 pacientes), seguido del epigastrio con 33,2% (103 pacientes). En menor proporción, se identificó dolor en el mesogastrio (8,1%), fosa ilíaca derecha (4,2%) y flanco derecho (2,9%)

Estos resultados evidencian la importancia de una evaluación precisa de la localización del dolor para orientar el diagnóstico y la intervención clínica.

En cuanto al tipo de dolor predominante fue el cólico, representando el 55,5% (172 casos). En menor proporción se identificó dolor opresivo (20,3%; n=63), urente (14,5%; n=45) y punzante (9,7%; n=30). Estos hallazgos muestran que más de la mitad de los participantes presentó dolor de características cólicas, constituyéndose como la manifestación clínica más frecuente en la población estudiada.

El análisis de la tabla muestra que la gran mayoría de los pacientes atendidos por dolor abdominal agudo en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Moquegua durante el año 2025 no presentaron migración del dolor, representando el 87,4% (271 casos) del total. Por el contrario, solo el 12,6% (39 casos) refirieron migración. Esto indica que la migración del dolor no es una característica frecuente en la población estudiada.

Tabla 05.

Evaluación de la intensidad en pacientes con dolor abdominal agudo atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Moquegua año 2025

		N	%
EVA	1.00	1	.3%
	3.00	1	.3%
	4.00	21	6.8%
	5.00	48	15.5%
	6.00	87	28.1%
	7.00	61	19.7%
	8.00	57	18.4%
	9.00	34	11.0%
	Total	310	100.0%

			Estadístico	Error típ.
Media			6.5774	.08286
EVA	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	6.4144	
		Límite superior	6.7405	

En cuanto a la evaluación de la intensidad del dolor mediante la escala EVA, se observa que los valores reportados en la tabla oscilan entre los valores más bajos, con un caso registrado en cada uno de los niveles 1 y 3, lo que representa solo el 0,3% respectivamente. Esto sugiere que la mayoría de los pacientes experimentaron niveles de dolor superiores, aunque para un análisis más completo sería

necesario disponer de los datos de las otras categorías de intensidad.

El análisis de la tabla presentada muestra que el valor medio del EVA (Escala Visual Analógica) es de 6,5774 con un error típico de 0,08286. Esto indica que, en promedio, los pacientes atendidos por dolor abdominal agudo en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Moquegua en el año 2025 presentaron un dolor moderado-alto. Además, el intervalo de confianza al 95% para la media del EVA se encuentra entre 6,4144 y 6,7405, lo que refleja una estimación precisa de la media poblacional y una baja dispersión de los datos.

Tabla 06.

Distribución de frecuencia el diagnóstico etiológico principal en pacientes con dolor abdominal agudo atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Moquegua año 2025

		N	%
Etiología	Pancreatitis aguda	36	11.6%
	Obstrucción intestinal	3	1.0%
	Apendicitis aguda	15	4.8%
	Patología biliar	144	46.5%
	Otros	112	36.1%
	Total	310	100.0%

El análisis de la tabla presentada revela que la patología biliar es la causa más frecuente de dolor abdominal agudo atendida en el Servicio de Emergencia, representando el 46,5% de los casos (144 pacientes). Le sigue el grupo denominado “Otros” con un 36,1% (112 pacientes) y, en menor proporción, la apendicitis aguda con un 4,8% (15 casos). El total de pacientes evaluados fue de 310, lo que indica que la patología biliar constituye el principal motivo de consulta por dolor abdominal agudo en este periodo. Este predominio puede estar relacionado con factores epidemiológicos propios de la región o del hospital estudiado.

Tabla 07.

Distribución de frecuencias de los resultados de pruebas laboratoriales en pacientes con dolor abdominal agudo atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Moquegua año 2025

		n	%
Leucocitos	Leucopenia	23	7.4%
	Normal	240	77.4%
	Leucocitosis	47	15.2%
	Total	310	100.0%
PCR	Normal	142	45.8%
	Inflamación leve	26	8.4%
	Inflamación moderada	29	9.4%
	Infecciones graves	5	1.6%
	No se hizo	108	34.8%
	Total	310	100.0%

			Estadístico	Error típ.
Leucocitos	Media		8647.6881	213.20238
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	8227.2879	
		Límite superior	9068.0884	
	Media		9.6669	2.05184
PCR	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	5.6210	
		Límite superior	13.7128	

En cuanto a los resultados laboratoriales que se presentan a continuación, se observa que la mayoría de los pacientes presentaban leucocitos en rango normal 77,4%, mientras que solo un 15,2% mostró leucocitosis. Este hallazgo sugiere que, a pesar de la alta prevalencia de patologías biliares y otras causas, la respuesta inflamatoria sistémica significativa no fue predominante en la mayoría de los casos, lo que puede orientar sobre la severidad y características clínicas de los pacientes que consultaron por dolor abdominal agudo.

En cuanto a los parámetros hematológicos, la media de leucocitos es de 8647,7 con un error típico de 213,2. El intervalo de confianza al 95% para la media oscila entre 8227,3 y 9068,1, lo que indica una dispersión moderada de los valores y aporta evidencia sobre la estabilidad de la variable en la muestra analizada.

En relación con los valores de PCR, la inflamación moderada fue registrada en 29 casos, lo que representa el 9,4% del total, seguida de la inflamación leve en 26 casos representando el 8,4%. Por otro lado, las infecciones graves se observaron en 5 casos, equivalente al 1,6%. Es destacable en 108 casos, correspondientes al 34,8%, no se realizó el procedimiento, lo que puede influir en la interpretación global de los resultados.

El análisis de los datos presentados revela que la media de los valores de PCR en los pacientes atendidos es de 9,6669 con una desviación estándar de 2,05184. El intervalo de confianza al 95% para la media de la PCR se sitúa entre 5,621 y 13,7128, lo que indica una dispersión moderada y cierta variabilidad en los resultados obtenidos.

Tabla 08

Distribución de frecuencia de la realización de estudios de imagen en pacientes con dolor abdominal agudo atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Moquegua año 2025

		n	%
Estudio Imagen	No se realizó	148	47.7%
	Radiografía abdominal	1	.3%
	Ecografía abdominal	160	51.6%
	Tomografía computarizada	1	.3%
	Total	310	100.0%

El análisis de la tabla sobre los estudios diagnósticos realizados en pacientes con dolor abdominal agudo atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Moquegua durante el año 2025 revela una predominancia clara de la ecografía abdominal como herramienta diagnóstica, representando el 51,6% de los procedimientos realizados (160 de 310 casos). Por otro lado, tanto la radiografía abdominal como la tomografía computarizada fueron empleadas en solo el 0,3% de los casos cada una, lo que sugiere que se reservan para situaciones específicas o cuando la ecografía no es concluyente.

