



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**CARRERA DE MEDICINA**

**TEMA:**

**Prevalencia de dolor abdominal no apendicular en pacientes  
pediátricos de 5-10 años que acuden a emergencias en el Hospital  
Naval de Guayaquil en el periodo 2019-2022.**

**AUTORES:**

**Armas Grijalva Jhon Francisco**

**Barrera Rivera Laura Stefany**

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de  
MÉDICO GENERAL**

**TUTOR:**

**Dr. Roberto Leonardo Briones Jiménez**

**Guayaquil, Ecuador**

**01 de septiembre del 2023**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**CARRERA DE MEDICINA**

**CERTIFICACIÓN**

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Armas Grijalva Jhon Francisco Y Barrera Rivera Laura Stefany**, como requerimiento para la obtención del título de **MÉDICO GENERAL**.

**TUTOR**



firmado electrónicamente por:  
**ROBERTO LEONARDO  
BRIONES JIMENEZ**

f. \_\_\_\_\_

**Dr. Briones Jiménez Roberto Leonardo**

**DIRECTOR DE LA CARRERA**

f. \_\_\_\_\_

**Dr. Aguirre Martínez Juan Luis**

**Guayaquil, a los 01 del mes de septiembre del año 2023**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**CARRERA DE MEDICINA**

### **DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

Nosotros, **Armas Grijalva Jhon Francisco** y **Barrera Rivera Laura Stefany**

#### **DECLARAMOS QUE:**

El Trabajo de Titulación: Prevalencia de dolor abdominal no apendicular en pacientes pediátricos de 5-10 años que acuden a emergencias en el Hospital Naval de Guayaquil en el periodo 2019-2022, previo a la obtención del título de **Médico General**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de nuestra total autoría.

En virtud de esta declaración, nos responsabilizamos del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

**Guayaquil, a los 01 del mes de septiembre del año 2023**

#### **LOS AUTORES**

f. \_\_\_\_\_  
**Armas Grijalva Jhon Francisco**

f. \_\_\_\_\_  
**Barrera Rivera Laura Stefany**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**CARRERA DE MEDICINA**

## **AUTORIZACIÓN**

Nosotros, **Armas Grijalva Jhon Francisco** y **Barrera Rivera Laura Stefany**

Autorizamos a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación: Prevalencia de dolor abdominal no apendicular en pacientes pediátricos de 5-10 años que acuden a emergencias en el Hospital Naval de Guayaquil en el periodo 2019-2022, cuyo contenido, ideas y criterios son de nuestra exclusiva responsabilidad y total autoría

**Guayaquil, 01 de septiembre del 2023**

### **LOS AUTORES**

f. \_\_\_\_\_  
**Armas Grijalva Jhon Francisco**

f. \_\_\_\_\_  
**Barrera Rivera Laura Stefany**

# REPORTE URKUND



## Document Information

---

Analyzed document	TESIS PROM 71 ARMAS GRIJALVA - BARRERA RIVERA.docx (D173104407)
Submitted	8/25/2023 2:27:00 AM
Submitted by	
Submitter email	laura.barrera@cu.ucsg.edu.ec
Similarity	0%
Analysis address	diego.vasquez.ucsg@analysis.orkund.com



Firmado electrónicamente por:  
**ROBERTO LEONARDO  
BRIONES JIMENEZ**

## AGRADECIMIENTO

A mis padres quienes fueron mi motor para impulsar mis sueños y esperanzas, quienes estuvieron a mi lado en todo momento, sobre todo en los días más difíciles. Siempre han sido mis guías en mi vida, hoy que culmino mi estudio agradezco por todo el ahínco y empeño que pusieron en mí y fomentar la virtud de lograr cumplir mis sueños.

Los amo con todo mi corazón.

A todas aquellas personas quienes me brindaron su apoyo durante mi carrera y me impulsaron para culminar este arduo camino en mi formación, por trasmitirme los conocimientos, experiencias y sueños, que me impulsaron en perseverar para poder estar aquí.

JHON FRANCISCO ARMAS GRIJALVA

## DEDICATORIA

A mis padres por apoyarme con los regalos más valiosos la vida y la educación. A aquellas personas quienes impulsaron mi formación, consejos y apoyo, aunque ya no pueda agradecerles en esta vida. A mis abuelos, mi familia y quienes me apoyaron de manera incondicional en mi formación.

Les estaré eternamente agradecido.

JHON FRANCISCO ARMAS GRIJALVA

## AGRADECIMIENTO

Agradezco principalmente a Dios por ser mi fortaleza y guía durante cada año de estudio. A mis padres Silvia Mirella Rivera Rodríguez, Carlos Julio Barrera Martínez y María Alexandra Barrera Martínez por todo el esfuerzo, tiempo, amor y dedicación para ver a la última de sus hijas cumplir su sueño, gracias por ser esos pilares fundamentales en mi vida, por sus valores y enseñanzas, que espero mantenerlos siempre presentes a lo largo de mi vida profesional, sientan con firmeza que no han arado en el mar, gracias infinitas por haber secado aquellas lagrimas que nadie notaba y por ese abrazo de seguridad cuando sentía que no iba a poder.

Un agradecimiento para mis amigos, mis grupitos, que hicieron que el camino se sintiera menos pesado, que convirtieron esta etapa universitaria en la más bonita y fructífera, especialmente a mi caja de pandora Paola M. Olivares, gracias amiga por haber compartido cada lagrima y sonrisa.

Finalmente, gracias a los médicos que formaron parte de mi proceso académico, sus enseñanzas y consejos los llevare siempre conmigo.

LAURA STEFANY BARRERA RIVERA

## DEDICATORIA

Este trabajo de titulación va dedicado con todo mi corazón a mi abuelito Jerónimo Graceliano Rivera Borbor, quien fue mi compañero de tardes y noches de estudio en los últimos semestres de la U, quien me llamaba cada día a preguntar sobre mis clases y cómo me sentía respecto a la carrera, quedaron conversaciones y planes pendientes, pero estoy segura de que desde el cielo me acompaña en cada logro. Gracias abuelito por demostrarnos a cada uno de sus nietos que no hay tiempo de caducidad para los sueños, y que el poder de la superación parte de uno mismo.

Siempre miraré a las estrellas recordando su voz, espero algún día cumplir aquella historia.

LAURA STEFANY BARRERA RIVERA  
(Laurencita)



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**CARRERA DE MEDICINA**

**TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN**

f. \_\_\_\_\_  
**Dr. Aguirre Martínez Juan Luis**  
DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

f. \_\_\_\_\_  
**Dr. Vásquez Cedeño Diego Antonio**  
COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

f. \_\_\_\_\_  
**(NOMBRES Y APELLIDOS)**  
OPONENTE

Contenido

RESUMEN.....XIII

SUMMARY ..... XIV

INTRODUCCIÓN.....2

**CAPITULO I.....3**

**1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....3**

**1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA .....3**

**1.3 DELIMITACION DEL PROBLEMA.....3**

**1.4 JUSTIFICACIÓN .....4**

**1.5 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN .....4**

**Objetivo General.....4**

**Objetivos específicos .....4**

**1.6. HIPOTESIS.....4**

**CAPITULO II.....5**

MARCO TEORICO.....5

    2.1 DEFINICIÓN DOLOR ABDOMINAL.....5

    2.2 ETIOPATOGENIA.....5

    2.3 FISIOPATOLOGIA.....9

    2.4 ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS .....10

    2.5 CAUSAS Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS .....11

    2.6 CARACTERISTICAS DOLOR ABDOMINAL.....14

    2.7 SINTOMAS ACOMPAÑANATES.....15

    2.8 EXAMEN FISICO .....17

    2.9. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS .....18

**CAPITULO III.....21**

    3.1 METODOLOGIA.....21

    3.2 CARACTERÍSTICA DE LA ZONA DE TRABAJO. ....21

    3.3 PERIODO DE INVESTIGACIÓN. ....21

    3.4 POBLACIÓN DE ESTUDIO.....21

    3.5 VIABILIDAD .....22

    3.6 CRITERIOS DE ESTUDIO .....22

    3.7 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES .....23

    3.8 TIPO DE INVESTIGACIÓN. ....24

    3.9 INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN O RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN  
    .....24

**CAPITULO IV .....25**

4.1 RESULTADOS.....	25
4.2 DISCUSIÓN.....	39
<b>CAPITULO V</b> .....	41
5.1 CONCLUSIÓN.....	41
5.2 RECOMENDACIONES.....	41
Bibliografía.....	43

## RESUMEN

**Introducción:** El dolor abdominal no apendicular, es uno de los motivos de consulta frecuentes en el área de emergencia, que puede cursar una aparición rápida, intensa en un periodo promedio de seis horas y menor a siete días, el 40% de egresos pueden corresponder a un dolor abdominal inespecífico con manejo ambulatorio. **Objetivo:** Estimar la prevalencia de dolor abdominal no apendicular en pacientes pediátricos de 5 a 10 años que acuden al servicio de emergencia durante el periodo del año 2019 – 2022 del Hospital Naval de Guayaquil. **Métodos:** El presente trabajo de estudio presenta un enfoque cuantitativo, no experimental, descriptivo y retrospectivo, que se realizó mediante la revisión de historias clínicas un total de 199 de pacientes pediátricos ingresados en el área de emergencia por diagnóstico de abdomen agudo, dolor abdominal localizado en parte superior, dolor pélvico y perineal, dolor localizado en otras partes inferiores del abdomen, otros dolores abdominales no especificados, CIE-10 R10.0 R10.1 R10.2 R10.3 R10.4. **Resultados:** Respecto a la prevalencia de edades se puede constatar que el 53,7% corresponde a menores entre 5 -7 años, que existe mayor frecuencia en el sexo femenino con el 57,29%, el dolor abdominal agudo correspondió al 36,68% de los pacientes ingresado y el 24,12% al porcentaje de pacientes que egreso con trastorno funcional del intestino no especificado, finalmente el 74,37% tuvo como resolución alta y control por consulta externa. **Conclusiones:** Como consecuencia de lo expuesto indicó que patología más frecuentes es el trastorno funcional intestinal no especificado en un 24.12%, demostrando la estadística obtenida que la mayoría de pacientes diagnosticados con dolor abdominal atendidos en emergencia, presentaron una resolución ambulatoria.

**Palabras claves:** abdomen agudo, dolor abdominal, emergencia, prevalencia, no apendicular.

## SUMMARY

**Introduction:** Non-appendicular abdominal pain is one of the frequent reasons for consultation in the emergency area, which can have a rapid onset, intense in an average period of six hours and less than seven days, 40% of discharges may correspond to a non-specific abdominal pain with outpatient management.

**Objective:** To estimate the prevalence of non-appendicular abdominal pain in pediatric patients aged 5 to 10 years attending the emergency department during the period 2019 - 2022 at Hospital Naval de Guayaquil. **Methods:** The present study has a quantitative, non-experimental, descriptive and retrospective approach, which was performed by reviewing a total of 199 medical records of pediatric patients admitted to the emergency area for a diagnosis of acute abdomen, abdominal pain located in the upper part, pelvic and perineal pain, pain located in other lower parts of the abdomen, and other unspecified abdominal pain, CIE-10 R10.0 R10.1 R10.2 R10.3 R10.4

**Results:** Regarding the prevalence of age, it can be seen that 53.7% corresponds to children between 5 and 7 years of age, that there is a higher frequency in the female sex with 57.29%, acute abdominal pain corresponded to 36.68% of the patients admitted and 24.12% to the percentage of patients discharged with unspecified functional bowel disorder, finally 74.37% had as resolution discharge and outpatient service. **Conclusions:** As a result of the above indicated that the most frequent pathology is unspecified functional bowel disorder in 24.12%, demonstrating the statistics obtained that the majority of patients diagnosed with abdominal pain attended in emergency, presented an outpatient resolution.

Key words: acute abdomen, abdominal pain, emergency, prevalence, non-appendicular.

## INTRODUCCIÓN

El dolor abdominal no apendicular, es uno de los motivos de consulta frecuentes en el área de emergencia, cursando desde síntomas leves a graves, y puede presentar a su vez una aparición rápida e intensa en un periodo promedio de seis horas y menor a siete días, siendo indispensable un enfoque de evaluación sistemático para su diagnóstico puesto que según datos estadísticos del 5 al 10 % requieren ingreso hospitalaria y el 1 al 2 % intervención quirúrgica y el 40% de egresos pueden corresponder a un dolor abdominal inespecífico con manejo ambulatorio (1) (2). Según datos estadísticos a nivel nacional publicados por el INEC en el 2018, la mayoría del dolor abdominal resultan en tratamiento quirúrgico representando de este modo 22,97 por cada 10.000 habitantes y los datos estadísticos van enfocados en población adulta, excluyendo de esta manera datos relevantes en la población infantil (3).

