



11237
185
3-j-

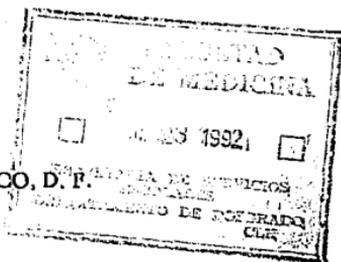
HOSPITAL INFANTIL PRIVADO

AFILIADO A LA DIVISION DE ESTUDIOS DE
POSGRADO DE LA FACULTAD DE
MEDICINA DE LA U. N. A. M.

**INCIDENCIA DE ABDOMEN AGUDO
EN EL
HOSPITAL INFANTIL PRIVADO**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**TESIS Y TRABAJO DE INVESTIGACION CLINICA
PARA OBTENER EL TITULO DE
PEDIATRIA MEDICA
P R E S E N T A
HUMBERTO SOTRES HERNANDEZ**



MEXICO, D. F.

1992



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE	Pag.
INTRODUCCION	1
SINDROME INFECCIOSO	5
SINDROME OCLUSIVO	9
SINDROME TRAUMATICO	11
CAUSAS PARASITARIAS	12
OBJETIVOS	16
MATERIAL Y METODOS	16
RESULTADOS	18
APENDICITIS	18
INVAGINACION INTESTINAL	26
GASTROENTERITIS	30
CONCLUSIONES	34

INCIDENCIA DE ABDOMEN AGUDO
EN EL HOSPITAL INFANTIL PRIVADO

INTRODUCCION

El dolor es la manifestación inicial y más importante del síndrome abdominal agudo, siendo en la gran mayoría el motivo de la consulta. El dolor abdominal en el niño, es un síntoma de difícil evaluación y va a depender primordialmente de la edad del paciente. La respuesta del niño según su edad es diferente y obedece a diferentes tipos de problemas.

La identificación del conjunto extraordinario de factores, que afectan al niño que será operado, hacen que se reconozca el hecho - que no hay un solo "pequeñín estandar" que pueda ser tratado por - medio de fórmulas fijas o reglas empíricas inmutables. Cada paciente es un organismo singular, que esta cambiando constantemente y - que se expresa de diferente manera. El pediatra y el cirujano pediatra que atienden a un niño enfermo, debe contar con un sistema o enfoque que permita flexibilidad o individualización. En cada - paciente debe hacerse un plan particular, pues no hay dos niños iguales. Existen algunos ingredientes especiales de dicho sistema; en primer lugar, el cirujano necesita conocer a fondo los factores que afectan a su paciente quirúrgico. En segundo lugar, es necesario contar con técnicas que puedan utilizarse para evaluar el estado global del niño. De éste modo el empleo de los conocimientos - de la fisiología quirúrgica y los datos obtenidos de las técnicas de evaluación, el pediatra y el cirujano pediatra, formularán un - plan terapéutico tentativo, para poner en marcha durante un lapso específico. Durante dicho periodo se vigilarán interrumpidamente las reacciones del niño al tratamiento, por lo regular por las mismas técnicas empleadas para hacer la evaluación inicial. El análisis de la información recabada de la vigilancia de los signos vita

les y de otro tipo, permite reevaluar el plan terapéutico. De és te modo, podrán hacerse cambios y llevar a la práctica el plan re- visado. La vigilancia y los reajustes se hacen de manera ininte- rrumpida para cubrir las necesidades cambiantes del paciente.

Es básico valorar los siguientes aspectos:

- 1.- Historia clínica (evolución, posibles factores desencadenantes, posible etiología, estado nutricional, etc.)
- 2.- Exploración física cuidadosa y repetida, ya que los hallazgos clínicos pueden tener en horas. La fascies, las característi- cas del abdomen, la coloración, la consistencia la peristalsis, etc.
- 3.- Evolución del problema, después del manejo adecuado (pareciera que se esta repitiendo, sin embargo la evaluación del paciente debe ser cronológica y continua).
- 4.- Valoración simultánea con exámenes de laboratorio y gabinete - en forma seriada cuando esta indicado, especialmente citología hemática y radiografías de abdomen sin olvidar algunos otros que ocasionalmente puedan ayudar; electrolitos séricos y deter~~mi~~ minaciones de urea, creatinina y densidad urinaria.