Esta distribución pone de manifiesto la preferencia por técnicas no invasivas y de fácil acceso, como la ecografía, para el abordaje inicial del dolor abdominal agudo. Además, la baja utilización de métodos radiológicos más complejos puede estar relacionada con criterios clínicos estrictos o limitaciones en recursos. En conjunto, el total de procedimientos (310) muestra que la mayoría de los pacientes fueron evaluados con métodos diagnósticos complementarios, lo que facilita una toma de decisiones más precisa y segura en el manejo terapéutico posterior.

Tabla 09

Asociación entre la estancia hospitalaria y el manejo terapéutico en pacientes con dolor abdominal agudo atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Moquegua año 2025

		Manejo Terapéutico						p
		Manejo no quirúrgico		Manejo quirúrgico		Total		
		n	%	n	%	n	%	
Estancia hospitalaria (prom.2.152)	Hasta 7 días	238	99.2%	65	92.9%	303	97.7%	0.002
	Mas de 7 días	2	.8%	5	7.1%	7	2.3%	
	Total	240	100.0%	70	100.0%	310	100.0%	

La tabla presentada detalla la distribución de los casos de dolor abdominal agudo según el tiempo de evolución de los síntomas, así como el número y porcentaje de pacientes sometidos a distintos tipos de manejo.

De los pacientes con manejo no quirúrgico, el 99,2% presentó una estancia hospitalaria de hasta 7 días y el 0,8% permaneció más de 7 días. En los pacientes con manejo quirúrgico, el 92,9% tuvo una estancia de hasta 7 días y el 7,1% una estancia mayor de 7 días.

En ambos grupos predominó la estancia hospitalaria de hasta 7 días. Asimismo, se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la estancia hospitalaria y el manejo terapéutico ($p = 0,002$).

Tabla 10

Asociación entre las características sociodemográficas y el manejo terapéutico en pacientes con dolor abdominal agudo atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Moquegua año 2025

		Manejo Terapéutico						p
		Manejo no quirúrgico		Manejo quirúrgico		Total		
		N	%	n	%	n	%	
Edad (Prom. 35.52)	18 a 19 años	12	80.0%	3	20.0%	15	100.0%	0.482
	20 a 29 años	87	82.9%	18	17.1%	105	100.0%	
	30 a 39 años	61	76.3%	19	23.8%	80	100.0%	
	40 a 49 años	44	72.1%	17	27.9%	61	100.0%	
	50 a 59 años	22	68.8%	10	31.3%	32	100.0%	
	60 a más	14	82.4%	3	17.6%	17	100.0%	
	Total	240	77.4%	70	22.6%	310	100.0%	
Sexo	Femenino	123	78.3%	34	21.7%	157	100.0%	0.693
	Masculino	117	76.5%	36	23.5%	153	100.0%	
	Total	240	77.4%	70	22.6%	310	100.0%	
Grado de instrucción	Hasta Secundaria	168	79.6%	43	20.4%	211	100.0%	0.176
	Superior o más	72	72.7%	27	27.3%	99	100.0%	
	Total	240	77.4%	70	22.6%	310	100.0%	
Estado civil	Soltero	152	83.1%	31	16.9%	183	100.0%	0.034
	Casado	25	67.6%	12	32.4%	37	100.0%	
	Conviviente	62	70.5%	26	29.5%	88	100.0%	
	Divorciado	1	50.0%	1	50.0%	2	100.0%	
	Total	240	77.4%	70	22.6%	310	100.0%	

Al evaluar la variable edad, se observa que los grupos de 18 a 19 años y de 60 años o más presentan los mayores porcentajes de manejo no quirúrgico (80,0% y 82,4%, respectivamente), aunque el valor p (0,482) indica que no existe una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos de edad en cuanto al tipo de manejo.

Respecto al sexo, tanto mujeres como hombres recibieron mayormente manejo no quirúrgico (78,3% y 76,5%, respectivamente), con un valor p de 0,693, lo que sugiere que no hay una asociación significativa entre el sexo y el tipo de tratamiento.

En cuanto al grado de instrucción, los pacientes con educación hasta secundaria tuvieron un mayor porcentaje de manejo no quirúrgico (79,6%) en comparación con aquellos con educación superior o más (72,7%), sin embargo, el valor p de 0,176 indica que la diferencia no es significativa.

La variable estado civil muestra una diferencia significativa ($p = 0,034$), siendo los pacientes solteros quienes más frecuentemente reciben manejo no quirúrgico (83,1%), mientras que los casados presentan un mayor porcentaje de manejo quirúrgico (32,4%). Esto podría sugerir una posible relación entre el estado civil y el tipo de intervención. En resumen, solo el estado civil muestra una asociación significativa con el manejo terapéutico, mientras que la edad, el sexo y el grado de instrucción no presentan diferencias estadísticamente relevantes.

Tabla 11

Asociación de las principales características clínicas y manejo terapéutico en pacientes con dolor abdominal agudo atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Moquegua año 2025