Dentro de su etiopatogenia se puede clasificar el dolor abdominal no apendicular por rango de edad y ser categorizado como visceral, parietal y referido, según su rango de edad existe una clasificación que nos puede orientar al diagnóstico de diferentes patologías, se encuentran los neonatos que es dentro de los primeros 28 días de nacidos que puede ir desde un cólico, alergia la proteína de leche de vaca, atresia intestinal, enterocolitis necrotizantes hasta una torsión testicular congénita. Por otro lado, a partir del primer mes de edad hasta los dos años pueden presentar aun cólicos, gastroenteritis aguda (GEA), enfermedad viral, infecciones del tracto urinario, entre otros. A la edad de dos a cinco años se amplía el diagnóstico y entran la faringoamigdalitis aguda, neumonías, adenitis mesentéricas, cuerpos extraños, hepatitis aguda, púrpura de Henoch-Schönlein y pacientes mayores a cinco años de edad se encuentran diagnósticos diferenciales entre litiasis renal, apendicitis, pancreatitis, gastritis, colecistitis, colangitis, enfermedad inflamatoria intestinal, dismenorrea, entre otros, para lo cual es de importancia que el personal de salud tenga un abanico de posibilidades diagnósticas y así implementar el tratamiento adecuado (4) (2). Es por tal motivo que se decidió realizar en el servicio de emergencia pediátrica del Hospital Naval de Guayaquil la prevalencia de dolor abdominal no apendicular, para obtener datos confiables y precisos enfocados en la población infantil.

# **CAPITULO I.**

## **1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El dolor abdominal no apendicular es uno de los motivos de consulta más frecuentes en el área de emergencia pediátrica, el cual presenta múltiples diagnósticos presuntivos, siendo de manera indispensable el criterio clínico preciso y la ayuda de exámenes complementarios para obtener una guía precisa al diagnóstico. Un estudio realizado el Hospital del Nicolás Coto Infante en el período 2014-2015, Ecuador indica que de 117 pacientes presentaron dolor abdominal el cual desencadenaba patologías intraabdominales con un 85%, y de causas extraabdominales con el 15 %, en el cual tenía una prevalencia en la población de 22 – 28 años. Por otro lado, en el estudio del hospital Federico Bolaños Moreira, periodo 2014-2015, se desglosan datos de 100 pacientes estudiados, atendidos en el área de emergencia como resultado del dolor abdominal causado por gastroenteritis, colecistitis, pancreatitis, apendicitis, entre otros (5) .

Uno de los desafíos más frecuentes en el personal de salud es identificar la causa del dolor abdominal no específico, que en ocasiones debuta de manera difusa y de gran intensidad, acompañado o no con síntomas gastrointestinales, infiriendo su etiología desde infecciones virales, bacterianas, con resolución ambulatorio y quirúrgico.

## **1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Cuál es la prevalencia del dolor abdominal en pacientes pediátricos de 5 a 10 años que acuden al servicio de emergencia durante el periodo 2019 – 2022 del Hospital Naval de Guayaquil?

## **1.3 DELIMITACION DEL PROBLEMA**

El estudio por presentar se delimita en la ciudad de Guayaquil, el cual se llevó a cabo en Emergencias del Hospital Naval de Guayaquil, entre el periodo de enero

2019 – a diciembre 2022, en pacientes pediátricos de 5- 10 años con diagnóstico de dolor abdominal no apendicular, con los siguientes CIE-10 de ingreso R10.0, R10.1, R10.2, R10.3, R10.4.

## **1.4 JUSTIFICACIÓN**

El dolor abdominal es uno de los motivos de consulta más frecuentes en las áreas de urgencias hospitalarias, en el cual se pueden revisar diversos estudios enfocados en poblaciones mayores a 18 años, pero muy pocos estudios en población infantil, es por tal motivo que se busca la prevalencia de dolor abdominal no apendicular con sus respectivos diagnósticos etiológicos del Hospital Naval de Guayaquil en el periodo del 2019 a 2022 con el rango de edad de 5 a 10 años, con el fin de hacer hincapié respecto en que no todas las patologías relacionadas a dolor abdominal concluyen en resolución quirúrgica.

## **1.5 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **Objetivo General**

Estimar la prevalencia de dolor abdominal no apendicular en pacientes pediátricos de 5 a 10 años que acuden al servicio de emergencia durante el periodo del año 2019 – 2022 del Hospital Naval de Guayaquil.

### **Objetivos específicos**

- Determinar la etiología del dolor abdominal no apendicular más frecuente.
- Identificar la frecuencia de la resolución clínica de pacientes pediátricos que acuden a emergencia por dolor abdominal.
- Analizar la importancia de uso de pruebas complementarias para el diagnóstico de egreso de los pacientes que acuden a emergencia por dolor abdominal no apendicular.

## **1.6. HIPOTESIS**

Si existe prevalencia de dolor abdominal no apendicular en pacientes pediátricos de 5 a 10 años que acude al servicio de emergencia durante el periodo del año 2019 – 2022 del Hospital Naval de Guayaquil.

## CAPITULO II

### MARCO TEORICO

#### 2.1 DEFINICIÓN DOLOR ABDOMINAL

El dolor abdominal agudo es una consulta frecuente en los servicios de urgencia hospitalario y ambulatorio. Se puede manifestar de múltiples entidades de gravedad y tratamiento. es de suma importancia que los profesionales de la salud se familiaricen con los distintos cuadros que pueden presentar el dolor abdominal agudo. (6) (1)

El dolor abdominal agudo se caracteriza por la presencia de dolor de instauración rápida, constante e intensa, en un lapso de seis horas y menor a 7 días. Suele acompañarse de vómitos, llega a afectar el estado general con palpación dolorosa. (4) La clave del manejo del dolor abdominal de ser realizado por un diagnóstico temprano, por lo tanto, se estima que una evaluación inicial y la implementación de medidas de reanimación hídrica, el síndrome es categorizado como quirúrgico o no; ya que, el 5% - 10% de los pacientes con dolor abdominal agudo que se atienden de forma urgente requiere ingreso hospitalario y el 1-2% requiere resolución quirúrgica. (4) (2)

#### 2.2 ETIOPATOGENIA

Las causas más frecuentes de dolor abdominal agudo en niños que se presentan para una evaluación de emergencia o de atención primaria, las causas generalmente son autolimitadas y afecciones menores como la gastroenteritis, el estreñimiento y otras enfermedades virales. (1)

El dolor abdominal se puede clasificar en tres categorías: visceral, parietal y referido. En función de la edad, existen distintas causas de dolor abdominal agudo. Por grupos sindrómicos el dolor abdominal se puede dividir en: según por rango de edad, causas de orientación del dolor abdominal agudo que van a ser descritas en tabla 1. (4) (7)

## Clasificación según rango de edad

Tabla 1. Clasificación según rango de edad (4) (2).

Neonato	1 mes- 2 años	2-5 años	>5años
Colico	Cólico	GEA	GEA
Alergia a proteina de leche de vaca	GEA	Enfermedad viral	Enfermedad viral
Vólvulo	Enfermedad viral	Faringoamigdalitis aguda	Faringoamidalitis aguda
Enterocolitis necrotizante	ITU	ITU	ITU
Torsión testicular congénita	Traumatismo	Neumonía	Traumatismo
Adherencias	Invaginacion	Traumatismo	Apendicitis
Atresia intestinal	Malformacion intestinal	Apendicitis	Dolor funcional
	Hernia incarcerada	Asma	Litiasis renal
	Vólvulo	Estreñimiento	Asma
	Alergia proteínas leche de vaca	Invaginacion	Estreñimiento
	Tumor	Adenitis mesentérica	Adenitis mesentérica
		Hernia incarcerada	Torsión testicular/ ovarica
		Tumor	Pancreatitis aguda
		Ingesta de cuerpo extraño	Colesistitis/ colangitis agua
		Crisis falsiforme	Gastritis/ enfermedad peptica
		Adherencias	Enfermedad inflamatoria intestinal
		Síndrome hemolítico urémico	Invaginación
		Tóxico	Intoxicación alimentaria
		Divertículo de meckel	Tumores
		Hepatitis aguda	Crisis vasooclusiva falciforme
		Púrpura schonleinhoenoch	Abcesos
			Dismenorrea
			Enfermedad inflamatoria pélvica
			Epididimiris
			Embarazo ectópico

Otra forma de clasificar el dolor abdominal es determinada por el tipo de dolor lo cual nos indicará una forma de identificar su origen y su mecanismo y transmisión que va a ser descrito en la tabla 2. (2) (4)

**Tabla 2. Características del dolor abdominal en función de su fisiopatología.**

	Origen	Mecanismo	Transmisión	Características
Dolor visceral o esplánico	Receptores de vísceras abdominales	Estiramiento o tracción de la víscera	Lenta	Poca precisión, mal localizado, Difuso, sin postura antiálgica, síntomas vagales.
Dolor parietal, peritoneal o somático	Receptores del peritoneo parietal, piel y músculos	Inflamación o isquemia	Rápida (fibras mielinizadas)	Dolor intenso, bien localizado, punzante, postura antiálgica
Dolor referido	Regiones alejadas del lugar donde percibe	Visceral o parietal	Vías centrales compartidas.	

Características del dolor abdominal en función de su fisiopatología (4) (2)

Los grupos sindrómicos nos sirven para identificar, las sintomatologías que pueden presentar los pacientes al momento de las consultas por urgencia hospitalaria. Los cuales se dividen en los siguientes (2):

Síndrome inflamatorio o peritoneal.

- Es irritación o inflamación del peritoneo por que puede ser causado por un proceso infeccioso (4) (2)

Síndrome oclusivo

- Interrupción del tránsito intestinal, que llega a producir distención del intestino sobre el lugar de la obstrucción. Por lo cual se divide en íleo paralítico o íleo de origen mecánico. (4) (2)

Síndrome perforativo

- Es característico de perforación de víscera hueca en la cavidad intestinal, acompañada de dolor, rigidez de la musculatura de la pared anterior del abdomen y disminución de los ruidos intestinales. (4) (2)

Síndrome traumático

- Es debido a la irritación peritoneal por la presencia de sangre o contenido intestinal en la cavidad abdominal. En la de mayoría ocasiones, son por traumatismos cerrados y producen se por de contusión las vísceras solidas abdominales, se ven más frecuentemente lesiones hígado y el bazo. (4) (2)

Síndrome axial

- Es el dolor generado por el aparato reproductor masculino, en los pacientes masculinos la causa más frecuente de dolor abdominal agudo de causa anexial es la torsión testicular. (2)

## 2.3 FISIOPATOLOGIA

El dolor abdominal es un síntoma de diferentes enfermedades, es una zona situada entre peco y la ingle. Este tipo de dolor puede ser catalogado como un síntoma inespecífico de muchos procesos tanto como intraabdominales como extraabdomninales. (8)

Dolor puede dividirse en:

- **Constante:** es un dolor continuo en un lapso menor de un mes es diagnosticado como agudo, mayor de un mes es diagnosticado como crónico. (2)
- **Intermitente:** Presenta intervalos temporales sin dolor. (2)
- **Cólico:** dolor que presenta valores en su intensidad o con cierto ritmo temporal. (2)

Las causas desencadenantes del dolor abdominal se pueden agrupar en tres grupos siendo tipo: mecánico, inflamatorio, isquémico

- **Mecánico:** se produce por a tracción, la distensión y estiramiento por capas sobre las capas musculares y las vísceras huecas. Debe ser de inicio abrupto porque de instauración progresiva no produce dolor. (4) (7)
- **Inflamatorio:** presenta la liberación de sustancias implícitas en proceso inflamatorio, presentado tanto de medio físico como infeccioso es un estímulo severamente doloroso. (9)
- **Isquémico:** es producido por la interrupción del riego sanguíneo a una víscera, ya sea primario por embolia, trombosis o secundario a torsión de su pedículo vascular. Esto producirá irritación y dolor debido a la isquemia. (4)

Otros de las formas que podemos indicar como puede ser el dolor abdominal agudo van a ser en tres tipos:

## **Visceral**

El dolor visceral va a ser producido por los receptores localizados en las vísceras huecas o sólidas abdominales o también pueden encontrarse en peritoneo visceral. Va a ser un dolor de transmisión lenta, realizado a través de las fibras c, por lo tanto, va a percibirse con poca precisión y el dolor va a ser difuso. (7) (4)

Los estímulos que van a desencadenar el dolor tipo visceral puede ser de tipo mecánico (distensión, estiramiento, tracción o contracción), espasmos viscerales o isquemia. El dolor se va a presentar de tipo urente, de intensidad variable y se va a asociar a manifestaciones vágales tales como ansiedad, sudoración, náuseas, vómitos, taquicardia, hipotonía o palidez. (4) (9)

## **Somático o peritoneal**

El dolor somático va a tener su origen en los receptores del peritoneo parietal, piel y músculos. El tipo de dolor va a ser de transmisión rápida, que se transmiten por las fibras aferentes tipo A de los nervios espinales. Son producidos por la eliminación de los metabolitos tisulares que aparecen tras la inflamación o la isquemia. (9) (4)

La característica del dolor somático va a ser de tipo punzante, localizado y muy intenso que llega a producir posiciones atalgica en los pacientes. (9) (8)

## **Referido**

Este tipo de dolor se origina por un dolor de proyección cerebral, su origen puede ser tanto visceral como somático. (9)

