

**DOLOR ABDOMINAL AGUDO EN NIÑOS DE 2 A 12 AÑOS
ASISTIDOS EN LA EMERGENCIA DEL HOSPITAL
“DR. JORGE LIZARRAGA”. MARZO-AGOSTO 2.011.**



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACION
PEDIATRIA Y PUERICULTURA



**DOLOR ABDOMINAL AGUDO EN NIÑOS DE 2 A 12 AÑOS
ASISTIDOS EN LA EMERGENCIA DEL HOSPITAL
“DR. JORGE LIZARRAGA”. MARZO-AGOSTO 2.011.**

AUTORA:
Dra. Leidy C. Macías C.

Valencia, Junio de 2.012



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACION
PEDIATRIA Y PUERICULTURA



**DOLOR ABDOMINAL AGUDO EN NIÑOS DE 2 A 12 AÑOS
ASISTIDOS EN LA EMERGENCIA DEL HOSPITAL
“DR. JORGE LIZARRAGA”. MARZO-AGOSTO 2.011.**

TUTORA CLINICA-METODOLOGICA: Dra. Aura Mayela Illas
C.I.: 3.577.898

TUTOR METODOLOGICO-ESTADISTICO: Msc. Amílcar J. Pérez R.
C.I.: 12.523.701

TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION PRESENTADO ANTE LA
COMISION DE POSTGRADO DE LA UNIVERSIDAD DE CARABOBO
PARA OPTAR AL TITULO DE ESPECIALISTA EN: PEDIATRIA Y
PUERICULTURA

AVAL DEL TUTOR CLINICO-METODOLOGICO

Dando el cumplimiento a lo establecido en el reglamento de estudios de postgrado de la Universidad de Carabobo en su artículo 133, quien suscribe Aura Mayela Illas, titular de la Cédula de Identidad 3.577.898 en mi carácter de Tutora Clínica-Metodológica del trabajo de Especialización titulado:

**DOLOR ABDOMINAL AGUDO EN NIÑOS DE 2 A 12 AÑOS
ASISTIDOS EN LA EMERGENCIA DEL HOSPITAL
“DR. JORGE LIZARRAGA”. MARZO-AGOSTO 2.011.**

Presentado por la ciudadana Leidy Carmen Macías Cotarro, titular de la Cédula de Identidad 8.845.499 para optar al título de especialista en Pediatría y Puericultura, hago constar que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se le asigne.

En Valencia en Junio de 2.012.

Dra. Aura Mayela Illas

C.I.: 3.577.898

AVAL DEL TUTOR METODOLOGICO-ESTADISTICO

Dando el cumplimiento a lo establecido en el reglamento de estudios de postgrado de la Universidad de Carabobo en su artículo 133, quien suscribe Amílcar Josué Pérez Rivero, titular de la Cédula de Identidad 12.523.701, en mi carácter de Tutor Metodológico-Estadístico del trabajo de Especialización titulado:

**DOLOR ABDOMINAL AGUDO EN NIÑOS DE 2 A 12 AÑOS
ASISTIDOS EN LA EMERGENCIA DEL HOSPITAL
“DR. JORGE LIZARRAGA”. MARZO-AGOSTO 2.011.**

Presentado por la ciudadana Leidy Carmen Macías Cotarro, titular de la Cédula de Identidad 8.845.499 para optar al título de especialista en Pediatría y Puericultura, hago constar que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se le asigne.

En Valencia en Junio de 2.012.

Amílcar J. Pérez R.
C.I.: 12.523.701

DEDICATORIA

A Dios Todopoderoso, por la vida.
A mis Padres, quien a pesar de no estar
físicamente, se que cuidan de mí
en todos los pasos que doy.

AGRADECIMIENTO

Gracias a la Dra. Aura Mayela Illas, por la solidaria conducción del trabajo hacia un final certero.

Gracias al profesor Amílcar Pérez, por su valioso asesoramiento estadístico.

Gracias al Departamento de Pediatría de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” de Valencia, por permitir el uso de su instalación física (Emergencia Pediátrica) para la realización de este trabajo

Gracias a todos los Residentes y Especialistas de la Emergencia del Hospital “Dr. Jorge Lizarraga”, por su gran colaboración.

Gracias a las madres y los pequeños pacientes, por su colaboración en la realización del estudio.

**A TODOS DE CORAZON
GRACIAS**

INDICE

Índice de tablas.....	ix
Resumen.....	x
Abstract.....	xi
Introducción.....	1
Objetivo general.....	5
Objetivos específicos.....	5
Materiales y Métodos.....	6
Resultados.....	8
Discusión.....	18
Conclusiones.....	23
Recomendaciones.....	24
Referencias bibliográficas.....	25
Anexo A.....	27
Anexo B.....	28

INDICE DE TABLAS

1. Distribución según edad y género de los niños que acuden por Dolor Abdominal Agudo	8
2. Distribución según manifestaciones clínicas (síntomas) asociados al Dolor Abdominal Agudo.....	9
3. Distribución según signos clínicos asociados al Dolor Abdominal Agudo.....	10
4. Distribución según localización del Dolor Abdominal Agudo.....	11
5. Distribución según hallazgo de laboratorio en niños con dolor abdominal.....	12
6. Distribución según hallazgo de laboratorio en niños con dolor abdominal.....	13
7. Distribución según hallazgo de laboratorio en niños con dolor abdominal.....	14
8. Distribución según estudios de imagen realizados en los niños que acuden por Dolor Abdominal Agudo.....	15
9. Distribución según hallazgos encontrados en los estudios de imagen en los niños con dolor abdominal	16
10. Distribución según la etiología del Dolor Abdominal Agudo.....	17



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACION
PEDIATRIA Y PUERICULTURA



**DOLOR ABDOMINAL AGUDO EN NIÑOS DE 2 A 12 AÑOS
ASISTIDOS EN LA EMERGENCIA DEL HOSPITAL
“DR. JORGE LIZARRAGA”. MARZO-AGOSTO 2.011.**

AUTORA: Dra. Leidy C. Macías C.
TUTORA CLÍNICA-METODOLOGICA: Dra. Aura Mayela Illas.
TUTOR METODOLOGICO-ESTADISTICO: Msc. Amílcar J. Pérez R.

