

Etiología del dolor abdominal agudo en gestantes atendidas en urgencias:
Cohorte retrospectiva

Etiology of acute abdominal pain in pregnant women treated in the emergency
department:
a retrospective cohort

Trabajo de grado para optar por el título de especialista
En ginecología y obstetricia de
Kelly Johanna Camacho Londoño

Director de tesis
Juliana Vanessa Rincón López

Co-director de tesis
Herson Luis León González

Fundación Universitaria Sanitas
Bogotá
Julio 2026

RESUMEN

Introducción: El dolor abdominal agudo en el embarazo es un motivo frecuente de consulta en los servicios de urgencias y representa un reto diagnóstico debido a la coexistencia de causas obstétricas y no obstétricas. **Objetivo:** Determinar la etiología, describir los desenlaces maternos y comparar las características según el origen del dolor abdominal agudo en gestantes atendidas en urgencias de una clínica de Bogotá, Colombia, entre 2019 y 2024. **Materiales y métodos:** Estudio observacional retrospectivo de 262 gestantes con dolor abdominal agudo. Se analizaron variables clínicas, etiológicas y desenlaces maternos mediante análisis descriptivo y bivariado según causa obstétrica o no obstétrica, utilizando prueba t de Welch, chi-cuadrado de Pearson o prueba exacta de Fisher. **Resultados:** La edad media fue de $29,6 \pm 6,0$ años y la edad gestacional promedio de 22 ± 10 semanas. El 71,0 % (186) presentó causas no obstétricas. Las etiologías más frecuentes fueron pubalgia, 113 (43,1 %); infección urinaria, 49 (18,7 %); amenaza de parto pretérmino, 29 (11,1 %), y amenaza de aborto, 28 (10,7 %). El manejo fue no quirúrgico en el 97,7 % (256) y las complicaciones inmediatas ocurrieron en el 0,8 %. El origen obstétrico se asoció con mayor frecuencia de presentación en el primer trimestre (40,8 % frente a 19,4 %; $p < 0,001$), manejo quirúrgico (7,9 % frente a 0 %; $p < 0,001$) y hospitalización (7,9 % frente a 1,6 %; $p = 0,031$). El uso de antibióticos fue mayor en las causas no obstétricas (25,9 % frente a 7,9 %; $p = 0,002$). **Conclusiones:** Predominaron las causas no obstétricas, especialmente la pubalgia y la infección urinaria. El origen obstétrico se relacionó con mayor complejidad clínica, aunque la mayoría de las pacientes presentó una evolución favorable.

Palabras clave: Dolor abdominal agudo; Embarazo; Etiología; Urgencias; Desenlaces clínicos.

ABSTRACT

Objective: To determine the etiology, describe maternal outcomes, and compare characteristics according to the origin of acute abdominal pain in pregnant women treated in the emergency department of a clinic in Bogotá, Colombia, between 2019 and 2024. **Materials and methods:** A retrospective observational study of 262 pregnant women with acute abdominal pain. Clinical and etiological variables and maternal outcomes were analyzed using descriptive and bivariate analyses according to obstetric or non-obstetric cause, with Welch's t-test, Pearson's chi-square test, or Fisher's exact test, as appropriate. **Results:** The mean age was 29.6 ± 6.0 years, and the mean gestational age was 22 ± 10 weeks. Non-obstetric causes were identified in 71.0% (186) of cases. The most frequent etiologies were pelvic girdle pain, 113 (43.1%); urinary tract infection, 49 (18.7%); threatened preterm labor, 29 (11.1%); and threatened miscarriage, 28 (10.7%). Management was non-surgical in 97.7% (256) of cases, and immediate complications occurred in 0.8%. Obstetric causes were associated with a higher frequency of presentation in the first trimester (40.8% vs. 19.4%; $p < 0.001$), surgical management (7.9% vs. 0%; $p < 0.001$), and hospitalization (7.9% vs. 1.6%; $p = 0.031$). Antibiotic use was more frequent among non-obstetric causes (25.9% vs. 7.9%; $p = 0.002$). **Conclusions:** Non-obstetric causes predominated, particularly pelvic girdle pain and urinary tract infection. Obstetric causes were associated with greater clinical complexity, although most patients had a favorable clinical course.

Keywords: Abdominal pain; Pregnancy; Etiology; Emergency service; Clinical outcomes.

INTRODUCCIÓN

El dolor abdominal agudo en el embarazo constituye un motivo frecuente de consulta en los servicios de urgencias y representa un desafío diagnóstico significativo debido a los cambios fisiológicos y anatómicos propios de la gestación (1,2). Estas modificaciones pueden enmascarar o simular diversas patologías, lo que dificulta la evaluación clínica y retrasa en algunos casos el diagnóstico oportuno (3,4). Además, la necesidad de considerar simultáneamente la seguridad materna y fetal añade complejidad al abordaje clínico (5,6).

Las causas de dolor abdominal en gestantes son amplias e incluyen tanto etiologías obstétricas como no obstétricas (1,7). Entre las primeras se encuentran entidades como la amenaza de aborto, el embarazo ectópico y la amenaza de parto pretérmino, mientras que las segundas abarcan patologías gastrointestinales, urinarias y musculoesqueléticas (8-10). La presentación clínica puede ser inespecífica, lo que conlleva a diagnósticos iniciales poco definidos y a la necesidad de reevaluación clínica y paraclínica durante la evolución en el servicio de urgencias (4).

