



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD



**CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS DEL DOLOR
ABDOMINAL AGUDO EN ADULTOS EN EL SERVICIO DE
EMERGENCIAS DEL HOSPITAL BASE III ESSALUD JULIACA
2022-2023**

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

PRESENTADO POR

LUCERO ROCIO RIOS ZEA

PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN:

MEDICINA DE EMERGENCIAS Y DESASTRES

PUNO – PERU

2024



Reporte de similitud

NOMBRE DEL TRABAJO

**CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS
DEL DOLOR ABDOMINAL AGUDO EN AD
ULTOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCI
AS DEL HOSPITAL BASE III ESSALUD JU
LIACA 2022-2023**

AUTOR

LUCERO ROCIO RIOS ZEA

RECuento DE PALABRAS

7080 Words

RECuento DE CARACTERES

43556 Characters

RECuento DE PÁGINAS

44 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

2.0MB

FECHA DE ENTREGA

May 16, 2024 12:15 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

May 16, 2024 12:15 PM GMT-5

● 15% de similitud general

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

- 13% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 8% Base de datos de trabajos entregados
- 1% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● Excluir del Reporte de Similitud

- Material bibliográfico
- Material citado
- Bloques de texto excluidos manualmente
- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 10 palabras)



Firmado digitalmente por LOAYZA
COILA Carlos Angel FAU
20145496170 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 20.05.2024 08:28:32 -05:00

Resumen



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN

ACTA DE EVALUACIÓN DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

.....
TÍTULO DEL PROYECTO: CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DEL DOLOR ABDOMINAL AGUDO EN ADULTOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS DEL HOSPITAL BASE III ESSALUD JULIACA 2022-2023

RESIDENTE: LUCERO ROCIO RIOS ZEA
SEGUNDA ESPECIALIDAD: MEDICINA DE EMERGENCIAS Y DESASTRES

Los siguientes contenidos del proyecto se encuentran adecuadamente planteados

CONTENIDOS	ADECUADAMENTE PLANTEADOS	
	SI	NO
Caratula	✓	
Índice	✓	
1. Título de la investigación	✓	
2. Resumen	✓	
3. Introducción	✓	
3.1. Planteamiento del problema	✓	
3.2. Formulación del problema	✓	
3.3. Justificación del estudio	✓	
3.4. Objetivos de investigación (general y específicos)	✓	
3.5. Marco teórico	✓	
3.6. Hipótesis	✓	
3.7. Variables y Operacionalización de variables	✓	
4. Marco Metodológico	✓	
4.1. Tipo de estudio	✓	
4.2. Diseño de Contrastación de Hipótesis	✓	
4.3. Criterios de selección	✓	
4.4. Población y Muestra	✓	
4.5. Instrumentos y Procedimientos de Recolección de Datos.	✓	
5. Análisis Estadístico de los Datos	✓	
6. Referencias bibliográficas	✓	
7. Cronograma	✓	
8. Presupuesto	✓	
9. Anexos	✓	



Observaciones:

NINGUNA

En merito a la evaluación del proyecto investigación, se declara al proyecto:

a) APROBADO (X)

Por tanto, debe pasar al expediente del residente para sus trámites de titulación.

Puno, a los 1 días del mes de ABRIL de 2024

c.c. Archivo


 **Dr. ALFREDO TUMI FIGUEROA**
DIRECTOR
P.S.E. RESIDENTADO MÉDICO


 **Dr. Carlos A. Loayza Coila**
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
P.S.E. RESIDENTADO MÉDICO



ÍNDICE

RESUMEN	
ABSTRACT	
CAPÍTULO I:	10
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
A. Introducción	10
B. Formulación del problema	11
C. Delimitación de la investigación	11
D. Justificación de la investigación	12
CAPÍTULO II	13
REVISIÓN DE LITERATURA	13
A. Antecedentes	13
B. Marco teórico	22
CAPÍTULO III	25
HIPÓTESIS, OBJETIVOS Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	25
A. Hipótesis	25
B. Objetivos	26
C. Operacionalización de variables	27
CAPÍTULO IV	29
MARCO METODOLÓGICO	29
A. Tipo de investigación	29
B. Diseño de investigación	29



C. Población y Muestra.....	29
D. Criterios de selección.....	29
E. Material y Métodos	30
F. Instrumentos y procedimientos de recolección de datos	30
G. Análisis estadístico de datos.....	32
CAPÍTULO V.....	33
CRONOGRAMA Y PRESUPUESTO	33
A. Cronograma:	33
B. Presupuesto:	33
CAPÍTULO VI.....	35
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	35
CAPÍTULO VII.....	39
ANEXOS.....	39
D. Ficha de recolección de datos	39
2. Validación por juicio de expertos	40
3. Validación por juicio de expertos	41



TÍTULO DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS DEL DOLOR ABDOMINAL AGUDO EN ADULTOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS DEL HOSPITAL BASE III ESSALUD JULIACA 2022-2023



RESUMEN

El objetivo del estudio es describir las características epidemiológicas del dolor abdominal agudo en adultos en el servicio de emergencias del Hospital Base III Essalud Juliaca entre los años 2022 y 2023. El estudio corresponde a un estudio no experimental, analítico, transversal. Se trabajará con la población de pacientes con dolor abdominal agudo atendidos en el Hospital Base III EsSalud de Juliaca en la región Puno. La ficha de datos se elaboró teniendo en consideración los objetivos del estudio, para obtener información sobre las variables de estudio. Para el análisis de datos se utilizará el programa SPSS versión 25. Se espera encontrar que hay diferencias en características epidemiológicas respecto al dolor abdominal agudo por sexo y edades.

Palabra clave: Epidemiología, dolor abdominal agudo, emergencias



ABSTRACT

The objective of the study is to describe the epidemiological characteristics of acute abdominal pain in adults in the emergency service of Hospital Base III Essalud Juliaca between the years 2022 and 2023. The study corresponds to a non-experimental, analytical, cross-sectional study. We will work with the population of patients with acute abdominal pain treated at Hospital Base III EsSalud of Juliaca in the Puno region. The data sheet was prepared taking into consideration the objectives of the study, to obtain information on the study variables. The SPSS version 25 program will be used for data analysis. It is expected to find that there are differences in epidemiological characteristics regarding acute abdominal pain by sex and age.

Keyword: Epidemiology, acute abdominal pain, emergencies



CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A. Introducción

El dolor abdominal agudo (DAA), definido convencionalmente como dolor de origen no traumático con una duración máxima de 5 días¹, es una de las quejas más frecuentes que llevan a las personas al Servicio de Emergencias (SE), representando hasta un 7-10% de todas las visitas al servicio de urgencias^{2,3}. A pesar de la frecuencia relativamente alta, el dolor abdominal puede ser un síntoma de una enfermedad subyacente grave, y el difícil diagnóstico diferencial puede generar tanto litigios médico-legales como resultados desfavorables^{4,5}.