RESUMEN

El Dolor Abdominal Agudo, representa un motivo de consulta frecuente en los servicios de Emergencias Pediátricas y su correcta interpretación ayudaría a descubrir elementos que sirvan para el diagnóstico rápido y el buen manejo del mismo. **Objetivo:** Determinar las causas más frecuentes del Dolor Abdominal Agudo en niños de 2 a 12 años asistidos en la emergencia del Hospital “Dr. Jorge Lizarraga”. Valencia Edo. Carabobo. Período Marzo-Agosto 2.011. **Materiales y Métodos:** Estudio prospectivo descriptivo, de diseño No Experimental. La población fue de 222 niños que acudieron por presentar Dolor Abdominal Agudo. Y la muestra representada por 172 niños en edades comprendidas entre 2 a 12 años quienes se hospitalizaron por presentar la sintomatología antes mencionada. **Resultados:** El grupo de edad más frecuente fue la escolar con 106 niños (61,63%); predominando el sexo masculino en 94 de ellos (54,65%). El síntoma más frecuente acompañado al dolor abdominal fue la fiebre con 122 casos (70,93%) y en 79 pacientes (45,93%) se presentaron signos inflamatorios peritoneales. De inicio, la localización del dolor abdominal fue de forma difusa en 71 niños (41,28%). La etiología más frecuente fue la apendicitis aguda en 67 pacientes (38,95%). **Conclusión:** La clave para el diagnóstico del Dolor Abdominal Agudo es la realización de una historia clínica y examen físico adecuado que nos lleven a establecer de forma rápida la etiología del mismo para ofrecer al paciente un tratamiento efectivo.

Palabra clave: Dolor Abdominal Agudo.



CARABOBO'S UNIVERSITY
FACULTY OF SCIENCES OF THE HEALTH
DIRECTION OF STUDIES OF POSTDEGREE
PROGRAM OF SPECIALIZATION
PEDIATRICS AND PUERICULTURE



**ACUTE ABDOMINAL PAIN IN CHILDREN 2 TO 12 YEARS
ASSISTED IN THE EMERGENCE OF THE HOSPITAL
“DR. JORGE LIZARRAGA”. MARCH-AUGUST 2.011.**

Author: Leidy C. Macías C.
Clinical-Methodological tutor: Dra. Aura Mayela Illas.
Methodological-statistical tutor: Msc. Amílcar J. Pérez R.

ABSTRACT

Acute Abdominal Pain, represents a motivates consultation frequent emergency pediatric services and their correct interpretation would help discover elements that serve for rapid diagnosis and good management of it. **Objective:** Determine the cause more frequent Acute Abdominal Pain in children 2 to 12 years assisted in the emergence of the Hospital “Dr. Jorge Lizarraga”. Valencia Edo. Carabobo Period March-August 2.011. **Materials and Methods:** Descriptive prospective study, not Experimental design. The population was 222 children who came to present Acute Abdominal Pain. And a simple represented by 172 children aged 2 to 12 years who was hospitalized for submitting the aforementioned symptoms. **Results:** The age group most frequent was the school with 106 children (61,63%); dominant male in 94 of them (54,65%). The symptom most often accompanied by abdominal pain was fever with 122 cases (70,93%) in 79 patients (45,93%) presented inflammatory peritoneal signs. Home location of abdominal pain was diffuse in 71 children (41,28%). More frequent the etiology was acute appendicitis in 67 patients (38,95%). **Conclusion:** The key to the diagnosis of Acute Abdominal Pain is the realization of adequate medical history and physical examination that lead us to quickly establish the etiology of the same to provide an effective treatment to the patient.

Keyword: Acute Abdominal Pain.

INTRODUCCION

El Dolor Abdominal Agudo, comprende todas aquellas situaciones clínicas donde el síntoma principal es la sensación dolorosa intensa abdominal. Siendo, un motivo de consulta frecuente en los Servicios de Urgencias Pediátricas, precisan del médico la realización de una buena anamnesis, exploración física y exámenes complementarios que puedan ayudar a investigar la etiología del cuadro clínico tanto abdominal como extraabdominal (dolor referido) para poder ofrecer un tratamiento adecuado. ⁽¹⁾

En el dolor abdominal se describen tres modalidades: *dolor visceral*, es percibido en el lugar del estímulo y conducido por fibras del sistema nervioso autónomo; mal localizado, con carácter sordo e impreciso y con frecuencia se acompaña de manifestaciones vagas. *Dolor somático*: obedece a la estimulación de fibras nerviosas cerebroespinales emplazadas en el peritoneo parietal; es de aparición brusca y nítido, puede provocar manifestaciones simpáticas. *Dolor referido*: es aquel que se expresa en una localización distinta a su origen. ⁽²⁾

En México, en un estudio realizado en el Hospital “General Ignacio Zaragoza” en 53 niños de edades pre-escolares, escolares y adolescentes que ingresaron por presentar Dolor Abdominal Agudo se determinaron los signos y síntomas más frecuentes asociados. Obteniéndose: náuseas (81,1%), vómitos (76,6%) y fiebre (71,7%). Entre los signos de inflamación peritoneal predominó el Blumberg (81,1%). El inicio del dolor en todos los casos fue a nivel de epigastrio. Según los grupos etarios predominaron los pacientes en edad escolar con un 54,71% seguido de los adolescentes 43,39% y los pre-escolares 1,9%; correspondiendo el 56,6% al sexo masculino y el 43,3% al sexo femenino. ⁽³⁾

Similares resultados, al estudio anterior se obtuvieron en una investigación prospectiva realizada en Chile, a 121 niños de 5-14 años que acudieron al Hospital de Ovalle por presentar Dolor Abdominal Agudo, se obtuvo que el grupo en edades comprendidas entre 10-14 años predominó con un 63% sobre el grupo en edades comprendidas entre 5-9 años

con 37%. En relación al género predominó el masculino (60%) sobre el femenino (40%). La sintomatología predominante fueron: las náuseas y vómitos con un 92% seguido por fiebre 61%. Mientras que el signo principal fue el Blumberg con un 94%. En cuanto a la localización del dolor predominó la región periumbilical con: 40%. En un 35,5% el recuento de leucocitos fue normal así como la proteína C reactiva (PCR) (34,7%); un 64,5% de los pacientes presentó leucocitosis con neutrofilia y elevación de la PCR en un 65,3%. De estos pacientes, el 41,3% requirió de tratamiento médico y el 58,6% de tratamiento quirúrgico con diagnóstico de apendicitis aguda. Destacando la importancia de la realización de un buen examen físico para poder diferenciar abdomen agudo médico del quirúrgico. ⁽⁴⁾

Con una buena historia clínica y con el conocimiento de las manifestaciones: síntomas y signos, de la patología abdominal y extraabdominal, el médico podrá lograr en alto porcentaje el o los diagnósticos adecuados, sin embargo, considerando la complejidad del comportamiento del dolor abdominal, debe de acuerdo a sus posibilidades de diagnóstico solicitar los exámenes pertinentes para alcanzar con su ayuda el diagnóstico más seguro y así poder ofrecer el tratamiento más oportuno, adecuado y preciso. ⁽⁵⁾

En tal sentido, en un trabajo realizado en Perú, en 88 niños menores de 14 años para conocer la prevalencia de parasitosis intestinal, se encontró que entre los síntomas clínicos más frecuentes destacaban: anorexia (56,8%) y dolor abdominal (46,6%); realizándose examen de heces que reportaban en un 61,4% la presencia de Blastocystis Hominis. ⁽⁶⁾ En otra investigación similar realizada en el Municipio de Dharan en el país de Nepal, a 182 niños de 4 a 10 años los cuales presentaban entre los síntomas clínicos dolor abdominal, se les realizó examen de heces reportando la presencia de: Giardia Lamblia (11,5%), Ascaris Lumbricoides (4,9%), Entamoeba Histolytica (4,4%) y Enterobius Vermicularis (0,5%). Señalándose en ambos casos la presencia de dolor abdominal entre los síntomas presentados producidos por parasitosis intestinal. ⁽⁷⁾