		Manejo Terapéutico						p
		Manejo no quirúrgico		Manejo quirúrgico		Total		
		N	%	n	%	n	%	
Tiempo de dolor (prom.23.90 en horas)	6 horas o menos	60	92.3%	5	7.7%	65	100.0%	0.008
	7 a 12 horas	54	66.7%	27	33.3%	81	100.0%	
	13 a 24 horas	72	75.8%	23	24.2%	95	100.0%	
	25 a 48 horas	31	77.5%	9	22.5%	40	100.0%	
	más de 48 horas	23	79.3%	6	20.7%	29	100.0%	
	Total	240	77.4%	70	22.6%	310	100.0%	
Localización	Hipocondrio derecho	89	60.1%	59	39.9%	148	100.0%	0.000
	Flanco derecho	8	88.9%	1	11.1%	9	100.0%	
	Fosa ilíaca derecha	5	38.5%	8	61.5%	13	100.0%	
	Epigastrio	103	100.0%	0	0.0%	103	100.0%	
	Mesogastrio	25	100.0%	0	0.0%	25	100.0%	
	Hipogastrio	7	100.0%	0	0.0%	7	100.0%	
	Hipocondrio izquierdo	1	100.0%	0	0.0%	1	100.0%	
	Flanco izquierdo	1	50.0%	1	50.0%	2	100.0%	
	Fosa Ilíaca izquierda	1	50.0%	1	50.0%	2	100.0%	
	Total	240	77.4%	70	22.6%	310	100.0%	
Tipo	Cólico	112	65.1%	60	34.9%	172	100.0%	0.000
	Opresivo	61	96.8%	2	3.2%	63	100.0%	
	Punzante	22	73.3%	8	26.7%	30	100.0%	
	Urente	45	100.0%	0	0.0%	45	100.0%	
	Total	240	77.4%	70	22.6%	310	100.0%	
Migración	No	204	75.3%	67	24.7%	271	100.0%	0.017
	Sí	36	92.3%	3	7.7%	39	100.0%	
	Total	240	77.4%	70	22.6%	310	100.0%	

El análisis de los resultados muestra asociaciones estadísticamente significativas entre las variables clínicas y el tipo de manejo terapéutico, considerando los valores p obtenidos. En cuanto al tiempo de dolor, el valor $p=0.008$ indica una relación significativa: los pacientes que acudieron en las primeras 6 horas recibieron mayoritariamente manejo no quirúrgico (92.3%), mientras que conforme aumentó el tiempo de evolución, la proporción de manejo quirúrgico creció, sobre todo entre las 7 y 24 horas, donde el manejo quirúrgico alcanza el 33.3% y el 24.2%, respectivamente. Esto sugiere que el retraso en la atención incrementa la probabilidad de requerir intervención quirúrgica.

Respecto a la localización del dolor, el valor $p=0.000$ evidencia una asociación significativa entre esta variable y el tipo de manejo. Por ejemplo, el dolor en el hipocondrio derecho se asocia con un manejo quirúrgico en el 39.9% de los casos, mientras que, en el epigastrio y mesogastrio, el manejo fue exclusivamente no quirúrgico (100%). Además, en la fosa ilíaca derecha predomina el manejo quirúrgico (61.5%), lo que refuerza la importancia de la localización para la decisión terapéutica.

En cuanto al tipo de dolor, también se observa una asociación significativa ($p=0.000$). El dolor opresivo y urente se manejó casi exclusivamente de forma no quirúrgica (96.8% y 100%, respectivamente), mientras que el dolor cólico y punzante presentaron una mayor proporción de manejo quirúrgico (34.9% y 26.7%). Esto sugiere que ciertas características del dolor pueden orientar el tratamiento, siendo el cólico y punzante indicativos de mayor probabilidad de cirugía.

Por último, la migración del dolor muestra una relación significativa con el manejo terapéutico ($p=0.017$). La migración estuvo presente en un pequeño porcentaje de casos (12.6%), pero cuando se presentó, el manejo quirúrgico fue menos frecuente (7.7%) frente al manejo no quirúrgico (92.3%). Esto indica que la migración del dolor suele asociarse a cuadros menos graves, donde el tratamiento conservador es suficiente.

Tabla 12

Correlación del manejo terapéutico según intensidad del dolor en pacientes con dolor abdominal agudo atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Moquegua año 2025

		Manejo Terapéutico	EVA (Intensidad del dolor)
Rho de Spearman	Coefficiente de correlación	1.000	.698**
	Manejo Terapéutico		
	Sig. (bilateral)		.000
	N	310	310
	Coefficiente de correlación	.698**	1.000
	EVA (Intensidad del dolor)		
	Sig. (bilateral)	.000	
	N	310	310

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

El análisis de la correlación entre el manejo terapéutico y la EVA (Escala Visual Analógica de la intensidad del dolor) mediante el coeficiente Rho de Spearman muestra un valor de 0,698, indicando una correlación positiva alta y significativa entre ambas variables. Esto significa que, a mayor intensidad del dolor reportada por los pacientes, es más probable que se opte por un manejo terapéutico específico, reflejando que la decisión clínica está asociada en gran medida al nivel de dolor percibido.

La significación estadística ($p = 0,000$) confirma que esta correlación no es debida al azar, siendo significativa al nivel 0,01 (bilateral). El tamaño muestral de 310 pacientes respalda la robustez del análisis. En conclusión, los resultados sugieren que la intensidad del dolor es un factor determinante en la selección del tipo de manejo terapéutico, lo que refuerza la importancia de una valoración adecuada del dolor en la toma de decisiones clínicas en pacientes con dolor abdominal agudo.

Tabla 13

Asociación entre las pruebas laboratoriales y el manejo terapéutico en pacientes con dolor abdominal agudo atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Moquegua año 2025

		Manejo Terapéutico						p
		Manejo no quirúrgico		Manejo quirúrgico		Total		
		N	%	N	%	n	%	
Leucocitos	Leucopenia	19	82.6%	4	17.4%	23	100.0%	0.000
	Normal	197	82.1%	43	17.9%	240	100.0%	
	Leucocitosis	24	51.1%	23	48.9%	47	100.0%	
	Total	240	77.4%	70	22.6%	310	100.0%	
PCR	Normal	102	71.8%	40	28.2%	142	100.0%	0.007
	Inflamación leve	14	53.8%	12	46.2%	26	100.0%	
	Inflamación moderada	12	41.4%	17	58.6%	29	100.0%	
	Infecciones graves	4	80.0%	1	20.0%	5	100.0%	
	Total	132	65.3%	70	34.7%	202	100.0%	

El análisis de la relación entre los valores de leucocitos y el manejo terapéutico muestra una diferencia estadísticamente significativa ($p=0.000$). En los casos de leucopenia, el manejo no quirúrgico fue predominante (82.6%), mientras que solo el 17.4% recibió manejo quirúrgico. Para pacientes con leucocitos normales, la distribución fue similar 82.1% no quirúrgico y 17.9% quirúrgico. Sin embargo,

en el grupo con leucocitosis, la proporción de manejo quirúrgico aumentó al 48.9%, lo que indica una asociación clara entre la leucocitosis y la necesidad de intervención quirúrgica. En conjunto, el 77.4% de los pacientes fueron tratados de manera no quirúrgica y el 22.6% de forma quirúrgica.