A pesar de una mejora sustancial en el enfoque diagnóstico de la DAA, atribuible principalmente al uso extensivo de técnicas de imagen (especialmente la tomografía computarizada (TC)), persisten muchos errores de diagnóstico, que pueden estar asociados con un número sustancial de diagnósticos erróneos y/o cirugías evitables⁶⁻⁸. El diagnóstico diferencial de DAA 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 extraabdominal⁹⁻¹¹. En mujeres jóvenes, los trastornos ginecológicos (p. ej., embarazo ectópico, endometriosis y enfermedad inflamatoria pélvica) son afecciones adicionales que deben considerarse en el diagnóstico diferencial¹²⁻¹⁴. Dado que la causa subyacente de la DAA puede implicar muchas



especialidades médicas diferentes, la evaluación de expertos es un requisito esencial que los médicos de emergencias deben tener para la atención gestionada de estos pacientes. En particular, existe una gran heterogeneidad en la elección del enfoque diagnóstico y los tratamientos más adecuados, principalmente debido a la inclinación y experiencia personal en lugar de aplicar las directrices disponibles.

B. Formulación del problema

Problema general

¿Cuáles son las características epidemiológicas del dolor abdominal agudo en adultos en el servicio de emergencias del Hospital Base III Essalud Juliaca?

Problemas específicos

1. ¿Cuál es la frecuencia de ingresos a emergencia por dolor abdominal agudo del Hospital Base III Essalud Juliaca?
2. ¿Cuáles son las principales causas de dolor abdominal agudo en el servicio de emergencias del Hospital Base III Essalud Juliaca?
3. ¿Cuál es el grupo etáreo y género más frecuente por dolor abdominal agudo en el servicio de emergencias del Hospital Base III Essalud Juliaca?
4. ¿Cuáles son las comorbilidades más prevalentes de los pacientes con dolor abdominal en el servicio de emergencias del Hospital Base III Essalud Juliaca?

C. Delimitación de la investigación



La investigación se desarrollará en el Hospital Base III Juliaca EsSalud en el año 2024, teniendo en cuenta las historias clínicas de pacientes con dolor abdominal en los años 2022 al 2023.

D. Justificación de la investigación

La justificación de la presente investigación radica en que no se han encontrado evidencias de estudios descriptivos de manejo de dolor abdominal en servicios de emergencias en nuestro medio.

Así mismo, admitirá la actualización y enriquecimiento del conocimiento pre-existente y la subsecuente materialización, de la experiencia empírica en la práctica profesional diaria del especialista en emergencias y desastres.

Finalmente, la publicación de la pesquisa, servirá como referente científico, para la institución de nuevas investigaciones estructuradas bajo el mismo enfoque temático.



CAPÍTULO II

REVISIÓN DE LITERATURA

A. Antecedentes

Idobro et al, el 2020, en su estudio observacional de cohorte prospectivo, el objetivo fue describir los desenlaces clínicos de los pacientes adultos con obstrucción intestinal por bridas en un hospital de tercer nivel y que recibieron manejo médico no quirúrgico al ingreso. Metodología: la muestra fueron pacientes atendidos con tratamiento conservador durante el período 2012-2013 por obstrucción intestinal. Se recogió información sociodemográfica y clínica, así como seguimiento hasta el alta hospitalaria. Se analizó los datos con el SPSS V.15. Resultados: el 58.9% de los casos eran masculinos con edad media de 55.2 años, el 57.1% tenía comorbilidades en las que predominaron las enfermedades cardiovasculares y 91.1% tenía antecedentes quirúrgicos, la mitad de ellos por procesos inflamatorios. Los principales síntomas fueron emesis y distensión abdominal. La respuesta al tratamiento conservador fue de 80.4 %; del 19.6 % que requirió manejo quirúrgico, en el 81.8 % de los casos el hallazgo intra-operatorio fue de obstrucción intestinal por bridas. El tiempo medio de hospitalización fue de 5.5 días y durante el estudio solo un paciente falleció. Conclusión: el manejo médico conservador debe ser considerado el tratamiento inicial de esta entidad por su alta tasa de respuesta, disminución de complicaciones posoperatorias y estancia hospitalaria¹⁵.

El trabajo de Vega R, en el 2019, en Perú, tuvo el objetivo de determinar cuáles son los aspectos clínicos y de laboratorio más relevantes en los adultos mayores que fueron intervenidos quirúrgicamente por un cuadro de apendicitis aguda. Metodología: se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal, con un enfoque analítico. En 84 pacientes mayores de 60 años que fueron atendidos en el servicio de emergencia del



HNAL en el 2018. Se utilizó la ficha de recolección de datos como instrumento para luego ser procesada y analizada en el paquete estadístico STATA 12.0. Resultados: la edad media fue de 67 años, con predominio del sexo masculino (61.9%), hubo dolor típico en el 71.4%. El síntoma gastrointestinal de mayor incidencia fue la náusea y/o vómitos en el 67.9%, y la hiperoxia (40.5%). Se encontró entre los signos más frecuentes a Mc Burney en el 76.2%, hubo leucocitosis en el 64.29% con 51.2% de desviación a la izquierda. La apendicitis fue la complicación más frecuente con 41%, y la estancia hospitalaria tuvo una media de 4 días. Conclusión: la apendicitis aguda es más frecuente entre los 60 y 69 años, prevaleció el dolor típico, el tiempo de enfermedad predispone a padecer de apendicitis complicada¹⁶.

Rojas-Valenzuela y Quiñonez-Meza, en su trabajo realizado el 2019, determinaron las características epidemiológicas y evolución de los pacientes que acuden con dolor abdominal agudo no traumático al servicio de urgencias con seguimiento a 7 días y un mes, de enero a junio de 2019. Material y métodos. Estudio observacional, prospectivo, transversal y descriptivo. Se revisaron los expedientes clínicos de los pacientes mayores de 18 años con dolor abdominal agudo no traumático que fueron ingresados al servicio de urgencias. Se evaluaron las siguientes variables: variables demográficas, premedicación, ingresos previos por dolor abdominal, pruebas diagnósticas de laboratorio de gabinete, costos; grado académico del médico tratante, horas de hospitalización, diagnóstico de egreso. Luego se llevó a cabo la recolección de datos mediante encuesta telefónica, previo consentimiento verbal, y el seguimiento de los pacientes a los 7 y 30 días desde su egreso, evaluando las siguientes variables: mejoría, atención en consulta externa, atención en otro hospital, requirió cirugía, reingreso, defunción, percepción de la atención médica y diagnóstico de egreso. Resultados. Se incluyeron 219 pacientes. Las causas más frecuentes de dolor abdominal agudo fueron apendicitis aguda (13.6%),



colecistitis (12.4%) y colitis (10%). En el 36.9% hubo presencia de pre-medicación. En el seguimiento a los 7 y 30 días hubo mejoría en el 34.7% y 62.55% respectivamente. Hubo una correlación del diagnóstico inicial y el definitivo del 59.8%. Conclusiones. El diagnóstico del dolor abdominal agudo es un gran reto para los médicos del servicio de urgencias, y es imperativo desarrollar estrategias para mejorar la calidad de la atención de estos pacientes¹⁷.