De igual forma, existen patologías con un diagnóstico difícil de establecer debido a un elevado índice de sospecha clínica como es la pancreatitis aguda. Así tenemos, en una

revisión realizada en Chile, en 14 niños menores de 15 años de los casos diagnosticados de pancreatitis aguda en la unidad de cuidados intensivos los síntomas principales fueron: vómitos (9/14) y dolor abdominal (10/14). Las determinaciones de amilasas y lipasas se encontraron elevadas y se realizaron en todos los casos tomografía axial computarizada de abdomen (TAC) reportando en 6 de ellos engrosamiento peripancreático. ⁽⁸⁾ El estreñimiento, también constituye uno de los trastornos que con mayor frecuencia ocasionan Dolor Abdominal Agudo. En un estudio de corte transversal llevado a cabo en una escuela semi-urbana en Gampaha, India en 429 niños de 10 a 16 años que acudieron por presentar dolor abdominal se obtuvo que 46 (10,7%) la causa fue debida a estreñimiento. ⁽⁹⁾

El Dolor Abdominal Agudo en las infecciones urinarias puede ser de difícil diagnóstico debido a los signos y síntomas no específicos con que se puede presentar. En referencia a esto, tenemos un caso presentado en un escolar de 10 años que acudió a los Servicios de Emergencias Pediátricas del Hospital Militar en Santiago de Chile, por presentar un cuadro de intenso dolor abdominal localizado en fosa ilíaca derecha que sugería la presencia de un Abdomen Agudo quirúrgico, se tomaron en cuenta los exámenes de laboratorio (hematología completa, examen de orina) y estudios de imagen (ecografía abdominal) dando como diagnóstico una nefritis aguda la cual respondió favorablemente con terapia antibiótica. ⁽¹⁰⁾

En un estudio retrospectivo realizado en el área de Emergencias Pediátricas del Hospital “Padre Hurtado” de Chile a 240 niños que ingresaron por presentar Dolor Abdominal Agudo a todos se les solicitó como estudio de imagen la ecografía abdominal (100%) para descartar apendicitis aguda mostrando un 96,5% de especificidad en el diagnóstico. La ecografía es el examen de apoyo, de elección para el diagnóstico en el servicio de urgencias, especialmente en aquellos casos en que el cuadro clínico es dudoso. ⁽¹¹⁾ Por otra parte, el Dolor Abdominal Agudo puede tener un origen extraabdominal. Un ejemplo de esto, es la presencia de tres niños en edades comprendidas entre 4 y 7 años, que acudieron al Hospital del Niño “Dr. Ovidio Aliaga”, de la ciudad de La Paz, por presentar Dolor

Abdominal Agudo realizándose exploración pulmonar minuciosa y examen radiológico pulmonar que permitieron diagnosticar cuadros neumónicos. ⁽¹²⁾

Debido a lo anteriormente expuesto, observamos que el Dolor Abdominal Agudo puede tener múltiples etiologías. En tal sentido, en un estudio retrospectivo realizado en Canadá a 185 niños quienes acudieron al Departamento de Emergencias de un Hospital Pediátrico se obtuvo que las cinco primeras causas de Dolor Abdominal Agudo fueron: diarreas (16,2%), infección del tracto urinario (8,6%), dolor abdominal inespecífico (8,6%), infecciones respiratorias (8,1%), síndromes virales (7,5%). La causa quirúrgica de Dolor Abdominal Agudo más frecuente fue la apendicitis aguda (3,2%). El 52,4% de los casos fueron del sexo masculino y el 47,6% del sexo femenino. ⁽¹³⁾

En ese mismo orden de ideas, en un estudio realizado en Irak, a 566 niños menores de 12 años que acudieron por Dolor Abdominal Agudo, para conocer sus causas y tratamiento se obtuvo que: un 58% de los niños ingresados por dolor abdominal fueron del sexo femenino, mientras que el sexo masculino representó un 42%. La incidencia de Dolor Abdominal Agudo en relación a la edad estuvo representada de la siguiente forma: de 2-5 años 339 casos (60%) y de 6-12 años 227 casos (40%). En el 36% de los casos se requirió de tratamiento quirúrgico y en el 64% de manejo conservador. Las causas médicas de Dolor Abdominal Agudo más frecuente fueron: dolor abdominal inespecífico (44%), seguido por cuadros diarreicos (23%), infección del tracto urinario (17%) y otras causas (16%). Las causas quirúrgicas más frecuentes de Dolor Abdominal Agudo fueron: apendicitis aguda 73%, invaginación 13%, apendicitis aguda complicada 8% y hernias atascadas 6%. ⁽¹⁴⁾

Debido a esto, surge la necesidad de realizar un estudio sobre el Dolor Abdominal Agudo en niños de 2 a 12 años que acuden a la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” de Valencia (CHET), al Servicio de Emergencias Pediátricas del Hospital “Dr. Jorge Lizarraga”, en el período comprendido entre Marzo-Agosto 2.011; dado que en Venezuela y a nivel mundial existen escasos estudios que nos muestren datos estadísticos acerca del comportamiento del Dolor Abdominal Agudo en el medio y por ende, el interés de realizar un abordaje más general del problema, que incluya causas médicas, quirúrgicas y dolores

abdominales referidos que ayuden en un momento determinado a descubrir datos que sirvan para el diagnóstico rápido y buen manejo del mismo, así como la utilización del laboratorio y la acertada indicación de los estudios de imagen en los pacientes pediátricos que lo ameriten. De los planteamientos anteriores se preguntan: ¿Qué número de niños acuden a la Emergencia Pediátrica con Dolor Abdominal Agudo y requieren de tratamiento médico y cuáles de tratamiento quirúrgico? ¿Cuáles son las etiologías más frecuentes según diagnóstico de egreso de los niños con Dolor Abdominal Agudo que ingresan a la Emergencia?

Para darle respuesta a las interrogantes presentadas se establece como Objetivo General de la investigación: Determinar las causas más frecuentes del Dolor Abdominal Agudo en niños de 2 a 12 años asistidos en la emergencia del Hospital “Dr. Jorge Lizarraga”. Valencia Edo. Carabobo. Período Marzo-Agosto 2.011. Para lo cual se establecieron como objetivos específicos: Clasificar según la edad y el género a los niños que acuden por Dolor Abdominal Agudo a la emergencia del Hospital “Dr. Jorge Lizarraga”; Describir las manifestaciones clínicas asociadas al Dolor Abdominal Agudo en los niños que acuden a la emergencia del Hospital “Dr. Jorge Lizarraga”; Identificar los hallazgos de laboratorio encontrados en los niños que acuden por Dolor Abdominal Agudo a la emergencia del Hospital “Dr. Jorge Lizarraga”; Determinar los tipos de estudios de imagen realizados en los niños que acuden por Dolor Abdominal Agudo a la emergencia del Hospital “Dr. Jorge Lizarraga” e Identificar la etiología del Dolor Abdominal Agudo en los niños que acuden a la emergencia del Hospital “Dr. Jorge Lizarraga”.