El reconocimiento temprano de la etiología del dolor abdominal es fundamental para orientar el manejo adecuado y prevenir complicaciones. Sin embargo, en muchos contextos, especialmente en servicios de urgencias de alta demanda, la información sobre la distribución real de las causas y los desenlaces clínicos en esta población es limitada. Asimismo, existen pocos estudios en el contexto colombiano que describan de

manera integral el perfil etiológico y los desenlaces maternos asociados a este motivo de consulta. En este sentido, caracterizar las causas más frecuentes de dolor abdominal agudo en gestantes y sus desenlaces clínicos permite optimizar la toma de decisiones, mejorar la calidad de la atención y orientar estrategias diagnósticas más eficientes en los servicios de urgencias. Por lo anterior, el objetivo de este estudio es determinar la etiología y describir los desenlaces clínicos maternos en pacientes embarazadas con dolor abdominal agudo atendidas en el servicio de urgencias de una clínica en la ciudad de Bogotá durante el periodo 2019–2024.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional descriptivo retrospectivo de cohorte, con seguimiento desde el ingreso hasta el egreso del servicio de urgencias. El reporte sigue las recomendaciones de la declaración STROBE (*Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology*) para estudios observacionales (11). El estudio se llevó a cabo en el servicio de urgencias de una institución de mediana y alta complejidad ubicada en la ciudad de Bogotá, Colombia. El período de estudio comprendió desde enero de 2019 hasta diciembre de 2024.

La población de estudio estuvo conformada por mujeres gestantes mayores de 18 años que consultaron al servicio de urgencias de la Clínica Colombia por dolor abdominal agudo durante el período de estudio. Se incluyeron mujeres gestantes de 18 años o más, en cualquier edad gestacional, que consultaron al servicio de urgencias por dolor abdominal agudo durante el periodo de estudio. Se excluyeron pacientes con diagnóstico previo de enfermedad abdominal crónica inflamatoria, antecedente de

anemia de células falciformes o porfiria, e historias clínicas con información incompleta para las variables del estudio. Se incluyeron todas las pacientes que cumplieron los criterios de selección durante el período de estudio, configurando un muestreo por conveniencia de tipo universal.

El protocolo inicial definió el dolor abdominal agudo como aquel con una evolución no mayor a 24 horas. Sin embargo, durante la revisión retrospectiva se identificó que algunas pacientes incluidas, presentaban tiempos de evolución superiores, aunque el motivo principal de consulta y el diagnóstico clínico correspondían a dolor abdominal agudo. Esta situación se consideró una desviación del criterio inicialmente establecido. Las pacientes fueron identificadas a partir de la revisión de registros clínicos electrónicos del sistema de información institucional de la Clínica Colombia. La búsqueda se realizó utilizando los códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima revisión (CIE-10), correspondientes a dolor abdominal en el embarazo y diagnósticos relacionados, tanto al ingreso como al egreso del servicio de urgencias. Las variables de interés fueron extraídas mediante un instrumento de recolección de datos estandarizado, diseñado y administrado en la plataforma REDCap (*Research Electronic Data Capture*), alojada en la Fundación Universitaria Sanitas (12). La recolección fue realizada por los investigadores del estudio, quienes revisaron cada historia clínica de forma individual.

Se recolectaron variables sociodemográficas, obstétricas, clínicas, etiológicas y de desenlace. Entre las variables sociodemográficas se incluyeron la edad en años, el estado civil (casada, divorciada soltera, unión libre) y la ocupación (desempleada, empleada, estudiante, hogar, independiente). Las variables obstétricas comprendieron

la edad gestacional en semanas, el trimestre gestacional, el número de gestaciones, partos y cesáreas previas, el antecedente de embarazo ectópico, de aborto y de cirugía abdominal previa. Las variables clínicas incluyeron el tiempo de evolución del dolor abdominal al momento de la consulta en días y los síntomas asociados, entre ellos dolor pélvico, sangrado vaginal, leucorrea, emesis, fiebre, náuseas, escalofríos, diarrea y estreñimiento. Las variables etiológicas comprendieron la causa del dolor abdominal agudo, clasificada como obstétrica o no obstétrica, la patología específica causante del dolor y la presencia de patología concomitante. Los desenlaces clínicos maternos evaluados fueron el tipo de manejo (quirúrgico o no quirúrgico), el requerimiento de antibióticos, la hospitalización, los días de estancia hospitalaria y las complicaciones derivadas del procedimiento quirúrgico o del desenlace inmediato. Adicionalmente, se comparó el diagnóstico CIE-10 registrado al ingreso con el diagnóstico al egreso del servicio de urgencias, con el objetivo de evaluar la transición desde diagnósticos inespecíficos hacia diagnósticos definidos tras la evaluación clínica completa.

