



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS
FACULTAD DE MEDICINA
SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN – COORDINACIÓN GENERAL
DE POSGRADO
CLÍNICA HOSPITAL DR. RAFAEL BARBA OCAMPO

**"PREVALENCIA DEL ABDOMEN QUIRÚRGICO EN PACIENTES CON
DOLOR ABDOMINAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE LA CLÍNICA
HOSPITAL DR. RAFAEL BARBA OCAMPO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS
DEL 1 DE MARZO 2021 AL 31 MARZO 2023"**

Tesina

Para Obtener El Diploma:
Especialidad en Pediatría Médica

QUE PRESENTA

Dra. Miriam Flores García

DIRECTOR DE TESINA

Dr. Efrén Sánchez Cortés

CO-DIRECTORES DE TESINA

Dr. Omar Beltrán Galindo

Dra. Josefina Aurora Cabral Pacheco

Cuernavaca, Morelos., a Octubre 2024



ISSSTE

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS

FACULTAD DE MEDICINA

**"PREVALENCIA DE ABDOMEN QUIRÚRGICO EN PACIENTES CON
DOLOR ABDOMINAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE LA CLÍNICA
HOSPITAL DR. RAFAEL BARBA OCAMPO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS
DEL 1 DE MARZO 2021 AL 31 MARZO 2023"**

Que presenta:

Dra. Miriam Flores García

SINODALES

Presidente

Firma

Secretario

Firma

Vocal

Firma

Suplente

Firma

Suplente

Firma

Dr. Lorenzo Díaz Carrillo
Director de la Facultad

MSPe Rodolfo de Jesús Trujillo
Flores
Jefe de posgrado

Cuernavaca, Morelos., a Octubre de 2024

DEDICATORIAS

Esta tesina va dedicada a mi mamá y a mi papá por haberme impulsado y hacer que no me rindiera para cumplir este sueño, por estar conmigo, por apoyarme, que a pesar de estar lejos podía sentir su presencia, y su calidez, que si tenía un mal día sus palabras de aliento me hacían levantarme y no me dejaban caer.

A mis adscritos, por enseñarnos el arte de atender a los niños, como hacerlos sentir cómodos, y como darnos a entender frente a ellos y sobre todo saber interpretar cada una de las molestias que los más pequeños intentan manifestar de una y mil formas.

A mis compañeros del Barbita porque con ellos compartí gran parte de mi estancia, porque ellos sabían hacer más llevaderas nuestras guardias. Realmente disfruté el tiempo que estuvimos juntos y les deseo el mayor de los éxitos a cada uno de ustedes.

AGRADECIMIENTOS

Gracias a mis padres por ser los principales promotores de mis sueños hechos realidad.

RESUMEN

El dolor abdominal es una patología común en la población pediátrica, que representa aproximadamente el 10% de la demanda en los servicios de urgencias pediátricas. Este suele ser un reto diagnóstico y aunque la mayoría de los episodios son benignos y autolimitados, en un 90% puede indicar una patología grave subyacente que puede llevar a la muerte del paciente.

El objetivo de esta tesina es determinar la prevalencia del abdomen quirúrgico en pacientes pediátricos que arriban al servicio de urgencias de la Clínica Hospital Dr. Rafael Barba Ocampo con la finalidad de llegar a un diagnóstico oportuno, con una atención de calidad, que permita priorizar los recursos con los que se cuenta en nuestro nosocomio.

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo, transversal, retrospectivo, con diagnóstico. Se analizaron pacientes pediátricos de 1 mes a 17 años que ingresaron al servicio de urgencias en la Clínica Hospital Dr. Rafael Barba Ocampo con síndrome doloroso abdominal en el periodo comprendido del 1 de marzo del 2021 al 31 de marzo del 2023.

Se revisaron expedientes físicos de la C.H. Dr. Rafael Barba Ocampo y se realizó el vaciado de información a una hoja de Excel, las variables se analizaron mediante estadística descriptiva y medidas epidemiológicas mediante el software SPSS IBM versión 26, para conocer la prevalencia del abdomen quirúrgico.

Resultados: Se determinó que la prevalencia del abdomen quirúrgico en nuestra unidad es del 20.9% de los pacientes que ingresan al servicio de urgencias con dolor abdominal, siendo la apendicitis el único diagnóstico quirúrgico que recibió tratamiento en nuestra unidad.

Conclusión: Este estudio se desarrolló en una unidad de segundo nivel en el estado de Morelos, en una fecha comprendida entre 1 de marzo de 2021 al 31 de marzo del 2023. en que se observa una mayor prevalencia del abdomen quirúrgico en contraste a la bibliografía nacional, siendo la apendicitis la única patología que tuvo resolución en nuestra unidad. Se evalúa la escala de PAS para el abordaje de dicha patología y se observa que puede ser de gran utilidad como herramienta para sospechar de apendicitis en los pacientes pediátricos que acuden a la unidad.

ABSTRACT

Abdominal pain is a common pathology in the pediatric population, representing approximately 10% of the demand in pediatric emergency services. This is often a diagnostic challenge and although most episodes are benign and self-limiting, in 90% of cases it may indicate a serious underlying pathology that can lead to the death of the patient.

The objective of this thesis is to determine the prevalence of surgical abdomen in pediatric patients who arrive at the emergency service of the Dr. Rafael Barba Ocampo Hospital Clinic in order to reach a timely diagnosis, with quality care, which allows prioritizing the resources available in our hospital.

Material and methods: Observational, descriptive, cross-sectional, retrospective study, with diagnosis. Pediatric patients from 1 month to 17 years of age who were admitted to the emergency department at the Dr. Rafael Barba Ocampo Hospital Clinic with abdominal pain syndrome in the period from March 1, 2021 to March 31, 2023 were analyzed.

Physical records from the Dr. Rafael Barba Ocampo Hospital were reviewed and the information was dumped into an Excel sheet. The variables were analyzed using descriptive statistics and epidemiological measures using the SPSS IBM software version 26, to determine the prevalence of surgical abdomen.

Results: It was determined that the prevalence of surgical abdomen in our unit is 20.9% of patients who enter the emergency department with abdominal pain, with appendicitis being the only surgical diagnosis that received treatment in our unit.

Conclusion: This study was carried out in a second level unit in the state of Morelos, on a date between March 1, 2021 and March 31, 2023, in which a higher prevalence of the surgical abdomen is observed in contrast to the national bibliography, with appendicitis being the only pathology that was resolved in our unit. The PAS scale is evaluated for the approach to said pathology and it is observed that it can be very useful as a tool to suspect appendicitis in pediatric patients who come to the unit.

Keywords:

Abdominal pain syndrome, appendicitis, surgical abdomen, non-surgical abdomen

Tabla de contenido

	Páginas
Dedicatorias.....	4
Agradecimientos.....	5
Resumen.....	6
Abstract.....	8
Índice de tablas	11
Índice de figuras.....	12
Índice de imágenes.....	13
Lista de abreviaturas.....	14
I. INTRODUCCIÓN.....	15
II. REVISIÓN DE LA LITERATURA.....	17
III. JUSTIFICACIÓN.....	24
IV. HIPÓTESIS.....	25
V. OBJETIVOS	26
General.....	26
Específicos.....	26
VI. MATERIAL Y MÉTODOS.....	27
VII. RESULTADOS.....	33
VIII. DISCUSIÓN.....	41
IX. CONCLUSIONES.....	46
X. REFERENCIAS.....	47
XI. ANEXOS.....	50

Lista de tablas

		Páginas
Tabla 1	Variables	28
Tabla 2	Características generales de los pacientes con ingreso por dolor abdominal.	34
Tabla 3	Características generales de los pacientes con dolor abdominal con resolución quirúrgica.	36
Tabla 4	Signos y síntomas de pacientes con dolor abdominal con resolución quirúrgica y no quirúrgica.	37
Tabla 5	Exámenes de laboratorio de pacientes con dolor abdominal con resolución quirúrgica y no quirúrgica.	39

Lista de figuras

		Páginas
Figura 1	Abdomen de resolución quirúrgica VS abdomen de resolución no quirúrgica	35
Figura 2	Sexo de pacientes con abdomen quirúrgico	36
Figura 3	Estaciones del año con mayor prevalencia de abdomen quirúrgico	37
Figura 4	Pacientes con abdomen quirúrgico que presentan fiebre, náuseas, vómito, dolor en CID.	38
Figura 5	Resultados positivos de laboratorio en pacientes que ingresan con dolor abdominal	39
Figura 6	Leucocitosis asociada a neutrofilia en pacientes con abdomen quirúrgico	40
Figura 7	Resultados positivos de laboratorio en pacientes que tuvieron dolor abdominal con resolución quirúrgica	40

Lista de imágenes

		Páginas
Imágen 1	Causas comunes de dolor abdominal por edad	30
Imagen 2	Pediatric Appendicitis Score para la estratificación de riesgo de pacientes con apendicitis	31

Lista de abreviaturas

CID	Cuadrante inferior derecho
C.H.	Clínica Hospital
EGO	Examen general de orina
H.A.E	Hospital de Alta Especialidad
MIS-C	Síndrome inflamatorio multisistémico en los niños
PAS	Pediatric Appendicitis Score
USG	Ultrasonido

I. INTRODUCCIÓN

El dolor abdominal es un evento común en la población pediátrica, representa aproximadamente el 10% de la demanda en los servicios de urgencias y, por lo tanto, es importante abordarlo de manera adecuada (1).

Las causas por las que el paciente pediátrico ingresa al servicio de urgencias incluye una amplia variedad de condiciones dolorosas que incluyen desde otitis media hasta traumatismos severos (2).

Las causas de dolor abdominal pueden dividirse en quirúrgicas y no quirúrgicas; las causas quirúrgicas pueden poner en peligro la vida si no se actúa rápidamente (3).

El diagnóstico del dolor abdominal es un reto a nivel clínico debido a que muchas veces debe hacerse sin métodos de apoyo, especialmente en las instituciones de salud que no cuentan con tecnología para estudios de imagen.

Aunque la mayoría de los episodios son benignos y autolimitados, el dolor abdominal persistente puede indicar una patología subyacente que requiera una investigación de urgencia (1).

Del total de los niños que acuden a un servicio de urgencias por dolor abdominal agudo, aproximadamente el 5% requiere hospitalización y de estos aproximadamente el 1-2% requiere tratamiento quirúrgico (4).

El abdomen agudo comprende todas aquellas situaciones clínicas donde el síntoma principal es el dolor abdominal intenso, de inicio súbito, cuya causa puede ser intra- o

extra-abdominal o sistémicas. Éste requiere manejo médico o quirúrgico de emergencia, por ello representa un claro motivo de atención de urgencias en pediatría (4).

El diagnóstico del abdomen agudo varía según el grupo etario y el sexo, siendo más difícil la sospecha clínica en niños menores de 2 años debido a la falta de lenguaje que dificulta la comunicación con el médico. Por lo anterior es de suma importancia obtener una anamnesis detallada de los padres o el cuidador (3).

Las causas más frecuentes de abdomen quirúrgico son la apendicitis aguda en los niños mayores de 5 años y la invaginación intestinal en los menores de 2 años (4)

El diagnóstico de apendicitis y exclusión de otras patologías en ocasiones es difícil, especialmente en niños que no son capaces de verbalizar sus síntomas (5).

Los estudios de imagen han incrementado su uso como parte del abordaje para llegar a un diagnóstico, pero tienen limitaciones, incluyendo la exposición a radiación ionizante (tomografía) y la dependencia de las habilidades del operador (ultrasonido).

Además, el retraso en realizar estudios de imagen puede prolongar el tratamiento definitivo en niños que requieran intervención quirúrgica (5).

Debido a que el dolor abdominal es el síntoma más frecuente la Academia Americana de Pediatría ha hecho énfasis en la importancia de aliviar el dolor y la ansiedad en niños cuando requieren tratamiento en el servicio de urgencias. En este contexto, desde 2010 se estableció que el tratamiento analgésico debe ser iniciado tan pronto como sea posible. No se recomienda esperar hasta que la patología del dolor sea determinada (6).

II. REVISIÓN DE LA LITERATURA

Dolor abdominal

El dolor y la enfermedad han sido un binomio que ha acompañado al hombre a lo largo de toda su historia; etimológicamente “pain”, deriva de “poena” en latín que significa Sensación molesta y aflictiva de una parte del cuerpo por causa interior o exterior. (7).