Thakur JK et al, el 2019, en su estudio tuvieron como objetivo conocer el espectro etiológico del dolor abdominal agudo quirúrgico entre los pacientes que asisten al servicio de urgencias de una facultad de medicina del este de la India. Métodos: Se realizó un estudio transversal institucional de enero a junio de 2018, entre pacientes ingresados con dolor abdominal en IQ City Medical College y Narayna Hospital, Durgapur, West Bengal, India. Los datos fueron recolectados el día del alta, con la ayuda de un Cronograma semiestructurado previamente probado. Resultados: Un total de 8,688 pacientes ingresaron por emergencia durante el período de recolección de datos. 1236 (14.2%) de ellos ingresaron con quejas de dolor abdominal. La frecuencia de dolor abdominal quirúrgico y no quirúrgico fue de 6.0% y 8.2% respectivamente. Los síntomas y signos más consistentes fueron dolor abdominal y sensibilidad abdominal, respectivamente. La causa más frecuente de abdomen agudo fue la apendicitis aguda. Se presentó en el 38.9% de los casos seguido de patología vesicular, cólico renal/ureteral, peritonitis perforante, obstrucción intestinal, isquemia intestinal en el 21.0%, 14.2%, 13.7%, 7.8% y 4.4% de los casos respectivamente. Conclusiones: Alrededor del 15.0% de todas las hospitalizaciones de emergencia se deben a dolor abdominal agudo y alrededor del 40% de todos los dolores abdominales agudos se deben a causas quirúrgicas. La causa más frecuente de abdomen agudo quirúrgico fue la apendicitis aguda¹⁸.



Shiryazdi, et al, el 2019, su trabajo tuvo el objetivo de evaluar la distribución de frecuencias de la causa del dolor abdominal agudo y su relación con la edad, la enfermedad de base y el sexo. Métodos. Este estudio transversal descriptivo se realizó en 352 pacientes con dolor abdominal agudo en el hospital Shahid Sadoughi. Los datos fueron extraídos de las historias clínicas. El diagnóstico de la enfermedad fue realizado por un médico. Resultados. La enfermedad de base más frecuente en pacientes con dolor abdominal agudo fue hipertensión arterial (14.8%) y diabetes mellitus (10.8%). La causa de enfermedad más frecuente estuvo relacionada con dolor abdominal sin causa (32.2%), obstrucción intestinal (14.8%), apendicitis (13.1 %), colecistitis (11.1%) e intoxicación por plomo (4%). Los síntomas más frecuentes en estos pacientes fueron náuseas (4.7%), vómitos (48.6%), dolor persistente (61.6%) y disminución del apetito (49.7%). Hubo diferencia significativa entre la distribución de frecuencias de las causas de dolor abdominal agudo en función de la edad, el sexo, el trabajo y el estado civil ($p < 0,05$). Conclusión: La causa más común de dolor abdominal agudo estuvo relacionada con la obstrucción intestinal, apendicitis y colecistitis. La prevalencia de apendicitis y obstrucción intestinal fue mayor en jóvenes y ancianos, respectivamente. Además, la colecistitis y la obstrucción intestinal fueron más comunes en mujeres y hombres, respectivamente. Parece que algunos parámetros, incluida la edad, sexo, el trabajo y el estado civil pueden ser factores clave que afectan el dolor abdominal agudo¹⁹.

Price et al, en el 2022, cuantificaron la incidencia acumulada de 1 año de 35 diagnósticos no malignos y nueve cánceres en adultos después de un dolor abdominal recién registrado en atención primaria. Diseño: Estudio de cohorte observacional de 125,793 registros de Datalink GOLD de investigación de práctica clínica. Método: Los participantes, ≥ 40 años de edad, presentaron dolor abdominal recientemente registrado entre el 1 de enero de 2009 y el 31 de diciembre de 2013. Se informa la incidencia acumulada de 1 año



estratificada por edad y sexo por diagnóstico. Resultados: La mayoría (>70 %) de los participantes no tenían diagnósticos pre-especificados después de un dolor abdominal recién registrado. Los diagnósticos no malignos fueron los más comunes: problemas gastrointestinales superiores (enfermedad por reflujo gastroesofágico, hernia de hiato, gastritis, esofagitis y úlcera gástrica/duodenal) en hombres e infección del tracto urinario en mujeres. La incidencia de problemas gastrointestinales superiores se estabilizó a la edad ≥ 60 años (edad 40-59 años: hombres 4.9 %, mujeres 4.0%. La incidencia de infecciones del tracto urinario aumentó con la edad (entre 40 y 59 años: mujeres 5.1%, hombres 1.1%). La incidencia del síndrome del intestino irritable fue mayor en mujeres que en hombres, disminuyendo con la edad. Conclusión: Aunque el dolor abdominal comúnmente permanece sin explicación, el diagnóstico no maligno es más probable que el cáncer²⁰.

Wolfe C, et al (2022), en su trabajo describió los sistemas para examinar el dolor abdominal, el cual es un síntoma común que se presenta en el servicio de urgencias, donde la utilización de imágenes de diagnóstico suele ser una herramienta clave para determinar su etiología. La radiografía simple tiene utilidad limitada. La tomografía computarizada (TC) es la modalidad de imagen de elección para el dolor abdominal indiferenciado. La ecografía y la resonancia magnética pueden ser útiles en escenarios específicos, principalmente en pediatría y embarazo, y ofrecen el beneficio de eliminar el riesgo de radiación ionizante de la TC. La orientación para la selección de imágenes está determinada por la ubicación del dolor, las consideraciones especiales del paciente y las sospechas de etiologías específicas. En conclusión, el Colegio Americano de Radiología, tiene disponible los criterios apropiados y ofrece una orientación experta, que describe las opciones de imágenes basadas en la ubicación del dolor²¹.