MATERIALES Y MÉTODOS

La investigación es de tipo Descriptivo; se basó en la observación, descripción y análisis de los eventos de interés, evitando su exposición a situaciones experimentales por lo que su propósito fue el de interpretar realidades de hechos, incluyendo la descripción, registro, análisis e interpretación de la naturaleza actual, composición o procesos del fenómeno en estudio. ⁽¹⁵⁾ En este caso, para conocer las características epidemiológicas, manifestaciones clínicas, paraclínicas, así como la etiología del Dolor Abdominal Agudo en los niños de 2 a 12 años ingresados al Hospital “Dr. Jorge Lizarraga” en el período Marzo-Agosto 2.011.

El diseño del presente estudio fue No Experimental ya que se realizó sin manipular en forma deliberada las variables observándose en su ambiente natural tal y como se presentaron en su contexto real y en un tiempo determinado para luego analizarlo. ⁽¹⁶⁾ La investigación fue de Campo, pues la recolección de datos se realizó directamente de la realidad donde ocurrieron los hechos, sin manipular o controlar variable alguna. ⁽¹⁷⁾ Según la temporalidad la investigación fue de tipo transversal-prospectiva puesto que los eventos de interés se observaron una vez, en el transcurso de un período de tiempo desde Marzo-Agosto 2.011. ⁽¹⁸⁾

La población estuvo representada por 222 niños que acudieron por presentar Dolor Abdominal Agudo al Hospital “Dr. Jorge Lizarraga” desde Marzo hasta Agosto 2.011. La muestra de tipo no probabilística deliberada estuvo conformada por 172 niños en edades comprendidas entre 2 a 12 años quienes se hospitalizaron por Dolor Abdominal Agudo como síntoma principal al momento de su ingreso al Hospital “Dr. Jorge Lizarraga” desde Marzo hasta Agosto 2.011, quedando excluidos: niños menores de 2 años, niños mayores de 12 años, pacientes con politraumatismos y pacientes con enfermedades de base ya diagnosticadas.

En la presente investigación, se utilizó para la recolección de datos, la observación participante natural la cual se aplicó al momento del ingreso del paciente, siendo evaluado siguiendo los indicadores para establecer edad, género, manifestaciones clínicas, etiología,

laboratorios y estudios de imagen. Posteriormente se siguió con la revisión documental (historia clínica) registrando la información en una ficha de recolección de datos elaborada para esta investigación. ⁽¹⁹⁾ (ver Anexo A).

Una vez obtenidos los datos fueron sistematizados en una tabla maestra en Microsoft® Excel, para luego ser analizados a partir de tablas de distribuciones de frecuencias; el análisis descriptivo de éstas se realizó en frecuencias absolutas y relativas. Para tales fines se utilizó el procesador estadístico Statgraphics Plus 5.1.

RESULTADOS

TABLA N° 1

DISTRIBUCION SEGÚN EDAD Y GENERO DE LOS NIÑOS QUE ACUDEN POR DOLOR ABDOMINAL AGUDO. MARZO-AGOSTO 2.011.

Grupo etario	SEXO				TOTAL	
	FEMENINO		MASCULINO			
	f	%	f	%	f	%
Pre-escolar	20	11,63	23	13,37	43	25
Escolar	45	26,16	61	35,47	106	61,63
Adolescente	13	7,56	10	5,81	23	13,37
Total	78	45,35	94	54,65	172	100

Fuente: Datos propios de la investigación (Macías; 2.011)

De los niños evaluados, se tomó como edad mínima 2 años y una máxima de 12 años registrándose una edad promedio general de 7,79 años. Según los grupos etarios evidenciados en la distribución predominaron los pacientes en edad escolar 61,63% (106 escolares), seguidos de los pre-escolares con un 25% (43 pre-escolares) y los adolescentes 13,37% (23 adolescentes).

En cuanto al sexo, predominó el masculino con un 54,65% (94 casos), mientras que el femenino representó un 45,35% (78 casos).

TABLA N° 2

DISTRIBUCION SEGÚN MANIFESTACIONES CLINICAS (SINTOMAS) ASOCIADOS AL DOLOR ABDOMINAL AGUDO. MARZO-AGOSTO 2.011.

SINTOMAS	f	%
Fiebre	122	70,93
Vómitos	116	67,44
Náuseas	33	19,19
Ausencia de evacuaciones	30	17,44
Evacuaciones líquidas	19	11,05
Disuria	6	3,49

Fuente: Datos propios de la investigación (Macías; 2.011)

Entre las manifestaciones clínicas (síntomas) más frecuentes asociados al Dolor Abdominal Agudo, tenemos en primer lugar la presencia de fiebre en un 70,93% (122 casos), seguida

de los vómitos el cual representó un 67,44% de la muestra estudiada (116 casos) y las náuseas con un 19,19% (33 casos).

TABLA N° 3
DISTRIBUCION SEGÚN SIGNOS CLINICOS ASOCIADOS AL DOLOR
ABDOMINAL AGUDO. MARZO-AGOSTO 2.011.

SIGNOS	f	%
Blumberg	79	45,93
Signos inflamatorios peritoneales	Psoas ilíaco Rovsing Obturador	54 39 18
		31,40 22,67 10,47
Puño percusión	10	5,81

Fuente: Datos propios de la investigación (Macías; 2.011)

De los signos inflamatorios peritoneales el más frecuente fue el Signo de Blumberg presentándose en un 45,93% de la muestra estudiada (79 casos), seguido del Signo del Psoas ilíaco el cual obtuvo un 31,40% (54 casos) y en tercer lugar el Signo de Rovsing representado por un 26,67% (39 casos). Sólo el 5,81% (10 casos) obtuvieron la presencia de puño percusión positiva.

TABLA N° 4
DISTRIBUCION SEGÚN LOCALIZACION DEL DOLOR ABDOMINAL AGUDO.
MARZO-AGOSTO 2.011.

Localización del dolor	f	%
Difuso	71	41,28
Fosa ilíaca derecha	34	19,77
Epigastrio	21	12,21
Hipogastrio	12	6,98
Mesogastrio	10	5,81
Hipocondrio derecho	9	5,23
Flanco derecho	5	2,91
Fosa ilíaca izquierda	3	1,74
Región lumbar	3	1,74
Hipocondrio izquierdo	2	1,16
Flanco izquierdo	2	1,16

Fuente: Datos propios de la investigación (Macías; 2.011)

La localización anatómica del Dolor Abdominal Agudo de inicio fue de forma difusa en un 41,28% (71 casos), seguido de la fosa ilíaca derecha en 19,77% (34 casos) y epigastrio 12,21% (21 casos). En menor porcentaje tenemos la región del hipogastrio y mesogastrio con un 6,98% (12 casos) el primero y 5,81% (10 casos) el segundo.