## **2.4 ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS**

El dolor abdominal es un evento frecuente en la población pediátrica, que es representada por el 10% de los casos que llegan al servicio de emergencia y es un tema de importancia abordarlo de manera urgente en niños que acuden por dolor abdominal, un 5% requieren hospitalización; de los cuales el 1 al 2% presentarán una resolución de forma quirúrgica y estarán clasificados en un 20% como dolor abdominal inespecífico. (2) (8)

Las causas más comunes de dolor abdominal son: dolor abdominal no específico (40%), estreñimiento (22%), patologías de infección viral (13%) y apendicitis un (9%). Lo cual nos indica que el dolor abdominal no específico el diagnóstico más frecuente entre niños de quince a dieciocho años. (9) (8)

## 2.5 CAUSAS Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

La enfermedad abdominal aguda es un motivo frecuente de consulta en los servicios de urgencias hospitalarias, ya que, presenta una etiología variada. Por lo tanto, las causas de dolor abdominal se pueden dividir según bockus:

### **CLASIFICACIÓN DE LA CAUSA DE DOLOR ABDOMINAL SEGÚN BOCKUS**

Grupo: A Padecimientos intraabdominales que requieren cirugía inmediata

- Apendicitis aguda complicada como absceso o perforación.
- Obstrucción intestinal con estrangulación
- Perforación de víscera hueca como ulcera péptica perforada
- Perforación de un divertículo de colon
- Perforación de íleon terminal
- Perforación del ciego o sigmoides secundarios a tumor maligno
- Colecistitis aguda complicada
- Aneurisma disecante de aorta abdominal
- Trombosis mesentérica
- Torsión testicular
- Pancreatitis aguda grave
- Ginecológicas:
  - Quiste de ovario torcido

- Embarazo ectópico roto

## **GRUPO B:**

Padecimientos abdominales que no requieren de cirugía inmediata

- Enfermedad ácido péptica no complicada
- Padecimientos hepáticos: Hepatitis aguda  
Absceso hepático
- Padecimientos intestinales: Gastroenteritis  
Ileitis terminal Intoxicación alimentaria
- Infección de las vías urinarias Cólico nefro uretral
- Padecimientos ginecológicos: Enfermedad pélvica inflamatoria aguda
- Peritonitis primaria como hemorragia intramural del intestino grueso secundario
- Causas poco frecuentes:
  - Vasculitis
  - Fiebre mediterránea

## **GRUPO C:**

Padecimientos extra abdominales que simulan un abdomen agudo

- IAM
- Pericarditis
- Congestión aguda
- Neumonías
- Diabetes mellitus aguda Cetoacidosis aguda Insuficiencia suprarrenal aguda Anemia de células falciformes
- Antecedentes y epidemiología
- Factores de riesgo

- Clasificación

### **Factores de riesgo asociados a dolor abdominal**

El dolor abdominal es un síntoma inespecífico que se va a presentar con lesiones autolimitadas tales como gastroenteritis, estreñimiento e infecciones virales. (9)  
(2)

Se debe tener presente de los factores predictores de mortalidad y van a requerir intervenciones de emergencia. (2) (8) (9)

Los riesgos asociados son:

Edad del paciente:

- Neonatos: vólvulos y enteritis necrotizante
- De dos meses a dos años: Invaginación, hernia encarcelada y enfermedad de Hirschsprung.
- Niños: apendicitis, peritonitis bacteriana y obstrucción
- Niñas postmenstruales incluyen: Torsión ovárica, enfermedad pélvica inflamatoria, absceso tubo-ovárica y ectópico.
- Adolescentes: apendicitis aguda, obstrucción por cirugía previa, úlcera perforada y peritonitis bacteriana.
- Antecedentes de trauma.
- Fiebre
- Vómitos

Estilo de vida

Está estrechamente relacionado por una alimentación deficiente y falta de medidas higienes en el procesamiento de alimentos, pueden producir infecciones o problemas quirúrgicos. (9) (8)

## 2.6 CARACTERISTICAS DOLOR ABDOMINAL

El dolor abdominal es un síntoma obligatorio en casi todas las afecciones digestivas, por lo tanto, se describe como identificar el tipo de dolor según la edad del paciente y el dolor característico de ciertos patrones característicos descritos en la tabla 3. (8) (9)

**Lactantes:** EL encogimiento de las piernas o irritabilidad son signos sugestivos de dolor abdominal, no localizado. (8)

**Preescolares:** Pueden describir el tipo de dolor y otros síntomas, pero no son del todo fiables. (8)

**Mayores de 5 años:** Son capaces de describir el inicio, frecuencia, duración y localización de los síntomas.

- **Dolor de tipo cólico:** Es un tipo de dolor que aumenta y disminuye repitiéndose varias veces al día. Tipo característico de: gastroenteritis, colecistitis, urolitiasis, invaginación intestinal, cólicos del lactante. (8)
- **Dolor de tipo visceral:** Tipo de dolor abrupto de no cede con cambios posturales. (8)
- **Dolor secundario a irritación peritoneal:** dolor que se agrava con movimientos que cambian la tensión en la pared abdominal. (8)

**Tabla 3. Patología y patón de dolor característico (2) (8)**

<b>Patología</b>	<b>Dolor característico</b>
Apendicitis	Dolor periumbilical, que migra a fosa iliaca derecha.
Torsión ovárica/ testicular	Dolor agudo, grave, focal en cuadrante inferior abdomen (derecho e izquierdo)
Urolitiasis	Dolor cólico en flanco izquierdo o derecho, que se irradia a parte inferior abdomen
Invaginación	Dolor intermitente, cólico
Gastroenteritis	Dolor difuso, vago
Adenitis mesentérica	Dolor en fosa ilíaca izquierda
Estreñimiento	Dolor en fosa ilíaca izquierda
Hepatitis y colecistitis	Dolor en cuadrante abdominal superior. El dolor de colecistitis puede irradiarse al hombro.
Gastritis, úlcera gástrica	Epigastralgia
Pancreatitis	Dolor a nivel epigástrico y periumbilical a menudo irradia a la espalda, en cinturón.

## 2.7 SINTOMAS ACOMPAÑANATES

El dolor abdominal en edad pediátrica se puede ver acompañado de sintomatología que sea sugestivo a diagnóstico, es por tal motivo que se considera de importancia identificarlos. Dentro de ellos se pueden encontrar síntomas digestivos y extradigestivos (4).

Dentro de los síntomas digestivos, se puede encontrar los vómitos, estreñimiento, y cuadros diarreicos los cuales son mencionados con mayor frecuencia al momento de la llegada del paciente a la emergencia. Según la

literatura los vómitos biliosos o fecaloides permiten al personal de salud identificar una patología que requiere intervención quirúrgica. (10) (4)

Por otro lado, el estreñimiento puede ser indicativo de dolor abdominal no quirúrgico debido a que se trata de una acumulación de material fecales en las asas intestinales o ampolla rectal, en ocasiones este cuadro clínico se ve de manera repetitiva y puede guardar correlación con antecedentes patológicos personales, es decir, se refiere el paciente con cuadros anteriores con la misma sintomatología (11) (4).

Otro síntoma que suele venir acompañado son los cuadros de deposiciones diarreicas, que pueden guardar relación con la edad del paciente pediátrico, pues de este modo se realiza un diagnóstico diferencial desde un rotavirus, intoxicación alimentaria, intolerancia a ciertos tipos de alimentos y gastroenteritis, realizar las preguntas adecuadas sobre consistencia, coloración, olor, frecuencia y número de deposiciones, ayudan al médico de emergencia a poder descartar diagnósticos (11).

Por consiguiente no solo se habla de síntomas digestivos sino también extradigestivos como la fiebre que puede asociarse a procesos de tipo infecciosos, y en muchas ocasiones terminan siendo cuadros virales, bacterianos que son tratados de manera ambulatoria o termina en hospitalización con una resolución quirúrgica, una de las características es que deben estar en un rango por arriba de los  $37.5^{\circ}\text{C}$  , pues si se asocia dolor abdominal más fiebre y que el dolor sea referido en fosa iliaca derecha, podría ser un cuadro sugestivo de apendicitis y las tempuras van en rango de  $38 - 38.5^{\circ}\text{C}$ , la literatura menciona que tempuras que van de  $39^{\circ}\text{C}$  dependiendo de la edad del paciente puede ser un cuadro de gastroenteritis, y en temperaturas que van de un rango entre  $37.5^{\circ}\text{C} - 38^{\circ}\text{C}$  pueden ser de causa vírica (12).

Los síntomas miccionales orientan a una infección de vías urinarias y se ven relacionados con dolor a la palpación en puntos ureterales, disuria, polaquiuria, y en ocasiones viene acompañado de un cuadro febril, es necesario realizar exámenes complementarios como un EMO que permita poder descartar una IVU (4).

Por otro lado, los síntomas respiratorios también se asocian al dolor abdominal no apendicular, y estos pueden ser cuadros neumónicos, asmáticos o virales, por lo general se recomienda realizar un interrogatorio exhaustivo en el cual el paciente (dependiendo de la edad de este, puede ser un interrogatorio indirecto, el padre refiera) síntomas como tos, dificultad para respirar, estornudos, tos con expectoración de tipo verdoso, y tiempo de evolución.

Es importante tener en cuenta alteraciones de tipo ginecológicas, la literatura señala que pueden guiar al diagnóstico de una enfermedad inflamatoria pélvica, dependiendo de la edad de la paciente según grupo etario, en la adolescencia podrían ser cuadros de dismenorrea, embarazo ectópico hasta aborto a descartar, se hace hincapié en una buena historia clínica seguida de las interconsultas que se requieran para el descarte de diagnósticos (4)

## 2.8 EXAMEN FISICO

Una vez realizada la anamnesis del paciente se procede con el examen físico, el cual abarca la inspección, auscultación, palpación y percusión de los diferentes aparatos y sistemas. En este tema en específico se hace mayor énfasis en la localización (palpación) del dolor abdominal que refiere el paciente. Cabe recalcar que durante todo el procedimiento el familiar debe estar acompañando al paciente, ya que se trata de un menor.

Entonces, durante la inspección es un breve reconocimiento del estado actual del paciente donde se evalúa su facie, el estado anímico, y la respiración, por lo general se observa de manera clínica el abdomen, pues este puede presentarse de manera globuloso, distendido, que resulta inhabitual para el padre de familia y para el niño, se evalúa el hecho de que exista algún tipo de cicatriz que de el indicativo de un antecedente quirúrgico ya sea reciente o antiguo, hernias que pueden ser umbilicales, presencia de peristaltismo y en ocasiones cuando el cuadro clínico se asocia a dificultad respiratoria se evalúa el tipo de respiración y el uso o no de músculos accesorios, debido a que podría ser indicativo de un distrés respiratorio (10).

Cuando se procede a la palpación, al hablar de niños, se debe contar con el apoyo del familiar y en muchos casos del licenciado de enfermería o interno de

medicina, ya que estos pacientes pueden ser muy incontrolables y no permitir un correcto examen físico, aquí se evalúa la localización del dolor, esto mediante el uso de los cuadrantes que puede ir desde un dolor en epigastrio; mesogastrio; hipogastrio; hipocondrios izquierdo y derecho; flancos izquierdo y derecho y fosas iliacas derecha o izquierda, en el cual el paciente va a referir dolor o su facie álgica va a ser indicativo la parte en la que le duele, algunos pacientes pueden referir un dolor difuso, y a su vez esta localización nos permite descartar diagnósticos o dar indicativos de diagnósticos presuntivos, se valoran maniobras como una palpación simple, bimanual de Chauffard o bimanual de Gilbert.

Durante la palpación se pueden visualizar signos como el Murphy, Blumberg, Basier, Aaron, McBurney, Charcot, entre otros, dependiendo del cuadro clínico.

Por otro lado, cuando se realiza la percusión, se busca valorar si el sonido es timpánico o presenta matidez, ya que va a ser indicativo de flatulencias o visceromegalias. También se procede a la auscultación donde se valoran los ruidos hidroaéreos, estos pueden aumentados o disminuidos, bibliográficamente se relaciona aumento de ruidos hidroaéreos con un cuadro de gastroenteritis y la disminución de estos pueden indicar una obstrucción hasta un íleo CITA DE ESPI.

Dentro de la exploración, el tacto rectal forma parte de una evaluación amplia, se realiza mediante el uso de guantes estériles y lubricante, pues de este modo el medico puede introducir un dedo en el recto del paciente para obtener información referente a la presencia de masas, inflamación o anomalías que se presenten, como un fecaloma.

## 2.9. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Las pruebas complementarias forman parte fundamental para dar el diagnóstico definitivo del paciente, por lo que permiten descartar los diagnósticos presuntivos orientados por la clínica, estos pueden ser de rutina o a su vez se específicos y se clasifican en dos tipos: de pruebas de laboratorio como sanguíneas, heces y orina y los exámenes de imágenes como las ecografías, imagen radiológica simple, y tomografía axial computarizada (13).