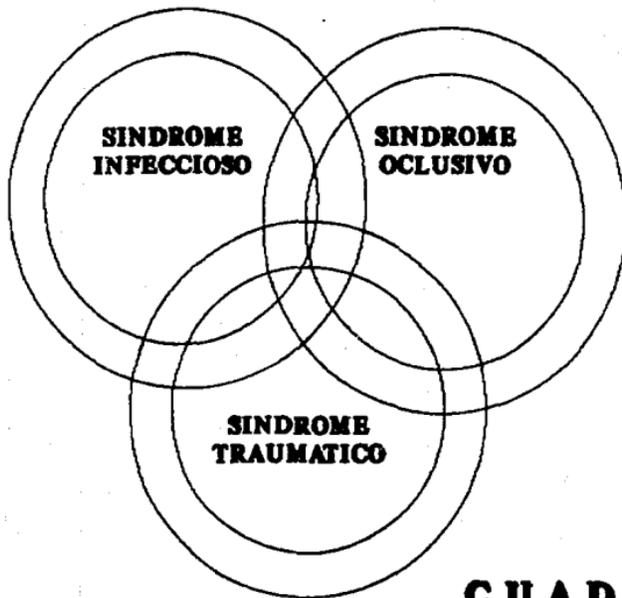
Como se verá, el problema requiere para su solución un diagnóstico oportuno y múltiples puntos de apoyo para el mismo. La conducta - en sí dependerá primordialmente del hallazgo operatorio.

Sin embargo, las dos premisas que deben llevarse en principio con algunas salvedades; pues no hay que ser dogmáticos; es ser rápidos y conservadores. Preferible la cirugía derivativa a la radical.

En cuanto a la etiología del síndrome abdominal agudo en pediatría excluyendo al recién nacido, se resume en el cuadro I y se detalla en los cuadros II, III, IV y V.

En vista a la extensión de los puntos a tratar solo se concretará el comentario en referencia a las llamadas complicaciones quirúrgi- cas de los cuadros diarreicos y síndrome de oclusión intestinal en

CAUSAS SINDROME DOLOROSO ABDOMINAL EN NIÑOS.



CUADRO 1.

cuanto a los lactantes se refiere. La apendicitis aguda y la perforación por fiebre del síndrome que nos ocupa en las edades del pre escolar y escolar. Esto no quiere decir que se le reste importancia a otras entidades, y esto se refiere específicamente a la amibiasis invasora con sus representantes a nivel del síndrome abdominal agudo: El llamado colo tóxico que sin ser infeccioso se comporta como tal en una etapa de su evolución. Además de cualquier manera, su manejo quirúrgico y especialmente su diagnóstico y tratamiento preoperatorio tienen un elevado porcentaje de puntos en común.

SINDROME INFECCIOSO

Hasta hace algunos años, resultaba sorprendente para algunos médicos el hecho de que el cirujano tuviera alguna participación en el manejo de alguna fase de los cuadros diarreicos de lactantes, e incluso algunas de las complicaciones bien conocidas en la actualidad eran atribuidas a "desequilibrios hidroelectrolíticos", lo que es básico para el conocimiento y manejo de estas complicaciones. Evidentemente la complicación más común y grave la constituye la perforación intestinal, la cual puede ser una solución de continuidad muy pequeña o bien dar francas manifestaciones macroscópicas con el subsecuente cuadro peritoneal.

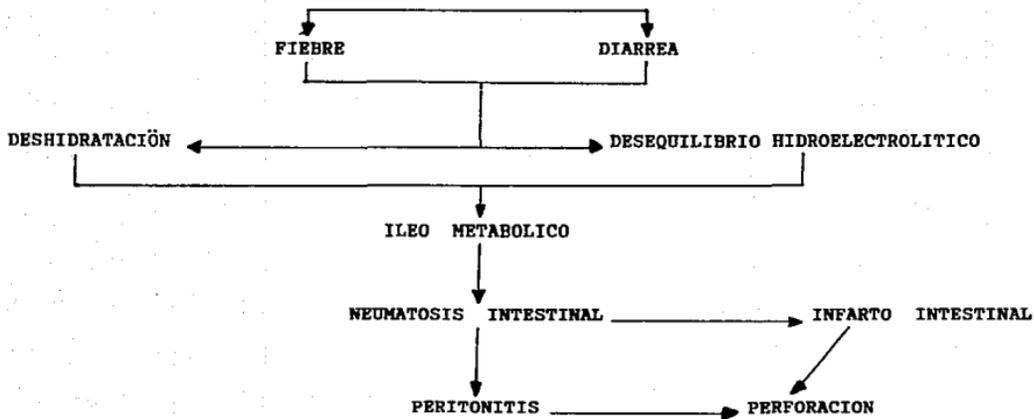
En la actualidad es bien conocido como la hipovolemia secundaria - al cuadro enteral agudo produce hipoperfusión tisular y por tanto hipoxia, acidosis, liberación de sustancias vasoactivas que producen un círculo vicioso, manifestado inicialmente por hipomotilidad intestinal (íleo paralítico), mismo que a su vez, favorece la acumulación de gas intraluminal originado por la aerofagia, el contenido alimentario y el gas producido por las bacterias; el cual a su vez contribuye de manera importante a dificultar la irrigación intestinal favoreciendo por éste mecanismo la producción de accidentes vasculares en la microvasculatura.