Respecto a la PCR, también se observa una diferencia significativa ($p=0.007$). Entre los pacientes con PCR normal, el manejo no quirúrgico fue mayoritario (71.8%), mientras que el 28.2% recibió manejo quirúrgico. En los casos de inflamación leve y moderada, la proporción de manejo quirúrgico aumentó progresivamente, alcanzando el 58.6% en inflamación moderada. En infecciones graves, aunque la muestra es pequeña, el manejo no quirúrgico fue predominante (80%), pero el porcentaje de manejo quirúrgico también es relevante (20%). En total, el manejo no quirúrgico se realizó en el 65.3% de los casos y el quirúrgico en el 34.7%.

Estos resultados evidencian que tanto la leucocitosis como los niveles elevados de PCR se asocian significativamente con la elección de manejo quirúrgico en pacientes con dolor abdominal agudo. Por tanto, el uso de estos parámetros laboratoriales puede ser útil para orientar la toma de decisiones terapéuticas en el Servicio de Emergencia.

Tabla 14

Correlación de las pruebas laboratoriales según manejo terapéutico en pacientes con dolor abdominal agudo atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Moquegua año 2025

		Correlaciones		
		Manejo Terapéutico	Leucocitos	PCR
Rho de Spearman	Manejo Terapéutico	Coefficiente de correlación	1.000	.189**
		Sig. (bilateral)	.001	.001
		N	310	202
	Leucocitos	Coefficiente de correlación	.189**	1.000
		Sig. (bilateral)	.001	.002
		N	310	202
	PCR	Coefficiente de correlación	.240**	.221**
		Sig. (bilateral)	.001	.002
		N	202	202

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

El análisis de correlaciones realizado mediante el coeficiente de Spearman revela asociaciones significativas entre el manejo terapéutico, los niveles de leucocitos y la PCR en pacientes con dolor abdominal agudo. El manejo terapéutico muestra una correlación positiva con los valores de leucocitos ($\rho = 0.189$, $p = 0.001$) y con la PCR ($\rho = 0.240$, $p = 0.001$), lo que indica que, a mayor intensidad del manejo, tienden a observarse valores más elevados de estos marcadores.

Además, existe una relación significativa entre los leucocitos y la PCR ($\rho = 0.221$, $p = 0.002$), sugiriendo que ambos parámetros aumentan conjuntamente en el contexto de procesos inflamatorios agudos. Todas las correlaciones identificadas son significativas al nivel de 0,01 (bilateral), lo que refuerza la robustez de estos hallazgos en la muestra analizada (N = 202 para PCR N = 310 para manejo terapéutico y leucocitos).

En conclusión, estos resultados apoyan la utilidad de los marcadores inflamatorios como la leucocitosis y la PCR para orientar el manejo clínico en pacientes atendidos por dolor abdominal agudo, permitiendo una mejor estratificación y toma de decisiones en el Servicio de Emergencia.

Tabla 15

Asociación entre las comorbilidades y el manejo terapéutico en pacientes con dolor abdominal agudo atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Moquegua año 2025

		Manejo Terapéutico						p
		Manejo no quirúrgico		Manejo quirúrgico		Total		
		n	%	N	%	n	%	
Comorbilidades	Diabetes	36	73.5%	13	26.5%	49	100.0%	0.700
	Hipertensión	8	72.7%	3	27.3%	11	100.0%	
	No presenta	196	78.4%	54	21.6%	250	100.0%	
	Total	240	77.4%	70	22.6%	310	100.0%	

El análisis de los datos según el tipo de manejo terapéutico y las comorbilidades muestra lo siguiente: en pacientes diabéticos, el 73,5% recibió manejo no quirúrgico y el 26,5% manejo quirúrgico, con un valor p de 0,700, lo que indica que no existe una diferencia estadísticamente significativa en la distribución del tipo de tratamiento entre los pacientes con diabetes. De igual forma, entre los hipertensos, el 72,7% fue tratado de manera no quirúrgica y el 27,3% quirúrgicamente; en el grupo sin comorbilidades, el 78,4% recibió manejo no quirúrgico frente al 21,6% quirúrgico. En el total de la muestra, predominó el manejo no quirúrgico (77,4%) respecto al quirúrgico (22,6%).

El valor p de 0,700 evidencia que no hay asociación significativa entre la presencia de comorbilidades (diabetes, hipertensión) y el tipo de manejo terapéutico recibido. Por tanto, la decisión de tratamiento no parece depender de estas comorbilidades en la muestra analizada. Este resultado sugiere que otros factores, posiblemente clínicos o relacionados con la gravedad del cuadro, podrían influir más en la elección del manejo.

CAPITULO VII

DISCUSION

Las investigaciones sobre el dolor abdominal en medicina revisten una importancia crucial, ya que permiten comprender mejor las causas, mecanismos y manifestaciones clínicas de uno de los síntomas más frecuentes y complejos en la práctica médica. Gracias a los avances en este campo, se han desarrollado herramientas diagnósticas más precisas y estrategias terapéuticas adaptadas a las diferentes etiologías, contribuyendo a la reducción de complicaciones y a la mejora del pronóstico de los pacientes. Además, el estudio exhaustivo del dolor abdominal facilita la identificación precoz de cuadros graves, optimizando la toma de decisiones y promoviendo una atención integral y personalizada.

La importancia del abdomen agudo radica en su elevada prevalencia y en la necesidad de una rápida toma de decisiones terapéuticas para evitar complicaciones graves y potencialmente mortales (1,7). Los resultados obtenidos en el presente estudio muestran que el manejo no quirúrgico fue predominante en la muestra analizada 77,4%, mientras que el manejo quirúrgico se aplicó en el 22,6% de los casos. Esto se diferencia en lo mostrado por Turamyimana (34), quien muestra que el 40,2 % de los pacientes requirió manejo quirúrgico; y quien coincide con lo reportado por Shinde et al (35) donde el 44,31% de pacientes tuvieron un manejo quirúrgico, mientras que el resto recibió manejo conservador. E incluso mayor distancia se toma en los resultados de Meena et al (36) que arrojaron un 67,5% requirieron manejo quirúrgico mientras que el 32,5% tuvieron manejo conservador.