Una de las primeras pruebas de rutina complementaria, se encuentra la biometría hemática, donde un recuento leucocitario con desviación a la izquierda

sugiere un cuadro que cursa por un proceso infeccioso, en ocasiones estos pacientes también guardan correlación la clínica y se encuentra cursando un cuadro febril, sugestivo de obstrucciones intestinales, cuadros de colecistitis o apendiculares. Dentro del parámetro de hemoglobina en niños de 5 – 10 años donde los valores se encuentren  $13,5 \pm 1,5$ , como presuntivo un cuadro de anemia, y dependiendo del valor indicativo o no trasfusión sanguínea, otros valores que se toman en consideración es el hematocrito que en  $39 \pm 4$ , VCM  $81 \pm 6$ , orientado a un cuadro de pérdida sanguínea, esto relacionado a un trauma abdominal daría sugestivo a una hemorragia intrabdominal. Dentro de este estudio de laboratorio, el personal de salud puede solicitar pruebas de reacción en cadena de la polimerasa dando como resultado un PCR aumentado o disminuido dependiendo de la patología de paciente, sin embargo, la literatura menciona que posee poca especificidad y no resulta fiable (14) (10) (15).

Un examen de orina o como normalmente se lo solicita en los sistemas de salud un EMO, puede permitir identificar infecciones del tracto urinario, donde se evidencia nitritos aumentados indicativo para IVU, hematuria en casos de litiasis renal o también la literatura menciona que es característico de purpura de Henoch- Schönbein en la cual el mecanismo consiste en la inflamación de vasos sanguíneos ya sea por parte digestiva o renal, glucosuria en un estadio diabético, leucocituria puede presentarse en apendicitis (10) .

Mientras tanto, los estudios de coproparasitarios se realizan de manera frecuente en menores de cinco años, mediante la toma de muestra de material fecal, esto permite identificar infecciones parasitarias causadas por áscaris, giardias, amebas, entre otros y a su vez tener un diagnóstico diferencial, puesto que un dolor abdominal abre una alta gama de posibilidades diagnósticas (16).

Una vez que se tiene un panorama amplio referente a exámenes de laboratorio, se procede a la descripción de la importancia de la solicitud de imágenes complementarias, dentro de este grupo se encuentra:

### **Imagen ecográfica de abdomen**

Es una imagen no ionizante, indolora, no invasiva, que permite obtener imágenes en tiempo real de las estructuras internas del abdomen como hígado, bazo, riñones, páncreas, apéndice, o estructuras presentes como masas, presencia de

líquidos o abscesos, cálculos a nivel de vesícula biliar, pacientes con sospecha de apendicitis, la ecografía es de elección y se puede evidenciar un engrosamiento de la submucosa, signos de inflamación, pérdida de estructura en capas e hipervascularización en anillo si en un caso se utilizara eco Doppler, otro de los diagnósticos es la invaginación intestinal. Estos resultados van a depender de la destreza del ecógrafo del personal de imagen y puede tener una sensibilidad del 95% (13).

### **Imagen radiológica de abdomen**

Es una imagen ionizante de abdomen que permite valorar localización de estructuras anatómicas, tamaños y dimensiones acorde a los parámetros normales, estas imágenes se visualizan de manera opacas, radiolúcidas, hiperdensas, entre otra terminología radiológica. Se valoran los niveles hidroaéreos, según la literatura menciona que un aire libre subdiafragmático puede ser indicativo de una perforación, imágenes radiopacas sugestivas a cálculos o en muchas ocasiones cuerpos extraños posterior a la ingesta de estos como monedas, una distensión sugestiva a íleos, presencia de masas o tumoraciones, asas dilatadas o incluso presencia de material fecal en marco colónico o ampolla rectal (10).

### **Tomografía axial computarizada (TAC) abdominal**

Esta imagen ionizante, no corresponde a una imagen de rutina y se utiliza para la obtención a mayor detalle anatómico, corresponde a una técnica de elección cuando se sospecha de neoplasias, patologías de origen vascular como oclusiones, ruptura de aneurisma aórtico, traumatismos abdominales, y se realizará dependiendo de la estabilidad del paciente (17).

## **CAPITULO III**

### **3.1 METODOLOGIA**

El presente trabajo de estudio presenta un enfoque cuantitativo, no experimental, descriptivo y retrospectivo, que se realizó mediante la revisión de historias clínicas de pacientes pediátricos ingresados en el área de emergencia por diagnóstico de abdomen agudo, dolor abdominal localizado en parte superior, dolor pélvico y perineal, dolor localizado en otras partes inferiores del abdomen, otros dolores abdominales no especificados, CIE-10 R10.0 R10.1 R10.2 R10.3 R10.4, para posteriormente proceder a su análisis con previa aprobación del departamento de Estadística del Hospital Naval de Guayaquil.

### **3.2 CARACTERÍSTICA DE LA ZONA DE TRABAJO.**

La investigación se realizó en el Hospital Naval de Guayaquil, de la provincia del Guayas, en Ecuador

### **3.3 PERIODO DE INVESTIGACIÓN.**

El siguiente estudio se realizó con las fechas desde enero del 2019 y diciembre de 2022.

### **3.4 POBLACIÓN DE ESTUDIO.**

El tamaño de la muestra será igual al tamaño del universo en relación a las características del estudio, dando como total 199 pacientes atendidos en la emergencia del Hospital Naval de Guayaquil entre enero del 2019 y diciembre 2022, 224 pacientes, teniendo como diagnóstico de ingreso CIE10 R10.0 R10.1 R10.2 R10.3 R10.4 abdomen agudo.

### 3.5 VIABILIDAD

El siguiente trabajo de estudio, fue presentado ante las autoridades de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil - Facultad de Ciencias Médicas y a los directivos de docencia del Hospital Naval de Guayaquil, datos obtenidos de manera viable con supervisión del director de tesis, docentes de la universidad, peritos en las materias de estadística y pediatría.

### 3.6 CRITERIOS DE ESTUDIO

#### **Criterios de inclusión:**

- Pacientes en intervalo de edad 5 a 10 años
- Pacientes pediátricos con historia clínica completa
- Pacientes que hayan sido atendido en el área de emergencia.
- Pacientes con diagnósticos de ingreso CIE-10 R10-0 R10-1 R10-2 R10-3 R10-4

#### **Criterios de exclusión:**

- Pacientes con apendicitis diagnosticada
- Pacientes clínicos que no cumplen con diagnóstico etiológico de dolor abdominal.
- Pacientes pediátricos con historia clínica incompleta.
- Pacientes mayores o menores de edad al registrado al criterio de inclusión

### 3.7 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

**Tabla 4. Operacionalización de Variables**

<b>Variables</b>	<b>Definición</b>	<b>Indicador</b>	<b>Tipo de variable</b>	<b>Resultado</b>
De caracterización				
<b>Sexo</b>	Variabilidad genómica xy, xx	Según cedula de identidad	Cualitativa nominal dicotómica	masculino femenino
<b>Edad</b>	Valor en número de años de una persona desde el momento que nace hasta el tiempo actual	Años	Numérica, discreta	5 a 10 años
<b>Sintomatología</b>	Conjunto de signos y síntomas que presente el paciente en emergencia	De acuerdo con historia clínica	Cualitativa nominal politómica	Localización de presencia de dolor fiebre
<b>Etiología</b>	El origen clínico del dolor abdominal no apendicular	De acuerdo a situación de egreso del paciente	Cualitativa nominal politómica	CIE: 10 A09 K52.9 A49.9 A59.9 K56.7 K59.0 K52 K29.7 N39.0 A90 R50.9 K81.9
<b>Antecedentes personales</b>	Enfermedades que fueron diagnosticadas o tratadas de manera quirúrgica en	Antecedentes patológicos y quirúrgicos personales	Cualitativa nominal politómica	APP APQ

	el nacimiento o en su estado de salud actual.			
<b>Exámenes complementarios</b>	exámenes de laboratorio, imágenes ionizantes y no ionizantes	de acuerdo a reporte de consulta formato 08	cualitativa nominal politómica	radiografías ecografía biometría emo PCR

### 3.8 TIPO DE INVESTIGACIÓN.

El trabajo de estudio es de naturaleza retrospectiva, descriptiva, correlacional y transversal, no experimental.

### 3.9 INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN O RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

- Se realiza recolección de datos utilizados por datos estadísticos por el Hospital Naval de Guayaquil, donde se aplican los criterios de exclusión e inclusión y las variables de estudio.
- Se realizó recolección de datos utilizando historias clínicas de enero del 2019 a diciembre 2022.
- Se utiliza formato Excel 2016 para tabulación de datos
- Se traspasan datos obtenidos de las historias clínicas del SIIS para su análisis, creación de gráficos y tablas del sistema SSPS.
- Como fuentes de información bibliográfica, se utilizan bases de datos como: uptodate, Pubmed, New England Journal of Medicine.

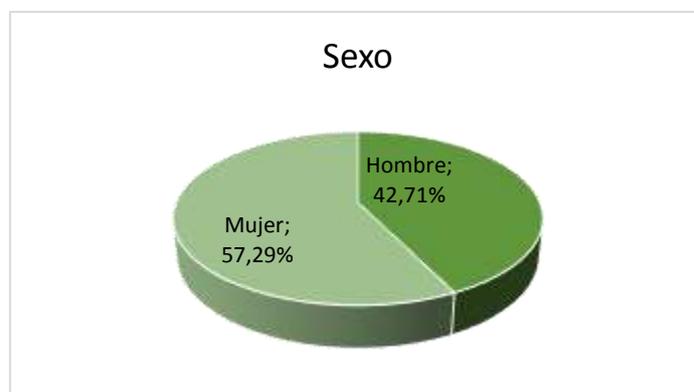
## CAPITULO IV

### 4.1 RESULTADOS

La población del estudio a presentar fue conformada por 600 pacientes con CIE 10: abdomen agudo, dolor abdominal localizado en parte superior, dolor pélvico y perineal, dolor localizado en otras partes inferiores del abdomen, otros dolores abdominales no especificados, CIE-10 R10.0 R10.1 R10.2 R10.3 R10.4, atendidos en emergencia Hospital Naval de Guayaquil. Luego de una revisión exhaustiva de los reportes de historias encontrados en el SISS, se obtuvo un total de 199 paciente que cumplían los criterios de inclusión para el estudio, dando como resultado en prevalencia de predominio de sexo un total de 42.71% hombres y 57.29% mujeres.

**Tabla 5. Prevalencia de dolor abdominal no apendicular según el sexo.**

SEXO	Frecuencia	Frecuencia Relativa %
Hombre	85	42.71%
Mujer	114	57.29%
Total	199	100.00%



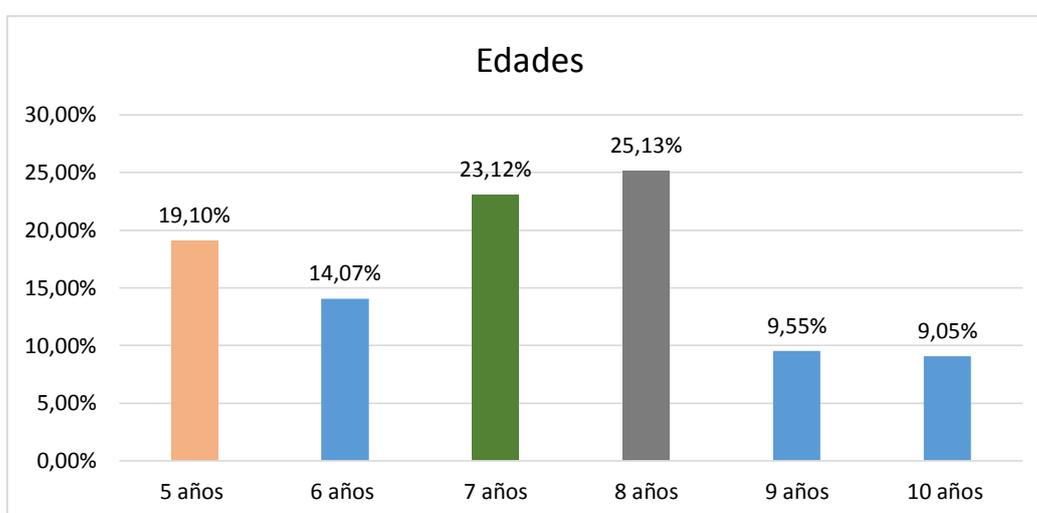
**Figura 1. Prevalencia de dolor abdominal no apendicular según el sexo.**

Fuente: Base de datos de emergencia de Hospital Naval de Guayaquil Autores: Barrera Rivera – Armas Grijalva

Por otro parte, una de las variables es el rango de edad, en la cual se puede evidenciar que con mayor frecuencia se presentó en niños de 5 , 7 y 8 años dando como resultados los siguientes porcentajes: niños de 10 años 9.05%, niños de 9 años 9,55%, niños de 6 años 14,07%, niños de 5 años 19.10%, niños de 7 años 23.12% y finalmente 8 años con 25.13%, que si se dividen por intervalos de edad, se puede mostrar como grupo etario de 5 a 7 años con un total de 56.3% y grupo de 8 a 10 años un total de 43.7%, siendo de mayor frecuencia en niños menores de 8 años el dolor abdominal no apendicular.