Para reducir el sesgo de selección, se incluyeron todos los registros que cumplieron los criterios de elegibilidad durante el periodo de estudio. El sesgo de información se abordó mediante la revisión individual de las historias clínicas, el uso de un instrumento estandarizado de recolección de datos en REDCap y la aplicación uniforme de las definiciones de las variables. La etiología y los desenlaces se establecieron a partir de la información clínica y de los diagnósticos registrados al egreso del servicio de urgencias. Asimismo, la base de datos fue revisada para identificar inconsistencias y verificar la calidad de los registros antes del análisis estadístico.

Se realizó un análisis descriptivo de todas las variables incluidas. Las variables

continuas se describieron mediante media y desviación estándar cuando seguían una distribución aproximadamente normal, o mediante mediana y rango intercuartílico en caso de distribución asimétrica. Las variables categóricas se presentaron mediante frecuencias absolutas y proporciones. La distribución temporal de los casos se analizó por mes y año mediante un gráfico de líneas. Para el análisis bivariado, se compararon las características sociodemográficas, obstétricas, clínicas y los desenlaces según la causa del dolor abdominal (obstétrica vs. no obstétrica), mediante la prueba t de Welch para variables continuas y la prueba chi-cuadrado de Pearson o la prueba exacta de Fisher para variables categóricas, según el tamaño de celda esperado. Se consideró estadísticamente significativo un valor $p < 0.05$. La concordancia entre el diagnóstico CIE-10 al ingreso y al egreso del servicio de urgencias se evaluó mediante comparación de frecuencias absolutas. Todos los análisis se realizaron en el software estadístico R versión 4.5.2.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Fundación Universitaria Sanitas (CEIFUS), concepto ético número 600-25, protocolo 025-25 UNV.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 262 pacientes gestantes que consultaron por dolor abdominal agudo. La edad media fue de $29,6 \pm 6,0$ años; 202 (77%) pacientes tenían menos de 35 años y 247 (94%) menos de 40 años, con una edad gestacional promedio de 22 ± 10 semanas. El tiempo de evolución del dolor abdominal al momento de la consulta fue en promedio de $1,81 \pm 2,07$ días. En cuanto a la distribución por trimestre gestacional, la mayoría de las pacientes se encontraban en el segundo trimestre 102 (39%), seguido

del tercer trimestre 93 (35%) y el primer trimestre 67 (26%) (**Tabla 1**).

Respecto a las características sociodemográficas, predominó el estado civil soltera 134 (51%), seguido de unión libre 87 (33%) y casada 39 (15%). En relación con la ocupación, la mayoría de las pacientes se dedicaban al hogar 130 (50%), seguidas de aquellas empleadas 78 (30%) y estudiantes 31 (12%). En cuanto a los antecedentes obstétricos, 96 (37%) pacientes cursaban su primera gestación, seguido de 98 (37%) con dos gestaciones previas. 179 (68%) no tenían partos previos y 205 (78%) no presentaban antecedente de cesárea. Solo 1 (0,4%) paciente tenía antecedente de embarazo ectópico. 69 (26%) pacientes habían presentado al menos un aborto previo. En relación con los síntomas asociados, los más frecuentes fueron el dolor pélvico 152 (58%), seguido de sangrado vaginal 45 (17%), leucorrea 19 (7,3%) y emesis 16 (6,1%). Otros síntomas como fiebre, náuseas, escalofríos, diarrea y estreñimiento se presentaron en menor proporción (<5%). Finalmente, 69 (26%) de las pacientes tenía antecedente de cirugía abdominal previa.

Al analizar la distribución mensual, no se identificó un patrón estacional claramente definido; sin embargo, algunos meses como marzo, junio y agosto mostraron aumentos puntuales, principalmente durante los años 2023 y 2024, con incrementos aislados en 2021. Se destaca que el año 2023 concentró el mayor número de casos a lo largo del periodo de estudio, con valores consistentemente superiores en varios meses en comparación con los demás años. Por su parte, el año 2020 presentó el menor número de casos en la mayoría de los meses evaluados. La distribución mensual y anual del número de casos se presenta en la **Figura 1**.

En relación con la etiología del dolor abdominal agudo, la mayoría de los casos

correspondieron a causas no obstétricas 186 (71,0%), mientras que 76 (29,0%) fueron de origen obstétrico. Dentro de las patologías específicas, la causa más frecuente fue la pubalgia 113 (43,1%), seguida de la infección urinaria 49 (18,7%), la amenaza de parto pretérmino 29 (11,1%) y la amenaza de aborto 28 (10,7%). Otras etiologías incluyeron gastroenteritis 10 (3,8%), aborto espontáneo 9 (3,4%), urolitiasis 2 (0,8%), colelitiasis 2 (0,8%) y embarazo ectópico 1 (0,4%) **Tabla 2.**

El 86,3% (226) de las pacientes no presentó patología concomitante asociada, de las 36 pacientes con patología concomitante, la más frecuente fue infección vaginal en 21 (58.3%)

En cuanto al manejo, 256 (97,7%) de las pacientes recibió tratamiento no quirúrgico, y solo 6 (2,3%) requirió intervención quirúrgica. Las complicaciones derivadas del procedimiento fueron infrecuentes, con 1 (0,4%) caso de infección postoperatoria. 54 (20,7%) pacientes requirieron manejo antibiótico.