En la edad media, el término que engloba parcialmente lo que conocemos como abdomen agudo, es el llamado “cólico miserere” o <<miserere mei>>, término coloquial con el cual se describía a un cuadro de dolor abdominal severo, de instauración aguda acompañado de vómito fecaloide producido por una oclusión intestinal y peritonitis con evolución fatal (8).

Fray Gil Villalón en 1731 propone 3 causas del cólico miserere; retención de heces dentro del intestino (impactación fecal), torsión intestinal (vólvulos o hernias estranguladas) y el cierre del intestino por inflamación (miserere inflamatorio) (9).

Clasificación del dolor abdominal

De forma general, el dolor abdominal se divide en dolor visceral (cólico) y dolor somático. El dolor visceral es derivado de los espasmos del músculo liso de órganos con lumen como por ejemplo el tracto gastroalimentario, el tracto urinario o el útero), así como la extensión rápida del peritoneo visceral. El dolor visceral es episódico, intermitente y similar a los calambres.

La duración del cólico puede ser un indicador de obstrucción intestinal. Cuando el cólico dura de 4-5 minutos puede indicar obstrucción yeyunal, cuando dura de 8-10

minutos puede indicar obstrucción ileal y más de 15 minutos puede indicar obstrucción del intestino grueso (9).

Epidemiología

El dolor abdominal es una causa frecuente de consulta en pediatría general (2-4%) y gastroenterología infantil, en particular en adolescentes (7-25%). Según un estudio realizado en el 2014 se estima que del 13 al 17% de la población en edad escolar lo presenta. La prevalencia es mayor en pacientes pediátricos de más de 9 años y es cinco veces más frecuente en las mujeres que en los hombres (8).

Abdomen Agudo

El abdomen agudo se caracteriza por tener una evolución generalmente inferior a 48-72 horas, ser constante, intenso, acompañarse de afectación del estado general y de una palpación abdominal dolorosa. La población afectada es un grupo heterogéneo de pacientes que presenta una gran variedad de síntomas, que afectan la calidad de vida de quienes lo padecen (8).

Con la pandemia por COVID-19, se pensaba que la infección en los niños era menos grave. Sin embargo, un pequeño número de niños se enfermaba de manera crítica aproximadamente después de 2-3 semanas después de la exposición al COVID-19, incluso si eran asintomáticos. Esta condición era explicada por un síndrome inflamatorio secundario post-infección, el cual se llamó después “síndrome inflamatorio multisistémico en los niños” (MIS-C). Varios reportes identificaron a los síntomas gastrointestinales como los síntomas más comunes del MIS-C, ya que se observaron entre el 70 y el 90% de los casos. El MIS-C puede ser tan severo que se puede confundir con patologías quirúrgicas agudas o simular una enfermedad intestinal crónica como por ejemplo una enfermedad inflamatoria intestinal (11).

Causas del dolor abdominal

Las causas del dolor abdominal pueden ser múltiples y no existe prueba que ofrezca un diagnóstico definitivo. El 90% de los niños que llegan al hospital por dolor abdominal se recuperan espontáneamente sin que llegue a hacerse un diagnóstico. Estos cuadros son etiquetados como “dolor abdominal inespecífico”, y son la causa más frecuente del dolor abdominal agudo en la edad pediátrica (10).

Las patologías que pueden producir dolor abdominal son muy diversas y pueden clasificarse por grupos de edad (Imagen 1). Pueden ser aquellos cuadros que precisan un tratamiento quirúrgico o médico urgente de los que pueden tratarse en casa o tener un seguimiento ambulatorio (10).

Imágen 1. Causas comunes de dolor abdominal por edad (10)

Edad	Cuadro clínico	Diagnóstico diferencial
Recién nacido	Anomalías congénitas: rotaciones anómalas y atresias intestinales Íleo meconial Megacolon congénito Enterocolitis necrosante Perforaciones intestinales	Sepsis
Lactante	Invaginación intestinal Hernias	Cólico del lactante, gastroenteritis, infecciones otorrinolaringológicas o urinarias, neumonía
Preescolar	Apendicitis aguda	Transgresiones dietéticas, gastroenteritis, enfermedades exantémicas, amigdalitis, neumonía, infección urinaria
Escolar-adolescente	Apendicitis aguda Enfermedad ovárica Traumatismo Torsión testicular	Gastroenteritis, infección urinaria, neumonía, dismenorreas o dolores ovulatorios Embarazo

Apendicitis

La apendicitis aguda es la causa de dolor abdominal más común durante la infancia y que requiere tratamiento quirúrgico inmediato, por lo que el objetivo principal en urgencias es descartar esta patología. En los países desarrollados se estima aproximadamente un 2% de los niños que ingresan al servicio de urgencias por dolor abdominal son diagnosticados con apendicitis. Según los resultados de algunos estudios, en los que se evalúa la fisiopatología de la apendicitis, así como la evolución en niños se ha observado que la probabilidad de perforación aumenta después de 36 h del inicio del dolor, por lo que es importante asegurar un adecuado seguimiento médico de los niños con dolor abdominal (10).

En un estudio realizado en la CDMX en el 2016 se estimó que el 28% de los pacientes que ingresan al servicio de urgencias con dolor abdominal padecen apendicitis (13).

La apendicitis tiene una incidencia anual de 1 por cada 1000 personas por año y se presenta en una proporción de 1.3:1 entre hombres y mujeres respectivamente. Se ha observado que la apendicitis ocurre con más frecuencia durante los meses de verano, sin embargo, aún se desconoce la causa.

En pacientes pediátricos de entre 1 año y 12 años se presenta en un 18%, en la población de 13 a 39 años en un 70% y después de los 40 años en un 12%. Esta enfermedad no respeta raza ni condición social y puede ocurrir desde el nacimiento hasta la ancianidad. No existe tiempo o condiciones en las cuales el padecimiento no pueda presentarse (14,15).

Para estratificar el riesgo de apendicitis en edad pediátrica las distintas sociedades pediátricas han establecido múltiples escalas de puntuación para estratificar el riesgo de apendicitis en edad pediátrica como: Pediatric Appendicitis Score, Alvarado score, Samuel score, RIPASA score, etc. Sin embargo distintos estudios han determinado que la más adecuada y con mejor valor predictivo es la escala del Pediatric Appendicitis Score (PAS). El PAS clasifica en riesgo bajo ≤ 3 puntos, intermedio 4-6 puntos y alto ≥ 7 puntos (16) (Imagen 2)

Imágen 2. Pediatric Appendicitis Score para la estratificación de riesgo de pacientes con apendicitis.

Característica		Puntaje
1	Migración del dolor	1
2	Anorexia	1
3	Náusea-vómito	1
4	Dolor en el cuadrante inferior derecho	2
5	Dolor en el cuadrante inferior derecho al toser-saltar-percutir	2
6	Elevación de la temperatura	1
7	Leucocitosis ($\geq 10\,000/\mu\text{L}$)	1
8	Desviación a la izquierda de la cuenta leucocitaria	1
<3: Riesgo bajo Apendicitis		0 - 2%
3 – 6: Riesgo medio de Apendicitis.		8 – 46%
>6: Alto riesgo de Apencitis		78 – 96%

Otras causas comunes de abdomen agudo son la intususcepción, el estreñimiento funcional y la adenitis mesentérica (17).

Intususcepción

La intususcepción o invaginación intestinal, es la causa más común de obstrucción intestinal en niños menores de 2 años, con un pico de incidencia entre 4 y 9 meses. En esta condición, un segmento de intestino se invagina dentro del intestino adyacente, comúnmente cerca de la unión ileocólica (17).

En niños menores de 2 años la causa es usualmente idiopática, sin embargo, en pacientes de mayores a 2 años puede ser causada por otras patologías como un divertículo de Meckel, tumores o pólipos, las cuales siempre se deben buscar intencionadamente.

La intususcepción es una emergencia debido a que las complicaciones pueden conducir a un infarto, perforación o muerte. La tríada clásica de síntomas es dolor abdominal, vómito y evacuaciones sanguinolentas, o comúnmente llamada en mermelada de grosella. (17).

El método de diagnóstico inicial de mayor utilidad es el ultrasonido con una sensibilidad del 98%-100% y una especificidad 88-100%.

Se conocen dos tipos de tratamiento el conservador el cuál se realiza en niños menores de 2 años, sin datos de respuesta inflamatoria sistémica, procalcitonina menor a 2 y lactato menor a 2; y la quirúrgica cuando se presenta lo contrario anteriormente mencionado. (19).

Estreñimiento

El estreñimiento funcional en los niños se define como un estreñimiento que ocurre por cualquier causa orgánica, para lo cual nos apoyamos en los criterios de Roma IV. Este padecimiento corresponde al 3% de las visitas de pacientes pediátricos a urgencias y 25% de las visitas al gastroenterólogo pediatra (17).

Adenitis mesentérica

La adenitis mesentérica es una condición inflamatoria, aguda, no específica, primaria y autolimitada que afecta a los ganglios linfáticos (18).

Esta patología ocurre típicamente en niños, adolescentes y adultos jóvenes de ambos sexos, aunque en los hombres puede ser más frecuente que en las mujeres. La adenitis mesentérica es más prevalente que la apendicitis aguda en la primera década de la vida, mientras que la apendicitis se hace más frecuente en la segunda década (18).

Diagnóstico

Cuando se examina el abdomen con la mano derecha, se recomienda que el examinador esté en el lado derecho del paciente. La inspección ocular se realiza para detectar cicatrices quirúrgicas abdominales, zonas de infección por herpes zoster, estigmas de insuficiencia hepática, hernias, fluctuaciones respiratorias y cambios de coloración en la piel como equimosis (9).

Para confirmar la presencia de datos de irritación peritoneal se busca la rigidez muscular, el abdomen en madera y el rebote (9).

La localización se utiliza frecuentemente para realizar un diagnóstico diferencial; por ejemplo, el dolor en el cuadrante superior derecho se presenta en la colecistitis y hepatitis, mientras que la migración del dolor del cuadrante superior al cuadrante inferior derecho puede indicar apendicitis. Por otra parte, la diverticulitis usualmente provoca dolor en las regiones central, derecha o izquierda del abdomen, la esofagitis y úlceras pépticas pueden causar malestar epigástrico (9).

La examinación de las radiografías de abdomen y el diagnóstico de perforación gastrointestinal o de obstrucción intestinal fueron reportadas desde 1920 y 1930. La aplicación del ultrasonido está establecida desde 1970 y ha jugado un rol importante en el diagnóstico de abdomen agudo (12).

III. JUSTIFICACIÓN

Conocer la prevalencia del abdomen quirúrgico en pacientes pediátricos de 1 mes a 17 años de edad, que acuden al servicio de urgencias con dolor abdominal de la C. H. Dr. Rafael Barba Ocampo; esto por medio del análisis de expedientes clínicos.

Este estudio tendra la finalidad de otorgar un diagnóstico oportuno, sí como priorizar los recursos con los que se cuenta.

Al determinar la prevalencia, conoceremos las características con las que se presentan los pacientes a la unidad, conocer cuales son sus principales síntomas, conocer la época del año en que es más frecuente, hacer una comparación de los estudios de laboratorio y conocer los principales diagnósticos diferenciales.

El estudio nos ayudará a disminuir la posibilidad de complicaciones y la morbimortalidad, así como otorgar una atención de calidad, optimizar el uso de estudios de laboratorio y gabinete, logrando una reducción de los recursos hospitalarios.

Otorgar nuevos conocimientos epidemiológicos al personal médico de urgencias, así como material que ayude al manejo de los pacientes que lleguen con dolor abdominal al servicio de urgencias.

Esto con finalidad de realizar un protocolo de estudio para un diagnóstico oportuno y brindar un tratamiento inmediato y satisfactorio en beneficio de este grupo de pacientes.

IV. HIPÓTESIS

H1: La población pediátrica del servicio de urgencias de la C. H. Dr. Rafael Barba Ocampo, no tiene una prevalencia similar a lo reportado en la bibliografía nacional o internacional.

H0: La prevalencia del dolor abdominal de resolución quirúrgica en nuestra unidad es similar a la reportada en la bibliografía nacional e internacional.

V. OBJETIVOS

Objetivo general: Determinar la prevalencia del abdomen quirúrgico en pacientes pediátricos, que acuden con dolor abdominal en el servicio de urgencias, conocer el tiempo desde su ingreso hasta la resolución de la Clínica Hospital Dr. Rafael Barba Ocampo entre el período del 01 marzo 2021 al 31 de marzo 2023, conocer el tiempo desde su ingreso hasta la resolución quirúrgica.