**Tabla 6. Prevalencia de dolor abdominal no apendicular según las edades.**

<b>EDADES</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Frecuencia Relativa %</b>
5 años	38	19.10%
6 años	28	14.07%
7 años	46	23.12%
8 años	50	25.13%
9 años	19	9.55%
10 años	18	9.05%
<b>TOTAL</b>	199	100.00%



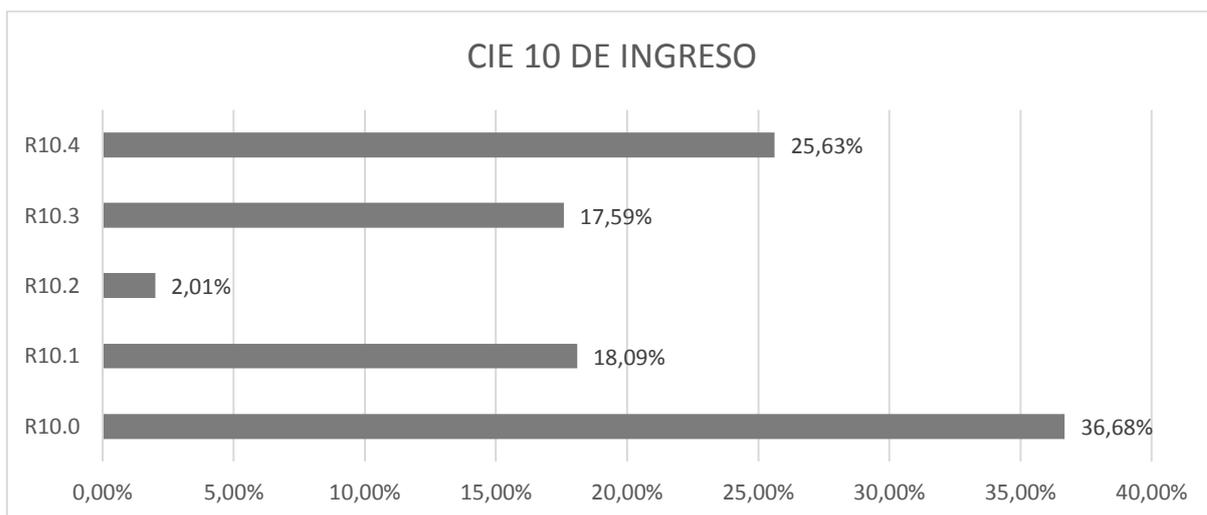
**Figura 2. Prevalencia de dolor abdominal no apendicular según las edades.**

Fuente: Base de datos de emergencia de Hospital Naval de Guayaquil  
Autores: Barrera,L, Armas,J..

Una vez que se estableció el rango de edad a estudiar, se seleccionaron los CIE 10 de ingreso de los pacientes: R10.0 abdomen agudo 36,68%, R10.1 dolor abdominal localizado en la parte superior 18,03%, R10.2 dolor pélvico y perineal 2,01%, R10.3 dolor localizado en otras partes inferiores del abdomen 17,59%, R10.4 otros dolores abdominales y los no especificados 25,63%.

**Tabla 7. Prevalencia de CIE 10 de ingreso a emergencia**

CIE 10	Frecuencia	Frecuencia Relativa %
<b>R10.0</b>	73	36.68%
<b>R10.1</b>	36	18.09%
<b>R10.2</b>	4	2.01%
<b>R10.3</b>	35	17.59%
<b>R10.4</b>	51	25.63%
<b>Total</b>	199	100.00%



**Figura 3. Prevalencia de CIE 10 de ingreso a emergencia**

Fuente: Base de datos de emergencia de Hospital Naval de Guayaquil

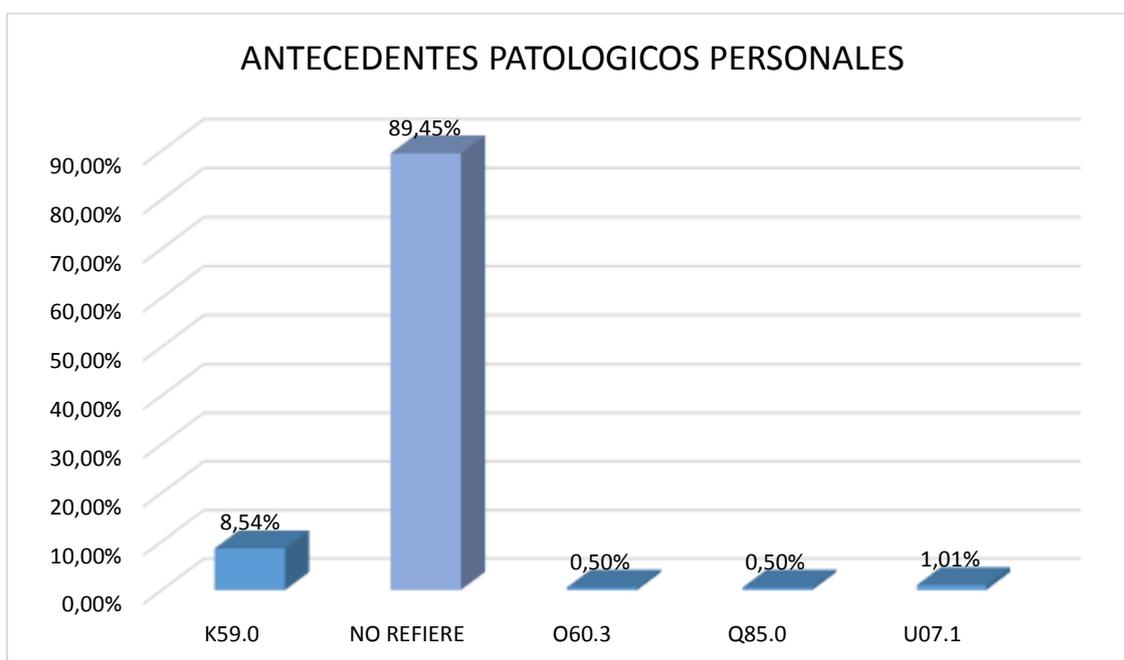
Autores: Barrera, L, Armas, J.

Se revisaron las historias clínicas para obtener los datos de los antecedentes patológicos personales, los cuales fueron: estreñimiento (k59.0) 8.54%, parto

premature (O60.3) 0,50%, neurofibromatosis no maligna (Q85.0) 0,50%, COVID-19 (U07.1) 1,01%, y el 89,45% no referían antecedentes patológicos.

**Tabla 8. Antecedentes patológicos personales según HCL**

APP	Frecuencia	Frecuencia Relativa %
K59.0	17	8.54%
NO REFIERE	178	89.45%
O60.3	1	0.50%
Q85.0	1	0.50%
U07.1	2	1.01%
<b>Total</b>	<b>199</b>	<b>100.00%</b>



**Figura 4. Antecedentes patológicos personales según HCL**

Fuente: Base de datos de emergencia de Hospital Naval de Guayaquil

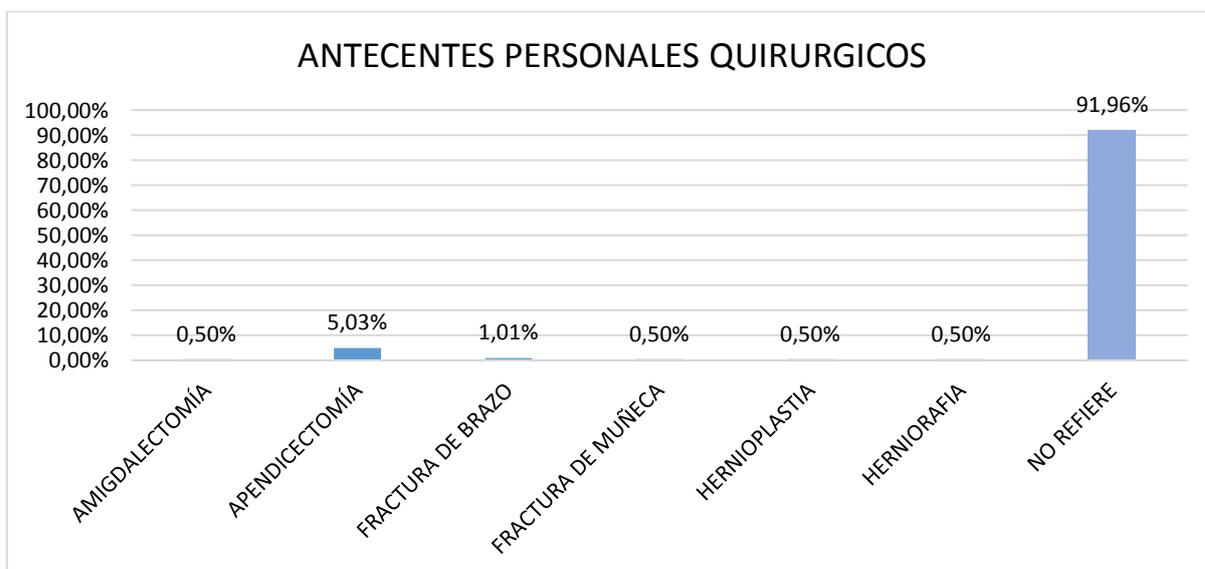
Autores: Barrera. L, Armas.J.

Se reviso además los antecedentes quirúrgicos de las historias clínicas, obteniendo como resultados: amigdalectomía 0,50%, apendicetomía 5,03%,

fractura de brazo 1,01%, fractura de muñeca 0,50%, hernioplastia 0,50%, herniorrafía 0,50%, y el 91,96% de los pacientes no refería antecedentes quirúrgicos.

**Tabla 9. Antecedentes quirúrgicos según HCL**

CIRUGIAS	Frecuencia	Frecuencia Relativa %
AMIGDALECTOMÍA	1	0.50%
APENDICECTOMÍA	10	5.03%
FRACTURA DE BRAZO	2	1.01%
FRACTURA DE MUÑECA	1	0.50%
HERNIOPLASTIA	1	0.50%
HERNIORAFIA	1	0.50%
NO REFIERE	183	91.96%
<b>Total</b>	<b>199</b>	<b>100.00%</b>



**Figura 5. Antecedentes quirúrgicos según HCL**

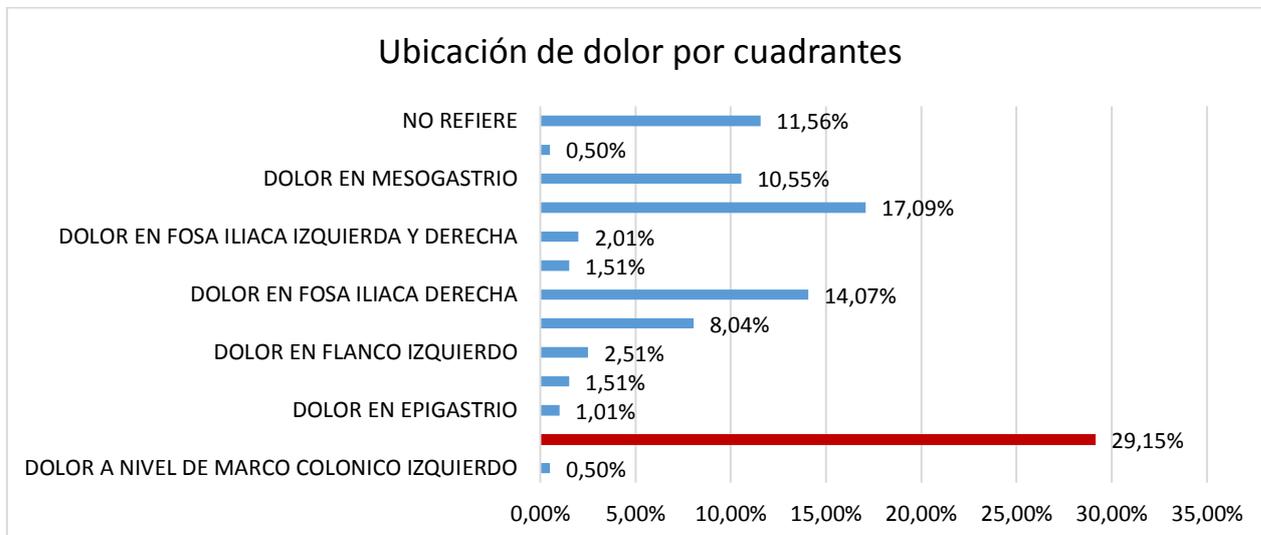
Fuente: Base de datos de emergencia de Hospital Naval de Guayaquil  
 Autores: Barrera.L , Armas.J.