Respecto a la hospitalización, 9 (3,4%) pacientes requirieron ingreso hospitalario, con una estancia media de $3,1 \pm 1,5$ días. Finalmente, las complicaciones en el desenlace inmediato fueron poco frecuentes, presentándose infecciones en 2 (0,8%) de los casos. En cuanto a la comparación de las características maternas por origen de dolor abdominal, ambos grupos fueron comparables en edad (29.3 ± 5.8 vs. 30.4 ± 6.3 años; $p=0.2$), tiempo de evolución del dolor (1.8 días en ambos grupos; $p>0.9$) y antecedentes de cirugía abdominal ($p=0.9$). La edad gestacional fue similar entre grupos, 19.9 ± 11.5 vs. 22.6 ± 8.9 semanas; grupos obstétrico y no obstétrico respectivamente, ($p=0.066$); aunque la distribución por trimestre difirió significativamente ($p<0.001$): el primer trimestre fue más frecuente en el grupo obstétrico (40.8% vs. 19.4%), mientras que el

segundo trimestre predominó en el no obstétrico (45.7% vs. 22.4%). En cuanto al manejo y desenlaces, el manejo quirúrgico fue exclusivo del grupo obstétrico (7.9% vs. 0%; $p<0.001$), al igual que el requerimiento de hospitalización general (7.9% vs. 1.6%; $p=0.031$). El requerimiento de antibiótico fue mayor en el grupo no obstétrico (25.9% vs. 7.9%; $p=0.002$), ver **tabla 3**.

Al comparar los diagnósticos al ingreso y al egreso, se observó una disminución en categorías inespecíficas, principalmente el dolor pélvico y perineal, que pasó de 204 a 178 casos (-14,6%), así como en otros dolores abdominales no especificados. De forma similar, la supervisión de embarazo de alto riesgo sin otra especificación también mostró una reducción. En contraste, se evidenció un incremento en diagnósticos más específicos, particularmente en las infecciones del tracto urinario, incluyendo categorías que solo se establecieron al egreso. Estos hallazgos sugieren una transición desde diagnósticos iniciales inespecíficos hacia diagnósticos más definidos tras la evaluación clínica **tabla 4**.

DISCUSIÓN

El dolor abdominal agudo durante el embarazo continúa representando un desafío diagnóstico en los servicios de urgencias debido a la amplia variedad de etiologías obstétricas y no obstétricas, así como a los cambios anatómicos y fisiológicos propios de la gestación. En la presente cohorte, predominó el origen no obstétrico del dolor abdominal, hallazgo concordante con la literatura internacional, donde se describe que las causas urinarias, gastrointestinales y musculoesqueléticas constituyen una proporción importante de las consultas por dolor abdominal en gestantes. Además, diversos autores han señalado que la inespecificidad clínica inicial dificulta la aproximación diagnóstica y favorece la presencia de diagnósticos iniciales amplios o

poco definidos en urgencias (8,13,14).

En nuestro estudio, la pubalgia constituyó la etiología más frecuente, seguida de la infección urinaria y las amenazas obstétricas. Este hallazgo resulta particularmente relevante, dado que la mayoría de los estudios reportan con mayor frecuencia etiologías urinarias, gastrointestinales o ginecoobstétricas como causas predominantes de dolor abdominal en el embarazo. Sin embargo, el dolor musculoesquelético asociado a los cambios biomecánicos y ligamentarios de la gestación ha sido descrito como una causa frecuente de dolor pélvico y abdominal, especialmente durante el segundo y tercer trimestre, aunque probablemente subdiagnosticada o agrupada dentro de categorías inespecíficas en estudios retrospectivos (13).

De manera similar, la infección urinaria representó una de las principales etiologías identificadas. Este hallazgo coincide con reportes previos que describen una mayor susceptibilidad a infecciones urinarias durante el embarazo debido a cambios hormonales y mecánicos que favorecen estasis urinaria y reflujo vesicoureteral. La importancia clínica de estas infecciones radica en su asociación con complicaciones maternas y obstétricas, incluyendo amenaza de parto pretérmino y pielonefritis, razón por la cual su reconocimiento temprano constituye una prioridad en los servicios de urgencias (15).

Otro hallazgo relevante fue la disminución de diagnósticos inespecíficos entre el ingreso y el egreso, acompañado por un incremento de diagnósticos más definidos, particularmente infecciones urinarias. Este comportamiento sugiere un adecuado proceso de reevaluación clínica y complementación diagnóstica durante la atención en urgencias. Estudios previos han señalado que el dolor abdominal en gestantes suele

presentarse inicialmente con manifestaciones inespecíficas, requiriendo observación clínica, seguimiento evolutivo y apoyo imagenológico para alcanzar un diagnóstico definitivo (16,17)

En cuanto a la distribución temporal de los casos, se observó variabilidad en el número de consultas por dolor abdominal agudo a lo largo de los meses y años evaluados, con un incremento progresivo a partir de 2021 y un mayor volumen de casos durante 2023, año en el cual se registraron los picos más altos en varios meses. Este comportamiento podría relacionarse con la recuperación progresiva de la demanda asistencial posterior a la pandemia por COVID-19, fenómeno descrito en múltiples servicios de urgencias a nivel internacional, donde durante 2020 se evidenció una reducción significativa en las consultas hospitalarias y una posterior normalización e incremento de la atención médica en los años siguientes (18,19). Asimismo, la ausencia de un patrón estacional claramente definido coincide con la naturaleza heterogénea de las etiologías asociadas al dolor abdominal en el embarazo, las cuales dependen de múltiples factores obstétricos, infecciosos y musculoesqueléticos más que de variaciones estacionales específicas.