TABLA N° 5
DISTRIBUCION SEGÚN HALLAZGO DE LABORATORIO EN NIÑOS
CODOLOR ABDOMINAL. MARZO-AGOSTO 2.011.

HALLAZGO DE LABORATORIO	PATOLOGICO	
	f	%
Glóbulos blancos	121	70,35
Neutrófilos	129	75
Linfocitos	89	51,74
Monocitos (n=134)	30	22,39
Eosinófilos (n=134)	92	68,66
Plaquetas	31	18,02
Hemoglobina	24	13,95
Hematocrito	24	13,95

Fuente: Datos propios de la investigación (Macías; 2.011)

De los 172 pacientes a los cuales se les realizó hematología completa se obtuvo que: 70,35% (121 casos), presentó alteración de los glóbulos blancos, encontrándose en 111 de ellos (64,53%) por encima de valores normales. En cuanto a los valores de neutrófilos los cuales se encontraron alterados en 129 casos (75%), es de hacer notar que de estos pacientes un gran porcentaje: 72,67% (125 casos) presentaron elevación de los mismos. Resaltando el predominio de la leucocitosis con neutrofilia en la presente investigación. En cuanto a los eosinófilos, estos fueron reportados en los valores hematológicos en 134 pacientes encontrándose alterados en un 68,66% (92 casos).

De los 31 casos (18,02%), que presentaron valores patológicos de plaquetas tenemos que en 22 de ellos (12,79%) se obtuvo elevación de las mismas; mientras que en un 5,23% (9 casos) se reportaron valores por debajo de cifras normales.

TABLA N° 6
DISTRIBUCION SEGÚN HALLAZGO DE LABORATORIO EN NIÑOS CON
DOLOR ABDOMINAL. MARZO-AGOSTO 2.011.

HALLAZGO DE LABORATORIO	PATOLOGICO	
	f	%
VSG (n= 69)	30	43,48
PCR (n=149)	91	61,07
TGO (n=158)	9	5,70
TGP (n=158)	9	5,70
Amilasa sérica (n=119)	4	3,36
Lipasa sérica (n=45)	6	13,33
Examen de orina (n=165)	13	7,88

Fuente: Datos propios de la investigación (Macías; 2.011)

De los reactantes de fase aguda: VSG y PCR, las cuales fueron realizadas en 69 y 149 pacientes respectivamente, tenemos en cuanto a la VSG que estuvo alterada en 30 casos (43,48%) y la PCR en 91 casos (61,07%) presentó valores patológicos, encontrándose cifras elevadas en un 53,36% (84 casos); tomando en cuenta que ambas se solicitan como apoyo al diagnóstico de procesos inflamatorios e infecciosos.

Las transaminasas: glutámico oxalacética (TGO) y glutámico pirúvica (TGP), fueron realizadas en 158 pacientes, encontrándose por encima de valores normales en 9 de los casos (5,70%). Sin embargo, las mismas deben ser realizadas dependiendo de la clínica presentada por el paciente ya que la TGO puede estar alterada por daño de cualquier otro órgano ubicado fuera de la cavidad abdominal. De los 119 pacientes a los cuales se les realizó la amilasa sérica sólo 4 de ellos (3,36%) se encontraron alterados. La lipasa sérica fue realizada en 45 pacientes, encontrándose elevada en un 13,33% (6 casos); ésta debe ser solicitada en caso de sospecha clínica de pancreatitis aguda ya que presenta una sensibilidad elevada para el diagnóstico de la misma. De los 165 pacientes a los cuales se les realizó el examen de orina sólo 13 de ellos resultaron alterados, representando un 7,88%.

TABLA N° 7
DISTRIBUCION SEGÚN HALLAZGO DE LABORATORIO EN NIÑOS CON
DOLOR ABDOMINAL. MARZO-AGOSTO 2.011.

HALLAZGO DE LABORATORIO	PATOLOGICO	
	f	%
Examen de heces (n=85)	34	40
Parásitos encontrados	f	%
Ascaris Lumbricoides	26	30,59
Blastocystis Hominis	4	4,71
Giardia Lamblia	3	3,53
Entamoeba Histolytica	1	1,18

Fuente: Datos propios de la investigación (Macías; 2.011)

El examen de heces le fue realizado a 85 pacientes de los cuales en 34 de ellos fueron encontrados los siguientes parásitos: Ascaris Lumbricoides (26 casos = 30,59%); Blastocystis Hominis (4 casos = 4,71%); Giardia Lamblia (3 casos = 3,53%); Entamoeba Histolytica (1 caso = 1,18%).

TABLA N° 8
DISTRIBUCION SEGÚN ESTUDIOS DE IMAGEN REALIZADOS EN LOS NIÑOS
QUE ACUDEN POR DOLOR ABDOMINAL AGUDO. MARZO-AGOSTO 2.011.

Estudios de imagen	f	%
Rx. simple abdomen de pie	152	88,37
Ecografía abdominal	129	75
Rx. tórax	5	2,91
TAC abdomen	5	2,91

Fuente: Datos propios de la investigación (Macías; 2.011)

Entre los estudios de imagen realizados en los pacientes que acudieron por Dolor Abdominal Agudo tenemos: Rx. simple de abdomen de pie el cual a pesar de aportar hallazgos poco específicos fue realizado en 152 pacientes (88,37%); Ecografía Abdominal:

siendo el método de elección debido a su alta especificidad sólo fue realizado en 129 pacientes (75%).

El Rx. de tórax y la tomografía axial computarizada de abdomen (TAC) fueron realizadas en 5 pacientes (2,91%) cada una; resaltando que las mismas deben ser solicitadas ante la presencia de sintomatología respiratoria, en caso de duda diagnóstica o sospecha de complicaciones.

TABLA N° 9
DISTRIBUCION SEGÚN HALLAZGOS ENCONTRADOS EN LOS ESTUDIOS DE
IMAGEN DE LOS NIÑOS CON DOLOR ABDOMINAL. MARZO-AGOSTO 2.011.

HALLAZGOS ENCONTRADOS		f	%
Rx. simple abdomen de pie	Contenido fecal abundante en asas colónicas	30	17,44
	Borramiento línea pre-peritoneal	15	8,72
	Niveles hidroaéreos	13	7,56
Ecografía abdominal	Cambios en la pared del apéndice	58	33,72
	Líquido libre en cavidad	26	15,12
	Imagen hipoecoica en fosa ilíaca derecha	9	5,23
	Cambios en el parénquima del páncreas	5	2,91
Rx. tórax	Imagen de condensación	3	1,74
TAC abdomen	Aumento de tamaño y densidad peripancreática	5	2,91

Fuente: Datos propios de la investigación (Macías; 2.011)

De los estudios de imagen realizados tenemos entre los hallazgos más relevantes lo siguiente: Rx. simple de abdomen de pie: en 30 casos (17,44%) se reportó la presencia de contenido fecal abundante en asas colónicas y en 15 casos (8,72%) el hallazgo fue borramiento de línea pre-peritoneal. En la Ecografía Abdominal tomando en cuenta que en este estudio los hallazgos dependen de la destreza del médico que lo realiza, tenemos cambios en la pared del apéndice en 58 pacientes (33,72%).