La fisiopatología de las complicaciones de los cuadros diarreicos se analizan en el cuadro II. Como se verá, el problema requiere para su solución un diagnóstico oportuno y múltiples puntos de apoyo para el mismo.

Aunque resulta obvio, debe insistirse en que ni el íleo paralítico ni la neumatosis intestinal son complicaciones de resolución quirúrgica. Sin embargo, ambos casos deberán ser cuidadosamente valorados. Si un paciente con íleo paralítico no responde adecuadamente a un tratamiento correcto dentro de las primeras 24 horas, si el estado general empeora, si los signos de irritación peritoneal y datos de toxiinfección se presentan o aumenta, si la biometría -

SINDROME INFECCIOSO

GASTROENTERITIS



CUADRO II

hemática muestra leucocitosis y neutrofilia severas, o bien si cambia bruscamente a leucopenia o bien si los datos de oclusión se hacen presentes y/o se observan signos de perforación intestinal, la cirugía es inevitable.

Otro problema que por su frecuencia como etiología del síndrome abdominal agudo de origen infeccioso en el preescolar, (especialmente en este último) es la apendicitis aguda; Cuadro I.

Un dato importante es la presencia de vómitos, los cuales se presentan en la apendicitis, antes de la aparición del dolor por lo general. Las evacuaciones diarreicas son de poco volumen y con moco, en tanto que en la gastroenteritis son muy frecuentes y de abundante volumen. Por otro lado la aparición de resistencia muscular - que tiene que ser valorada no se encuentra generalmente en los casos de gastroenteritis aguda.

Debe recordarse que en las diferentes edades pediátricas el cuadro clínico de la apendicitis es diferente. En el recién nacido, (en quien el cuadro apendicular es muy raro, al igual que en el lactante menor) las manifestaciones clínicas pueden ser: distensión abdominal, fiebre y constipación o diarrea.

Ahora bien, después de poner en práctica los diferentes "trucos - clínicos" para un buen diagnóstico hay que tomar en cuenta que un tratamiento inadecuado desde el punto de vista médico por diagnóstico erróneo, modificará notablemente el cuadro clínico:

Por ejemplo, puede haber un síndrome de oclusión intestinal, o bien una masa palpable en el cuadrante inferior derecho sin datos de dolor en el momento de la exploración. Además hay que tomar en cuenta las posiciones anómalas del apéndice cecal, en especial cuando hay malrotación intestinal o cuando el apéndice está colocado en posición retrocecal ascendente.

Es importante también la vigilancia seriada en caso de duda. No es conveniente en este momento hablar de las condiciones clásicas donde la biometría hemática es clara o cuando los estudios radioló

gicos muestran datos indudables de afección peritoneal, o bien los signos ya conocidos de pérdida de la línea grasa preperitoneal, a-sa centinela, corpolito libre, etc. Cuadro V

Por último, tocando lo referente a la perforación intestinal secundario a fiebre tifoidea, los puntos más importantes son :