Un hallazgo relevante del presente estudio fue la disminución de los diagnósticos inespecíficos entre el ingreso y el egreso, acompañada de un incremento en diagnósticos específicos, particularmente de infecciones del tracto urinario. Este comportamiento refleja el proceso de reevaluación clínica, la evolución de los síntomas y la utilización de ayudas diagnósticas durante la atención en el servicio de urgencias, permitiendo una mayor precisión diagnóstica antes del egreso. Diversos estudios han señalado que el dolor abdominal en el embarazo suele presentarse inicialmente con

manifestaciones clínicas inespecíficas debido a los cambios anatómicos y fisiológicos propios de la gestación, lo que dificulta establecer un diagnóstico definitivo en la valoración inicial. En este contexto, la observación clínica, los exámenes de laboratorio y las imágenes diagnósticas desempeñan un papel fundamental para diferenciar entre causas obstétricas y no obstétricas y orientar un manejo oportuno, reduciendo el riesgo de complicaciones maternas y fetales (8,16,20).

Finalmente, la baja frecuencia de hospitalización, intervención quirúrgica y complicaciones observada en esta cohorte sugiere que la mayoría de los casos presentó una evolución clínica favorable y requirió manejo conservador. Estos hallazgos coinciden con publicaciones previas que describen que, aunque el dolor abdominal agudo en el embarazo genera una importante carga asistencial en urgencias, solo una proporción reducida de pacientes requiere intervención quirúrgica o desarrolla complicaciones graves (20–22).

Entre las fortalezas del estudio, se destacan la inclusión de las gestantes elegibles durante seis años, la revisión individual de las historias clínicas y el uso de una herramienta estandarizada para la recolección de datos. Entre las limitaciones se encuentran el diseño retrospectivo, la dependencia de la calidad de los registros, la realización del estudio en una sola institución y el seguimiento limitado al egreso de urgencias. Además, algunas pacientes presentaron tiempos de evolución superiores a las 24 horas definidas inicialmente en el protocolo, lo que pudo introducir heterogeneidad en la población estudiada.

CONCLUSIONES

En esta cohorte de gestantes con dolor abdominal agudo atendidas en urgencias predominó el origen no obstétrico, siendo la pubalgia y la infección urinaria las etiologías más frecuentes. Al comparar ambos grupos, el origen obstétrico se asoció con una mayor frecuencia de presentación en el primer trimestre, mayor requerimiento de manejo quirúrgico y mayor tasa de hospitalización, mientras que el requerimiento de antibiótico fue más frecuente en el grupo no obstétrico. La mayoría de las pacientes presentó una evolución clínica favorable, con baja frecuencia de intervención quirúrgica y complicaciones inmediatas. Estos hallazgos aportan información relevante sobre el perfil etiológico y clínico del dolor abdominal agudo en gestantes en un contexto colombiano, y pueden contribuir al fortalecimiento de estrategias diagnósticas y de manejo oportuno en este escenario.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a quienes, con su orientación, disposición y apoyo, hicieron posible el desarrollo de este trabajo. De manera especial, a nuestras familias y seres queridos, por ser sostén, inspiración y compañía constante a lo largo de este proceso.

REFERENCIAS

1. Zachariah SK, Fenn M, Jacob K, Arthungal SA, Zachariah SA. Management of acute abdomen in pregnancy: current perspectives. Int J Womens Health. 2019 Feb;Volume 11:119–34. doi:10.2147/IJWH.S151501
2. Committee on Obstetric Practice. American College of Obstetricians and Gynecologists [Internet]. 2020 [cited 2024 Jun 17]. p. Committee Opinion No. 742. Management of acute pain in pregnancy. Available from: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2020/03/management-of-acute-pain-in-pregnancy>
3. MÓNICA BEJARANO, CRISTAL XIMENA GALLEGU JRG. Frecuencia de abdomen agudo quirúrgico enpacientes que consultan al servicio de urgencias. Rev Colomb Cir. 2011;26:33–41.
4. Ruiz Velasco Santacruz A, Martínez Guajardo NG, Cuéllar López FL, Díaz Elizondo JA, Félix Arce C, Flores Villalba E. El abdomen agudo en el embarazo aumenta el riesgo de complicaciones obstétricas sin influir en el pronóstico materno-fetal. Clin Invest Ginecol Obstet. 2017 Apr;44(2):56–60. doi:10.1016/j.gine.2015.11.003
5. Sarmiento GJ, Rosero-Botina CM, Sarzosa-Romero JA, Solís-Parra MA. Abdomen agudo en el embarazo. Revista Colombiana de Cirugía. 2017 Jun 20;32(2):102–8. doi:10.30944/20117582.13
6. Alsadery H, Bamalan O, Aljubran H, Albaish L, Ghanim B. Non-obstetric Acute Abdomen in Pregnancy: a Review of Literature. Medical Archives. 2023;77(4):293. doi:10.5455/medarh.2023.77.293-298
7. Augustin G, Majerovic M. Non-obstetrical acute abdomen during pregnancy. European

Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. 2007 Mar;131(1):4–12.

doi:10.1016/j.ejogrb.2006.07.052

8. Bonito G, Masselli G, Gigli S, Ricci P. Imaging of Acute Abdominopelvic Pain in Pregnancy and Puerperium—Part I: Obstetric (Non-Fetal) Complications. *Diagnostics*. 2023 Sep 9;13(18):2890. doi:10.3390/diagnostics13182890
9. Augustin G et al. Appendicitis in pregnancy. *Acta Chirurgica Croatica*. 2020;18(1):10–5.
10. Gao J, Liu Y, Zhang Y, Lu D. Retrospective Analysis of the Clinical Features and Pregnancy Outcomes in 124 Pregnant Patients with Non-Obstetric Acute Abdomen. *Altern Ther Health Med*. 2023 Nov;29(8):644–9. PubMed PMID: 37678869.
11. Vandenbroucke JP, von Elm E, Altman DG, Gøtzsche PC, Mulrow CD, Pocock SJ, et al. Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE). *Epidemiology*. 2007 Nov;18(6):805–35. doi:10.1097/EDE.0b013e3181577511
12. Harris PA, Taylor R, Thielke R, Payne J, Gonzalez N, Conde JG. Research electronic data capture (REDCap)—A metadata-driven methodology and workflow process for providing translational research informatics support. *J Biomed Inform*. 2009 Apr;42(2):377–81. doi:10.1016/j.jbi.2008.08.010
13. Kilpatrick CC, Monga M. Approach to the Acute Abdomen in Pregnancy. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2007 Sep;34(3):389–402. doi:10.1016/j.ogc.2007.06.002
14. Sivanesaratnam V. The acute abdomen and the obstetrician. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2000 Feb;14(1):89–102. doi:10.1053/beog.1999.0065
15. Devarajan S, Chandraharan E. Abdominal pain in pregnancy: a rational approach to management. *Obstet Gynaecol Reprod Med*. 2014 Apr;24(4):103–10. doi:10.1016/j.ogrm.2014.01.008

16. Dhamecha R, Pajai S, Bhasin T. Acute Abdomen in Pregnancy: A Comprehensive Review of Diagnosis and Management. *Cureus*. 2023 Jun 20. doi:10.7759/cureus.40679
17. Bouyou J, Gaujoux S, Marcellin L, Leconte M, Goffinet F, Chapron C, et al. Abdominal emergencies during pregnancy. *J Visc Surg*. 2015 Dec;152(6):S105–15. doi:10.1016/j.jviscsurg.2015.09.017
18. Lange SJ, Ritchey MD, Goodman AB, Dias T, Twentyman E, Fuld J, et al. Potential Indirect Effects of the COVID-19 Pandemic on Use of Emergency Departments for Acute Life-Threatening Conditions — United States, January–May 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2020 Jun 26;69(25):795–800. doi:10.15585/mmwr.mm6925e2
19. Moynihan R, Sanders S, Michaleff ZA, Scott AM, Clark J, To EJ, et al. Impact of COVID-19 pandemic on utilisation of healthcare services: a systematic review. *BMJ Open*. 2021 Mar 16;11(3):e045343. doi:10.1136/bmjopen-2020-045343
20. Lie G, Eleti S, Chan D, Roshen M, Cross S, Qureshi M. Imaging the acute abdomen in pregnancy: a radiological decision-making tool and the role of MRI. *Clin Radiol*. 2022 Sep;77(9):639–49. doi:10.1016/j.crad.2022.05.021
21. GUATAQUÍ MVM, CRUZ JKM. DESENLACES EN PACIENTES EMBARAZADAS CON PATOLOGÍA QUIRÚRGICA ABDOMINAL 2011-2014. UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO UNIVERSIDAD CES - MEDELLÍN; 2015.
22. Sarmiento GJ, Rosero-Botina CM, Sarzosa-Romero JA, Solís-Parra MA. Abdomen agudo en el embarazo. *Rev Colomb Cir*. 2017;32:102–8.

TABLAS Y FIGURAS

Tabla 1. Características clínicas y sociodemográficas de la población incluida

Característica	N = 262 ¹
Edad (años)	29.6 (6.0)
Tiempo de evolución dolor abdominal (días)	1.81 (2.07)
Edad gestacional (semanas)	22 (10)
Trimestre	
I	67 (26%)
II	102 (39%)
III	93 (35%)
Año	
2019	32 (12%)
2020	19 (7.3%)
2021	43 (16%)
2022	43 (16%)
2023	72 (27%)
2024	53 (20%)
Estado civil	
Casada	39 (15%)
Divorciada	2 (0.8%)
Soltera	134 (51%)
Unión libre	87 (33%)
Ocupación	
Desempleada	2 (0.8%)