Dentro de los datos obtenidos, se revisaron las historias clínicas donde en el apartado de revisión de aparatos y sistema se analizó la sintomatología y referencia de dolor más frecuentes, obteniendo la prevalencia de la ubicación del dolor más frecuente, dolor abdominal de marco colónico izquierdo 0,50%, dolor difuso abdominal 29,15%, dolor en epigastrio 1,01%, dolor en flanco derecho 1,51%, dolor en flanco izquierdo 2,51%, dolor en flanco izquierdo y derecho 8,04%, dolor en fosa iliaca derecha 14,07%, dolor en fosa iliaca izquierda 1,51%, dolor en fosa iliaca izquierda y derecha 2,01%, dolor en hipogastrio 17,09%, dolor en mesogastrio 10,55%, dolor en puntos ureterales 0,50% y el 11,56% siendo el porcentaje de 23 pacientes no presentaron dolor al examen físico.

**Tabla 10. Prevalencia de dolor abdominal no apendicular según cuadrantes**

<b>Cuadrantes</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Frecuencia relativa %</b>
Dolor a nivel de marco colónico izquierdo	1	0.50%
Dolor difuso abdominal	58	29.15%
Dolor en epigastrio	2	1.01%
Dolor en flanco derecho	3	1.51%
Dolor en flanco izquierdo	5	2.51%
Dolor en flanco izquierdo y derecho	16	8.04%
Dolor en fosa iliaca derecha	28	14.07%
Dolor en fosa iliaca izquierda	3	1.51%
Dolor en fosa iliaca izquierda y derecha	4	2.01%
Dolor en hipogastrio	34	17.09%
Dolor en mesogastrio	21	10.55%
Dolor en puntos ureterales	1	0.50%

No refiere	23	11.56%
Total	199	100%



**Figura 6. Prevalencia de dolor abdominal no apendicular según cuadrantes**

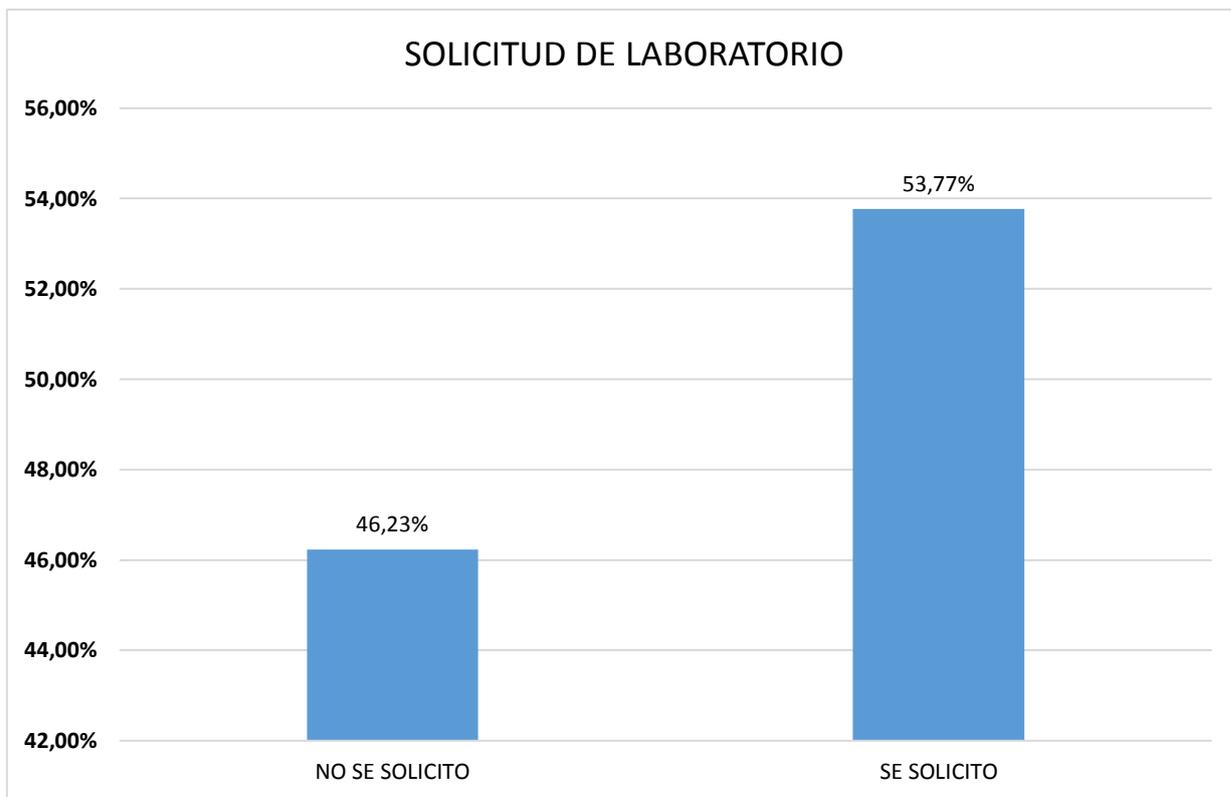
Fuente: Base de datos de emergencia de Hospital Naval de Guayaquil

Autores: Barrera.L, Armas.J,

Según las variables de estudio, se analizó-catalogó y clasificó los exámenes complementarios indicados en las historias clínicas de los pacientes en la base datos obtenida, la cual indicó que se solicitó exámenes de laboratorio en un 53,77% y al 46,23% no se le solicitaron.

**Tabla 11. Prevalencia de solicitud de exámenes de laboratorio en dolor abdominal no apendicular**

EXAMENES DE LABORATORIO	Frecuencia	Frecuencia Relativa %
NO SE SOLICITO	92	46.23%
SE SOLICITO	107	53.77%
Total	199	100.00%



**Figura 7. Prevalencia de solicitud de exámenes de laboratorio en dolor abdominal no apendicular**

Fuente: Base de datos de emergencia de Hospital Naval de Guayaquil

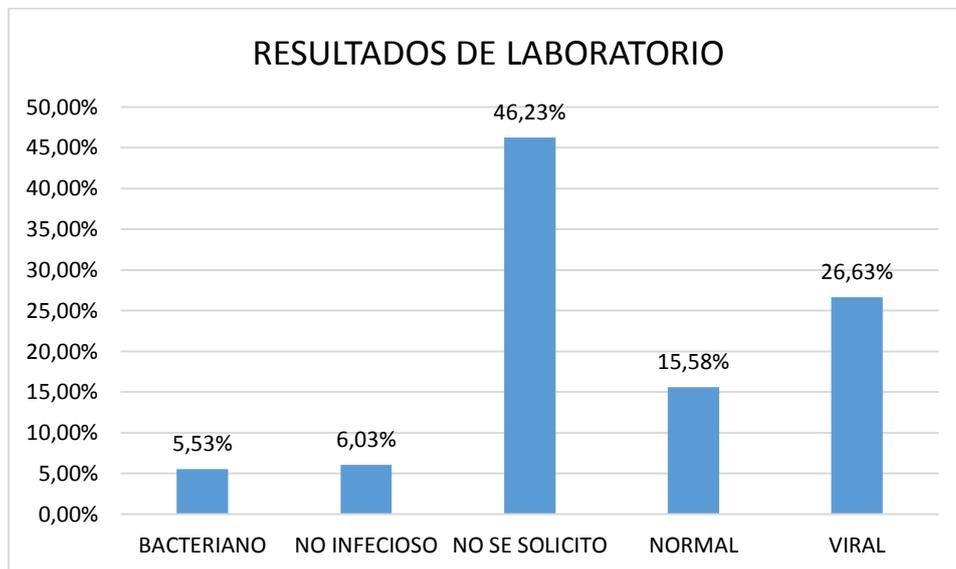
Autores: Barrera.L, Armas.J,

Se revisaron los exámenes de laboratorio, los cuales dieron como resultados: bacteriano el 5,53%, no infecciosos (PCR aumentado, pero biometría dentro de los parámetros normales) 6,03%, resultados normales 15,58%, viral 29,15% y el 46,23% representa a los pacientes que no se les solicitaron exámenes.

**Tabla. 12 Prevalencia de resultados de los exámenes de laboratorio en dolor abdominal no apendicular**

RESULTADO BIOMETRIA PCR	Frecuencia	Frecuencia Relativa %
BACTERIANO	11	5.53%
NO INFECCIOSO	12	6.03%
NO SE SOLICITO	92	46.23%

NORMAL	31	15.58%
VIRAL	53	26.63%
Total	199	100.00%



**Figura 8. Prevalencia de resultados de los exámenes de laboratorio en dolor abdominal no apendicular**

Fuente: Base de datos de emergencia de Hospital Naval de Guayaquil

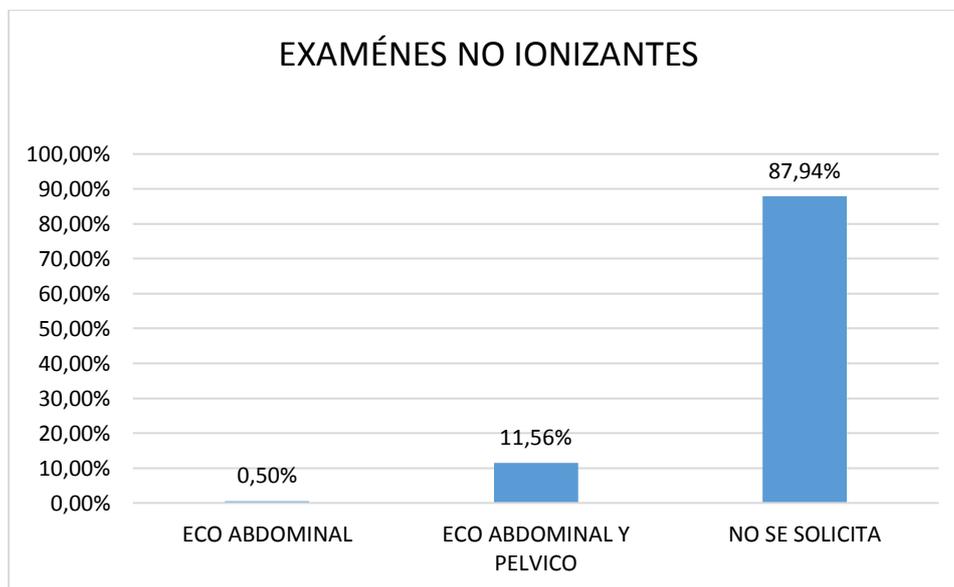
Autores: Barrera.L, Armas.J,

Otro de los exámenes complementarios que se solicitaron fueron imágenes no ionizantes como ecografía abdominal 0,50%, ecografía abdominal y pélvica 11,56% y al 87,94% no se le solicitaron.

**Tabla 13. Prevalencia de solicitud de imágenes no ionizantes en dolor abdominal no apendicular**

IMÁGENES IONIZANTES	NO	Frecuencia	Frecuencia Relativa %
ECO ABDOMINAL		1	0.50%

ECO ABDOMINAL Y PELVICO	23	11.56%
NO SE SOLICITA	175	87.94%
TOTAL	199	100.00%



**Figura 9. Prevalencia de solicitud de imágenes no ionizantes en dolor abdominal no apendicular**

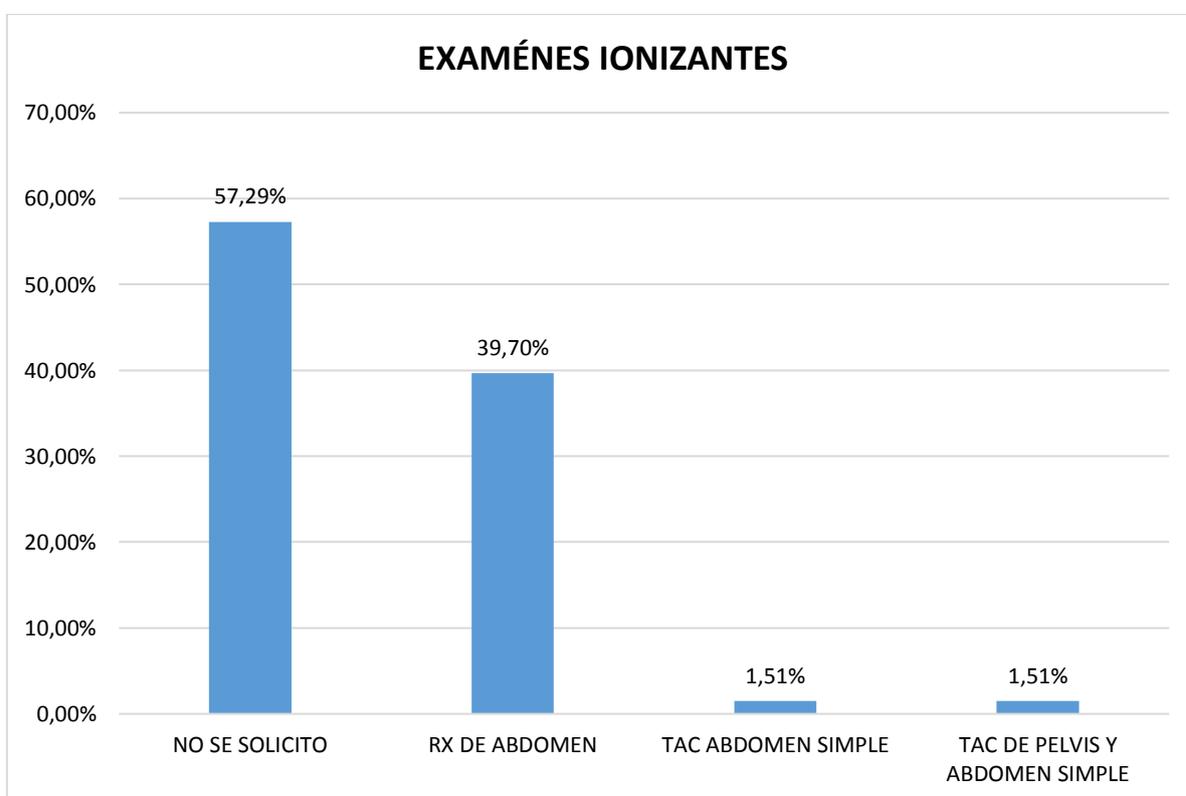
Fuente: Base de datos de emergencia de Hospital Naval de Guayaquil

Autores: Barrera. L, Armas. J,

Mientras que los resultados de solicitud de exámenes ionizantes como radiografías simples de abdominal se pidieron en un 39,70%, Tomografía axial computarizada 1,51%, tomografía axial computarizada de pelvis y abdomen simple sin medios de contraste 1,51%, y al 57,29% no se le solicitaron exámenes ionizantes.