Kumar R., et al (2022), en su estudio evaluaron el perfil clínico y demográfico de los pacientes que acudieron al servicio de urgencias con abdomen agudo en un instituto de atención terciaria en la India. Métodos: fue un estudio observacional prospectivo en pacientes que acudieron al servicio de urgencias del hospital universitario de atención terciaria, que presentaban dolor en abdomen agudo no traumático, entre marzo de 2016 y abril de 2017. Se registró el perfil demográfico, la historia detallada, el examen físico, el manejo y el resultado. Resultados: de 200 pacientes, el 56% eran hombres. La edad promedio fue 46.2 años. La enfermedad ulcerosa péptica (22%) fue la presentación más frecuente seguida de causas quirúrgicas como apendicitis aguda (20%) y obstrucción intestinal aguda (11%). La diabetes mellitus fue la comorbilidad más frecuente (25%), seguida de la hipertensión (15%) y la cardiopatía isquémica (6%). La ecografía abdominal fue útil en el diagnóstico del 83% de los pacientes y el 13% de los pacientes requirieron una tomografía computarizada de abdomen. Conclusión: la úlcera péptica, la apendicitis aguda y la obstrucción intestinal aguda fueron las causas más comunes de abdomen agudo. Un alto índice de sospecha ayudará en el diagnóstico temprano y en el establecimiento de un tratamiento efectivo²².

Mella V., et al (2020), describieron la epidemiológica nacional e internacional de apendicitis según magnitud, tiempo, sexo, y edad. Métodos: se utilizó la base de datos del INE-CEPAL, en Chile. Resultados: la incidencia de apendicitis para el 2016 fue de 206 por cada 100,000 habitantes, la mortalidad fue de 2 por cada millón de habitantes. Los hombres presentaron 1.2 veces mayor riesgo de hospitalización con respecto de las mujeres, y 1.8 veces más probabilidad de morir por apendicitis. Conclusión: el estado epidemiológico de la apendicitis en la población chilena, difiere al internacional. La diferencia de los egresos y mortalidad interregional sugiere heterogeneidad en el acceso



a diagnóstico y tratamiento, donde la elaboración de un protocolo estandarizado a nivel ministerial podría disminuir esta variabilidad²³.

Mjema K., et al, (2020), realizaron un trabajo para subsanar el vacío en el conocimiento de la incidencia, causas y mortalidad del dolor abdominal en un servicio de emergencias de un hospital terciario en Tanzania. Método: fue un estudio de cohorte prospectivo con pacientes adultos (edad ≥ 18 años) con dolor abdominal no traumático desde el 2017 hasta el 2017. Resultados: de 3,381 pacientes adultos, 288 (8.5%) presentaron dolor abdominal, y de éstos, 199 (69%) se inscribieron en el estudio. La edad media fue 47 años, 126 (63%) eran mujeres y 118 (59%) fueron derivados de otro hospital. Los diagnósticos más frecuentes fueron malignidad 71 (36%), obstrucción intestinal 11 (6%) y úlcera péptica 9 (5%). La mortalidad a las 24 h ya los 7 días fue de 4 (2%) y 7 (4%) respectivamente, mientras que la mortalidad hospitalaria global fue de 16 (8%). Entre los factores de riesgo de mortalidad se encontraron sexo masculino (RR=2.88 (p=0.03), hipoglucemia (RR=5.7, p=0.004), ingreso en UCI (RR=14, p<0.0001), recepción de líquidos IV (RR=3.2, p=0.0151) y necesidad de cirugía (RR=6.6, p=0.0001). Conclusión: el dolor abdominal estuvo asociado a morbilidad y mortalidad, hubo una alta demanda de intervención quirúrgica, y una alta mortalidad hospitalaria. Los estudios futuros y los esfuerzos de mejora en la calidad deben centrarse en identificar por qué existen tales diferencias y cómo reducir la mortalidad²⁴.

Moya M, et al (2019), describieron en su estudio, el divertículo de Meckel, que constituye una anomalía gastrointestinal congénita muy frecuente; su forma clínica de presentación es la hemorragia digestiva en la mayoría de casos, y puede presentarse como una obstrucción intestinal o como un proceso inflamatorio agudo. El diagnóstico correcto, su tratamiento, requieren de un alto índice de sospecha clínica²⁵.



Osterwalder I, et al (2020), analizaron el dolor abdominal por ser la causa más frecuente de consulta en el servicio de urgencias (SU). Métodos: este estudio fue prospectivo observacional, y el objetivo fue responder tres preguntas claves: ¿Qué diagnósticos se pasan por alto con mayor frecuencia? ¿Cuál es la incidencia de causas extraabdominales?, y ¿Cuál es el pronóstico del dolor abdominal en un SU urbano europeo terciario? Los participantes presentaron 35 síntomas predefinidos. Para todos los pacientes con dolor abdominal, se registraron los diagnósticos de la visita índice. Si un diagnóstico cambiaba entre la visita índice y la representación, se clasificaba como diagnóstico perdido. Entre 3,960 presentaciones proyectadas, 480 (12.1%) se debieron a dolor abdominal. De 63 (13.1%) presentaciones relacionadas, las causas más prevalentes fueron colelitiasis, gastroenteritis y retención urinaria. Un diagnóstico perdido se atribuyó a 27 (5.6%) presentaciones. La mortalidad a los 30 días fue comparable a la de todos los demás pacientes del servicio de urgencias (2.2% frente a 2.1%). La conclusión es que los pacientes con dolor abdominal tienen un bajo riesgo de presentación; y la mayoría de diagnósticos perdidos fueron porque eran de origen benigno. Es de destacar la alta incidencia de causas extra-abdominales, pues esto puede inducir un cambio en el diagnóstico diferencial del dolor abdominal²⁶.

Poudel R., et al. (2019), en su estudio el objetivo fue determinar la prevalencia de ingreso por abdomen agudo y su frecuencia según sexo, edad, y mes de ingreso hospitalario. Métodos: fue un estudio descriptivo retrospectivo realizado en el Colegio Universal de Ciencias Médicas, Bhairahawa, de Nepal. Se revisaron los registros de ingreso a sala de cirugía desde julio de 2017 hasta junio de 2018. Se recogieron datos referentes al diagnóstico, edad, sexo y mes de ingreso de los pacientes. Resultados: se analizaron un total de 675 pacientes con abdomen agudo. La apendicitis aguda fue la causa más frecuente y representó el 52% del ingreso total. Le siguieron la obstrucción intestinal



(13%) y la colecistitis aguda (11%). La mediana de edad de presentación de la apendicitis aguda fue de 23 años. La mediana de edad de presentación de la colecistitis aguda fue de 42 años. En general, la temporada de primavera tuvo el mayor número de ingresos (31.5%), seguida del invierno (25.6 %). Conclusión: la incidencia de abdomen agudo varía según la edad, encontrándose más comúnmente en adultos jóvenes. Los hombres tienen una mayor prevalencia de abdomen agudo en comparación con las mujeres, con excepción de la colecistitis aguda²⁷.