Objetivos específicos:

1. Identificar a los pacientes con dolor abdominal mediante el registro de ingresos en el servicio de urgencias pediatría en el período del 01 de marzo 2021 al 31 de marzo 2023.
2. Analizar los expedientes de los pacientes pediátricos con dolor abdominal como diagnóstico de ingreso.
3. Determinar la prevalencia del abdomen quirúrgico en pacientes con dolor abdominal.
4. Identificar la principal causa del abdomen quirúrgico en pacientes que ingresan con dolor abdominal.
5. Conocer en qué estación del año es más prevalente el abdomen con resolución quirúrgica.

6. Comparar la prevalencia del abdomen quirúrgico en pacientes con dolor abdominal con lo establecido en la bibliografía nacional.

VI. MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño de investigación: Estudio observacional, descriptivo, transversal, retrospectivo.

Población y muestra: Se recabaron un total de 252 expedientes de pacientes pediátricos de 1 mes a 17 años 29 días de edad, que acudieron al servicio de urgencias de la clínica hospital Rafael Barba Ocampo por dolor abdominal de los cuales se estudiaron 220 los cuales cumplieron con los criterios de inclusión.

Criterios de inclusión:

- Rango de edad de 1 mes a 17 años y 29 días, masculinos y femeninos, con diagnóstico de ingreso a urgencias de “dolor abdominal”.
- Expedientes completos que contengan: nota inicial, resultados de laboratorio, estudios de imagen, hoja de enfermería y nota postquirúrgica en su caso.

Criterios de exclusión:

- Expedientes de pacientes con dolor abdominal menores de 1 mes y mayores de 18 años.
- Expedientes de pacientes que presenten patologías relacionadas con eventos traumatológicos o ginecológicos.

Criterios de eliminación:

- Expedientes de pacientes que no completaron protocolo de estudio en nuestra unidad.
- Expediente de pacientes pediátricos donde se haya solicitado alta voluntaria.

Recopilación de datos: Previa autorización del comité de Ética e Investigación, del H.A.E. Centenario de la Revolución Mexicana, se recopilaron expedientes físicos de pacientes con el diagnóstico de síndrome doloroso abdominal al servicio de urgencias entre el 1 de marzo del 2021 al 31 de marzo del 2023 de la C.H. Dr. Rafael Barba Ocampo (Anexo 6, Anexo 7)

Tabla 1: Definición de variables

Nombre variable	Definición	Tipo de variable	Unidad de medida
Dolor abdominal	Sensación o molestia que se siente en la parte del tronco, debajo de las costillas y encima de la pelvis. Proviene de órganos dentro del abdomen u órganos adyacentes al abdomen.	Cualitativa nominal dicotómica	Si - No
Edad	Lapso que transcurre desde el nacimiento hasta el momento de referencia. (solo serán tomados los pacientes entre 1 mes y 17 años y 29 días)	Cuantitativa continua	Años, meses
Sexo	Características biológicas, anatómicas, fisiológicas y cromosómicas de la especie humana, sobre todo relacionadas a funciones de la procreación	Cualitativa nominal dicotómica	Femenino – Masculino
Leucocitosis	Célula globosa e incolora de la sangre de los animales vertebrados que se encarga de defender el organismo de las infecciones. Se percentila de acuerdo con la edad (17) (20)	Cualitativo dicotómica	Si – No
Neutrofilia	Tipo de glóbulo blanco (célula sanguínea) que cumple una función importante en el sistema inmunitario y ayuda a combatir las infecciones en el cuerpo. Se percentila de acuerdo con la edad (17) (20)	Cualitativo dicotómica	Si – No
USG abdominal	Consiste en el uso de ondas sonoras de alta frecuencia para crear imágenes de órganos y estructuras dentro del cuerpo.	Cualitativo dicotómica	Si – No

Radiografía de abdomen	Es un examen imagenológico para observar órganos y estructuras en el abdomen • Dilatación de asas • Presencia de niveles hidroaéreos en 2 o más asas • Colapso y ausencia de gas distalmente • Neumatosis intestinal • Neumoperitoneo – Signo de la doble pared. • Sigma muy dilatado con morfología en “U invertida”	Cualitativo dicotómica	Si – No
Esterasa leucocitaria	Es una prueba de detección utilizada para hallar una sustancia que sugiere que hay glóbulos blancos en la orina. (18) (21)	Cualitativo dicotómica	Si – No
Nitritos	Son el resultado de reacciones de enzimas que transforman el nitrato en nitritos, estos también pueden obtenerse luego de la oxidación de las aminos y del amoníaco. (18) (21)	Cualitativo dicotómica	Si – No
Náusea	Sensación de malestar en el estómago que se experimenta cuando se tienen ganas de vomitar y que suele culminar en vómitos.	Cualitativo dicotómica	Si – No
Vómito	El vómito es la expulsión brusca por la boca del contenido gástrico.	Cualitativo dicotómica	Si – No

Migración del dolor	La migración se refiere al cambio de ubicación de un dolor respecto al sitio inicial de aparición.	Cualitativo dicotómica	Si – No
Anorexia	Trastorno de origen neurótico que se caracteriza por un rechazo sistemático de los alimentos.	Cualitativo dicotómica	Si – No
Dolor en cuadrante inferior derecho	Malestar localizado en fosa ilíaca derecha.	Cualitativo dicotómica	Si – No
Blumberg positivo	Dolor con la descompresión brusca del abdomen.	Cualitativo dicotómica	Si – No
Fiebre	Aumento temporal de la temperatura corporal promedio	Cualitativo dicotómica	Si – No
Evacuaciones en mermelada de grosella	Aspecto de las evacuaciones combinadas con sangre	Cualitativo dicotómica	Si – No
Dolor hipocondrio derecho	Malestar en la región infra-costal	Cualitativo dicotómica	Si – No
Puntos ureterales dolorosos	Punto ureteral medio (Pasteau). Punto situado sobre la línea bisiliaca, en la unión de sus tercios externo y medio. Punto ureteral inferior situado en la intersección de una línea horizontal que pasa por el ombligo y de una línea vertical que pasa por el punto de McBurney.	Cualitativo dicotómica	Si – No
Signo de Giordano	Dolor provocado, por el choque del borde cubital de la mano contra la región lumbar del paciente sentado y agachado hacia delante.	Cualitativo dicotómica	Si – No

Procedimiento: A partir de los expedientes se obtuvo la edad, el sexo, la fecha de ingreso, los días de estancia intrahospitalaria en el servicio de urgencias, signos y síntomas como: fiebre, náusea, vómito, anorexia, migración del dolor, dolor en cuadrante inferior derecho del abdomen, signo de Blumberg, dolor en hipocondrio derecho, evacuaciones en “mermelada de grosella”; resultados de laboratorio (biometría hemática, examen general de orina). Los resultados se colocaron en una tabla de Excel (Anexo 4).

Análisis de datos: Se usó estadística descriptiva (media y desviación estándar) para variables cuantitativas y porcentajes para variables cualitativas; el cálculo de la prevalencia se realizó en el software SPSS IBM versión 26.

El tamaño de la muestra se cálculo usando la siguiente fórmula:

$$\text{Tamaño de la muestra} = Z^2 * (p) * (1-p) / c^2 = 141$$

Z= Nivel de confianza (95%)

p= .5

c= Margen de error (5)

Consideraciones éticas: Guía de Sometimiento para protocolo de investigación en seres humanos homoclave COFEPRIS 04-010-D: solicitud de autorización de protocolo de investigación en seres humanos.

Investigación sin riesgo (estudios observacionales que emplean técnicas, métodos de investigación documental y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o

modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los sujetos de investigación.

Artículo 102, ley general de salud, 14 fracción VIII 31, 62, 69, 71, 73, 88 del reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud.

La información será protegida con un código estricto para minimizar los riesgos de divulgación de información confidencial, consideramos recopilar los datos necesarios sin utilizar información de identificación personal. Evitaremos transmitir electrónicamente datos personales no cifrados.

VII. RESULTADOS

Se revisaron expedientes de 220 pacientes que comprenden una edad entre 1 mes a 17 años que ingresaron al servicio de urgencias de la Clínica Hospital, Dr. Rafael Barba Ocampo, con el diagnóstico de síndrome doloroso abdominal. En el cuál se encontró una edad media de 14.3 años, con predominio en el sexo femenino con 119 pacientes que corresponden al 54.1% de la población estudiada. (Tabla 1)

En los pacientes con diagnóstico inicial de síndrome doloroso abdominal se observa que el 25.5% tuvo una remisión del síndrome doloroso abdominal espontaneamente, sin requerir algún tratamiento, en segundo lugar se encuentra con el 24.5% el diagnóstico de infección de vías urinarias, y en tercer lugar la patología con resolución quirúrgica con un 20.6% que corresponde a la apendicitis (Figura 1). Se identificó que el tiempo de estancia hospitalaria hasta el diagnóstico fue menor a 24 horas en la mayoría de los pacientes correspondiendo al 57.7% y menos de 48 horas en el 36.8%. (Tabla 1)

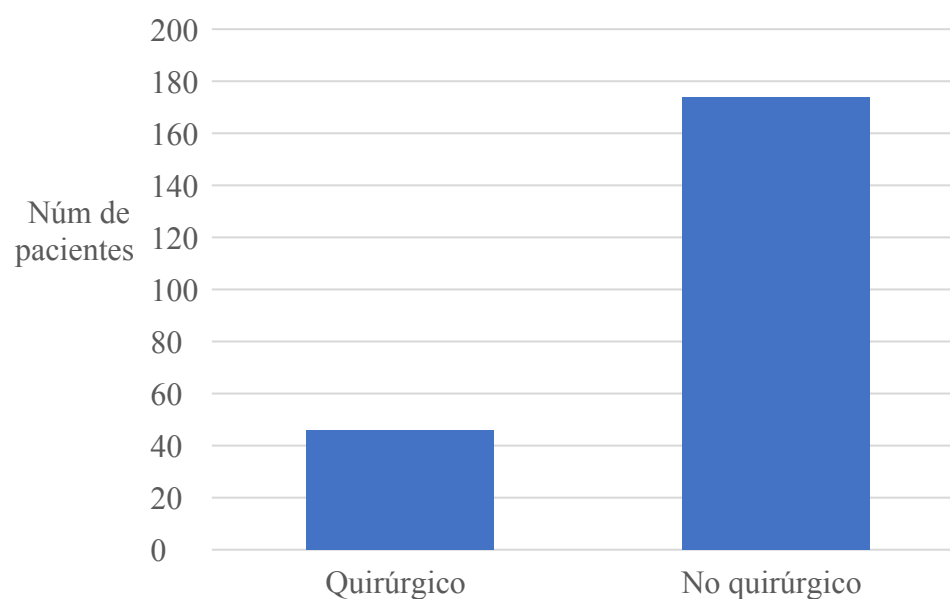
Tabla 2. Características generales de los pacientes con ingreso por dolor abdominal.

	n=220
Edad <i>media (desviación estándar)</i>	14.3(0.29)
Sexo <i>n(%)</i>	
• Mujeres	119 (54.1)
• Hombres	101 (45.9)
Diagnóstico definitivo <i>n(%)</i>	
• Remisión del dolor abdominal	56 (25.5)
• Infección de vías urinarias	54 (24.5)

● CCL no quirúrgica ● Dengue ● Estreñimiento ● Colitis ● Gastritis ● Gastroenteritis ● Transgresión alimentaria ● Dismenorrea ● Infección de vías respiratorias altas ● Apendicitis	3 (1.4) 6 (2.7) 10 (4.5) 18 (8.2) 4 (1.8) 15 (6.8) 4 (1.8) 2 (0.9) 2 (0.9) 46 (20.6)
Días de estancia intrahospitalaria hasta el diagnóstico <i>n(%)</i> . ● Cero ● Uno ● Dos ● Tres ● Cuatro ● Cinco	127 (57.7) 81 (36.8) 10 (4.5) 0 (0) 0 (0) 1 (0.5)
Pacientes con ingreso por dolor abdominal <i>n(%)</i> ● Quirúrgico ● No quirúrgico	46 (20.6) 174 (79.1)

CCL: Colelitiasis

Figura 1. Abdomen de resolución quirúrgica VS abdomen de resolución no quirúrgica