De los Rx. de tórax realizados sólo en 3 de ellos (1,74%), se observó imagen de condensación sugestivo de cuadros neumónicos. En cuanto a la tomografía axial computarizada de abdomen (TAC), la cual fue realizada en 5 pacientes (2,91%) que

ingresaron por Dolor Abdominal Agudo compatible con patología pancreática, en todos ellos se reportó aumento de tamaño y densidad peripancreática.

TABLA N° 10
DISTRIBUCION SEGÚN LA ETIOLOGIA DEL DOLOR ABDOMINAL AGUDO.
MARZO-AGOSTO 2.011.

Etiología del dolor	f	%
Apendicitis aguda	67	38,95
Parasitosis intestinal	34	19,77
Estreñimiento	30	17,44
Síndromes virales	10	5,81
Dolor inespecífico	8	4,65
Infección urinaria	7	4,07
Otras causas	7	4,07
Pancreatitis aguda	5	2,91
Neumonías	3	1,74
Faringoamigdalitis	1	0,58

Fuente: Datos propios de la investigación (Macías; 2.011)

De los diagnósticos de egreso la etiología más frecuente fue la apendicitis aguda representando un 38,95% (67 casos); en segundo lugar se presentó la parasitosis intestinal en un 19,77% (34 casos) y en tercer lugar tenemos el estreñimiento en un 17,44% (30 casos) entre las etiologías más frecuentes causantes de Dolor Abdominal Agudo.

DISCUSION

En esta investigación, según los grupos etarios evidenciados en la distribución predominaron los pacientes en edad escolar con un 61,63% (106 casos), seguidos de los pre-escolares con un 25% (43 casos) y los adolescentes representaron sólo el 13,37% (23 casos); tomando en cuenta que en esta investigación de los adolescentes sólo se tomó el grupo etario de 12 años. Similares resultados se obtuvieron en un estudio realizado por Torres Bravo y cols, en México, donde de los niños que ingresaron por presentar Dolor Abdominal Agudo el grupo etario que predominó fue el de los escolares con un 54,71%, con la diferencia que el grupo que siguió fue el de los adolescentes con un 43,39% y pre-escolares 1,9%.⁽³⁾ En otro estudio realizado por Hameed S. en Irak, se obtuvieron resultados diferentes a la investigación ya que el grupo etario que predominó fue el de los pre-escolares (2-5 años) con 339 casos (60%) seguido por el grupo etario de 6-12 años con 227 casos (40%).⁽¹⁴⁾

En lo referente al género, en la presente investigación predominó el sexo masculino con un 54,65% (94 casos), mientras que el femenino representó un 45,35% (78 casos). Según los diferentes grupos etarios el masculino predominó levemente sobre el femenino. De manera semejante, al estudio realizado por Torres Bravo y cols, en México, donde el sexo masculino predominó con un 56,6% con respecto al sexo femenino (43,3%).⁽³⁾ Igualmente, en otros estudios realizados como el de Beltrán M. y cols, en Chile, y Kapan S. en Canadá, se obtuvo que de los niños que ingresaron por Dolor Abdominal Agudo en cuanto al género predominó el sexo masculino sobre el femenino.^(4, 13) Diferente resultado se obtuvo en la investigación realizada por Hameed S. en Irak donde el sexo femenino presentó un 58% con respecto al masculino 42%.⁽¹⁴⁾

En el presente trabajo, en lo correspondiente a las manifestaciones clínicas propias del dolor abdominal se tiene que en cuanto a síntomas el más frecuente fue la fiebre representando un 70,93%, seguida de los vómitos en 67,44% y las náuseas 19,19%. En un 45,93% (79 casos) presentaron signos inflamatorios peritoneales; del cual el Signo de Blumberg estuvo presente en todos los casos. En cuanto a la localización del dolor

abdominal de inicio fue de forma difusa (41,28%), seguido de fosa ilíaca derecha (19,77%) y epigastrio (12,21%).

Diferentes resultados se obtuvieron en cuanto a las manifestaciones clínicas en otros estudios como el de Torres Bravo y cols, en México, donde las náuseas representaron (81,1%), vómitos (76,6%) y fiebre (71,7%); igualmente el de Beltrán M. y cols, en Chile, donde la sintomatología predominante fueron náuseas y vómitos (92%) seguida por fiebre 61%. En ambos estudios, se mostró igual resultado que el presente trabajo en cuanto al signo principal, el cual fue el Signo de Blumberg con un 81,1% y 94% respectivamente. ^(3, 4) Con respecto a la localización del dolor abdominal no se encontró ningún estudio que tuviera relación con el hallazgo presente en esta investigación en la cual de inicio la localización fue de forma difusa (41,28%).

De los hallazgos de laboratorio realizados en los niños que acudieron por Dolor Abdominal Agudo en la presente investigación, tenemos con respecto a la hematología completa: un 70,35% de los pacientes presentaron valores patológicos de glóbulos blancos de los cuales el 64,53% presentó cifras por encima de rangos normales (leucocitosis); de igual forma los niveles de neutrófilos se encontraron alterados en un 75% de los casos, del cual el 72,67% corresponde a elevación de los mismos (neutrofilia). También hubo alteración de los linfocitos con valores disminuidos con respecto a sus límites normales en un: 51,74%; los valores de eosinófilos se mantuvieron elevados en un: (68,66%). Los monocitos en un 22,39% se encontraron alterados al igual que las plaquetas en un 18,02%. Los valores de hemoglobina y hematocrito se mantuvieron por debajo de rangos normales en los pacientes estudiados en un 13,95%. La velocidad de sedimentación globular (VSG), se mantuvo por encima de valores normales en 43,48% de los casos. La proteína C reactiva (PCR), fue realizada en un 61,07% encontrándose elevada en un 53,36% de los casos.

En cuanto a la determinación de las transaminasas: glutámico oxalacética y glutámico pirúvica (TGO y TGP), solo se encontraron alteradas (por encima de valores normales) en un 5,70% ambas. A los pacientes que se les realizó amilasas y lipasas se encontraron por encima de rangos normales en un 3,36% y 13,33% respectivamente. En cuanto al examen

de orina solo el 7,88% de los 165 pacientes que se lo realizaron resultó patológico. Entre los que presentaron patologías en el examen de heces tenemos que el *Ascaris Lumbricoides* representó un: 30,59% de los casos, seguido de *Blastocystis Hominis*: 4,71%, *Giardia Lamblia*: 3,53% y *Entamoeba Histolytica* : 1,18%.