Sabo C y Dumitrascu D., realizaron una revisión donde se centraron en las herramientas de diagnóstico que utilizan los médicos generales en la evaluación del dolor abdominal crónico, debido a la ausencia de características de alerta, que indican condiciones muy agudas, la mayoría de los pacientes con dolor abdominal crónico tienen una causa benigna o un trastorno funcional, por ejemplo, síndrome del intestino irritable. Los costos asociados con un estudio de diagnóstico son una carga costosa para el cuidado de la salud. Se recomienda un enfoque sistemático para evaluar a los pacientes e iniciar un plan de manejo en el entorno de atención primaria. El dolor abdominal no diagnosticado debe investigarse comenzando con una historia clínica y un examen físico detallados. Conclusión: las investigaciones diagnósticas deben limitarse y adaptarse de acuerdo con las características clínicas, los síntomas de alarma y la gravedad de los síntomas²⁸.

Treuer R. (2017), describieron el dolor abdominal en adultos mayores, pues el envejecimiento de la población es una realidad mundial, siendo los adultos mayores de 65 años el grupo de edad que experimenta un crecimiento más acelerado. La frecuencia con la que estos pacientes consultan los Servicios de Urgencias también se ve afectada cada vez con mayor frecuencia. El enfrentamiento de estos pacientes es siempre un reto ya que tienen sus propias características que dificultan el diagnóstico y tratamiento. En esta población el dolor abdominal es el tercer motivo de consulta más frecuente en los



Servicios de Urgencias. Suelen tener presentaciones atípicas con lo que el diagnóstico es más difícil y tardío, aumentando las complicaciones y la mortalidad. Conclusión: la gama de urgencias abdominales es extenso, por lo que es útil ordenar diagnósticos diferenciales según el mecanismo fisiopatológico subyacente: inflamatorio, obstructivo, vascular y otros, favoreciendo así el proceso diagnóstico y terapéutico²⁹.

Ugarte MJ. (2021), realizó una investigación sobre el dolor abdominal en medicina ambulatoria, el cual tiene múltiples causas, entre ellas las patologías mortales y otras benignas en las que se necesita tratamiento y no otras pruebas. La historia clínica y la exploración física son la clave para sospechar la etiología de la enfermedad de base. Una historia completa incluye hacer preguntas directas para confirmar o descartar los diagnósticos sospechosos y con un examen físico completo y sistemático es la principal vía para llegar al diagnóstico y tratamiento del paciente. El clínico debe conocer los síndromes en los que se incluye el dolor abdominal, especialmente aquellos con riesgo mortal que requieren tratamiento urgente o cirugía. También necesita conocer los síndromes benignos frecuentes que pueden tratarse sintomáticamente de manera segura sin más investigación. En conclusión, los adultos mayores con o sin comorbilidades pueden presentar causas inusuales de dolor abdominal o pueden tener una presentación atípica de trastornos comunes, además, pueden presentar etiologías graves más frecuentes que requieran intervenciones urgentes³⁰.

B. Marco teórico

El dolor abdominal agudo, definido como dolor abdominal no traumático que dura menos de siete días, es una preocupación de presentación común con un diagnóstico diferencial amplio. Las causas más comunes son la gastroenteritis y el dolor abdominal inespecífico, seguidas de la colelitiasis, la urolitiasis, la diverticulitis y la apendicitis.



El dolor abdominal es un dolor que se produce entre el pecho y las regiones pélvicas. El dolor abdominal puede ser tipo calambre, doloroso, sordo, intermitente o agudo. También se le llama dolor de estómago. El dolor localizado se limita a una zona del abdomen. Este tipo de dolor suele ser causado por problemas en un órgano en particular. La causa más común de dolor localizado son las úlceras de estómago (llagas abiertas en el revestimiento interno del estómago). El dolor parecido a un calambre puede estar asociado con diarrea, estreñimiento, hinchazón o flatulencia. En personas asignadas como mujeres al nacer, puede estar asociado con menstruación, aborto espontáneo o complicaciones reproductivas. Este dolor aparece y desaparece y puede desaparecer por sí solo sin tratamiento. Las infecciones virales, bacterianas o parasitarias que afectan el estómago y los intestinos también pueden causar un dolor abdominal significativo.

El dolor abdominal se puede sentir en cualquier lugar entre el pecho y la ingle del cuerpo. El dolor puede ser generalizado, localizado o sentirse como calambres en el abdomen. Si tiene calambres o molestias en el estómago, puede deberse a gases, hinchazón o estreñimiento. O podría ser un signo de una afección médica más grave. El dolor tipo cólico en la región del abdomen aparece y desaparece. En un momento puede sentirse bien, pero al siguiente puede experimentar un dolor agudo y repentino en el abdomen. Los cálculos renales y biliares suelen ser la causa de este tipo de dolor.

Muchas condiciones pueden causar dolor abdominal. Pero las principales causas son: infección, crecimientos anormales, inflamación, obstrucción (bloqueo), trastornos intestinales.

Las infecciones en la garganta, los intestinos y la sangre pueden hacer que las bacterias ingresen al tracto digestivo y provoquen dolor abdominal. Estas infecciones también pueden provocar cambios en la digestión, como diarrea o estreñimiento. Los calambres



asociados con la menstruación también son una fuente potencial de dolor abdominal bajo, pero se sabe que causan dolor pélvico con mayor frecuencia.

Causas

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

- Enfermedades biliares que causan una cuarta parte de todos los casos de DAA en pacientes que requieren hospitalización.
- Obstrucción intestinal y hernia incarcerada.
- Apendicitis, diverticulitis y ulcus péptico.
- Y afecciones vasculares.

Diagnósticos

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

1. En pacientes de edad avanzada son muchas las enfermedades que evolucionan de distinta forma. Los síntomas con frecuencia son más leves que en los adultos jóvenes teniendo la misma enfermedad.
2. La anamnesis también se afecta por los déficits sensoriales, el deterioro cognitivo, la demencia o los trastornos psiquiátricos.
3. Las condiciones pre-existentes, como incapacidad para ubicar la molestia y el consumo de medicamentos influyen en los hallazgos de la apreciación clínica inicial.



Tratamientos

Para el tratamiento del DAA se utilizan medicamentos como el paracetamol o la dipirona, los cuales se administran por vía parenteral, con la ventaja de que tienen una acción rápida. Otras alternativas son el combinar los analgésicos opioides y los no opioides, debido a que mejoran la calidad de las analgesias. Los tratamientos alternativos para aliviar el DAA, recomiendan no realizarlos antes del diagnóstico definitivo, pues esto interfiere en la evaluación. Las dosis moderadas de analgésicos, vía intravenosa, con fentanilo (dosis de 50-100 mcg) o con morfina (dosis de 4-6 mg) no encubren los signos peritoneales, disminuyendo el malestar y la ansiedad lo cual facilita la exploración.