Empleada	78 (30%)
Estudiante	31 (12%)
Hogar	130 (50%)
Independiente	21 (8.0%)
Edad estratificada	
<35 años	202 (77%)
≥ 35 años	60 (23%)
Edad estratificada	
<40 años	247 (94%)
≥ 40 años	15 (5.7%)
Gestaciones	
1	96 (37%)
2	98 (37%)
3	46 (18%)
4	19 (7.3%)
5≥	3 (1.1%)
Partos previos	
0	179 (68%)
1	66 (25%)
2	14 (5.3%)
3	3 (1.1%)
Cesáreas Previas	
0	205 (78%)
1	47 (18%)
2	10 (3.8%)
Antecedente de embarazo ectópico	

NO	261 (99.6%)
SI	1 (0.4%)
Antecedente de Aborto	
NO	193 (74%)
SI	69 (26%)
Síntomas asociados	
Deposiciones diarreicas	4 (1.5%)
Dolor pélvico	152 (58%)
Emesis	16 (6.1%)
Escalofríos	11 (4.2%)
Estreñimiento	3 (1.1%)
Fiebre	6 (2.3%)
Leucorrea	19 (7.3%)
Nauseas	6 (2.3%)
Sangrado	45 (17%)
Antecedentes de cirugías	
abdominales	
No	193 (74%)
Sí	69 (26%)
¹ Media (DS: Desviación estándar); n (%)	

Figura 1. Número de casos por mes y año

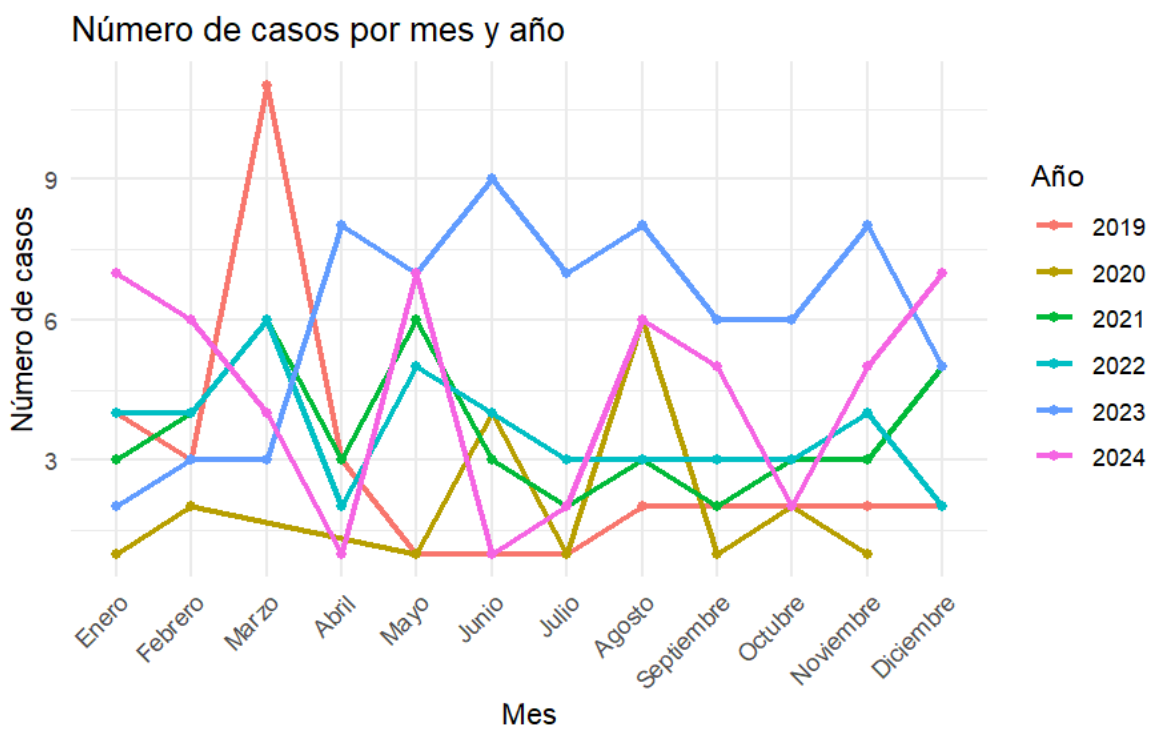


Tabla 2. Desenlaces maternos agudos por etiología de dolor abdominal

Característica	N = 262 ¹
Causa de dolor abdominal	
No obstétrico	186 (71.0%)
Obstétrico	76 (29.0%)
Patología causante del dolor abdominal agudo	
Pubalgia	113 (43.1%)
Infección urinaria	49 (18.7%)
Amenaza de parto pretérmino	29 (11.1%)
Amenaza de aborto	28 (10.7%)
Otro	16 (6.1%)
Gastroenteritis	10 (3.8%)
Aborto espontáneo	9 (3.4%)
Parto pretérmino	3 (1.1%)
Colelitiasis	2 (0.8%)
Urolitiasis	2 (0.8%)
Embarazo ectópico	1 (0.4%)
Patología concomitante asociada	
No	226 (86.3%)
Infección vaginal	21 (12.4%)
Amenaza de parto pretérmino	4 (2.4%)
Infección de urinaria	4 (2.4%)
Pubalgia	3 (1.8%)
Amenaza de aborto	2 (1.2%)