De los pacientes con resolución quirúrgica la edad media corresponde a 10.9 años de los cuáles la mayor frecuencia fue en hombres con el 63.1% y solo el 36.9% fueron mujeres (Figura 2), se observa que la apendicitis tiene una mayor frecuencia durante el verano y con 32.6% mientras que en invierno no se presentó ningún caso (Figura 3). Se describe que los días de estancia hospitalaria hasta el diagnóstico en pacientes con apendicitis fue en su mayoría menos de 24 horas que corresponde al 69% de los casos, seguido de 24-48 horas en el 28.2% de la población. (Tabla 2)

Tabla 3. Características generales de los pacientes con dolor abdominal con resolución quirúrgica.

	n=46
Edad <i>media (desviación estándar)</i>	10.9 (1.89)
Sexo <i>n(%)</i>	
• Mujeres	17 (36.9)
• Hombres	29 (63.1)
Estaciones del año con mayor frecuencia de ingresos. <i>n(%)</i>	
• Primavera	9 (19.6)
• Verano	15 (32.6)
• Otoño	13 (28.2)
• Invierno	9 (19.6)
Días de estancia intrahospitalaria hasta el diagnóstico <i>n(%)</i> .	
• Menos de 24 horas	32 (69)
• De 24 a 48 horas	13 (28.2)
• Más de 48 horas	1 (2.17)

Figura 2. Sexo de pacientes con abdomen quirúrgico

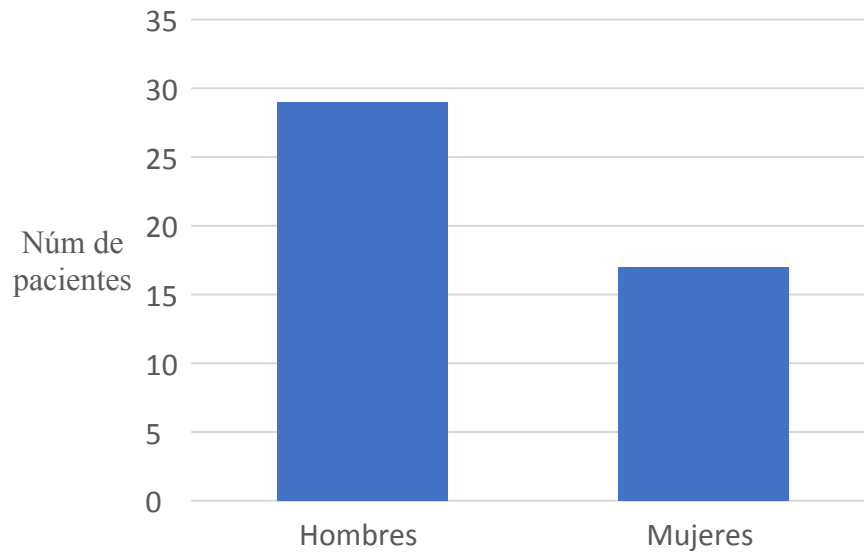
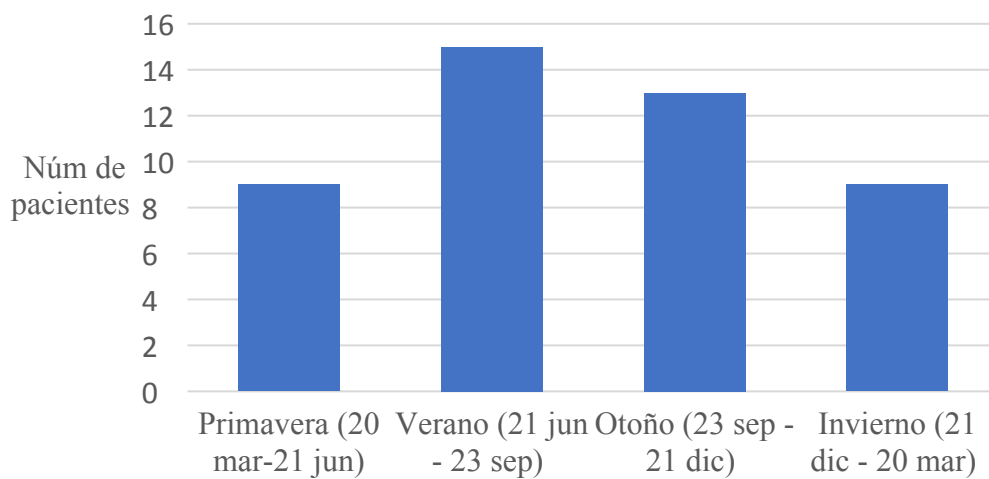


Figura 3. Estaciones del año con mayor prevalencia de abdomen quirúrgico



Los principales signos y síntomas en pacientes que no ameritaron resolución quirúrgica, fue la anorexia en el 71.8% seguido de signo de Blumberg con el 70%, y en tercer lugar dolor en el cuadrante inferior derecho del abdomen con el 55%, mientras que en los pacientes que ameritaron resolución quirúrgica, la presencia de dolor en el cuadrante

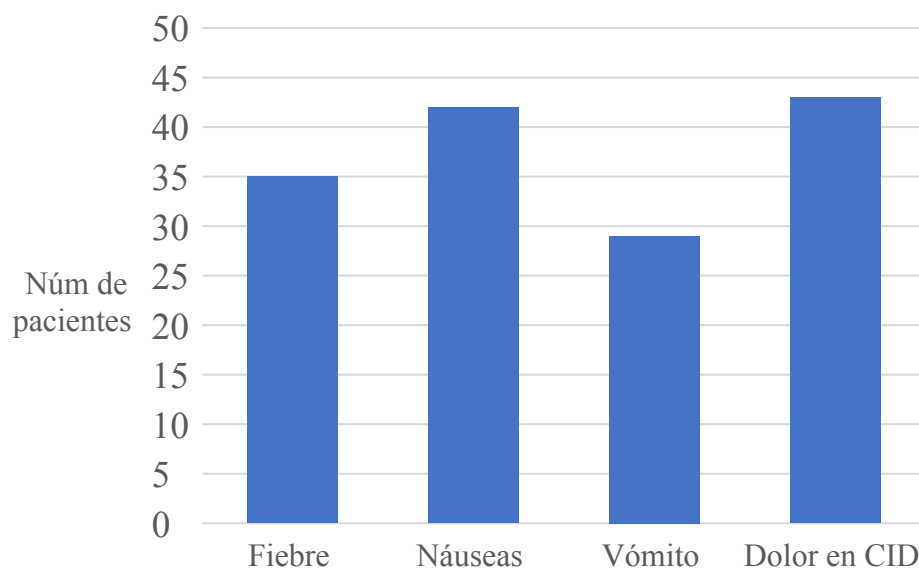
inferior derecho con el 93.5% seguido de las náuseas con 91.5%, y la fiebre en tercer lugar con 76.1% (Tabla 3) (Figura 4).

Tabla 4. Signos y síntomas de pacientes con dolor abdominal con resolución quirúrgica y no quirúrgica.

	Pacientes no quirúrgicos	Pacientes quirúrgicos
Fiebre n(%)	104 (47.3)	35 (76.1)
Náuseas n(%)	112 (50.9)	42 (91.5)
Vómito n(%)	75 (34.1)	29 (63.1)
Anorexia n(%)	158 (71.8)	28 (60.9)
Dolor en el CID n(%)	121 (55)	43 (93.5)
Migración del dolor n(%)	51 (23.2)	34 (74)
Signo de blumberg n(%)	154 (70)	34 (74)
Dolor en hipocondrio derecho n(%)	8 (3.6)	0 (0)
Evacuaciones en mermelada de gosella n(%)	5 (2.3)	0 (0)

CID: Cuadrante inferior derecho;

Figura 4. Pacientes con abdomen quirúrgico que presentan fiebre, náuseas, vómito, dolor en CID.



CID: Cuadrante inferior derecho;

Se encontro que en los pacientes con patología no quirúrgica el hallazgo de laboratorio más común fue la leucocitosis y neutrofilia en la biometría hemática y presencia de esterasa y nitritos en el exámen general de orina, (Figura 5) mientras que en los pacientes con apendicitis los hallazgos más comunes fueron la presencia de leucocitosis y neutrofilia y la leucocitosis asociada a neutrofilia, (Figura 6) pero no se observa la presencia de nitritos ni esterasa leucocitaria, (Figura 7) lo que enfatiza que el diagnóstico es más encaminado hacia una lesión intestinal y no a una infección de vías urinarias (Tabla 4)

Tabla 5. Exámenes de laboratorio de pacientes con dolor abdominal con resolución quirúrgica y no quirúrgica.

	Pacientes no quirúrgicos	Pacientes quirúrgicos
Leucocitosis n(%)	121 (55)	43 (93.5)
Neutrofilia n(%)	85 (38.6)	40 (86.9)
Nitritis n(%)	20 (9.1)	0 (0)
Esterasa leucocitaria n(%)	25 (11.4)	2 (4.4)

Figura 5. Resultados positivos de laboratorio en pacientes que ingresan con dolor abdominal

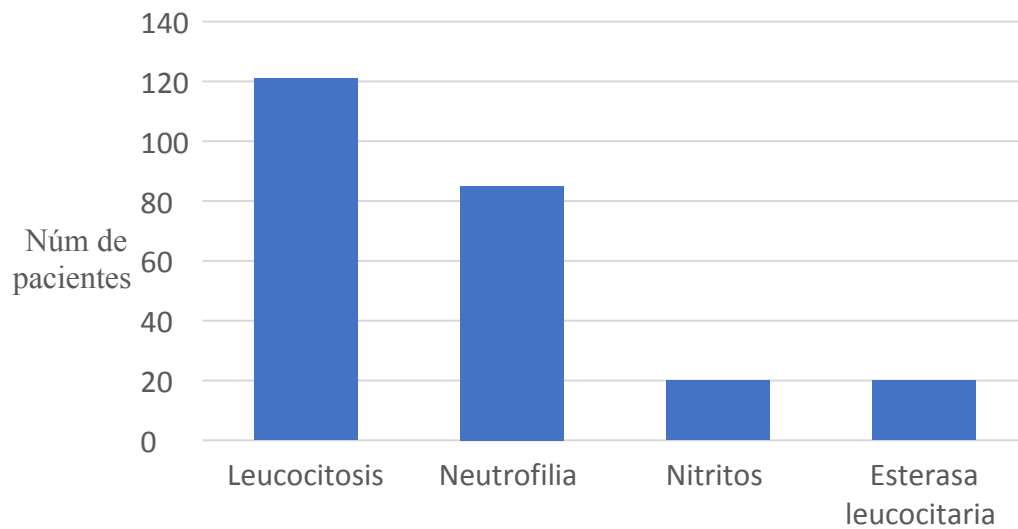


Figura 6. Leucocitosis asociada a neutrofilia en pacientes con abdomen quirúrgico