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS, OBJETIVOS Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

A. Hipótesis

1. General

“Hay diferencias en las características epidemiológicas del dolor abdominal agudo en adultos por edad y género en el servicio de emergencias del Hospital Base III Essalud Juliaca”

2. Especificas

“Hay diferencias en las características epidemiológicas del dolor abdominal agudo en adultos por edad en el servicio de emergencias del Hospital Base III Essalud Juliaca”



“Hay diferencias en las características epidemiológicas del dolor abdominal agudo en adultos por género en el servicio de emergencias del Hospital Base III Essalud Juliaca”

3. Estadísticas o de trabajo

H1: “Hay diferencias en las características epidemiológicas del dolor abdominal agudo en adultos por edad y género en el servicio de emergencias del Hospital Base III Essalud Juliaca”

Ho: “No hay diferencias en las características epidemiológicas del dolor abdominal agudo en adultos por edad y género en el servicio de emergencias del Hospital Base III Essalud Juliaca”

B. Objetivos

Objetivo general

Describir las características epidemiológicas del dolor abdominal agudo en adultos en el en el servicio de emergencias del Hospital Base III Essalud Juliaca.

Objetivos específicos

1. Determinar la frecuencia de ingresos a la emergencia por dolor abdominal agudo.
2. Determinar las principales causas de dolor abdominal agudo.
3. Conocer el grupo etáreo y género más frecuente.
4. Identificar las comorbilidades más prevalentes de los pacientes con dolor abdominal.



C. Operacionalización de variables

VARIABLE DEPENDIENTE:

Variable	Indicador	Unidad/Categoría	Escala	Tipo de Variable
Dolor abdominal	Dolor intenso Signos de choque Signos de peritonitis Hinchazón abdominal	Si,No	Nominal	Cualitativa

VARIABLES INDEPENDIENTES:

Variable	Indicador	Unidad/Categoría	Escala	Tipo de Variable
Causas	Infección Inflamación Ulceras Perforación o rotura de órganos Contracciones musculares descoordinadas o bloqueadas por una obstrucción	Si,No	Nominal	Cualitativa



	Obstrucción del flujo sanguíneo que impide la irrigación de los órganos.			
--	--	--	--	--

VARIABLES INTERVINIENTES:

Variable	Indicador	Unidad/Categoría	Escala	Tipo de Variable
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento del paciente hasta la intervención por apendicitis aguda complicada.	Años	Razón	Cuantitativa
Sexo	Condición biológica que diferencia a los pacientes varones de las mujeres.	Masculino Femenino	Nominal	Cualitativa
Comorbilidades	Presencia de enfermedades previas al diagnóstico de cancer gástrico	Diabetes mellitus Hipertensión arterial Cardiopatías Otros	Nominal	Cualitativa
Estancia hospitalaria	Tiempo transcurrido desde el ingreso al hospital hasta el momento del alta.	3 a 5 días >5 días	Ordinal	Cualitativa



CAPÍTULO IV

MARCO METODOLÓGICO

A. Tipo de investigación

Investigación observacional, analítica, transversal, retrospectiva.

B. Diseño de investigación

No experimental

C. Población y Muestra

1. Población:

Está conformado por pacientes intervenidos por dolor abdominal agudo en adultos en el en el servicio de emergencias del Hospital Base III Essalud Juliaca, durante el periodo de enero a diciembre del 2022 al 2023.

2. Tamaño de muestra:

Censal. Se trabajará con toda la población de pacientes intervenidos por dolor abdominal agudo en adultos en el en el servicio de emergencias del Hospital Base III Essalud Juliaca, durante el periodo de enero a diciembre del 2022 al 2023.

3. Selección de la muestra:

El tipo de muestreo será probabilístico y la técnica a usar será el aleatorio simple en caso la población es grande.

D. Criterios de selección.

1. Criterios de inclusión



- Pacientes adultos (≥ 18 años)
- Pacientes de ambos sexos con diagnóstico de dolor abdominal agudo
- Pacientes con información completa en sus historias clínicas

2. Criterios de exclusión

- Pacientes con más de una patología intraabdominal
- Pacientes con información incompleta en sus historias clínicas

E. Material y Métodos

- En primer lugar, se solicitará la autorización al director del Hospital Base III Essalud Juliaca y a la Universidad Nacional del Altiplano para la aprobación de este proyecto.
- Luego se coordinará con el personal de archivo para obtener la autorización y acceder a las historias clínicas de los pacientes con dolor abdominal agudo atendidos en emergencias.
- Antes de registrar la información en la ficha de recolección, se realizará la evaluación de los criterios de selección.
- Las fichas de recolección serán enumeradas y revisadas para evaluar el control de calidad del llenado.
- Finalmente, estos serán vaciados a una base de datos del programa SPSS versión 29 en español, para su posterior análisis.

F. Instrumentos y procedimientos de recolección de datos



1. Instrumentos:

Ficha de recolección, la cual estará constituida de la siguiente manera:

a. Características generales: Esta sección estará dividida en:

Epidemiológicos: (Edad, sexo, comorbilidades)

Clínicas: (Nivel de dolor, estancia hospitalaria)

b. Características: tales como tiempo de hospitalización, grado de dolor post-operatorio, morbimortalidad, presencia de infección de sitio operatorio.

2. Procedimiento de recolección de datos:

Por tratarse de una ficha de recolección se recurrirá a un juicio de expertos conocedores del tema, para validar el contenido del instrumento en función a los objetivos del estudio. Luego se procederá al llenado de las fichas de acuerdo a la información de las historias clínicas. No es necesario el consentimiento informado dado que es un estudio retrospectivo.

Las fichas de recolección de datos estarán custodiadas en archivadores con llave y solo podrán ser accedidas bajo supervisión del equipo de investigación.

El investigador declara no presentar ningún conflicto de intereses.

Se plantea difundir los resultados obtenidos mediante la publicación en una revista científica



G. Análisis estadístico de datos.

Se elaborará una base de datos en el programa SPSS 29, la cual pasará por un proceso de control de calidad para el posterior análisis estadístico correspondiente.

Análisis descriptivo

Para el análisis de las variables cualitativas se utilizó las frecuencias absolutas y relativas (%); para las variables cuantitativas se calculó las medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (desviación estándar).

Análisis inferencial

Para determinar la asociación entre variables, se usará la prueba Chi cuadrado, considerando un nivel de significancia del 5%, es decir un $p < 0.05$ será considerado significativo.

Presentación de resultados

Los resultados serán presentados en tablas simples y dobles, además de gráficos estadísticos como el de barras y/o circulares de acuerdo a la operacionalización de variables. Se usará el programa Microsoft Excel 2017.