Gastroenteritis	1 (0.6%)
Otro	1 (0.6%)
Manejo Quirúrgico	
No	256 (97.7%)
Sí	6 (2.3%)
complicaciones derivadas del procedimiento quirúrgico	
Infección postoperatoria	1 (0.4%)
No	261 (99.6%)
Requerimiento de antibiótico	
No	208 (79.3%)
Sí	54 (20.7%)
Hospitalización	
General	9 (3.4%)
No	253 (96.6%)
Días de estancia hospitalaria	3.1 (1.5)
complicaciones desenlace inmediato	
Infecciones	2 (0.8%)
Sin complicaciones	260 (99.2%)
¹ n (%); Media (DS: Desviación estándar)	

Tabla 3. Comparación de características maternas por origen de dolor abdominal

Variable	No obstétrico	Obstétrico	p-valor ²
	N = 186 ¹	N = 76 ¹	
Edad	29.3 (5.8)	30.4 (6.3)	0.2
Gestaciones			0.5
1	72 (38.7%)	24 (31.6%)	
2	65 (34.9%)	33 (43.4%)	
3	33 (17.7%)	13 (17.1%)	
4	13 (7.0%)	6 (7.9%)	
5≥	3 (1.6%)	0 (0.0%)	
Tiempo de evolución de dolor abdominal (días)	1.8 (2.1)	1.8 (2.0)	>0.9
Edad gestacional (semanas)	22.6 (8.9)	19.9 (11.5)	0.066
Antecedentes de cirugía abdominal			0.9
No	136 (73.1%)	57 (75.0%)	
Sí	50 (26.9%)	19 (25.0%)	
trimestre			<0.001
I	36 (19.4%)	31 (40.8%)	
II	85 (45.7%)	17 (22.4%)	
III	65 (34.9%)	28 (36.8%)	
Estado civil			0.2
Casada	23 (12.4%)	16 (21.1%)	
Divorciada	1 (0.5%)	1 (1.3%)	

Soltera	101 (54.3%)	33 (43.4%)	
Unión libre	61 (32.8%)	26 (34.2%)	
Ocupacion			0.2
Desempleada	2 (1.1%)	0 (0.0%)	
Empleada	54 (29.0%)	24 (31.6%)	
Estudiante	25 (13.4%)	6 (7.9%)	
Hogar	94 (50.5%)	36 (47.4%)	
Independiente	11 (5.9%)	10 (13.2%)	
Manejo quirurgico			<0.001
No	186 (100.0%)	70 (92.1%)	
Sí	0 (0.0%)	6 (7.9%)	
Complicaciones del procedimiento quiurgico			0.6
Infección postoperatoria	0 (0.0%)	1 (1.3%)	
No	186 (100.0%)	75 (98.7%)	
Requerimiento de antibiotico			0.002
No	137 (74.1%)	70 (92.1%)	
Sí	48 (25.9%)	6 (7.9%)	
Hospitalizacion			0.031
General	3 (1.6%)	6 (7.9%)	
NO	183 (98.4%)	70 (92.1%)	
Estancia hospitalaria (días)	4.3 (1.2)	2.4 (1.1)	0.078
complicaciones inmediatas			0.2
Infecciones	0 (0.0%)	2 (2.6%)	
Sin complicaciones	186 (100.0%)	74 (97.4%)	

¹ Media (Desviación estandar); n (%)

² Welch Two Sample t-test; Pearson's Chi-squared test/ Fisher exact test

Tabla 4. Concordancia entre el diagnóstico de ingreso y egreso

Categoría	Diagnostico al ingreso	Diagnostico al egreso	Porcentaje de Cambio
Dolor pélvico y perineal	204	178	-14,6
Dolor localizado en otras partes inferiores del abdomen	28	26	-7,7
Otros dolores abdominales y los no especificados	13	11	-18,2
Supervisión de embarazo de alto riesgo, sin otra especificación	7	6	-16,7
Infección de vías urinarias, sitio no especificado	3	5	40,0
Infección de otras partes de las vías urinarias en el embarazo	0	4	↑↑
Infección de la vejiga urinaria en el embarazo	0	3	↑↑
Supervisión de otros embarazos de alto riesgo	0	3	↑↑
Embarazo confirmado	0	2	↑↑

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

Contribución de cada autor (según criterios CrediT)

Kelly Johanna Camacho Londoño: Conceptualización, curación de datos, investigación, recolección de información, análisis e interpretación clínica de los resultados, redacción del borrador original, visualización, revisión y aprobación de la versión final del manuscrito.

Juliana Vanessa Rincón López: Metodología, análisis formal, análisis estadístico, validación de datos, supervisión metodológica, revisión crítica del contenido intelectual, corrección del manuscrito y aprobación de la versión final.

Herson Luis León González: Conceptualización, asesoría clínica y científica, gestión de recursos, supervisión del estudio, interpretación clínica de los resultados, revisión crítica del contenido intelectual y aprobación de la versión final del manuscrito.

Juan Nicolás Vargas Ortiz, Paula Andrea Moreno Martínez: Investigación, recolección de información, curación de datos, verificación de la calidad de los registros, revisión del manuscrito y aprobación de la versión final.