De lo anteriormente expuesto tenemos: en el trabajo realizado por Beltrán M. y cols, en Chile, de los pacientes que ingresaron por presentar Dolor Abdominal Agudo, se obtuvo que un 64,5% presentó leucocitosis con neutrofilia y elevación de la PCR en un 65,3%.⁽⁴⁾ En cuanto a la realización del recuento diferencial en la hematología completa (linfocitos, monocitos y eosinófilos), al igual que la determinación de la VSG y transaminasas no se encontró ningún estudio significativo que resaltara la importancia de la realización de las mismas de forma urgente en el Dolor Abdominal Agudo. De igual forma cabe destacar que las determinaciones de los niveles de hemoglobina, hematocrito así como las plaquetas tienen valores significativos sobre todo cuando el cuadro clínico es dudoso.

De los pacientes que se les realizó determinación de amilasas y lipasas no tenemos estudios que resalten la importancia de la realización de ellas en todo Dolor Abdominal Agudo, ya que por lo general estas se solicitan dependiendo de la clínica presentada por el paciente que nos haga pensar en alguna otra patología que curse con dolor abdominal y elevación de las mismas. Así tenemos, el trabajo realizado por Morales G. y cols, en Chile, sobre los casos diagnosticados de pancreatitis aguda en el cual 10 de los 14 pacientes presentaron dolor abdominal con valores de amilasas y lipasas elevados.⁽⁸⁾

En la realización del examen de orina, a pesar de que en el presente trabajo solo el 7,88% presentó resultados patológicos hay que resaltar la investigación realizada por Kapan S. en Canadá, donde entre las cinco primeras causas de Dolor Abdominal Agudo la infección del tracto urinario ocupa el segundo lugar con un 8,6%.⁽¹³⁾ Sin embargo, en un trabajo realizado por Cano F. y cols, en Chile, sólo se reportó el caso de un escolar que ingresó por presentar Dolor Abdominal Agudo que sugería la presencia de un Abdomen Agudo quirúrgico realizándose examen de orina y ecografía abdominal dando como diagnóstico una nefritis aguda.⁽¹⁰⁾

Entre el 40% de los pacientes a los cuales se les realizó examen de heces los resultados difieren del estudio elaborado por Rúa O. y cols, en Perú, en cuanto a la prevalencia de parasitosis intestinal, encontrándose al Blastocystis Hominis en un 61,4% de los casos. ⁽⁶⁾ También, en un estudio realizado por Gyawali N. y cols, en Nepal, la Giardia Lamblia estuvo presente en un: 11,5% de los casos, seguida por el Ascaris Lumbricoides: 4,9%, Entamoeba Histolytica: 4,4% y Enterobius Vermicularis: 0,5%. ⁽⁷⁾

De los estudios de imagen realizados en los pacientes con Dolor Abdominal Agudo en la presente investigación tenemos que en un 88,37% le fue realizado Rx. simple de abdomen de pie teniendo como hallazgo en un 17,44% la presencia de contenido fecal abundante en asas colónicas. La ecografía abdominal fue realizada en un 75% encontrándose en un 33,72% cambios en la pared del apéndice. El Rx. de tórax y la TAC de abdomen fueron realizadas solamente en un 2,91% de los pacientes ingresados; teniendo como hallazgo en el primero imagen de condensación en 3 casos (1,74%) y en la TAC: aumento de tamaño y densidad peripancreática (2,91%).

En cuanto al Rx. simple de abdomen de pie no se encontró estudios para poder establecer relaciones con el presente trabajo, ya que la mayor parte resalta es la importancia de la ecografía abdominal como estudio de imagen de elección en el Dolor Abdominal Agudo; tal es el caso de un estudio realizado por Kulikoff B. y cols, en Chile, donde a todos los niños que acudieron por presentar dolor abdominal se les solicitó la realización de la ecografía abdominal (100%) y en un: 96,5% mostró especificidad para el diagnóstico de apendicitis aguda ante la sospecha de la misma. ⁽¹¹⁾ En cuanto a la realización del Rx. de tórax y TAC de abdomen se deben realizar cuando la clínica indica que podemos estar en presencia de un dolor abdominal referido o se estuvieran presentando complicaciones tal como lo muestran los trabajos realizados por Morales G. y cols, y Tamayo Meneses L. ambos en Chile. ^(8, 12)

En la presente investigación, con respecto a la etiología, la causa más frecuente de Dolor Abdominal Agudo fue: la apendicitis aguda en un 38,95%, seguida de la parasitosis intestinal en 19,77% y el estreñimiento 17,44%. Igual resultado se obtuvo en el trabajo

realizado por Kapan S. en Canadá donde la causa quirúrgica más frecuente de Dolor Abdominal Agudo fue la apendicitis aguda (3,2%); con diferentes resultados en cuanto a las causas médicas representadas por: diarreas (16,2%), infección del tracto urinario (8,6%) y dolor abdominal inespecífico (8,6%); al igual que en un estudio realizado por Hameed S. en Irak, donde la causa quirúrgica de Dolor Abdominal Agudo fue la apendicitis aguda en un 73%; siendo las causas médicas: dolor abdominal inespecífico: 44%, cuadros diarreicos: 23%, infección del tracto urinario: 17% ^(13, 14)

El estudio y manejo del Dolor Abdominal Agudo es de gran importancia, pues de una correcta valoración puede depender en ocasiones la vida del paciente, por lo que, se debe realizar una buena anamnesis, exploración física y exámenes complementarios que puedan ayudar a diagnosticar la etiología del cuadro clínico.

CONCLUSIONES

1. El grupo de edad más frecuente fueron los pacientes en edad escolar. En cuanto al género predominó el sexo masculino.
2. Con respecto a las manifestaciones clínicas, el síntoma más frecuente fue la fiebre. Entre los signos inflamatorios peritoneales el Signo de Blumberg obtuvo el mayor porcentaje. En la mayoría de los casos el dolor de inicio presentó una localización difusa.
3. En cuanto a los hallazgos de laboratorio, en la mayoría de los pacientes que acudieron por presentar Dolor Abdominal Agudo predominó la leucocitosis con neutrofilia, así como valores de PCR elevados. En cuanto al examen de heces el *Ascaris Lumbricoides* fue el parásito mayormente encontrado.
4. Los estudios de imagen realizados en la mayoría de los casos fueron el Rx. simple de abdomen de pie y la ecografía abdominal; resaltando como hallazgo principal ecográfico cambios en la pared del apéndice.
5. Según los diagnósticos de egreso las etiologías más frecuentes fueron: apendicitis aguda, parasitosis intestinal y estreñimiento.

La clave para el diagnóstico del Dolor Abdominal Agudo, es la realización de una buena historia clínica y examen físico que nos lleven de forma adecuada y rápida a establecer la etiología del mismo para ofrecer al paciente un tratamiento efectivo.