- 1.- Diagnóstico oportuno, recordando que es raro que antes de la 2a a 3a semana de evolución ocurra la perforación del intestino.
- 2.- Generalmente cuando esto ocurre, las reacciones "febriles" se negativizan.
- 3.- La clásica leucopenia de la fiebre tifoidea se transforma en - leucocitosis con neutrofilia.
- 4.- Las perforaciones por fiebre tifoidea son generalmente únicas, pero de ninguna manera es la regla.
- 5.- El manejo preoperatorio desde el punto de vista "terapia intensiva" es básico para el buen éxito operatorio.
- 6.- Las medidas conservadoras en el manejo quirúrgico es lo más - adecuado.
- 7.- El uso de procedimientos tales como el lavado peritoneal post-operatorio continuo son útiles cuando la perforación tiene menos de 48 horas de evolución. Cuadro V

SINDROME OCLUSIVO

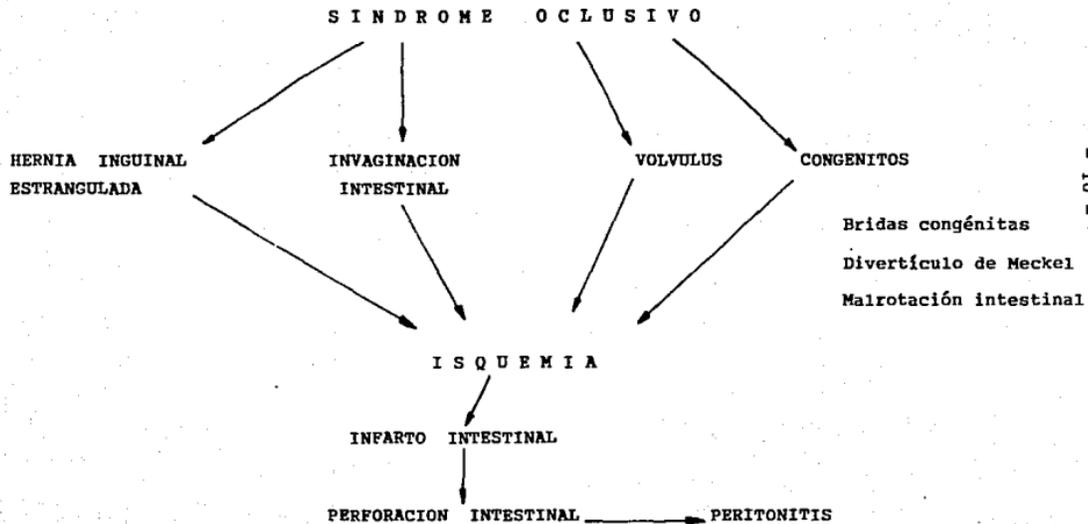
El síndrome de oclusión intestinal en el lactante puede tener causas múltiples pero las más frecuentes son la invaginación intestinal y la hernia inguinal estrangulada. Para abreviar la descripción del diagnóstico y manejo de estos problemas, se hacen notar en referencia a la invaginación los siguientes puntos :

- 1.- Es la causa más frecuente de oclusión intestinal en el lactante.
- 2.- El diagnóstico temprano es importante pues su tardanza implica compromiso de asa afectada.
- 3.- Antes de 18 horas de evolución la reducción puede ser lograda mediante colon por enema.
- 4.- Paciente que después de reducido su problema mediante enema ba ritado, recidiva; puede ser intervenido quirúrgicamente.
- 5.- Invaginación intestinal en niños mayores de 3 años y/o en caso de la misma. cuadro III y V.

En cuanto a la hernia inguinal encarcelada los puntos básicos a -- considerar son:

- 1.- Toda hernia inguinal debe ser operada en cuanto se diagnostique a fin de evitar su complicación.
- 2.- Una hernia inguinal encarcelada con menos de 12 horas de evolu ción debe intentarse reducir con tratamiento médico (sedación, Trendelenburg y hielo local) y operarse de manera electiva.
- 3.- La hernia estrangulada deberá ser intervenida de inmediato (pa rámetros dictados por la evolución, biometría hemática y estado general del paciente).

SINDROME ABDOMINAL AGUDO
EN EL NIÑO



CUADRO III

SINDROME TRAUMATICO.

Se define como la lesión de alguna de las estructuras abdominales secundarias a una fuerza externa que se ejerce sobre el abdomen.

En general se dividen en : lesiones penetrantes y no penetrantes - de las que se derivan en el primer caso, las escoriaciones, contusiones profundas que afectan algún órgano interno. En el segundo caso se encuentran las heridas que interesan la cavidad, ya sea - por objeto punzo-cortante o por herida de arma de fuego.