CAPÍTULO V

CRONOGRAMA Y PRESUPUESTO

A. Cronograma:

ACTIVIDAD	(Año) 2024				
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY
1. Planteamiento del Problema y revisión de Bibliografía	X				
2.Elaboración del proyecto	X				
3.Presentación del Proyecto	X				
4.Recolección de datos		X			
5.Procesamiento de datos			X		
6.Elaboración de informe Final				X	
7.Presentación del Informe final					X

B. Presupuesto:

GASTO	UNIDAD	CANTIDAD	COSTO	COSTO
	DE		UNITARIO (\$/)	TOTAL (\$/)
	MEDIDA			
Papel bond 80 grs.	millar	1	10.00	10.00
Fotocopiado	ciento	1	12.00	12.00



Lapiceros	unidad	3	3.00	9.00
Lápiz	unidad	2	2.00	4.00
Fólderes	unidad	4	1.50	6.00
Movilidad local	unidad	30	5.00	150.00
Empastado	unidad	4	35.00	140.00
Total				331.00



CAPÍTULO VI

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gans SL, Pols MA, Stoker J, et al. Guideline for the diagnostic pathway in patients with acute abdominal pain. *Dig Surg* 2015;32:23-31. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
2. Powers RD, Guertler AT. Abdominal pain in the ED: stability and change over 20 years. *Am J Emerg Med* 1995;13:301-3. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
3. Hastings RS, Powers RD. Abdominal pain in the ED: a 35 year retrospective. *Am J Emerg Med* 2011;29:711-6. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
4. Selbst SM, Friedman MJ, Singh SB. Epidemiology and etiology of malpractice lawsuits involving children in US emergency departments and urgent care centers. *Pediatr Emerg Care* 2005;21:165-9. [[PubMed](#)]
5. Kachalia A, Gandhi TK, Puopolo AL, et al. Missed and delayed diagnoses in the emergency department: a study of closed malpractice claims from 4 liability insurers. *Ann Emerg Med* 2007;49:196-205. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
6. Patterson BW, Venkatesh AK, AlKhawam L, et al. Abdominal Computed Tomography Utilization and 30-day Revisitation in Emergency Department Patients Presenting With Abdominal Pain. *Acad Emerg Med* 2015;22:803-10. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
7. Flum DR, Morris A, Koepsell T, et al. Has misdiagnosis of appendicitis decreased over time? A population-based analysis. *JAMA* 2001;286:1748-53. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]



8. Medford-Davis L, Park E, Shlamovitz G, et al. Diagnostic errors related to acute abdominal pain in the emergency department. *Emerg Med J* 2016;33:253-9. [\[Crossref\]](#) [\[PubMed\]](#)
9. McNamara R, Dean AJ. Approach to acute abdominal pain. *Emerg Med Clin North Am* 2011;29:159-73. vii. [\[Crossref\]](#) [\[PubMed\]](#)
10. Palmer J, Pontius E. Abdominal Pain Mimics. *Emerg Med Clin North Am* 2016;34:409-23. [\[Crossref\]](#) [\[PubMed\]](#)
11. Cervellin G, Lippi G. Abdominal migraine in the differential diagnosis of acute abdominal pain. *Am J Emerg Med* 2015;33:864.e3-5. [\[Crossref\]](#) [\[PubMed\]](#)
12. Tayal VS, Bullard M, Swanson DR, et al. ED endovaginal pelvic ultrasound in nonpregnant women with right lower quadrant pain. *Am J Emerg Med* 2008;26:81-5. [\[Crossref\]](#) [\[PubMed\]](#)
13. Cervellin G, Comelli I, Sartori E, et al. A four-year survey on unexpected pregnancy diagnoses in a large urban emergency department in Parma, Italy. *Int J Gynaecol Obstet* 2014;127:51-4. [\[Crossref\]](#) [\[PubMed\]](#)
14. Kaplan BC, Dart RG, Moskos M, et al. Ectopic pregnancy: prospective study with improved diagnostic accuracy. *Ann Emerg Med* 1996;28:10-7. [\[Crossref\]](#) [\[PubMed\]](#)
15. Idrobo AA, Bastidas BE, Yasno LM, Vargas AL, Merchán-Galvis AM. Presentación y desenlace del manejo conservador en obstrucción intestinal por bridas en el Cauca. *Rev Colomb Gastroenterol.* 2020;35(4):447-454. <https://doi.org/10.22516/25007440.517>



16. Vega R. Apendicitis aguda: aspectos clínicos y de laboratorio en adultos mayores, atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el 2018. Tesis de medicina, 2019. Univ. Nacional F. Villarreal. Lima.
17. Diana Rojas-Valenzuela, Martha Quiñonez-Meza. Estudio epidemiológico de pacientes con dolor abdominal agudo no traumático egresados del servicio de urgencias. Rev Med UAS; Vol. 10: No. 1. Enero-Marzo 2020.
18. Thakur JK et al. Epidemiology of acute abdominal pain: a cross-sectional study in a tertiary care hospital of Eastern India. Int Surg J. 2019 Feb;6(2):345-348.
19. Seyed Mostafa Shiryazdi, Azadeh Azhdari, Hossein Fallahzadeh. Acute abdominal pain causes in patients referred to hospital treatment. Med Čas (Krag) / Med J (Krag) 2019; 53(1): 14-19.
20. Sarah J Price, Niamh Gibson, William T Hamilton, Jennifer Bostock and Elizabeth A Shephard. Diagnoses after newly recorded abdominal pain in primary care: observational cohort study. British Journal of General Practice, August 2022
21. Carmen Wolfe, Maglin Halsey-Nichols, Kathryn Ritter, Nicole McCain. Abdominal Pain in the Emergency Department: How to Select the Correct Imaging for Diagnosis. Open Access Emergency Medicine 2022;14 335–345. <https://doi.org/10.2147/OAEM.S342724>
22. Kumar NR, Krishna BS, Satyanarayana V, Reddy VV, Madhusudhan M, Subramanyam P. Study of clinical features and outcomes in patients presenting to the emergency department with acute abdomen. J Clin Sci Res 2019;8:172-6. https://doi.org/10.4103/JCSR.JCSR_110_19
23. Mella V, et al. Apendicitis aguda: análisis descriptivo de la situación epidemiológica en Chile. Revista Confluencia, 2020; 2(1), 26-29.