Además, se observó que ni la diabetes ni la hipertensión influyeron significativamente en la elección del tratamiento, como evidencia el valor p de 0,700. Esta síntesis de hallazgos plantea interrogantes sobre los factores que realmente condicionan la decisión terapéutica en el abdomen agudo. Al comparar estos resultados con la literatura científica, se aprecia cierta concordancia con estudios previos que destacan la heterogeneidad en el manejo del abdomen agudo, dependiendo de la etiología, la gravedad y el contexto clínico (30,31,34,35). Sangiorgio et al. (1) señalan que el dolor abdominal agudo en adultos representa un desafío diagnóstico y terapéutico, y que el abordaje debe individualizarse según el cuadro clínico. En la serie de Kumar y Kumar (4), la proporción de pacientes sometidos a intervención quirúrgica varía en función de la comorbilidad y la presentación clínica, aunque tampoco se identificó una asociación significativa entre comorbilidades y tipo de manejo. Por su parte, Medina et al. (9) describen que la presencia de factores de riesgo como diabetes o hipertensión puede modificar

el pronóstico, pero no necesariamente determina el tipo de tratamiento. Además, la tendencia hacia un manejo conservador en determinados casos puede contribuir a reducir la morbilidad asociada a la cirugía, siempre que se realice una adecuada selección de pacientes (10,11).

La influencia de las comorbilidades ha sido objeto de debate en la literatura. Si bien algunos autores sugieren que la diabetes y la hipertensión pueden aumentar el riesgo de complicaciones postoperatorias y condicionar el abordaje terapéutico (8,9,10), otros estudios, como el presente, no hallan una relación estadísticamente significativa entre estas comorbilidades y la elección del tratamiento. Y tampoco es mencionado en los estudios de nuestros antecedentes. Esto podría explicarse por la priorización de la gravedad clínica y la estabilidad del paciente en la toma de decisiones, como se ha señalado en trabajos previos (2,7). Las implicaciones clínicas de estos hallazgos son relevantes para la práctica médica, ya que sugieren que la presencia de diabetes o hipertensión no debe ser el único criterio para decidir el manejo terapéutico del abdomen agudo.

La valoración integral del paciente, incluyendo la evaluación clínica, la interpretación de pruebas diagnósticas y la consideración de otros factores como la edad, el estado funcional y la gravedad del cuadro, resulta fundamental (1,3,7). En nuestro estudio se ha encontrado una edad promedio de 35.52 años de edad (el rango de edad más frecuente fue entre 20 a 39 años de edad), resultados algo similares son los que evidenció Vaswani R y col (30), en la India donde la mayoría de los pacientes rodeaban la edad de 31 a 40 años, del mismo modo Jameel A y col en 2023 (31), en Pakistán mostraron una edad media de $41,4 \pm 16,5$ años, así también Al-Saigh A.J. et al.(32) en Irak, mostraron una edad media de 39.6 años y Turamyimana F y col. (34) muestras resultados iguales, así la edad media fue de 39,7 años; pero es Luo, Guanguan y col. (33) de China, quien más se acerca a nuestros datos dolor abdominal agudo según edad fueron el de 20 a 29 años (26,74%), en nuestro caso fue del 33% en este rango de edad. Cabe resalta que el estudio realizado en China tuvo una población mucho más grande al nuestro, pues ellos incluyeron 7 453 pacientes mayores de 14 años.

Entre las limitaciones del estudio destacan el tamaño muestral, la posible heterogeneidad de los casos incluidos y la ausencia de variables como la gravedad de la presentación clínica, el tiempo hasta la intervención quirúrgica o la evolución posterior al tratamiento. Asimismo, la naturaleza retrospectiva del análisis y la falta de seguimiento a largo plazo limitan la generalización de los resultados (3,4). Adicionalmente no todos los pacientes incluidos en el estudio tuvieron acceso oportuno a estudios de imagen, especialmente a la tomografía computarizada. Esta situación se debió, en algunos periodos, al mantenimiento del tomógrafo

del hospital y, en otros casos, a demoras relacionadas con los procesos administrativos para la solicitud y realización del examen. Del mismo modo, la determinación de proteína C reactiva (PCR) no se efectuó en la totalidad de los pacientes, ya que aproximadamente un tercio no contaba con este examen, debido a la disponibilidad intermitente del reactivo en el laboratorio hospitalario durante determinados periodos del año. Estas limitaciones pudieron influir en la disponibilidad de información diagnóstica y de laboratorio para el análisis.

En cuanto a la metodología, el presente estudio se desarrolló con un diseño observacional, retrospectivo, transversal y analítico. Al comparar este diseño con los estudios revisados, se observa que existe similitud en algunos aspectos metodológicos. Luo, Guanguan y col. (33), Shinde V y col. (35) y Quispe B. (37) también realizaron investigaciones retrospectivas, lo que permitió el análisis de información obtenida de historias clínicas, al igual que en el presente estudio. Por otro lado, Vaswani R y col. (30) y Jameel A y col. (31) desarrollaron estudios de corte transversal, coincidiendo con el momento de medición empleado en esta investigación. En contraste, Turamyimana F y col. (34) y Meena J y col. (36) realizaron estudios prospectivos, lo que implica un seguimiento de los pacientes desde el momento de su ingreso, permitiendo un mayor control en la recolección de datos, aunque con mayores requerimientos de tiempo y recursos.

Así también nuestros resultados muestran una mayor frecuencia en mujeres sin embargo podemos decir que la distribución es equitativa 50.6% en mujeres y 49.4% en varones: pero los otros estudios muestran resultados diferentes dando a los varones la mayor presentación tal es el caso de Vaswani R y col (30), con resultados muy distintos la proporción de varones a mujeres fue de 2.85:1, es decir, predominio masculino; Jameel A y col (31), con 82 hombres (53,2%) y 72 mujeres (46,8%), con leve predominio masculino; Turamyimana F y col. (34) se observó que el 57,5 % eran varones; Shinde V y col. (35) una mayor proporción de casos de varones (58,5%). Meena J y col. (36) predominio del sexo masculino (61,8%). Sin embargo, quien también encontró predominio por el sexo femenino 60,8% fue Al-Saigh A.J. et al. (32). Nuestros resultados se acercan mucho más al de Luo, Guanguan y col. (33) con leve predominio femenino (50,50%). Lo mismo sucede con los estudios nacionales de Quispe B. (37) de Huancayo predominó el sexo femenino (55.82 %)