En la edad pediátrica la mayoría de las lesiones son consecutivas a accidentes automovilísticos, ya sea como ocupante o como peatón, seguidos por las caídas al vacío, deportes y en forma esporádica - asaltos.

A diferencia de lo que ocurre en el adulto, los traumatismos abdominales en el niño, son en su mayoría **NO** penetrantes (70 a 90 por ciento), condicionados por : aplastamientos, desaceleración y comprensión.

Dependiendo del agente casual y de los órganos involucrados se - presentarán fundamentalmente tres entidades fisiopatológicas :

- a) Sangrado. Secundario a lesiones vasculares o de órganos macizos como el hígado y el bazo, que podran causar hipovolemia - rápidamente o en forma tardía como sucede en algunos casos de ruptura retardada del bazo, así mismo, por lesiones renales - que generalmente muestran sangrado moderado pero persistente.
- b) Peritonitis. Como consecuencia de perforación intestinal, ya sea por lesión directa en una herida penetrante, indirecta en los casos de estallamiento por aumento de la presión intraabdominal o por necrosis secundaria o contusión o isquemia derivada de lesión vascular del mesenterio.
- c) Lesiones consecutivas tardías. Como ejemplo solo haremos mención de la estenosis intestinal tardía como consecuencia de la fibrosis cicatrizal principalmente en duodeno.

Destaca en forma muy importante en lo que se refiere al diagnóstico, una valoración clínica cuidadosa, detallada y repetida; sin embargo, en el niño con poco tiempo de evolución y en el politraumatizado, es necesario recurrir a los métodos auxiliares de diagnóstico, ya que es frecuente que no manifieste datos clínicos concluyentes.

La caída brusca o progresiva del hematocrito y de la hemoglobina, la amilasemia y la hematuria son de los pocos datos de laboratorio orientadores del diagnóstico.

Cuando las condiciones clínicas del paciente lo permite, la radiografía es muy útil, pudiendo demostrar en determinado momento la ruptura de alguna viscera hueca o bien viscera macisa, otro estudio de importancia es la arteriografía, punción abdominal así como también lo es el lavado peritoneal.

Nunca se dejará de insistir en la necesidad de ver al paciente --traumatizado en forma integral y multidisciplinaria, estableciendo mediante un examen completo, pero rápido, los órganos afectados - y así poder establecer prioridades de manejo.

CAUSAS PARASITARIAS.

La oclusión intestinal por ascárides, es la obstrucción del lumen intestinal por la presencia y aglomeración de una cantidad suficiente de helmintos que impiden el paso del contenido através del tracto digestivo. En otras ocasiones, éstos parásitos pueden -- ser motivo de invaginación intestinal o de vólvulus siendo en estos casos el origen de la oclusión un mecanismo indirecto pero, - de cualquier manera ocasionado por la presencia de los ascáridos, Cuadro V.

La colitis amibiana grave se define como el paso de amibas patógenas en la pared del colon provocando parálisis de los músculos del mismo, por lesión directa o inflamación adyacente, manifestándose

SINDROME ABDOMINAL AGUDO
EN EL NIÑO

CAUSAS INFECCIOSAS

APENDICITIS AGUDA

PERFORACION POR FIEBRE TIFOIDEA

CAUSAS MECANICAS

INVAGINACION INTESTINAL

BRIDAS

IMPACTACION FECAL

CAUSAS PARASITARIAS

COLON TOXICO AMIBIANO

(INFLAMATORIO O MECANICO)

OCLUSION POR ASCARIS

CUADRO V

como un cuadro de suboclusión intestinal.

La causa de la lesión a los planos submucosos en las paredes del colon es consecuencia de la penetración de la Entamoeba histolytica, condición que se presenta con mayor frecuencia en los primeros años de la vida, principalmente en el preescolar.

Como consecuencia de la lesión de la pared muscular del colon y por la inflamación que comprende a veces hasta el peritoneo que cubre el intestino grueso, el peristaltismo se suspende, manifestándose por un cuadro clínico de suboclusión intestinal. Si las lesiones están muy avanzadas, las manifestaciones serán de franca obstrucción intestinal. Cuadro V.

Varios parámetros se estiman útiles para conocer las condiciones del paciente, controlar su evolución y saber el momento en el cual las condiciones generales son óptimas para permitir la intervención quirúrgica.

FACTORES QUE INTERVIENEN EN EL CUIDADO DEL PACIENTE QUIRURGICO PEDIATRICO.