**Tabla 13. Prevalencia de solicitud de imágenes ionizantes en dolor abdominal no apendicular.**

IMÁGENES IONIZANTES	Frecuencia	Frecuencia Relativa %
NO SE SOLICITO	114	57.29%
RX DE ABDOMEN	79	39.70%
TAC ABDOMEN SIMPLE	3	1.51%
TAC DE PELVIS Y ABDOMEN SIMPLE	3	1.51%
Total	199	100.00%



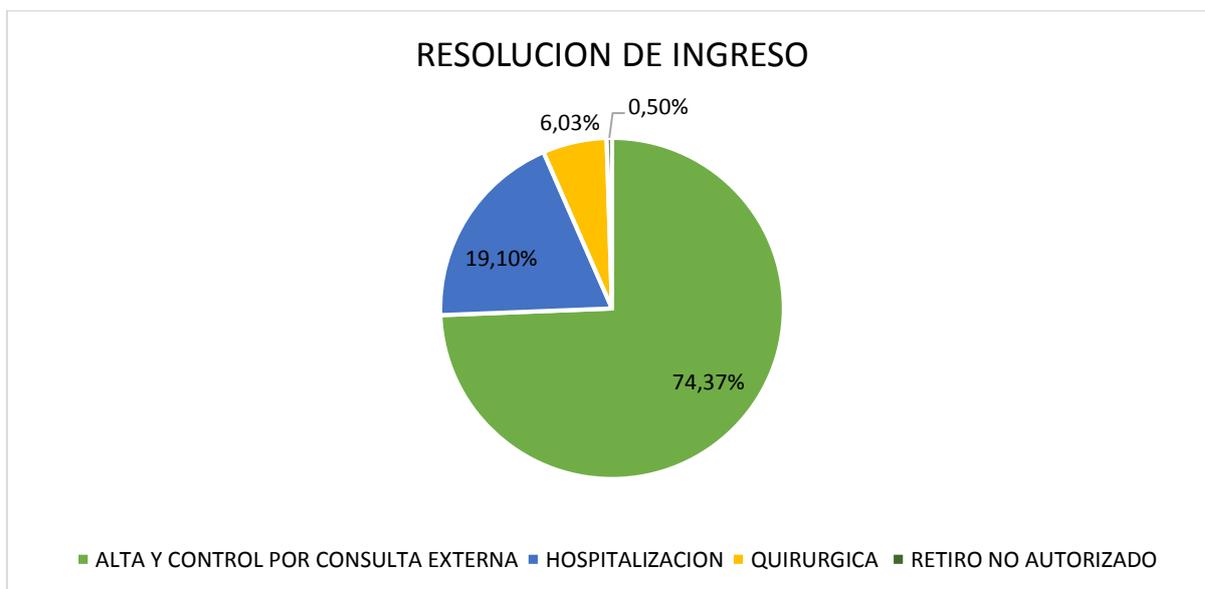
**Figura 10. Prevalencia de solicitud de imágenes ionizantes en dolor abdominal no apendicular.**

Fuente: Base de datos de emergencia de Hospital Naval de Guayaquil  
 Autores: Barrera.L, Armas.J,

Como penúltima tabla, se revisó cautelosamente la resolución de cada paciente, tomando en cuenta la evolución y tratamiento que se indicaron en los reportes de la atención por emergencia, dando como resultado: alta y control por consulta externa 74,37%, pacientes que fueron trasladados a hospitalización 19,10%, pacientes que necesitaron una intervención quirúrgica 6,03% y finalmente se obtuvo solo el 0,50% de un retiro no autorizado.

**Tabla 14. Prevalencia de resolución de casos pacientes con ingreso con dolor abdominal no apendicular.**

Resolución	Frecuencia	Frecuencia relativa %
<b>Alta y control por consulta externa</b>	148	74.37%
<b>Hospitalización</b>	38	19.10%
<b>Quirúrgica</b>	12	6.03%
<b>Retiro no autorizado</b>	1	0.50%
<b>Total</b>	199	100.00%



**Figura 11. Prevalencia de resolución de casos pacientes con ingreso con dolor abdominal no apendicular.**

Fuente: Base de datos de emergencia de Hospital Naval de Guayaquil

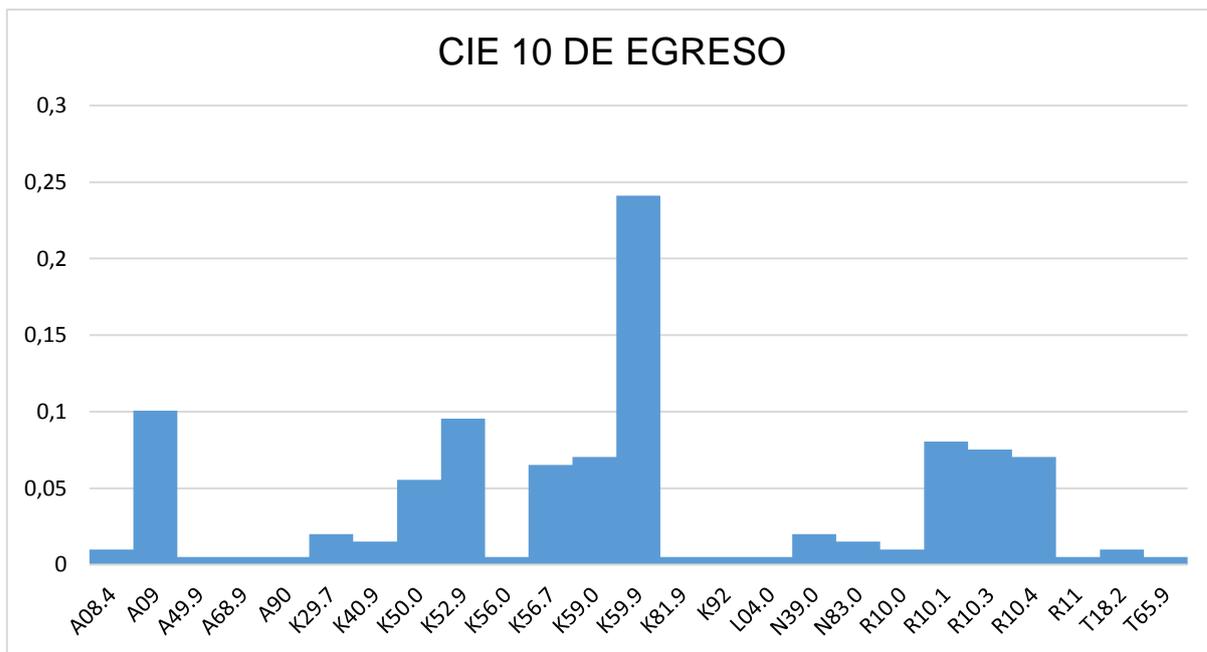
Autores: Barrera, L, Armas. J,

Finalmente se revisaron los diagnósticos de egresos de cada uno de los pacientes, gastroenteritis viral (CIE-10 A08.4), gastroenteritis infecciosa (CIE-10 A09) 10,05%, infección bacteriana no especificada (CIE-10 A49.9) 0,50%, fiebre recurrente no especificada (CIE-10 A68.9) 0,50%, dengue clásico (CIE-10 A90) 0,50%, gastritis (CIE-10 K29.7) 2,01%, hernia inguinal (CIE-10 K40.9) 1,51%, enfermedad de Crohn o del intestino delgado (CIE-10 K50.0) 5,53%, gastroenteritis no infecciosa (CIE-10 K52.9) 9,55%, íleo paralítico (CIE-10 K56.0) 0,50%, íleo no especificado (CIE-10 K56,7) 6,53%, constipación (CIE-10 K59.0) 7,04%, trastorno funcional del intestino no especificado (CIE-10 K59.9) 24,12%, colecistitis aguda (CIE-10 K81.9) 0,50%, (CIE-10 K92) 0,50%, linfadenitis aguda (CIE-10 L04.0) 0,50%, infección de vías urinarias (CIE-10 N39.0) 2,01%, quiste folicular de ovario (CIE-10 N83.0) 1,51%, dolor abdominal agudo (CIE-10 R10.0) 1,01%, dolor abdominal localizado en parte superior (CIE-10 R10.1) 8,04%, dolor localizado en otras parte inferiores del abdomen (CIE-10 R10.3) 7,54%, otros dolores abdominales y los no especificados (CIE-10 R10.4) 7,04%, náuseas y vómitos (CIE-10 R11) 0,50%, cuerpo extraño en tubo digestivo (CIE-10 T18.2) 1,01%, intoxicación por producto químico (CIE-10 T65.9) 0,50%

**Tabla 15. Prevalencia de diagnósticos de egresos de los pacientes que acudieron a emergencia con dolor abdominal no apendicular.**

<b>CIE 10</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Frecuencia Relativa %</b>
A08.4	2	1.01%
A09	20	10.05%
A49.9	1	0.50%
A68.9	1	0.50%
A90	1	0.50%
K29.7	4	2.01%
K40.9	3	1.51%

K50.0	11	5.53%
K52.9	19	9.55%
K56.0	1	0.50%
K56.7	13	6.53%
K59.0	14	7.04%
K59.9	48	24.12%
K81.9	1	0.50%
K92	1	0.50%
L04.0	1	0.50%
N39.0	4	2.01%
N83.0	3	1.51%
R10.0	2	1.01%
R10.1	16	8.04%
R10.3	15	7.54%
R10.4	14	7.04%
R11	1	0.50%
T18.2	2	1.01%
T65.9	1	0.50%
Total	199	100.00%



**Figura 12. Prevalencia de diagnósticos de egresos de los pacientes que acudieron a emergencia con dolor abdominal no apendicular.**

Fuente: Base de datos de emergencia de Hospital Naval de Guayaquil

Autores: Barrera. L, Armas. J,

#### 4.2 DISCUSIÓN

El dolor abdominal no apendicular en el área de emergencia de pediatría es uno de los motivos de consulta más frecuentes, según los datos obtenidos del Hospital Naval de Guayaquil, se puede visualizar además que tiene mayor predominio el sexo femenino con un 57,29%, de tal manera como se puede visualizar en otros estudios, en el área de emergencia del Hospital Nicolás Coto Infante (5) con un 68% femenino, área de emergencia del Hospital Básico Durán (18) con un 68.1%, guardando correlación que en la región costa de nuestro país, presenta mayor prevalencia el dolor abdominal no apendicular en mujeres, ya que el sexo masculino son quienes representan menos del 50% de prevalencia, si se compara con estudios de otros países latinoamericanos como México se puede evidenciar que también el sexo femenino representa el 53,5% (19).

Por otro lado se realizó prevalencia de edad, en este estudio se escogieron pacientes pediátricos de 5 – 10 años, dando como mayor predominio por intervalos de edad el 53,7% paciente entre 5 y 7 años, se compara con otros estudios realizado en paciente pediátricos donde el promedio de edad fue 11 –

13 años (19) con un 23% de prevalencia en un rango de estudio de 8 – 18 años., mientras que otro estudio realizado en el departamentos de Accidentes y Emergencias del Hospital Universitario del Distrito de Alexandroupolis (20) en rango de edad de 1 – 14 años de evidenció que el rango de edad con mayor prevalencia es de 4 – 7 años de edad 52% guardando relación con el estudio presentado.

Referentes a los diagnósticos de ingresos de los pacientes, se los agrupo con los CIE-10 R10, identificado al dolor abdominal agudo R10.0 como el mayor diagnóstico de ingreso de los pacientes pediátricos con un 36,68% al igual que se señala en el estudio del Hospital de Nepal, con prevalencia del 32,9% (21), con diagnósticos de egresos en mayor prevalencia enfermedades de trastorno funcional del intestino no especificado (CIE-10 K59.9) 24,12%, y en el estudio de Nepal el 28,3% del total de su población, la mayoría de estos pacientes refirieron dolor abdominal difuso en el 29,15% , además del total de pacientes de estudio (199) el 74,37% fue dado de alta con control por consulta externa.