Respecto a etiología se revela en nuestros resultados que la patología biliar es la causa más frecuente de dolor abdominal agudo atendida en el Servicio de Emergencia, representando el 46,5% de los casos seguido de la pancreatitis aguda 11.6%. esto es muy diferente a lo encontrado por Vaswani R y col (30), donde la causa más común fue la perforación de víscera

hueca con el 30%, seguida de la apendicitis aguda con el 24% y la obstrucción intestinal subaguda con el 23%, quien se diferencia al mismo tiempo de Turamyimana F y col. (34) en las principales causas de dolor abdominal fueron la obstrucción intestinal (25,7 %) y la perforación de víscera hueca (18,8 %). Para Quispe B. (37) frecuentes fueron cálculo de vesícula y vías biliares (25,4%), seguido de apendicitis (24,1%), pancreatitis (17,5%), cólico renal (13,2%). Para Shinde V y col. (35) fueron apendicitis aguda (23,3%) y cálculos renales (18,75%). No coincidimos con ninguno de nuestros antecedentes, en este aspecto.

Mostramos también que la ubicación del dolor fue más frecuente en el hipocondrio derecho (donde el 39,9% requirió de tratamiento quirúrgico, y le sigue la zona del epigastrio). Contrario a los resultados de Luo, Guanguan y col. (33) con respecto a la ubicación del dolor, la mayoría de los pacientes se quejaron de dolor en epigastrio (21,12%). Y de Quispe B. (37) De acuerdo a la ubicación del dolor un 23,54% en la fosa iliaca, 21,69% en hipocondrio derecho.

En lo que si coincidimos es con las conclusiones de diversos autores, la patología es diversa, así lo afirma Jameel A y col en 2023 (31), Meena J y col. (36) existe una diversidad en las presentaciones clínicas y etiología del abdomen agudo.

De cara a futuras líneas de investigación, se recomienda realizar estudios prospectivos con mayor tamaño muestral y que incluyan variables clínicas adicionales, como el grado de severidad, el tiempo de evolución y la respuesta al tratamiento inicial. Asimismo, sería útil analizar la influencia de otras comorbilidades, como la insuficiencia renal o la obesidad, así como el impacto del manejo multidisciplinar en los resultados clínicos (1,7,10). El desarrollo de protocolos basados en la evidencia podría optimizar la toma de decisiones y mejorar el pronóstico de los pacientes con abdomen agudo.

CAPITULO VIII

CONCLUSIONES

1. Según las características sociodemográficas el grupo etario predominante fue el de 20 a 29 años, (33,9%), seguido por el grupo de 30 a 39 años con el 25,8%. Según sexo, una ligera predominancia femenina (50,6%) frente a la masculina (49,4%). En relación al grado de instrucción, la mayoría de los pacientes solo alcanzó hasta secundaria (68,1%), mientras que el (31,9%) posee educación superior o más. Respecto al estado civil, la mayor parte de los pacientes son solteros (59%), seguidos de convivientes (28,4%) y en menor proporción casados (11,9%). No existe una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos de edad, sexo, grado de instrucción en cuanto al tipo de manejo. El estado civil muestra una diferencia significativa ($p = 0,034$), siendo los pacientes solteros quienes más frecuentemente reciben manejo no quirúrgico (83,1%), mientras que los casados presentan un mayor porcentaje de manejo quirúrgico (32,4%).
2. Se observa asociaciones estadísticamente significativas entre tiempo de dolor, ($p=0.008$), localización del dolor, el valor $p=0.000$, tipo de dolor, ($p=0.000$). y migración del dolor ($p=0.017$) y manejo terapéutico del dolor abdominal. El análisis de la correlación entre el manejo terapéutico y la EVA (Escala Visual Analógica de la intensidad del dolor) mediante el coeficiente Rho de Spearman muestra un valor de 0,698, indicando una correlación positiva alta y significativa entre ambas variables.
3. Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre los parámetros laboratoriales y el tipo de manejo terapéutico en pacientes con dolor abdominal agudo. Los valores de leucocitos mostraron una diferencia significativa según el manejo recibido ($p = 0,000$), al igual que los niveles de proteína C reactiva (PCR) ($p = 0,007$). En este sentido, la presencia de leucocitosis y niveles elevados de PCR se asociaron significativamente con una mayor frecuencia de manejo quirúrgico.
4. No existe asociación significativa entre la presencia de comorbilidades y el tipo de manejo terapéutico recibido ($p= 0,700$)

CAPITULO IX

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda fortalecer la valoración clínica integral de los pacientes con dolor abdominal agudo en el servicio de emergencia, considerando especialmente las características del dolor (tiempo de evolución, localización, tipo, migración e intensidad), debido a su asociación significativa con el tipo de manejo terapéutico.
2. Se sugiere implementar protocolos de atención basados en criterios clínicos y laboratoriales que permitan una identificación temprana de los pacientes con mayor probabilidad de requerir manejo quirúrgico, favoreciendo una toma de decisiones más oportuna y eficiente.
3. Es aconsejable incorporar en futuras investigaciones la evaluación de otras comorbilidades relevantes, como insuficiencia renal, obesidad o enfermedades cardiovasculares, que podrían influir en el pronóstico y manejo del abdomen agudo.
4. Es fundamental promover la capacitación continua del personal de salud en el abordaje diagnóstico y terapéutico del dolor abdominal agudo, especialmente en la interpretación de pruebas diagnósticas y el reconocimiento precoz de signos de gravedad.
5. Se recomienda fortalecer la disponibilidad y el acceso oportuno a los estudios de imagen, en especial a la tomografía computarizada, así como asegurar el abastecimiento continuo de los reactivos necesarios para la determinación de la proteína C reactiva (PCR), con el propósito de optimizar la evaluación diagnóstica y contribuir a una toma de decisiones terapéuticas más oportuna y fundamentada en los pacientes con dolor abdominal agudo.
6. Se sugiere desarrollar estudios prospectivos y multicéntricos que incluyan un mayor tamaño muestral y recojan variables adicionales como la gravedad del cuadro clínico, el tiempo hasta la intervención quirúrgica y la respuesta al tratamiento inicial, para obtener conclusiones más robustas y generalizables.