Cinco factores hacen que el cuidado del niño en estado crítico - en quienes se planea hacer alguna operación quirúrgica, constituye una tarea compleja y difícil, siendo : 1) las características anatómicas y fisiológicas singulares y siempre cambiantes del recién nacido, el lactante y el niño así como del adolescente; 2) las variaciones en la edad gestacional, el desarrollo físico y la talla corporal en cada pequeño de la misma edad cronológica; 3) los estados patológicos que son comunes en el periodo pediátrico, que modifican la corrección del proceso quirúrgico primario; 4) los cambios fisiopatológicos producidos por la enfermedad quirúrgica, y 5) los efectos secundarios del propio tratamiento quirúrgico.

**CONSIDERACIONES EMOCIONALES DEL
PACIENTE QUIRURGICO PEDIATRICO.**

Se ha comprobado irrefutablemente el impacto emocional que tiene una operación quirúrgica en los niños. Si bien es cierto que no existen estudios a largo plazo (con testigos) que comprueben la relación entre la operación y el trastorno emocional. Casi todos los pacientes quirúrgicos pediátricos no tendrán ventaja de recibir beneficios emocionales por la operación, y algunos de hcho llegarán al quirófano con algún daño psíquico y sufrirán mayor trauma por la experiencia intrahospitalaria.

En lo que toca a los aspectos psíquicos, el niño ideal que se so meterá a una operación quirúrgica debe; 1) haber estado preparado adecuadamente para la hospitalización próxima; 2) confiar - en su cirujano y en el personal médico, y 3) entender dentro de los niveles de su desarrollo mental, la importancia y significado de los métodos que se harán en su cuerpecito; las incapacidades que necesita tolerar durante la hospitalización, y la magnitud de las modificaciones estructurales y funcionales de su organismo si las hay, que puedan ser consecuencia del tratamiento.

OBJETIVOS.

Los objetivos de este estudio de tesis, son específicamente los - de determinar con fines analíticos y estadísticos la incidencia - de abdomen agudo en el Hospital Infantil Privado, así como la corroboración de las manifestaciones más frecuentes del cuadro clínico y de las alteraciones en los exámenes de laboratorio y gabinete de agentes etiológicos y procedimientos quirúrgicos más frecuentes.

MATERIAL Y METODOS.

Se revisaron retrospectivamente 172 expedientes de pacientes que ingresaron al servicio de urgencias del mes de marzo a agosto de 1991 del Hospital Infantil Privado con el diagnóstico de síndrome doloroso abdominal y/o abdomen agudo.

Fueron extraídos de los expedientes, los datos clínicos y de laboratorio así como los de gabinete.

Los criterios de inclusión, fueron los expedientes de los niños - que presentaron dolor abdominal, vómitos, alteraciones en las evaluaciones, *distensión, *fiebre y *alteraciones en el peristaltismo.

* Estos datos clínicos podían estar presentes o ausentes pero, en la primera situación apoyaban más al síndrome, y en el segundo, dejaban en duda el diagnóstico pero, no excluye a los pacientes.

Los criterios de exclusión se les aplicó a los expedientes de pacientes que ingresaron a urgencias con el diagnóstico de síndrome

doloroso abdominal y/o abdomen agudo, por faltar alguno de los datos de inclusión, nos e tomarán en cuenta.

Los parámetros que se analizaron en el grupo de expedientes seleccionados fueron:

- a) Edad, sexo, procedencia, tiempo de evolución, historia clínica, dolor, vómito, fiebre, alteraciones en las evacuaciones, alteraciones en el peristaltismo abdominal (aumentado, normal o ausente), distensión, evacuaciones con sangre y presencia de problema respiratorio.
- b) Desde el punto de vista de laboratorio, se consideraron la presencia de anemia, las alteraciones de los leucocitos, linfocitos y bandas, alteraciones en el examen general de orina, a los que se les llegó a efectuar.
- c) En estudios de gabinete se analizaron a los que se les efectuó la radiografía simple de abdomen o tele de torax.
- d) También se tomó en cuenta, a los pacientes que recibieron previamente medicamentos, para ver si hubo o no, confusión en el diagnóstico, así como los diagnósticos de ingreso, como los diagnósticos de egreso.

RESULTADOS.