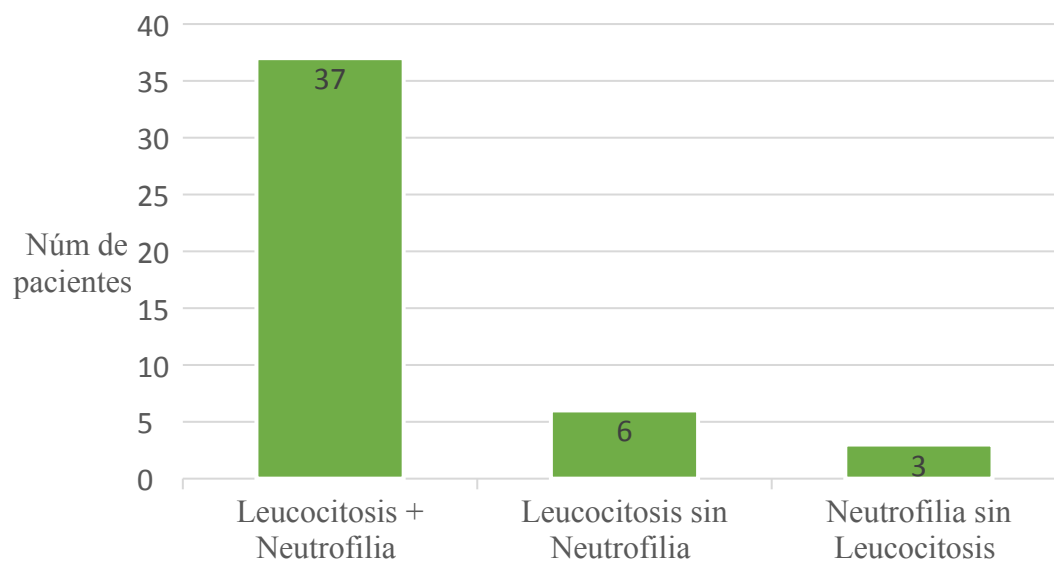
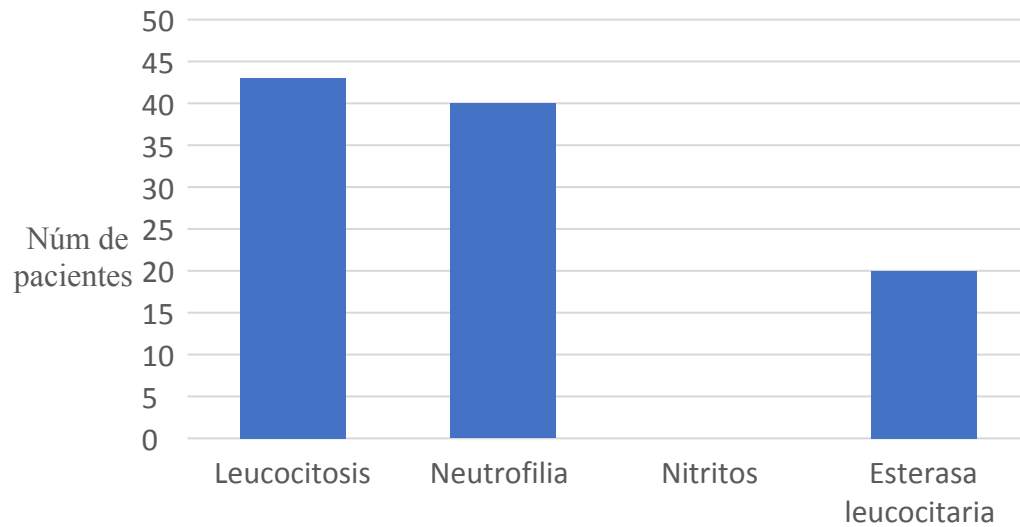


Figura 7. Resultados positivos de laboratorio en pacientes que tuvieron dolor abdominal con resolucón quirúrgica



VIII. DISCUSIÓN

El dolor abdominal es una de las causas más comunes de consulta médica en el servicio de urgencia, y puede ser indicativo de diversas condiciones, algunas de las cuales requieren tratamiento quirúrgico urgente. Se clasifica como abdomen agudo cuando se presenta de forma repentina y con una intensidad que sugiere la necesidad de intervención.

En nuestra población se revisaron 220 expedientes de pacientes que cumplían con los criterios de inclusión, de estos solo 46 pacientes tuvieron una patología que ameritará resolución quirúrgica. Siendo la apendicitis la única patología que tuvo resolución quirúrgica en nuestra unidad.

En un estudio realizado en 2020 en Alemania demuestra que apendicitis aguda ha sido establecida a nivel mundial, como la indicación más frecuente en cirugía de urgencia abdominal no traumática. Se estima que la apendicitis representa aproximadamente el

8.9% de los casos de dolor abdominal agudo en la población pediátrica, con una frecuencia del 16.33 % en hombres y 16.34 % en mujeres (22).

Mientras que en un estudio realizado en 2014 en Chile menciona que la edad con mas incidencia de apendicitis fue en niños de 9 años, con un rango durante la edad escolar que va de los 6 años a los 12 años, y es 5 veces mas frecuente en mujeres que en hombres.

En nuestra población se observó en los pacientes con resolución quirúrgica la edad promedio fue de 10.9 y la edad más frecuente fue de 16 años seguida de los pacientes de 10 años.

El sexo masculino fueron los que en mayor proporción ameritaron un tratamiento quirúrgico en casi una relación 1:1.7

En los estudios realizados en niños, se ha descrito que la mayor incidencia de apendicitis es en primavera, porque en esta estación se incrementan los casos de infecciones virales, postulándose que ello condicionaría la formación de hiperplasia linfática, lo que facilitaría la obstrucción del lumen apendicular (23).

Otro estudio en la India, sin embargo, señala que no existiría variación estacional y la apendicitis aguda es más frecuente en estaciones lluviosas con gran humedad y con presencia de alérgenos (24).

Un estudio en Nigeria describe que la mayor frecuencia de casos de apendicitis ocurre en épocas lluviosas proponiéndose la hipótesis de su asociación con alérgenos del polen (25).

En Turquía, en un estudio realizado en dos ciudades con diferentes altitudes y características climáticas, la apendicitis aguda fue más frecuente en verano en la ciudad de menos altitud, comparada con otra ciudad ubicada a mayor altitud, donde la apendicitis fue más frecuente en invierno (26).

En el Perú, en un estudio ecológico de grupos múltiples se encontró una correlación positiva entre la temperatura y la tasa de incidencia de apendicitis (27).

En nuestra población se muestra que los pacientes que ameritan un tratamiento quirúrgico tuvieron una mayor incidencia en los meses que abarca el verano y una menor incidencia en los meses de invierno y primavera.

Según los resultados de un estudio realizado en Madrid la probabilidad de complicación de una apendicitis con una perforación aumenta después de 36 h de comienzo del dolor, por esa razón es de vital importancia tomar en cuenta el tiempo en el cuál se llega a un diagnóstico y se inicia el tratamiento (10).

Se observa que el tiempo de estancia en el servicio de urgencias presentó una resolución en las primeras 24 horas del 57.7%, siendo la estancia más larga de 5 días con el 0.5%. En los pacientes que ameritan resolución quirúrgica, el tiempo de ingreso a quirófano desde su llegada fue de menos de 24 horas con un 69.5%, de 24 a 48 horas 28.2% y solo del 2.17% tardaron más de 48 horas en recibir su tratamiento.

La tríada clásica de la apendicitis, también conocida como la tríada de Murphy, es un conjunto de síntomas que se presentan comúnmente en casos de apendicitis aguda. Esta tríada incluye:

Dolor abdominal: Inicialmente, el dolor se localiza en la región epigástrica o periumbilical y luego migra hacia la fosa ilíaca derecha. Este dolor es a menudo descrito como agudo y constante, con una intensidad que aumenta progresivamente

Náuseas y vómitos: Estos síntomas suelen aparecer después del inicio del dolor abdominal. La presencia de náuseas y vómitos puede ser significativa en el diagnóstico

Fiebre: Aunque no siempre está presente, la fiebre leve (febrícula) puede acompañar a los otros síntomas y es un indicativo de inflamación (28)

Se estudiaron los principales signos y síntomas con los que a nivel internacional se predice la posibilidad de padecer alguna patología quirúrgica, en nuestra población se

observa que la presencia en los pacientes con patología quirúrgica fue del 76.1% si y el 23.9 no la presentaron mostrando una relación 3:1.

El dolor en el cuadrante inferior derecho tomo gran significancia en los pacientes que ameritaron tratamiento quirúrgico con un 93.5% en contraste solo el 6.5% no lo presentó, y la migración del dolor de la región del epigastrio al flanco derecho estuvo presente en el 74% de ellos. El signo de Blumberg estuvo presente en el 74% de los pacientes que entrarón a quirófano.

La presencia de náuseas se muestra una mínima diferencia entre la población que presenta dolor abdominal, la cual se hace aún mayor en los pacientes quirúrgicos con una prevalencia del 91.5 contra 8.5% de los que no la presentaron y de estos pacientes casi un tercio de ellos llegaron a presentar vómito durante su estancia en el servicio de urgencias.

En un estudio realizado en nuestro país en el 2014 refiere que los resultados de laboratorio son fundamentales en el diagnóstico de la apendicitis aguda entre ellos podemos destacar la leucocitosis, neutrofilia, proteína C reactiva, velocidad de sedimentación.

Leucocitosis se reporta que entre el 62% y el 91% de los pacientes presentan leucocitosis, con un predominio de neutrófilos; la Neutrofilia: Un porcentaje elevado de neutrófilos (por encima del 75%) se asocia frecuentemente con apendicitis

Los laboratorios que se consideraron con mayor relevancia y que se tienen disponibles en nuestro nosocomio fue la biometría hemática en la cuál se observo la presencia de leucocitosis estuvo presente en el 93.5% y la presencia de neutrofilia con el 86.9% y de esos se observó que en un 80.5% presenta leucocitosis a expensas de neutrofilia.

Entre los principales diagnósticos diferenciales se encuentra las infecciones de vías urinarias, siendo la presencia de nitritos y esterasa leucocitaria en el examen general de orina datos importantes para su diagnóstico dentro de nuestra población estudiada

vemos que los nitritos presentes en los 220 pacientes solo estuvo presente en el 9.1% y esterasa leucocitaria en el 11.4 %, por otro lado los nitritos no estuvieron presentes en ninguno de los pacientes que ameritan tratamiento quirúrgico y solo el 4.4% de los pacientes presentaron esterasa leucocitaria.

A pesar de que los criterios de la escala PAS se encontraban referidos en los expedientes, con un importante porcentaje de estos siendo positivos, no se encontró un puntaje establecido por cada paciente y debido a que todos los criterios se pueden calcular con los recursos de nuestra Clínica Hospital, sería de gran utilidad contar con un formato anexo con la escala PAS en todos los pacientes que ingresan al servicio de urgencias con dolor abdominal.

Se excluyeron las variables de ultrasonido y rayos X de abdomen, ya que no se cuenta con un programa donde se puedan volver a consultar dichos estudios de gabinete por lo que al momento de recolección de datos ya no era significativo la presencia o no del estudio.

Este estudio puede servir como referencia a muchas otras investigaciones con temas que se abordarán pero que no se profundizaron como conocer la razón de la estacionalidad de nuestra población, conocer en que fase de evolución se encontraban las apendices extirpadas, así como conocer la principal causa de apendicitis en nuestra población y su reporte de patología.

IX. CONCLUSIONES

La prevalencia del abdomen quirúrgico agudo, particularmente debido a la apendicitis, es notablemente alta en pediatría. La identificación temprana y precisa es crucial para reducir complicaciones graves. La educación continua sobre los signos y síntomas del abdomen agudo es esencial para los profesionales de salud que atienden a esta población vulnerable.

Se determinó que la prevalencia del abdomen quirúrgico en pacientes pediátricos que acudieron con dolor abdominal al servicio de urgencias de la Clínica Hospital Dr. Rafael Barba Ocampo entre el periodo del 01 de marzo de 2021 al 31 de marzo de 2022

fue del 20.9 %; Al compararla bibliografía nacional, en nuestro país, la apendicitis aguda representa el 10% de los casos de dolor abdominal valorados en el servicio de urgencias, se observa que es mayor al duplicarse en porcentaje de los reportado.

Cabe mencionar que no se cuenta con cirujano pediátra en nuestra unidad, muchas de las patologías quirúrgicas fueron referidas a otra institución, por lo que la apendicitis fue la única patología que tuvo resolución en nuestro nosocomio.

X. REFERENCIAS

1. Errázuriz F, Corona E. Dolor abdominal de origen orgánico en niños y adolescentes. Revista Médica Clínica Las Condes. 2011;22:168-75.
2. Lawrence AE, Ervin E, Sebastião YV, Hewitt G, Minneci PC, Deans KJ. Emergency Department Evaluation of Abdominal Pain in Female Adolescents. Journal of pediatric and adolescent gynecology. 2021;34(5):649-55.
3. Iyer R, Nallasamy KJTIJoP. Child with abdominal pain. 2018;85:71-6.
4. Robinot DC, de Rojas CL, Pascual EAJR. Urgencias abdominales en pediatría. 2016;58:80-91.