Por lo general una historia clínica detallada permite al médico guiar su diagnóstico, pero en muchas ocasiones, la anamnesis y examen físico no es suficiente y se solicitan pruebas completarias, como biometría, PCR, EMO, exámenes de imágenes como ecográficas y radiológicas. Dentro de los exámenes de laboratorios solicitados solo el 11,56% necesito exámenes de laboratorio y el 42,70% amerito imágenes radiológicas. Según la bibliografía de dolor abdominal es necesario realizar estos exámenes en Urgencia, pues ayuda a separar algo clínico de lo quirúrgico (12), guardando correlación en el manejo del paciente pediátrico en emergencias.

La mayoría de los pacientes pediátricos no presentan comorbilidades previas y una difícil orientación de su sintomatología, indicándonos un predominio de dolor abdominal tipo difuso en un 29% que se puede corroborar con otros estudios realizado en Guayaquil (22), donde el dolor abdominal tipo difuso lleva un predominio del 20%, acompañado del dolor en hipogastrio en un 13% e hipocondrio derecho en un 13% indicando que son los tres tipos de dolor abdominal más frecuentes en la emergencia pediátrica. (22)

## CAPITULO V

### 5.1 CONCLUSIÓN

Al finalizar el análisis de las historias clínicas de la población de estudio se pudo evidenciar que durante los años 2019 – 2022 el dolor abdominal no apendicular es una de las patologías más frecuentes de atención pediátrica de emergencia que no concluyen en resolución quirúrgica, aun así el 3% de esta población necesitó intervención quirúrgica, si bien se puede destacar el hecho que el dolor abdominal se presenta de manera difusa y que puede ser indicativo de diversos diagnósticos el que mayor prevalencia tiene en nuestro medio es el trastorno funcional intestinal no especificado.

Nuestro trabajo de investigación tuvo como finalidad buscar la prevalencia de dolor abdominal no apendicular en pacientes pediátricos y la importancia del diagnóstico clínico, uso de pruebas complementarias y anamnesis completas, estimando que las edades que acuden con mayor frecuencia van entre 5 – 7 años, que muchas de estas consultas que se realizan exámenes complementarios se visualizan en las imágenes radiológicas asas distendidas, heces en marco colónico, heces en ampolla rectal y que en su mayoría no cuentan con antecedentes patológicos personales que de pie a un diagnóstico presuntivo. Estos pacientes terminan con un alta definitiva por el área de emergencia y seguimiento por consulta externa.

### 5.2 RECOMENDACIONES

Debido a que durante la realización de este estudio se observaron limitantes, se decide dar recomendaciones para futuras investigaciones referentes al tema:

- Se recomienda enfatizar en el personal de salud sobre la redacción y detalle de las historias clínicas para obtener una mejor base de datos.
- Se recomienda realizar un análisis de tratamientos posterior al diagnóstico de egreso.

- Se recomienda capacitar al personal de salud respecto a una buena exploración física del paciente, mediante escalas de dolor y sitios de dolor.
- Se recomienda ampliar la información estadística enfocada en pacientes pediátricos.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Mark I Neuman MM. Uptodate. [Online].; 2023. Available from: [https://www21.ucsg.edu.ec:2065/contents/emergency-evaluation-of-the-child-with-acute-abdominal-pain?search=dolor-abdominal&topicRef=6454&source=see\\_link#H28](https://www21.ucsg.edu.ec:2065/contents/emergency-evaluation-of-the-child-with-acute-abdominal-pain?search=dolor-abdominal&topicRef=6454&source=see_link#H28).
2. Ravelo DDETDYIDR. Protocolo de Atención Para el Manejo de Abdomen Agudo En Emergencia. 2017; 1(1).
3. Instituto Nacional de Estadística y censos. La apendicitis aguda, primera causa de morbilidad en el Ecuador. [Online].; 2018 [cited Junio 2023 Julio. Available from: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/la-apendicitis-aguda-primer-causa-de-morbilidad-en-el-ecuador/>.
4. D. Muñoz-Santanach CLC. Dolor abdominal agudo. Servicio de Urgencias Pediátricas. 2019; XXIII(q): p. 15-24.
5. Palas Zambrano M. Repositorio Universidad de Guayaquil Facultad de Ciencias Médicas. [Online].; 2017. Available from: <http://Repositorio.Ug.Edu.Ec/Bitstream/Redug/32695/1/CD-1920-Palas-Zambrano-Manuel-Alberto.pdf>.
6. Artigas MIO. Dolor abdominal en urgencias. 2020; 40(9).
7. Caja FJC. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de dolor abdominal y abdomen agudo en pediatría. 2021; 1.
8. R. Calderón Checa LBGDSAGPF. Manual de urgencias de pediatría. 2018; 2.
9. Dr. elizabeth zulema tgdp. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de dolor abdominal agudo en pediatría. 2021; 1.
10. Pedrero Segura E, Oliva Rodríguez S, García Requena E. Revista Española de Pediatría. [Online].; 2015. Available from: <https://www.seinap.es/wp-content/uploads/Revista-de-Pediatría/2015/REP-71-5.pdf>.

11. Garro Urbina V, Rojas Vásquez S, Thuel Gutiérrez M. Revista Médica Sinergia. [Online].; 2019. Available from: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/316>.
12. Alonso Cadenas JA, De la Torre Espí M. Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. [Online].; 2020. Available from: [https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/16\\_abdomen\\_agudo.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/16_abdomen_agudo.pdf).
13. Coca Robinot D, Liébana de Rojas C, Aguirre Pascual E. Urgencias abdominales en pediatría. Radiología pediátrica y radiología intervencionista para radiólogos generales. 2016 Mayo ; 58(S2).
14. Guinea de Castro J. Interpretación de Hemograma en pediatría. [Online].; Servicio de Hematología y Hemoterapia Hospital Universitario de Álava. Available from: <http://www.avpap.org/documentos/gasteiz12/HPhemogPed.pdf>.
15. Prada M, Salgado Á, Montero M, Fernández P, García S, Gómez J, et al. Apendicitis versus dolor abdominal agudo inespecífico: evaluación del Pediatric Appendicitis Score. Anales de Pediatría (Edición en inglés). 2018 Enero; 88(1).
16. Ramírez Rivera J, Leiva Flores J, Mieles Figueroa J. Intestinal obstruction by ascaris lumbricoides in a 6-years-old child. A case report. [Online].; 2018 [cited 2023 Julio 31. Available from: <https://www.redalyc.org/journal/817/81759607028/html/>.
17. Carreras M, Arrieta I, Borrueal S. La tomografía computarizada multidetector en el abdomen agudo. Radiología. Sociedad Española de Radiología Médica. 2011 Octubre ; 53(1).
18. Montenegro Cruz A, Camacho Morales. Repositorio Universidad Católica Santiago de Guayaquil. [Online].; 2020. Available from: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/14917/1/T-UCSG-PRE-MED-951.pdf>.

19. Droonve G, Savia M, García C, Leyva A, Rodríguez L, Velasco C. Prevalencia escolares de trastornos gastrointestinales funcionales en mexicanos. *Revista de Gastroenterología de México*. 2017;; p. 13-18.
20. Tsalkidis A, Gardikis S, Casimos D, Kambori K, Defteros S, Chatzimichael A. Abdomen agudo en niños por causas extraabdominales. *Wiley Online Library*. 2008;; p. 315-318.
21. Shakya K, Dongol U, Khadka S. Un estudio del dolor abdominal en niños. *Revista de la Asociación Médica de Nepal*. 2008;; p. 193-6.
22. DaniEl aCosta-FaRina1 JpsvzmmDsvmRFJmD. Dolor abdominal Como motivo de ConsulTa pediátriCa durante La pandemia deL sars- Cov-2 (Covid-19) en guayaquil, ECuador. 2020; 1(1).



**Presidencia  
de la República  
del Ecuador**



**Plan Nacional  
de Ciencia, Tecnología,  
Innovación y Saberes**



**SENESCYT**

Secretaría Nacional de Educación Superior,  
Ciencia, Tecnología e Innovación

## **DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN**

Yo, **Armas Grijalva Jhon Francisco**, con C.C: # 0930981964 autor/a del trabajo de titulación: **Prevalencia de dolor abdominal no apendicular en pacientes pediátricos de 5-10 años que acuden a emergencias en el Hospital Naval de Guayaquil en el periodo 2019-2022** previo a la obtención del título de **Médico** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 01 de septiembre del 2023

f. \_\_\_\_\_

Nombre: **Armas Grijalva Jhon Francisco**

C. C: 0930981964



Presidencia  
de la República  
del Ecuador



Plan Nacional  
de Ciencia, Tecnología,  
Innovación y Saberes



SENESCYT  
Secretaría Nacional de Educación Superior,  
Ciencia, Tecnología e Innovación

## DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Barrera Rivera Laura Stefany**, con C.C: # 0952194793 autor/a del trabajo de titulación: Prevalencia de dolor abdominal no apendicular en pacientes pediátricos de 5-10 años que acuden a emergencias en el Hospital Naval de Guayaquil en el periodo 2019-2022, previo a la obtención del título de **Médico** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 01 de septiembre del 2023

f. \_\_\_\_\_

Nombre: **Barrera Rivera Laura Stefany**

C.C: 0952194793

## REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

### FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

<b>TEMA Y SUBTEMA:</b>	Prevalencia de dolor abdominal no apendicular en pacientes pediátricos de 5-10 años que acuden a emergencias en el Hospital Naval de Guayaquil en el periodo 2019-2022.		
<b>AUTOR(ES)</b>	Armas Grijalva Jhon Francisco y Barrera Rivera Laura Stefany		
<b>REVISOR(ES)/TUTOR(ES)</b>	Briones Jiménez Roberto Leonardo		
<b>INSTITUCIÓN:</b>	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
<b>FACULTAD:</b>	Ciencias Médicas		
<b>CARRERA:</b>	Medicina		
<b>TÍTULO OBTENIDO:</b>	Médico		
<b>FECHA DE PUBLICACIÓN:</b>	01 de septiembre del 2023	<b>No. DE PÁGINAS:</b>	45
<b>ÁREAS TEMÁTICAS:</b>	Pediatria		
<b>PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:</b>	Abdomen Agudo, Dolor Abdominal, Emergencia, Prevalencia, no Apendicular.		
<b>RESUMEN:</b>	<p><b>Introducción:</b> El dolor abdominal no apendicular, es uno de los motivos de consulta frecuentes en el área de emergencia, que puede cursar una aparición rápida, intensa en un periodo promedio de seis horas y menor a siete días, el 40% de egresos pueden corresponder a un dolor abdominal inespecífico con manejo ambulatorio</p> <p><b>Objetivo:</b> Estimar la prevalencia de dolor abdominal no apendicular en pacientes pediátricos de 5 a 10 años que acuden al servicio de emergencia durante el periodo del año 2019 – 2022 del Hospital Naval de Guayaquil.</p> <p><b>Métodos:</b> El presente trabajo de estudio presenta un enfoque cuantitativo, no experimental, descriptivo y retrospectivo, que se realizó mediante la revisión de historias clínicas un total de 199 de pacientes pediátricos ingresados en el área de emergencia por diagnóstico de abdomen agudo, dolor abdominal localizado en parte superior, dolor pélvico y perineal, dolor localizado en otras partes inferiores del abdomen, otros dolores abdominales no especificados, CIE-10 R10.0 R10.1 R10.2 R10.3 R10.4</p> <p><b>Resultados:</b> Respecto a la prevalencia de edades se puede constatar que el 53,7% corresponde a menores entre 5 -7 años, que existe mayor frecuencia en el sexo femenino con el 57,29%, el dolor abdominal agudo correspondió al 36,68% de los pacientes ingresado y el 24,12% al porcentaje de pacientes que egreso con trastorno funcional del intestino no especificado, finalmente el 74,37% tuvo como resolución alta y control por consulta externa.</p> <p><b>Conclusiones:</b> Como consecuencia de lo expuesto indicó que patología más frecuente es el trastorno funcional intestinal no especificado en un 24.12%, demostrando la estadística obtenida que la mayoría de pacientes diagnosticados con dolor abdominal atendidos en emergencia, presentaron una resolución ambulatoria.</p>		
<b>ADJUNTO PDF:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<b>CONTACTO CON AUTOR/ES:</b>	<b>Teléfono:</b> +593-0959909824 +593-0979335245	E-mail: armasgrijalva@gmail.com barrerLaura189@gmail.com	
<b>CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN(COORDINADOR DEL PROCESO UTE):</b>	Nombre: Vásquez Cedeño Diego Antonio		
	Teléfono: +593982742221		
	E-mail: diego.vasquez@cu.ucsg.edu.ec		
<b>SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA</b>			
<b>Nº. DE REGISTRO (en base a datos):</b>			
<b>Nº. DE CLASIFICACIÓN:</b>			
<b>DIRECCIÓN URL (tesis en la web):</b>			