7. Se recomienda que futuras investigaciones profundicen en el análisis de los marcadores inflamatorios en pacientes con dolor abdominal agudo, comparando aquellos que recibieron manejo quirúrgico con los que fueron tratados de forma no quirúrgica, a fin de evaluar su utilidad como predictores de la necesidad de intervención quirúrgica y apoyar la toma de decisiones clínicas.

BIBLIOGRAFIA

1. Sangiorgio G, Biondi A, Basile F, Vacante M. Acute abdominal pain in adults: a clinical and diagnostic challenge. *Minerva Chir.* 2020;75(3):169-172. doi: 10.23736/S0026-4733.20.08266-8.
2. Parfenov AI. Abdominal pain. *Ter Arkh.* 2023;95(2):113-119. doi: 10.26442/00403660.2023.02.202055.
3. Guglielmi G, Maas M. *Imaging in adults.* Springer International Publishing; 2023. 456 p.
4. Kumar J, Kumar R. Epidemiology of acute abdominal pain: a cross-sectional study in a tertiary care hospital of Eastern India. *Int Surg J.* 2019;6(2):345. DOI:10.18203/2349-2902.isj20190380.
5. Bejarano M, Gallego CX, Gómez JR. Frecuencia de abdomen agudo quirúrgico en pacientes que consultan al servicio de urgencias. *Rev Colomb Cir.* 2011;26(1):33-41. Disponible en: <https://revistacirugia.org/index.php/cirugia/article/view/149/136>
6. Montenegro A, Camacho C. Prevalencia de abdomen agudo en pacientes de 18 a 64 años atendidos en la emergencia del Hospital Básico Durán [tesis]. Guayaquil (Ecuador): Universidad Católica de Santiago de Guayaquil; 2020. Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/14917>
7. Cote L, Olvera D, Liceaga AE. *Abdomen agudo.* México, D.F: Alfil S.A; 2023. p. 492.
8. Baskin B. Dolor abdominal agudo. En: *Manual de Urgencias Médicas de Tintinalli.* 8° Edición. México, D.F: McGraw Hill/Interamericana Editores, S.A; 2018.
9. Medina MD, Paruta Z, Quincha V, Paéz GA. Causas de abdomen agudo en adultos. *Rev Científica Mundo Investig El Conoc.* 2020;4(1):90-9.

10. Kacprzyk A, Stefura T, Chłopaś K, Trzeciak K, Załustowicz A, Rubinkiewicz M, et al. Analysis of readmissions to the emergency department among patients presenting with abdominal pain. BMC Emerg Med. 2020;20(1):37. doi: 10.1186/s12873-020-00334-x.
11. Río GA, Torres D, Duménigo R, Zurbano J, Linares A. Abdomen agudo quirúrgico en el adulto. Acta Médica Cent. 2020;14(2):222-30.
12. Torres SR, Fernández L, Areán R, Villalobos T. Dolor abdominal. En: Gastroenterología. Cuarta Edición. México, D.F: McGraw Hill/Interamericana Editores, S.A; 2022.
13. Costa G, Fransvea P, Podda M, Pisanu A, Carrano FM, Lossa A, et al. The use of emergency laparoscopy for acute abdomen in the elderly: the FRAILESEL Italian Multicenter Prospective Cohort Study. Updat Surg. 2020;72(2):513-525. doi: 10.1007/s13304-020-00726-5.
14. Perencevich ML, Makrauer FL. Dolor abdominal agudo: principios básicos y desafíos actuales. En: Greenberger Diagnóstico y tratamiento en gastroenterología, hepatología y endoscopia. 4º Edición. McGraw Hill Education Inc; 2022.
15. Klimkiv L, Utter G, Barnes DK. Delayed Evaluation of Abdominal Pain in an Elderly Patient. Patient Saf Netw. 2023;
16. Jacobs DO. Dolor abdominal. En: Harrison Principios de Medicina Interna. 21º Edición. Education S.A; 2022.
17. Ferguson JD, Ferras M. Abdominal pain. En: Emergency Medical Services Clinical Practice and Systems Oversight. Third Edition. John Wiley & Sons; 2021.p. 1184.
18. International Monetary Fund. *Aging is the real population bomb* [Internet]. Washington (DC): International Monetary Fund; 2023. Disponible en:<https://www.imf.org/en/Publications/fandd/issues/Series/Analytical-Series/aging-is-the-real-population-bomb-bloom-zucker>

19. Database Earth. *Life expectancy by country in 2050* [Internet]. Disponible en: <https://database.earth/population/life-expectancy/2050>

20. Vásquez GA, Guevara E. Evaluación de pacientes adultos mayores con diagnóstico de abdomen agudo quirúrgico. Estudio prospectivo, descriptivo, no experimental. *Rev Venez Cir.* 2020;73(1):4-9. doi: 10.48104/RVC.2020.73.1.2.

21. Serin S, Caglar B, Yilmaz G, Parlak I, Serin G. Mortality factors in geriatrics with non-traumatic abdominal pain at the emergency department. *Turk Geriatri Derg.* 2018;21(1):62-69. doi:10.31086/tjgeri.2018137968.

22. BIREME, OPS, OMS. *DeCS: Descriptor de Ciencias de la Salud* (Internet). Dolor abdominal. Sao Paulo: BIREME; (citado 2025 Ene 16). Disponible en: <http://decs2020.bvsalud.org/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver>

23. BIREME, OPS, OMS. *DeCS: Descriptor de Ciencias de la Salud* (Internet). Características sociodemográficas. Sao Paulo: BIREME; s.f. (citado 16 Ene 2026). Disponible en: <http://decs2020.bvsalud.org/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/>

24. DeCS – Descriptor de Ciencias de la Salud (Internet). Escala visual analógica. (citado 16 Ene 2026). Disponible en: https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=55361&filter=ths_termall&q=escala%20visual%20analogica#Concepts

25. DeCS – Descriptor de Ciencias de la Salud (Internet). Leucocitosis. (citado 16 Ene 2026). Disponible en: https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=8141&filter=ths_termall&q=leucocitosis#Concepts

26. DeCS – Descriptor de Ciencias de la Salud (Internet). Proteína C Reactiva. (citado 16 Ene 2026). Disponible en: https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=22124&filter=ths_termall&q=prote