5. Lee WH, O'Brien S, Skarin D, Cheek JA, Deitch J, Nataraja R, et al. Pediatric abdominal pain in children presenting to the emergency department. 2021;37(12):593-8.
6. Young VB. Effective management of pain and anxiety for the pediatric patient in the emergency department. 2017;29(2):205-16.
7. Pérez-Cajaraville J, Abejón D, Ortiz J, Pérez JJRdlSEdD. El dolor y su tratamiento a través de la historia. 2005;12(6):373-84.
8. Llanos OJRcdc. Del cólico miserere a la apendicectomía laparoscópica. 2014;66(4):375-80.
9. Toshihiko M, Masahiro Y, Susumu T, Akira F, Osamu N, Kunihiro S, et al. The Practice Guidelines for Primary Care of Acute Abdomen 2015. 2016;17(1):5-52.
10. Díaz M. Dolor abdominal agudo. Anales de Pediatría Continuada. 2009;7:326–32.
11. Boybeyi-Turer O, Ozsurekci Y, Gurlevik SL, Oygur PD, Soyer T, Tanyel FCJST. Management of acute abdomen during the active disease course of COVID-19 and multisystem inflammatory syndrome in children. 2022;52(9):1313-9.
12. Xu X, Ye JJCM, Imaging M. [Retracted] Clinical Value of Abdominal Ultrasonography in the Diagnosis of Acute Abdomen in Children. 2022;2022(1):2681543.
13. Mendoza-Rojas HJ, Valle Bayona JJJHM. Variación estacional de la apendicitis aguda. 2016;16(2):19-26.
14. Cornudella MP, Almiñana NP, Ruiz AD, Espuny XB, Monne MR, Mir ESJCP. Utilidad del Pediatric Appendicitis Score y la ecografía abdominal en el proceso diagnóstico de apendicitis aguda. 2019;32:128-34.
15. Raymond M, Marsicovetere P, DeShaney KJJ. Diagnosing and managing acute abdominal pain in children. 2022;35(1):16-20.
16. Helbling R, Conficconi E, Wytttenbach M, Benetti C, Simonetti GD, Bianchetti MG, et al. Acute nonspecific mesenteric lymphadenitis: more than “no need for surgery”. 2017;2017(1):9784565.

17. Hughes HK, Kahl L. Manual Harriet Lane de pediatría: Manual para residentes de pediatría: Elsevier Health Sciences; 2018.
18. Gaviria ÓJV. Pediadatos: tablas, fórmulas y valores normales de pediatría: Intersistemas; 2010.
19. Cadenas JAA, de la Torre Espí M. Diagnóstico y tratamiento del dolor abdominal agudo (abdomen agudo) en Urgencias [Internet]. Aeped.es. [cited 2024 Jun 22]. Available from: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/16_abdomen_agudo.pdf
20. Hughes H, Kahl L. Manual Harriet Lane de Pediatría. 21ra ed. Polonia. Elsevier, 2018
21. Velazquez O. Pediadatos. 4ta ed. Colombia. Health Book's. 2017
22. Téoule P, Laffolie J, Rolle U, Reissfelder C. Acute Appendicitis in Childhood and Adulthood. Dtsch Arztebl Int. 2020 Nov 6;117(45):764-774. doi: 10.3238/arztebl.2020.0764. PMID: 33533331; PMCID: PMC7898047.
23. Pepper VK. Diagnosis and Management of Pediatric appendicitis, intussusception, and Meckel diverticulum. Surg Clin N Am 2012;92:505-526.
24. Jangra B, Jangra MS, Rattan K N, Kadian YS. Seasonal and day of week variations in acute appendicitis in north Indian children. J Indian Assoc Pediatr Surg 2013;18:42-3
25. Oguntola AS, Adeoti ML, Oyemolade TA. Appendicitis: Trends in incidence, age, sex, and seasonal variations in South-Western Nigeria. Ann Afr Med 2010;9(4):213-7
26. Sulu B, Günerhan, Palanci Y, İşler B, Çağlayan K. Epidemiological and demographic features of appendicitis and influences of several environmental factors. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg 2010;16(1):38-42.
27. Tejada-Llacsá P, Melgarejo-García G. Incidencia de apendicitis aguda y su relación con factores ambientales, Perú, 2013. An Fac med. 2015;76(3):253.
28. Young P. La apendicitis y su historia. Revista médica de Chile [Internet]. 2014 May;142(5):667-72. Available from: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v142n5/art18.pdf>

XI. ANEXOS

AGE-SPECIFIC LEUKOCYTE DIFFERENTIAL

Age	Total Leukocytes ^a	Neutrophils ^b		Lymphocytes		Monocytes		Eosinophils	
	Mean (Range)	Mean (Range)	%	Mean (Range)	%	Mean	%	Mean	%
Birth	18.1 (9–30)	11 (6–26)	61	5.5 (2–11)	31	1.1	6	0.4	2
12 hr	22.8 (13–38)	15.5 (6–28)	68	5.5 (2–11)	24	1.2	5	0.5	2
24 hr	18.9 (9.4–34)	11.5 (5–21)	61	5.8 (2–11.5)	31	1.1	6	0.5	2
1 week	12.2 (5–21)	5.5 (1.5–10)	45	5.0 (2–17)	41	1.1	9	0.5	4
2 weeks	11.4 (5–20)	4.5 (1–9.5)	40	5.5 (2–17)	48	1.0	9	0.4	3
1 month	10.8 (5–19.5)	3.8 (1–8.5)	35	6.0 (2.5–16.5)	56	0.7	7	0.3	3
6 months	11.9 (6–17.5)	3.8 (1–8.5)	32	7.3 (4–13.5)	61	0.6	5	0.3	3
1 year	11.4 (6–17.5)	3.5 (1.5–8.5)	31	7.0 (4–10.5)	61	0.6	5	0.3	3
2 years	10.6 (6–17)	3.5 (1.5–8.5)	33	6.3 (3–9.5)	59	0.5	5	0.3	3
4 years	9.1 (5.5–15.5)	3.8 (1.5–8.5)	42	4.5 (2–8)	50	0.5	5	0.3	3
6 years	8.5 (5–14.5)	4.3 (1.5–8)	51	3.5 (1.5–7)	42	0.4	5	0.2	3
8 years	8.3 (4.5–13.5)	4.4 (1.5–8)	53	3.3 (1.5–6.8)	39	0.4	4	0.2	2
10 years	8.1 (4.5–13.5)	4.4 (1.5–8.5)	54	3.1 (1.5–6.5)	38	0.4	4	0.2	2
16 years	7.8 (4.5–13.0)	4.4 (1.8–8)	57	2.8 (1.2–5.2)	35	0.4	5	0.2	3
21 years	7.4 (4.5–11.0)	4.4 (1.8–7.7)	59	2.5 (1–4.8)	34	0.3	4	0.2	3

Anexo 1. Percentiles para la edad de la serie blanca

Num						
Cédula						
Edad						

Dx Egreso						
Qx						
Días de estancia						
Sexo						
Leucocitosis						
Neutrofilia						
Esterasa Lecocitaria						
Nitritos						
Nauseas						
Vómitos						
Migración del dolor						
Anorexia						
Dolor CID						
Fiebre						
Blumberg						
Evacuaciones en mermelada de grosella						
Dolor en hipocondrio derecho						

Anexo 2. Tabla de recolección de datos



GOBIERNO DE
MÉXICO



ISSSTE

INSTITUTO DE SEGURIDAD
SOCIAL DEL ESTADO DE MORELOS
CARRILLO DE LA LAGUNA

H. H. Cuautla, Morelos, a 28 de septiembre 2023

Asunto: Solicitud de expedientes clínicos para elaboración de tesis.

DRA ANTONIA HERNÁNDEZ ALVARADO
DIRECTORA MÉDICA
DR. ANDRÉS LÓPEZ CARRILLO
COORDINADOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
LIC. VICENTE FUENTES LAGUNA
JEFE DE ARCHIVO

Presente

Por medio de la presente solicito a usted el permiso para la obtención de expedientes clínicos de los pacientes que ingresan al servicio de Urgencias Pediatría esto con el objetivo de realizar la tesis la cual llevará el nombre: **"Prevalencia de abdomen quirúrgico en pacientes con dolor abdominal en el servicio de urgencias de la clínica hospital Dr. Rafael Barba Ocampo en pacientes pediátricos de 1 marzo 2021 al 31 marzo 2023"**, el cual ya se encuentra aprobado por el Comité de Ética e Investigación del H.A.E. Centenario de la Revolución Mexicana con número de folio 08 esto con el fin de obtener el grado de Especialista en Pediatría Médica.

Sin más por el momento me despido enviando un cordial saludo.

Atentamente

Miriam Flores García
Residente de tercer año Pediatría Médica



Handwritten signature and date: 04 OCT 2023

Anexo 3. Solicitud de expedientes clínicos



GOBIERNO DE
MÉXICO



NUEVO
ISSSTE
INSTITUTO DE SEGURIDAD
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO

HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD
"CENTENARIO DE LA REVOLUCION MEXICANA"
DIRECCION
Coordinación de Enseñanza e Investigación
Jefatura de Investigación

Emiliano Zapata, Morelos. a 08 de junio de 2023.

Asunto: Dictamen del Comité de Investigación.

DRA. MIRIAM FLORES GARCÍA

Investigadora principal

Le informamos que el proyecto con título: **"Prevalencia de abdomen quirúrgico en pacientes con dolor abdominal en el servicio de urgencias de la clínica hospital Dr. Rafael Barba Ocampo en pacientes pediátricos de 1 marzo 2021 al 31 marzo 2023"**, ha sido evaluado por el Comité de Ética en Investigación y las opiniones acerca de los documentos presentados se encuentran a continuación:

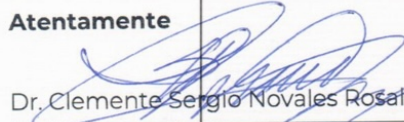
Código asignado por el Comité de Ética en Investigación: 8/2023

	Nº / Fecha / Versión	Dictamen
PROTOCOLO	08/08-JUNIO- 2023/02	Aprobado
CONSENTIMIENTO INFORMADO	No aplica	No aplica

La vigencia de este proyecto de investigación es: **01 julio 2023 a 01 julio 2024**. En caso de requerir una ampliación, tenga en cuenta que deberá enviar al Comité un reporte del progreso del proyecto al menos 30 días antes de la fecha del término de la vigencia; lo anterior forma parte de las obligaciones del investigador principal. Así mismo a los seis meses posteriores al inicio de la investigación, deberá entregar un informe que contenga la descripción de resultados preliminares y un informe final al término de la misma.

Sin otro particular, quedo atenta para aclarar dudas.

Atentamente


Dr. Clemente Sergio Novales Rosales

Presidente del Comité de Investigación

ccp. DSP. Veronica Andrade Almaraz. Secretaria comité de Ética en Investigación. Seguimiento

Av. Universidad 40, Col. Palo Escrito, C.P. 62760, Municipio de Emiliano Zapata, Morelos.
Tel.: (01 777) 1011 400 Ext. 40228, veronica.andrade@issste.gob.mx



2023
BICENTENARIO
FRANCISCO
VILLA
100 AÑOS DE LA REVOLUCION MEXICANA



GOBIERNO DE
MÉXICO



NUEVO
ISSSTE
INSTITUTO DE SEGURIDAD
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO

HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD
"CENTENARIO DE LA REVOLUCION MEXICANA"
DIRECCION
Coordinación de Enseñanza e Investigación
Jefatura de Investigación

Acta de Sesión Ordinaria Comité de Investigación

Lugar de celebración: Aula 2
Fecha: 08 de junio 2023
Hora de inicio de la sesión: 08:00 hrs
Hora de cierre de la sesión: 08:52 hrs

I. Evaluación de proyecto

Título del proyecto: **"Prevalencia de abdomen quirúrgico en pacientes con dolor abdominal en el servicio de urgencias de la clínica hospital Dr. Rafael Barba Ocampo en pacientes pediátricos de 1 marzo 2021 al 31 marzo 2023"**.

Investigador principal: Dra. Miriam Flores García.

Documentos revisados: Protocolo Desarrollado

Discusiones relevantes/Propuestas:

A) Sin modificaciones

Otros documentos en revisión.

II. Acuerdos tomados en sesión.

Los integrantes del Comité de investigación establecen por consenso **Dictamen Aprobado.**

Acta preparada por: SSP Verónica Andrade Almaraz
Vocal secretaria

La Secretaria Técnica del Comité de Investigación confirma que la presente acta ha sido sometida a la consideración del Comité, y que los miembros han dado su conformidad a su redacción.

Av. Universidad 40, Col. Palo Escrito, C.P. 62760, Municipio de Emiliano Zapata, Morelos
Tel.: (01 777) 1011 400 Ext. 40228, veronica.andrade@issste.gob.mx



Anexo 4. Aprobación del protocolo por el Comité de Investigación. Hospital Centenario de la Revolución Mexicana



GOBIERNO DE
MÉXICO



ISSSTE
INSTITUTO DE SEGURIDAD
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO

HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD
"CENTENARIO DE LA REVOLUCION MEXICANA"
DIRECCION

Coordinación de Enseñanza e Investigación
Jefatura de Investigación

Oficio 043.230.7.C.E.I. .2023

Emiliano Zapata, Morelos. a 06 de junio de 2023.

Asunto: Dictamen del Comité de Ética en Investigación.