24. Kilalo M. Mjema, et al. Aetiologies and outcomes of patients with abdominal pain presenting to an emergency department of a tertiary hospital in Tanzania: a prospective cohort study. *BMC Gastroenterology*, 2020; 20:173. <https://doi.org/10.1186/s12876-020-01313-z>
25. Moya M, Castaño M, Sáez MA, y López-Torres J. Divertículo de Meckel como causa de dolor abdominal recurrente. *Rev Clin Med Fam* 2019; 12 (3): 151-154
26. Isabelle Osterwalder, Merve Özkan, Alexandra Malinovska, Christian H. Nickel and Roland Bingisser. Acute Abdominal Pain: Missed Diagnoses, Extra-Abdominal Conditions, and Outcomes. *J. Clin. Med.* 2020, 9, 899.
27. Poudel R., et al. Prevalence of acute abdomen admission in surgery ward at tertiary care center of Nepal. *Journal of Universal College of Medical Sciences* (2019) Vol.07 No.01 Issue 19. <https://doi.org/10.3126/jucms.v7i1.24678>
28. Sabo C y Dumitrascu D. Chronic Abdominal Pain in General Practice. *Dig Dis* 2021;39:606–614. <https://doi.org/10.1159/000515433>
29. Treuer R. Dolor abdominal agudo en el adulto mayor. *Rev Med Clin Condes*, 2017; 28(2) 282-290
30. Ugarte MJ. Enfrentamiento del paciente con dolor abdominal. *Rev Med Clin Condes*, 2021;32(4) 457-465. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2021.06.005>



CAPÍTULO VII

ANEXOS

1. Instrumento de recolección de datos

D. Ficha de recolección de datos

Datos Generales:

- Edad:
- Sexo:
 - Femenino ()
 - Masculino ()
- Procedencia:
- Peso:
- Talla:
- **Dolor abdominal:**

Visceral	Sí ()	No ()
Parietal	Sí ()	No ()
Referido	Sí ()	No ()
- **Características:**

Tiempo de hospitalización:

Inicio de la vía oral	Sí ()	No ()
-----------------------	--------	--------

Grado de dolor post-operatorio:

Morbimortalidad	Sí ()	No ()
Presencia de infección de sitio operatorio	Sí ()	No ()



2. Validación por juicio de expertos

Estimado juez experto (a):

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjuntan:

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión.

Id	Criterios	Si	No	Observación
1	El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.			
2	El instrumento responde a los objetivos del estudio.			
3	La estructura del instrumento es adecuado.			
4	Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de la variable.			
5	La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.			
6	Los ítems son claros y comprensibles.			
7	El número de ítems es adecuado para su aplicación.			



Sugerencias:.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Firma y sello

3. Validación por juicio de expertos

Estimado juez experto (a): _____

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjuntan:

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión.

Id	Criterios	Si	No	Observación
1	El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.			



2	El instrumento responde a los objetivos del estudio.			
3	La estructura del instrumento es adecuado.			
4	Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de la variable.			
5	La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.			
6	Los ítems son claros y comprensibles.			
7	El número de ítems es adecuado para su aplicación.			

Sugerencias:.....
.....
.....
.....

Firma y sello



AUTORIZACIÓN PARA EL DEPÓSITO DE TESIS O TRABAJO DE INVESTIGACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Por el presente documento, Yo RODOLFO LUCERO ROS ZEA
identificado con DNI 72763946 en mi condición de egresado de:

Escuela Profesional, Programa de Segunda Especialidad, Programa de Maestría o Doctorado

MEDICINA DE EMERGENCIAS Y DESASTRES,
informo que he elaborado el/la Tesis o Trabajo de Investigación denominada:

"CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DEL DOLOR ABDOMINAL AGUDO EN ADULTOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS DEL HOSPITAL BASE III ESSALUD JULACA" 2022-2023
para la obtención de Grado, Título Profesional o Segunda Especialidad.

Por medio del presente documento, afirmo y garantizo ser el legítimo, único y exclusivo titular de todos los derechos de propiedad intelectual sobre los documentos arriba mencionados, las obras, los contenidos, los productos y/o las creaciones en general (en adelante, los "Contenidos") que serán incluidos en el repositorio institucional de la Universidad Nacional del Altiplano de Puno.

También, doy seguridad de que los contenidos entregados se encuentran libres de toda contraseña, restricción o medida tecnológica de protección, con la finalidad de permitir que se puedan leer, descargar, reproducir, distribuir, imprimir, buscar y enlazar los textos completos, sin limitación alguna.

Autorizo a la Universidad Nacional del Altiplano de Puno a publicar los Contenidos en el Repositorio Institucional y, en consecuencia, en el Repositorio Nacional Digital de Ciencia, Tecnología e Innovación de Acceso Abierto, sobre la base de lo establecido en la Ley N° 30035, sus normas reglamentarias, modificatorias, sustitutorias y conexas, y de acuerdo con las políticas de acceso abierto que la Universidad aplique en relación con sus Repositorios Institucionales. Autorizo expresamente toda consulta y uso de los Contenidos, por parte de cualquier persona, por el tiempo de duración de los derechos patrimoniales de autor y derechos conexos, a título gratuito y a nivel mundial.

En consecuencia, la Universidad tendrá la posibilidad de divulgar y difundir los Contenidos, de manera total o parcial, sin limitación alguna y sin derecho a pago de contraprestación, remuneración ni regalía alguna a favor mío; en los medios, canales y plataformas que la Universidad y/o el Estado de la República del Perú determinen, a nivel mundial, sin restricción geográfica alguna y de manera indefinida, pudiendo crear y/o extraer los metadatos sobre los Contenidos, e incluir los Contenidos en los índices y buscadores que estimen necesarios para promover su difusión.

Autorizo que los Contenidos sean puestos a disposición del público a través de la siguiente licencia:

Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional. Para ver una copia de esta licencia, visita: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

En señal de conformidad, suscribo el presente documento.

Puno 11 de Septiembre del 2024


FIRMA (obligatoria)





DECLARACIÓN JURADA DE AUTENTICIDAD DE TESIS

Por el presente documento, Yo RODOLFO LUERO RÍOS Z.2A
identificado con DNI 72763946 en mi condición de egresado de:

Escuela Profesional, Programa de Segunda Especialidad, Programa de Maestría o Doctorado

MEDICINA DE EMERGENCIAS Y DESASTRES

informo que he elaborado el/la Tesis o Trabajo de Investigación denominada:

"CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DEL DOLOR ABDOMINAL
AGUDO EN ADULTOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL
HOSPITAL BASE III ESSALUD TULACA 2022-2023"

Es un tema original.

Declaro que el presente trabajo de tesis es elaborado por mi persona y **no existe plagio/copia** de ninguna naturaleza, en especial de otro documento de investigación (tesis, revista, texto, congreso, o similar) presentado por persona natural o jurídica alguna ante instituciones académicas, profesionales, de investigación o similares, en el país o en el extranjero.

Dejo constancia que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en el trabajo de investigación, por lo que no asumiré como tuyas las opiniones vertidas por terceros, ya sea de fuentes encontradas en medios escritos, digitales o Internet.

Asimismo, ratifico que soy plenamente consciente de todo el contenido de la tesis y asumo la responsabilidad de cualquier error u omisión en el documento, así como de las connotaciones éticas y legales involucradas.

En caso de incumplimiento de esta declaración, me someto a las disposiciones legales vigentes y a las sanciones correspondientes de igual forma me someto a las sanciones establecidas en las Directivas y otras normas internas, así como las que me alcancen del Código Civil y Normas Legales conexas por el incumplimiento del presente compromiso

Puno 11 de Abril del 2024


FIRMA (obligatoria)



Huella