%C3%ADna%20c%20reactiva#Concepts

27. DeCS – Descriptor de Ciencias de la Salud (Internet). Comorbilidades. (citado 16 Ene 2026). Disponible en: https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=24572&filter=ths_termall&q=comorbilidades#Concepts
28. DeCS – Descriptor de Ciencias de la Salud (Internet). Urgencias (citado 16 Ene 2026). Disponible en: <http://decs2020.bvsalud.org/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/>
29. DeCS – Descriptor de Ciencias de la Salud (Internet). Emergencia. (citado 16 Ene 2026). Disponible en <http://decs2020.bvsalud.org/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/>
30. Vaswani R, Meena SK, Meena O, Dhaka AK, Meena SN, Kumar A. A Clinical Study and Management of Non Traumatic Acute Abdomen. Perspectives in Medical Research. 2022 Apr;10(1):79-83. doi:10.47799/pimr.1001.15
31. Jameel A, Anwar I, Laique MH. Etiological Spectrum of Surgical Acute Abdomen among patients attending Emergency Department. Pakistan Journal of Medical & Health Sciences. 2023;17(05):94. doi:10.53350/pjmhs202317594.
32. Al-Saigh A.J., Abdalwahd N., Kadhum R.W., Al-Saigh R.J., Al-Humadi S.H., Alsaigh N.J. Pain management strategies for acute abdominal pain in the emergency department: a study from the Al-Hilla Teaching Hospital (Iraq). Pharmakeftiki 37(2s), 168-172, 2025. <https://doi.org/10.60988/p.v37i2S.167>
33. Luo, Guanguana,b; Liu, Qinqinb; Zhang, Zhongxianga,b; Jin, Xiaoqinga,b,* . A retrospective study of patients complaining of nontraumatic acute abdominal pain, admitted in the emergency department of an urban hospital in China. Emergency and Critical Care Medicine 3(4):p 149-155, December 2023. | DOI: 10.1097/EC9.0000000000000083
34. Turamyimana F, Dushime JP, Manirafasha A, Kyle DM, Uwamahoro DL, Twagirumukiza FR, Mugemangango P, Negash S, Dobbins A. Acute non-traumatic abdominal pain presenting to emergency unit of a university teaching

- hospital in Rwanda. *African Journal of Emergency Medicine*. 2025;15(3):100895. doi:10.1016/j.afjem.2025.100895.
35. Shinde V, Dixit Y, Penmetsa P, Nair KR. Clinical and Epidemiological Profile of Patients Presenting With Acute Abdomen to the Emergency Department of a Tertiary Care Hospital. *Cureus*. 2024;16(8):e67017. doi:10.7759/cureus.67017.
 36. Meena J, Patel R, Datey A. *Study of etiological factors, clinical profile and outcomes of the non-traumatic acute abdomen in adult patients. International Surgery Journal*. 2025;12(4):547–554. doi:10.18203/2349-2902.isj20250813
 37. Benites Quispe R. *Frecuencia del dolor abdominal agudo no traumático en emergencia de un hospital Essalud de Huancayo, 2022-2023* . Huancayo (PE): Universidad Peruana Los Andes; 2025. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12848/9169>
 38. Tintinalli JE, Stapczynski JS, Ma OJ, Yealy DM, Meckler GD, Cline DM. Tintinalli's Emergency Medicine: A Comprehensive Study Guide. 9th ed. New York: McGraw-Hill; 2020.
 39. Farreras P, Rozman C. *Medicina Interna*. 19ª ed. Barcelona: Elsevier; 2020.
 40. Kamin RA, Nowicki TA, Courtney DS, Powers RD. Pearls and pitfalls in the emergency department evaluation of abdominal pain. *Emerg Med Clin North Am*. 2003;21(1):61–72.
 41. Coccolini F, Catena F, Sartelli M, et al. WSES guidelines for the management of acute abdomen. *World J Emerg Surg*. 2022;17:1–29.
 42. Flasar MH, Goldberg E. Acute abdominal pain. *Med Clin North Am*. 2006;90(3):481–503.
 43. Hospital San José del Callao. Guía técnica: guía de práctica clínica adaptada para el manejo de la apendicitis aguda. Callao (Perú): Hospital San José del Callao; 2025. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/8493325/7042763-gpc-apendicitis-aguda-2025vf.pdf>

ANEXOS

Anexo N°01: Ficha de recolección de datos

I. DATOS GENERALES

- Edad (años) _____
- Sexo
 - ☐ Femenino
 - ☐ Masculino
- Grado de instrucción
 - ☐ hasta secundaria
 - ☐ superior o más
- Estado civil:
 - ☐ Soltero
 - ☐ Casado
 - ☐ Conviviente
 - ☐ Divorciada
 - ☐ Viudo

II. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL DOLOR ABDOMINAL

2.1 Tiempo de evolución del dolor

☐ _____ horas

2.2 Localización del dolor

☐ Hipocondrio derecho

- ☐ Flanco derecho
- ☐ Fosa ilíaca derecha
- ☐ Epigastrio
- ☐ Mesogastrio
- ☐ Hipogastrio
- ☐ Hipocondrio izquierdo
- ☐ Flanco izquierdo
- ☐ Fosa ilíaca izquierda

2.3 Tipo de dolor

- ☐ Cólico
- ☐ Opresivo
- ☐ Punzante
- ☐ Urente

2.4 Intensidad del dolor (EVA)

Indique el valor de 0 a 10:

EVA = _____

2.5 Migración del dolor

- ☐ No
- ☐ Sí

III. ETIOLOGÍA PROBABLE (según evaluación clínica)

Marque una opción:

- ☐ Pancreatitis aguda

☐ Obstrucción intestinal

☐ Apendicitis aguda

☐ Patología biliar

☐ Isquemia mesentérica

☐ Otros: _____

IV. CARACTERÍSTICAS LABORATORIALES

- Recuento de leucocitos (células/mm³)

☐ _____

- Proteína C Reactiva PCR (mg/L)

☐ _____

V. ESTUDIOS DE IMÁGENES

☐ No se realizó

☐ Radiografía

☐ Ecografía

☐ Tomografía

VI. COMORBILIDADES

¿Presenta alguna enfermedad crónica?

☐ Diabetes mellitus

☐ Hipertensión arterial

☐ No presenta

VII. EVOLUCIÓN CLÍNICA

- Estancia hospitalaria (días) _____

VIII. MANEJO TERAPÉUTICO

Tipo de manejo del diagnóstico

☐ Manejo no quirúrgico

☐ Manejo quirúrgico