DRA. MIRIAM FLORES GARCÍA

Investigadora principal

Le informamos que el proyecto con título: **"Prevalencia de abdomen quirúrgico en pacientes con dolor abdominal en el servicio de urgencias de la clínica hospital Dr. Rafael Barba Ocampo en pacientes pediátricos de 1 marzo 2021 al 31 marzo 2023"**, ha sido evaluado por el Comité de Ética en Investigación y las opiniones acerca de los documentos presentados se encuentran a continuación:

Código asignado por el Comité de Ética en Investigación: 8/2023

	Nº / Fecha / Versión	Dictamen
PROTOCOLO	08/06-JUNIO- 2023/02	Aprobado
CONSENTIMIENTO INFORMADO	No aplica	No aplica

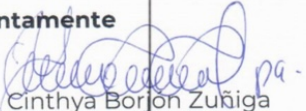
Se adjunta el acta en el cual se describen las observaciones menores al proyecto. Así mismo, me permito mencionar que cuenta con un periodo de diez días hábiles a partir de la fecha de recepción del acta, para entregar las modificaciones descritas al proyecto.

La vigencia de este proyecto de investigación es: **01 julio 2023 a 01 julio 2024**. En caso de requerir una ampliación, tenga en cuenta que deberá enviar al Comité un reporte del progreso del proyecto al menos 30 días antes de la fecha del término de la vigencia; lo anterior forma parte de las obligaciones del investigador principal.

Así mismo a los seis meses posteriores al inicio de la investigación, deberá entregar un informe que contenga la descripción de resultados preliminares y un informe final al término de la misma.

Sin otro particular, quedo atenta para aclarar dudas.

Atentamente


Dra. Cinthya Borjón Zuñiga

Presidenta del Comité

CONBIOETICA-17-CEI-002-20190225

ccp. DSP. Veronica Andrade Almaraz. Secretaria comité de Ética en Investigación. Seguimiento

Av. Universidad 40, Col. Palo Escrito, C.P. 62760, Municipio de Emiliano Zapata, Morelos
Tel.: (01 777) 1011 400 Ext. 40228, veronica.andrade@issste.gob.mx





GOBIERNO DE
MÉXICO



ISSSTE
INSTITUTO DE SEGURIDAD
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO

HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD
"CENTENARIO DE LA REVOLUCION MEXICANA"
DIRECCION

Coordinación de Enseñanza e Investigación
Jefatura de Investigación

**Acta de Sesión Ordinaria
Comité de Ética en Investigación**

Lugar de celebración: Sesión virtual: : <https://meet.google.com/hzu-eots-uzf>
Fecha: 06 de junio 2023
Hora de inicio de la sesión: 05:00 hrs
Hora de cierre de la sesión: 05:42 hrs

I. Evaluación de proyecto

Título del proyecto: **"Prevalencia de abdomen quirúrgico en pacientes con dolor abdominal en el servicio de urgencias de la clínica hospital Dr. Rafael Barba Ocampo en pacientes pediátricos de 1 marzo 2021 al 31 marzo 2023"**.

Investigador principal: Dra. Miriam Flores García.

Documentos revisados: Protocolo Desarrollado

Discusiones relevantes/Propuestas:

A) Sin modificaciones

Otros documentos en revisión.

III. Consentimiento informado:

Discusiones relevantes/Propuestas:

a) no aplica

IV. Acuerdos tomados en sesión.

Los integrantes del Comité de Ética en investigación establecen por consenso
Dictamen Aprobado.

Acta preparada por: DSP Verónica Andrade Almaraz
Vocal secretaria

La Secretaria Técnica del Comité de Ética en Investigación confirma que la presente acta ha sido sometida a la consideración del Comité, y que los miembros han dado su conformidad a su redacción.

Av. Universidad 40, Col. Palo Escrito, C.P. 62760, Municipio de Emiliano Zapata, Morelos
Tel.: (01 777) 1011 400 Ext. 40228, veronica.andrade@issste.gob.mx



Anexo 5. Aprobación del protocolo por el Comité de Ética. Hospital Centenario de la Revolución Mexicana

Anexo 6. ABREVIATURAS DE EMPLEO COMÚN EN ESPAÑOL

A	Amperio	etc.	etcétera
Á	Angström	EV	electronvoltio
a. C.	antes de Cristo	Estr.	estratigrafía
a.l.	años luz	F	faradio
Ac.	Acústica	°F	grado Fahrenheit
Aeron.	Aeronáutica	f.c.e.m.	fuerza contra-electromotriz
Agr.	Agricultura	f.e.m.	fuerza electromotriz
Álg.	Álgebra	Farmacol.	farmacología
An.mat	análisis matemático	fig.	figura
Anat.	Anatomía	Fís. gral.	física general
Anat.comp.	Anatomía comparada	Fisiol.	fisiología
Antr.	antropología	Fisiol. an.	fisiología animal
Arit.	aritmética	Fisiol.gral.	fisiología general
Arm.	armamento	Fisiol. veg.	fisiología vegetal
Arq.	arquitectura	Fitosoc.	fitosociología
Art.gr.	artes gráficas	Fot.	fotografía
Art. y of.	artes y oficios	G	gramo
Astr.	astronomía	Genét.	genética
Astron.	astronáutica	Geod.	geodinámica
Atm.	atmósfera	Geof.	geofísica
Atom.	atomística	Geogr.	geografía
Biol. gral.	biología general	Geol.gral.	geología general
Bioq.	bioquímica	Geol.hist.	geología histórica
Bot.des.	botánica descriptiva	Geom.	geometría
Bot. sist.	botánica sistemática	Geoq.	geoquímica
Brom.	bromatología	GeV	gigaelectronvoltio

C	centígrado (s)	Chz	gigahertz
o _c	grado centígrado	H	hora
c.a.	corriente alterna	Ha	hectárea
cal	caloría	Ha	hectárea (s)
Cal	kilocaloría	Hb	hemoglobina
c.d.g.	centro de gravedad	Histol.an.	histología animal
cg	centígramo	Histol.veg.	histología vegetal
Cin.	cinematografía	HP	caballo de fuerza
Cir.	cirugía	Hz	hertz
Citol.	citología	Ind.	industria
cl	centilitro	Ind. alim.	industria alimentaria
cm	centímetro	Ing. gral.	ingeniería general
Const.	construcción	J	joule (s)
Crist.	cristalografía	o _K	grado Kelvin
d. C.	después de Cristo	Kcal	kilocaloría
d.d.p.	Diferencia de potencial KeV		kiloelectronvoltio
Diag.	Diagnóstico	kg.	kilogramo
Dib.	Dibujo	KHz	kilohertz
E.	Este	Km	kilómetro
Ecol.	Ecología	km ²	kilómetro cuadrado
Edaf.	Edafología	km ³	kilómetro cúbico
Electrón.	Electrónica	Kp	kilopondio
Electrot.	Electrotecnia	Kpm	kilopondímetro
Embriol.	Embriología	Kw	kilowatio
Entom.	entomología	Kwh	kilowatio hora
Est.	estadística	L	litro
lat.	latitud	Pat.	patología
Ln	logaritmo neperiano	Pat. veg.	patología vegetal
log	logaritmo base 10	Petr.	petrografía

loga	logaritmo base a	Petroq.	petroquímica
mw	miliwatio	Ppm	partes por millón
Mw	megawatio	Protoz.	protozoología
m□	Milimicra	Psic.	psicología
N.	Norte	Psiq.	psiquiatría
n.a.	Número atómico	Qm	quintal métrico
NE.	Nordeste	Quím.an.	química analítica
ng	nanogramo (s)	Quím.apl.	química aplicada
m	metro	Quím.fis.	química física
m ²	metro cuadrado	Quím.gral.	química general
m ³	metro cúbico	Quím.inorg.	química inorgánica
MA	megaamperio	Quím.org.	química orgánica
Mar.	marina	r.p.m.	revoluciones por minuto
Mastoz.	mastozoología	r.p.s.	revoluciones por segundo
mb	milibar	S.	Sur
Mcal	megacaloría (s)	SE.	Sudeste
Mec.	mecánica	Seg	segundo
Mec.apl.	mecánica aplicada	SO.	Sudoeste
Met.	metalurgia	Tecnol.	tecnología
Meteor.	meteorología	Tect.	tectónica
Metrol.	metrología	Terap.	terapéutica
MeV	megaelectrovoltio	Termol.	termología
mg	miligramo	Tm	tonelada métrica
MHz	megahertz	TND	total de nutrientes digestibles
Microb.	microbiología	Top.	topografía y geodesia
min.	minuto	Torr	torricelli (mmHg)
Min.	minería	Trig.	trigonometría
MJ	megajoule (s)	UI	unidades internacionales

ml	mililitro (s)	V	voltio
mm	milímetro	Vet.	veterinaria
Morf.veg.	morfología vegetal	vol.	volumen
msnm	metros sobre el nivel del mar	Vs	versus
mV	milivoltio	W	watio
MV	megavoltio	Zool.gral.	zoología general
n.m.	número de masa	μ	micra
NO.	Noroeste	μg	microgramo (s)
Un	nanomicra	μm	micrómetro (s) (micras(s))
O.	Oeste	μl	microlitro (s)
Ocean.	oceanografía		
Ópt.	óptica	o “ ‘ ” , ,	grados, minutos y segundos de arco
p	página	%	tanto por ciento
pp	páginas	‰	tanto por mil
p.a.	peso atómico		
p.e.	peso específico		
p.eb.	punto de ebullición		
p. ej.	por ejemplo		
p.f.	punto de fusión		
p.mol.	peso molecular		
Paleont.	paleontología		
Parasit.	parasitología		



Cuernavaca, Morelos a 29 de Noviembre del 2024.

Dr. Lorenzo Díaz Carrillo
Director de la Facultad de Medicina
P r e s e n t e:

Estimado Dr. Díaz, por este conducto me permito informarle que he revisado el trabajo de Tesina **“PREVALENCIA DEL ABDOMEN QUIRÚRGICO EN PACIENTE CON DOLOR ABDOMINAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE LA CLINICA HOSPITAL DR. RAFAEL BARBA OCAMPO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS DEL 1 DE MARZO 2021 AL 31 MARZO 2023”**, que para obtener el diploma de Especialidad en Pediatría Medica me proporciono la alumna Miriam Flores García. Le comunico que su contenido es adecuado y suficiente, por lo que de acuerdo al artículo 74 del Reglamento de Posgrado de la UAEM le otorgo:

Dictamen I se aprueba el trabajo de tesina tal como se presenta.

Así mismo, le agradezco la invitación a participar en este programa educativo, reiterando además mi disposición para seguir colaborando en este tipo de actividades. Sin otro particular por el momento, reciba un cordial saludo.

A T E N T A M E N T E

Dr. Rodolfo Abarca Vargas





UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS

Se expide el presente documento firmado electrónicamente de conformidad con el ACUERDO GENERAL PARA LA CONTINUIDAD DEL FUNCIONAMIENTO DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS DURANTE LA EMERGENCIA SANITARIA PROVOCADA POR EL VIRUS SARS-COV2 (COVID-19) emitido el 27 de abril del 2020.

El presente documento cuenta con la firma electrónica UAEM del funcionario universitario competente, amparada por un certificado vigente a la fecha de su elaboración y es válido de conformidad con los LINEAMIENTOS EN MATERIA DE FIRMA ELECTRÓNICA PARA LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ESTADO DE MORELOS emitidos el 13 de noviembre del 2019 mediante circular No. 32.

Sello electrónico

RODOLFO ABARCA VARGAS | Fecha: 2024-11-30 16:20:32 | FIRMANTE

mMuoMecF9dUAndYoCAeCJWpEkeu6q4FlyX9BK8ZMXNPHDMmmSkPQ051PPzRLcgcO1StlpQnk8WnOIHGtJ6DwOpqS/PEntls6UISZ2HnT77rNI/1FkNeSyE7n0VNYJW8cK2i+zF7S4N8eiv+p49TtFUu5zAjRzYo/xNVT+TnXiDc/zTkQ5BP+BLJvJP5a6A5Rc3rVsKgX/GEedaJzAC4ARpFAZJo0fS8VXPJThJzxbVdJRqr8Hq8kDY+Cb44gnRoZNAaX/RDs0bYW/KoBh2RNNnx6Wdm1rOo4ZgfZszeNiztDWycZzbbxhjalEOX8GHoWJy1TggNgqZloAjeHIZuQ==

Puede verificar la autenticidad del documento en la siguiente dirección electrónica o
escaneando el código QR ingresando la siguiente clave:



qRa9vSC68

<https://efirma.uaem.mx/noRepudio/MwefNtBJetY7fBo4g9tLsxx5vM1unGMa>



UAEM
RECTORÍA
2023-2029



Cuernavaca, Morelos a 29 de Noviembre del 2024.