RECOMENDACIONES

1. El Dolor Abdominal Agudo, debido a sus diversas etiologías requiere de una anamnesis y examen físico minucioso por lo que el pediatra debe ser cuidadoso al evaluar al paciente para poder llegar de forma rápida y efectiva al diagnóstico.
2. Los exámenes de laboratorio y estudios de imagen se deben solicitar tomando en cuenta la clínica presentada por el paciente y el examen físico realizado, por lo tanto la necesidad de contar con equipos diagnósticos rápidos como es la ecografía abdominal que nos ayudaría especialmente en aquellos casos en que el cuadro clínico es dudoso.
3. Incentivar a los médicos en general sobre la importancia del Dolor Abdominal Agudo tomando en cuenta que a pesar de ser la apendicitis aguda la primera causa en nuestro medio, hay que conocer las otras etiologías que lo puedan provocar.
4. Elaborar un protocolo de estudio para Dolor Abdominal Agudo que permita distinguir con márgenes de errores mínimos un Abdomen Agudo médico del quirúrgico.
5. Realizar campañas de información a nivel de la red ambulatoria sobre la prevención de la parasitosis intestinal que en la presente investigación fue la segunda causa de Dolor Abdominal Agudo. Así como, dar recomendaciones para la realización de una alimentación balanceada en prevención de otra de las causas de Dolor Abdominal Agudo como es el estreñimiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Lora Gómez RE. Dolor abdominal agudo en la infancia. *Pediatr Integral* 2.010; XIV (5): 379-384.
2. Molins Castiella T, Azual Sainz E, Sánchez F. Dolor abdominal en pediatría. Libro electrónico de Temas de Urgencia [en línea] 2.010. Disponible en: <http://www.chavarra.es/...Pediátricas/Dolor%20abdomin> [fecha de acceso 25 de Octubre de 2.011].
3. Torres Bravo A, Neri Moreno M, San Germán Trejo L. Apendicitis aguda en la infancia. La importancia de su diagnóstico temprano. *Rev Fac Med UNAM* 2.009; 52 (1): 5-7.
4. Beltrán M, Almonacid J, Gutiérrez J, Cruces K. Puntuación diagnóstica de apendicitis aguda en niños realizada por pediatras de las unidades de emergencia. *Arch Pediatr Urug* 2.009; 80 (3): 229-236.
5. Alhalel Gabay B. Dolor abdominal. *Rev Ped Elec* [en línea] 2.010. Disponible en: http://www.cmp.org.pe/documentos/.../tsmi/Cap3_Dolorabdominal pdf. [fecha de acceso 25 de Octubre de 2.011].
6. Rúa O, Romero G, Romani F. Prevalencia de parasitosis intestinal en escolares de una institución educativa de un distrito de la sierra Peruana. *RPE* [en línea] 2.010; 14 (2). Disponible en: <http://rpc.epiredperu.net/pe>. [fecha de acceso 16 de Febrero de 2.011].
7. Gyawali N, Amatya R. Intestinal parasitosis in school going children of Dharan municipality, Nepal. *Trop Gastroenterol* 2.009; 30 (3): 145.
8. Morales G, Fernández N, Conto L, Morales M, Navarro H. Pancreatitis aguda en cuidados intensivos pediátricos: revisión de cinco años. En VI Congreso Chileno de cuidados intensivos en pediatría. Chile; 2.008. p. 36.
9. Rajindrajith S, Manjuri N, Mettananda S, Perera P, Jazmín S, Karunarathna U et al. Constipation and functional faecal retention in a group of school children in a district in Sri Lanka *Journal of Child Health* 2.009; 38: 60-64.
10. Cano F, Strodthoff P, Muñoz O. Nefritis aguda focal Caso clínico. *Rev Chil Pediatr* 2.010; 81 (3): 247-252.
11. Kulikoff B, Honorato M, Rodríguez C, Walker B. Rendimiento de la ecografía de urgencia en apendicitis aguda en el hospital Padre Hurtado. *Medwave* 2.009; IX (9): 1-4.
12. Tamayo Meneses L. Dolor abdominal agudo, síntoma indirecto de neumonía. *Cuadernos del Hospital de Clínicas (La Paz)* 2.008; 51 (1): 65-70.

13. Kapan S. Analysis of children with acute abdominal pain and other acute abdominal symptoms in the pediatric emergency department. *Medical Journal of* 2.008; 5 (3): 1.
14. Hameed S. Acute abdominal pain in Iraqi children: causes and management. *Med* 2.011; 7 (2): 59-64.
15. Hurtado J. Metodología de la investigación. Guía para la comprensión holística de la ciencia. 4° edición. Caracas: Ediciones Quirón; 2.010. p. 411-834.
16. Hernández, Fernández y Baptista. Metodología de la investigación. Cuarta edición. México D.F. México: Mac Graw Hill editores; 2.006. p. 103-205.
17. Arias F. El proyecto de investigación. 3° edición. Caracas. Venezuela: Editorial Episteme; 2.004. p. 48-54.
18. Londoño J. Metodología de la investigación epidemiológica. 3° edición. Bogotá. Colombia: Editorial Manual Moderno S.A; 2.004. p. 7.
19. López Puertas E, Urbina J, Blanck E, Granadillo D, Blanchard M, García J et al. Bioestadística-Herramienta de la investigación. CDCH-UC. Valencia. Venezuela. 1.998; 1: 13 46.

ANEXO A

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

N°

NOMBRE					
EDAD	2 – 5 años		GENERO	M	
	6 – 11 años			F	
	12 años				
ETIOLOGIA					
Parasitosis intestinal					
Infección urinaria					
Pancreatitis aguda					
Apendicitis aguda					
Estreñimiento					
Síndromes virales					
Faringoamigdalitis					
Neumonías					
Dolor inespecífico					
Otras causas					
MANIFESTACIONES CLINICAS					
SINTOMAS			SIGNOS		
Fiebre		Blumberg			
Vómitos		Psoas ilíaco			
Náuseas		Rovsing			
Disuria		Obturador			
Evacuaciones líquidas		Puño Percusión			
Ausencia de evacuaciones					

LOCALIZACION DEL DOLOR	
Fosa ilíaca derecha	
Fosa ilíaca izquierda	
Hipocondrio derecho	
Hipocondrio izquierdo	
Epigastrio	
Mesogastrio	
Hipogastrio	
Flanco derecho	
Flanco izquierdo	
Región lumbar	
Difuso	
LABORATORIO	
Glóbulos blancos	

Neutrófilos	
Linfocitos	
Monocitos	
Eosinófilos	
Plaquetas	
Hemoglobina	
Hematocrito	
VSG	
PCR	
TGO	
TGP	
Amilasa sérica	
Lipasa sérica	
Examen de orina	
Examen de heces	

ESTUDIOS DE IMAGEN	HALLAZGOS
Rx. simple abdomen de pie	
Ecografía abdominal	
Rx. de tórax	
TAC abdomen	

ANEXO B

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____, titular de la
C.I. _____, en calidad de representante de
_____, y conociendo de que consta esta
investigación, me comprometo a aportar los datos aquí requeridos para la realización del
trabajo titulado: **DOLOR ABDOMINAL AGUDO EN NIÑOS DE 2 A 12 AÑOS
ASISTIDOS EN LA EMERGENCIA DEL HOSPITAL “DR. JORGE LIZARRAGA”.**
MARZO-AGOSTO 2.011. Realizado por la Dra. Leidy Carmen Macías Cotarro.

FIRMA – C.I.