Dr. Lorenzo Díaz Carrillo
Director de la Facultad de Medicina
P r e s e n t e:

Estimado Dr. Díaz, por este conducto me permito informarle que he revisado el trabajo de Tesina **“PREVALENCIA DEL ABDOMEN QUIRÚRGICO EN PACIENTE CON DOLOR ABDOMINAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE LA CLINICA HOSPITAL DR. RAFAEL BARBA OCAMPO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS DEL 1 DE MARZO 2021 AL 31 MARZO 2023”**, que para obtener el diploma de Especialidad en Pediatría Medica me proporciono la alumna Miriam Flores García. Le comunico que su contenido es adecuado y suficiente, por lo que de acuerdo al artículo 74 del Reglamento de Posgrado de la UAEM le otorgo:

Dictamen I se aprueba el trabajo de tesina tal como se presenta.

Así mismo, le agradezco la invitación a participar en este programa educativo, reiterando además mi disposición para seguir colaborando en este tipo de actividades. Sin otro particular por el momento, reciba un cordial saludo.

A T E N T A M E N T E

Dra. Gabriela Castañeda Corral





UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS

Se expide el presente documento firmado electrónicamente de conformidad con el ACUERDO GENERAL PARA LA CONTINUIDAD DEL FUNCIONAMIENTO DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS DURANTE LA EMERGENCIA SANITARIA PROVOCADA POR EL VIRUS SARS-COV2 (COVID-19) emitido el 27 de abril del 2020.

El presente documento cuenta con la firma electrónica UAEM del funcionario universitario competente, amparada por un certificado vigente a la fecha de su elaboración y es válido de conformidad con los LINEAMIENTOS EN MATERIA DE FIRMA ELECTRÓNICA PARA LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ESTADO DE MORELOS emitidos el 13 de noviembre del 2019 mediante circular No. 32.

Sello electrónico

GABRIELA CASTAÑEDA CORRAL | Fecha:2024-11-29 16:50:30 | FIRMANTE

VNkwJuhrHqUXwophqYZ2xiEP0A5agJ0mCLd8H2o7E6OKXfHLRYp9r+tTSV47wkwg36MATcDVt9mtVbgQ10/rFo8rTo/pzqfJo3Vj9u6AfPago1QxcDblxq86OVeeeX0gSLX5nhDF0Pa3UhVAXsLwMMFdFpDz0qMQJukP2hZm+H2kSBvANRo6NoFI4Gkp07jyZyOZfAy+ibYUeczbrzfvXF5FSP+GwX/jOpXkJPvVZ7oYveqsOBO2V3HtOAimYXbvl98WLeuKTITH4ijSiLg8xKwBRwgrleogU3w8FaAE4DhT1W4UgAGxuh9eqWRiklacAXGS11xzIX9SzkFkzQ2UQ==

Puede verificar la autenticidad del documento en la siguiente dirección electrónica o
escaneando el código QR ingresando la siguiente clave:



fJA9xwyG7

<https://efirma.uaem.mx/noRepudio/3ngWzerz7FbOvHhedS3q2lMpKqMGhpVI>



UAEM
RECTORÍA
2023-2029



Cuernavaca, Morelos a 29 de Noviembre del 2024.

Dr. Lorenzo Díaz Carrillo
Director de la Facultad de Medicina
P r e s e n t e:

Estimado Dr. Díaz, por este conducto me permito informarle que he revisado el trabajo de Tesina **“PREVALENCIA DEL ABDOMEN QUIRÚRGICO EN PACIENTE CON DOLOR ABDOMINAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE LA CLINICA HOSPITAL DR. RAFAEL BARBA OCAMPO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS DEL 1 DE MARZO 2021 AL 31 MARZO 2023”**, que para obtener el diploma de Especialidad en Pediatría Medica me proporciono la alumna Miriam Flores García. Le comunico que su contenido es adecuado y suficiente, por lo que de acuerdo al artículo 74 del Reglamento de Posgrado de la UAEM le otorgo:

Dictamen I se aprueba el trabajo de tesina tal como se presenta.

Así mismo, le agradezco la invitación a participar en este programa educativo, reiterando además mi disposición para seguir colaborando en este tipo de actividades. Sin otro particular por el momento, reciba un cordial saludo.

A T E N T A M E N T E

DCS. José Iván Martínez Rivera





UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS

Se expide el presente documento con firma electrónica UAEM, soportada por el certificado vigente a la fecha de su elaboración y con efectos plenos de conformidad con los LINEAMIENTOS EN MATERIA DE FIRMA ELECTRÓNICA PARA LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS PUBLICADOS en el ÓRGANO INFORMATIVO UNIVERSITARIO "ADOLFO MENÉNDEZ SAMARÁ" número 117 de fecha 20 de abril de 2021.

Sello electrónico

JOSE IVAN MARTINEZ RIVERA | Fecha:2024-12-09 08:00:55 | FIRMANTE

BC0f7RsehbaCyyK13Y4voEK+Db8viMQMBB7n0iETzsH3auRsoQCuScySdyUvE2v+jT0/1MVkz7cv+RKWpbxpmNOPn1rz0gtRPOfDv092dszdxewlvVQ1xGnCTj9Ep41jGqQAuRY
LG77gfD7A4Gdk0zKiJTC7AMZMBBoRLn5seuZtxImk7BJqtNxLCpGE4vP9a4vQtybME5dAVctBb6+9+6iG055styp6KhARNsG8BBBoGL+w4pfeToWYyoA2VpeSlqZDXuo952KMVVkgf
x440JsSZSmSTwuhIz/dkZMC4XHn9uvFK7zFdWzoWNR0238jWXtZ52jErAVIkBxaRIYX3NRuA==

Puede verificar la autenticidad del documento en la siguiente dirección electrónica o
escaneando el código QR ingresando la siguiente clave:



Ngf0bws9n

<https://efirma.uaem.mx/noRepudio/oEZIJ6T8lQnZss2W3rSwAcStqZGnGGGT>



UAEM
RECTORÍA
2023-2029



Cuernavaca, Morelos a 09 de Julio del 2024.

Dr. Lorenzo Díaz Carrillo
Director de la Facultad de Medicina
P r e s e n t e:

Estimado Dr. Díaz, por este conducto me permito informarle que he revisado el trabajo de Tesina **“PREVALENCIA DEL ABDOMEN QUIRÚRGICO EN PACIENTE CON DOLOR ABDOMINAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE LA CLINICA HOSPITAL DR. RAFAEL BARBA OCAMPO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS DEL 1 DE MARZO 2021 AL 31 MARZO 2023”**, que para obtener el diploma de Especialidad en Pediatría Medica me proporciono la alumna Miriam Flores García. Le comunico que su contenido es adecuado y suficiente, por lo que de acuerdo al artículo 74 del Reglamento de Posgrado de la UAEM le otorgo:

Dictamen I se aprueba el trabajo de tesina tal como se presenta.

Así mismo, le agradezco la invitación a participar en este programa educativo, reiterando además mi disposición para seguir colaborando en este tipo de actividades. Sin otro particular por el momento, reciba un cordial saludo.

A T E N T A M E N T E

Dr. Efrén Sánchez Cortes





UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS

Se expide el presente documento firmado electrónicamente de conformidad con el ACUERDO GENERAL PARA LA CONTINUIDAD DEL FUNCIONAMIENTO DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS DURANTE LA EMERGENCIA SANITARIA PROVOCADA POR EL VIRUS SARS-COV2 (COVID-19) emitido el 27 de abril del 2020.

El presente documento cuenta con la firma electrónica UAEM del funcionario universitario competente, amparada por un certificado vigente a la fecha de su elaboración y es válido de conformidad con los LINEAMIENTOS EN MATERIA DE FIRMA ELECTRÓNICA PARA LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ESTADO DE MORELOS emitidos el 13 de noviembre del 2019 mediante circular No. 32.

Sello electrónico

EFREN SANCHEZ CORTES | Fecha:2024-08-27 19:36:31 | FIRMANTE

WkS+QLc2ENNifa1sjbtA2Dt37v79yvDa8OpHeuXRxcg1E/PiUSWnzXsA+S0zYxnDOd3s3lt1cYnXJU1HdeAi5/LCCpuBV+x8Wj0YDlqzICsldZ7di/T11fEkfEPqCIN74Dfskfred08g+TBFhGgX4NiEC4qRPX3Ljs/9Rd2ZSwwLYXhzFYlyA+EoLS0APf42mqOpUuZhA5xS5cKHVdezxcZwYDAVNTIQ656K0Uf00qKwWO4G6LZ5r4xu0WptRRzFwziL4E+nZq1ICpL0IGLzuHums7yMm1H23509ISGDg17TS3m299AxO6KQ30hCIOYa1sAm/11ACUTIIWCKBkhg==

Puede verificar la autenticidad del documento en la siguiente dirección electrónica o
escaneando el código QR ingresando la siguiente clave:



5JEf96b0e

<https://efirma.uaem.mx/noRepudio/fjXlsy0IMUT6ohPoMHotThclmKeiLuGRe>



UAEM
RECTORÍA
2023-2029



Cuernavaca, Morelos a 12 de Julio del 2024.

Dr. Lorenzo Díaz Carrillo
Director de la Facultad de Medicina
P r e s e n t e:

Estimado Dr. Díaz, por este conducto me permito informarle que he revisado el trabajo de Tesina **“PREVALENCIA DEL ABDOMEN QUIRÚRGICO EN PACIENTE CON DOLOR ABDOMINAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE LA CLINICA HOSPITAL DR. RAFAEL BARBA OCAMPO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS DEL 1 DE MARZO 2021 AL 31 MARZO 2023”**, que para obtener el diploma de Especialidad en Pediatría Medica me proporciono la alumna Miriam Flores García. Le comunico que su contenido es adecuado y suficiente, por lo que de acuerdo al artículo 74 del Reglamento de Posgrado de la UAEM le otorgo:

Dictamen I se aprueba el trabajo de tesina tal como se presenta.

Así mismo, le agradezco la invitación a participar en este programa educativo, reiterando además mi disposición para seguir colaborando en este tipo de actividades. Sin otro particular por el momento, reciba un cordial saludo.

A T E N T A M E N T E

Dr. Omar Beltrán Galindo





UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS

Se expide el presente documento firmado electrónicamente de conformidad con el ACUERDO GENERAL PARA LA CONTINUIDAD DEL FUNCIONAMIENTO DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS DURANTE LA EMERGENCIA SANITARIA PROVOCADA POR EL VIRUS SARS-COV2 (COVID-19) emitido el 27 de abril del 2020.

El presente documento cuenta con la firma electrónica UAEM del funcionario universitario competente, amparada por un certificado vigente a la fecha de su elaboración y es válido de conformidad con los LINEAMIENTOS EN MATERIA DE FIRMA ELECTRÓNICA PARA LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ESTADO DE MORELOS emitidos el 13 de noviembre del 2019 mediante circular No. 32.

Sello electrónico

OMAR BELTRAN GALINDO | Fecha:2024-07-12 13:18:33 | FIRMANTE

Nx0frgYeBDPKtuol8l+OW7cVXYhS13P7rk78/Csd4Oa9yLesYbvnOBKb4F6aCOMIh/yI4Wu0cuzjDS61dQpDVHptYZpFxFLwKDfbHf77vjP7f4L35cMDrSU23UBPkBpU8Jcen1EDbHRnRteMmUKky3CRzapqLlhU1m4H5mu9QtnJ5P6Hks3kSfu9/Dx0Z+1/qS2JDBRW/Cs5Mmo6iE99Zh/+qODfmZA1xeBPu1Mcg6qU/OwvF05jvV4D6xlQQO7U3b9XC9Y716mmSkS7W0dhUp2/1IJNgSHzXT1QinWyKqcxBMemxm4VdnuFFMdC8eP5JdGGrBk9EkYzAcxxTvvKg==

Puede verificar la autenticidad del documento en la siguiente dirección electrónica o
escaneando el código QR ingresando la siguiente clave:



v3tOJ4d6Z

<https://efirma.uaem.mx/noRepudio/KL3woJ2hAJXg0opoexL2Ghr8lgTq02O7>



UAEM
RECTORÍA
2023-2029