Se estudiaron un total de 172 casos que ingresaron al Hospital Infantil Privado con el diagnóstico de síndrome doloroso abdominal - y/o abdomen agudo, de los cuales comprendieron un 6.3% de los 2729 ingresos totales, durante el mismo tiempo. De éstos, vemos que -- las tres causas más frecuentes de abdomen agudo fueron: Apendicitis (51.7 %); Invaginación intestinal (10.4 %) y Gastroenteritis - (7.5 %), por lo cual se hizo más énfasis en éstas patologías, sin embargo, el síndrome doloroso abdominal como diagnóstico de egreso, se dió en seis pacientes sin haber demostrado su etiología tanto - desde el punto de vista clínico como de laboratorio y gabinete, de igual manera la frecuencia coincidió con la presencia de adenitis mesentérica, que ameritaron tratamiento quirúrgico 3 de ellas, -- Tabla 1 y 2.

APENDICITIS.

Los cuadros de apendicitis (89 pacientes), diagnóstico que ocupó - el primer lugar en éste trabajo y que correspondió de la siguiente manera: masculinos 62.9% y femeninos 37.1%, siendo la edad de mayor incidencia entre los 6 y 10 años que correspondió al 38.2%, -- Tabla 3 y 4.

Desde el punto de vista clínico, el dolor estuvo presente en el -- 100 % de los casos, vómito y fiebre en un 62.9 % y 57.3 % respectivamente, como vemos el dato clave o básico fué el dolor siendo en la gran mayoría, el motivo de la consulta, Tabla 5.

En lo que se refiere a los días de evolución el 48.2 % de los pacientes cursaron con un cuadro clínico de 1 a 2 días aproximadamente, siguiéndole en orden de frecuencia menos de 24 horas, Tabla 7. Es muy importante hacer mención de la presencia o ausencia de adm

SINDROME DOLOROSO ABDOMINAL

DIAGNOSTICO	No. PACIENTES	%
APENDICITIS	89	51.7
INVAGINACION INTESTINAL	18	10.4
GASTROENTERITIS	13	7.5
SINDROME DOLOROSO ABDOMINAL	6	3.4
ADENITIS MESENTERICA	6	3.4
IMPACTACION FECAL	5	2.9
SUBOCCLUSION INTESTINAL	4	2.3
INTOXICACION ALIMENTARIA	3	1.7
HIDRONEFROSIS	3	1.7
COLITIS	2	1.1
SALMONELOSIS	2	1.1
GASTRITIS	2	1.1
INFECCION DE VIAS URINARIAS	2	1.1
HIPERPLASIA NODULAR LINFOIDE	2	1.1
QUISTE DE OVARIO	2	1.1
O T R O S	13	7.5
TOTAL	172	99

TABLA 1

O T R O S D I A G N O S T I C O S

DIAGNOSTICO	No. PACIENTES	%
LITIASIS RENOURTERAL	1	0.5
VOLVULUS	1	0.5
POLIPO RECTAL	1	0.5
PANCREATITIS	1	0.5
FARINGITIS	1	0.5
NEUMONIA BASAL DERECHA	1	0.5
TERATOMA DE OVARIO	1	0.5
LANCERACION HEPATICA	1	0.5
MEDULOBLASTOMA	1	0.5
FIEBRE TIPOIDEA	1	0.5
HEMATOMA DUODENAL	1	0.5
EMBARAZO	1	0.5
HERNIA INGUINAL ESTRANGULADA	1	0.5
T O T A L	13	6.5

TABLA 2

A P E N D I C I T I S

SEXO	No. PACIENTES	%
MASCULINOS	56	62.9
FEMENINOS.	33	37.1
T O T A L	89	100 %

TABLA 3

EDAD	No. DE PACIENTES	%
0 a 5 años	13	14.6
6 a 10 años	34	38.2
11 a 15 años	30	33.7
16 a 20 años	8	8.9
21 a 25 años	3	3.3
más de 26 años	1	1.1
T O T A L	89	100 %

TABLA 4

A P E N D I C I T I S

CUADRO CLINICO	No. PACIENTES	%
DOLOR	89	100
VOMITO	56	62.9
FIEBRE	51	57.3
DIARREA	11	12.3
CONSTIPACION	10	11.2

5

BIOMETRIA HEMATICA	No. PACIENTES	%
NORMAL	22	40.7
ANORMAL	32	59.2
SIN ESTUDIO	35	39.3

TABLA 6

A P E N D I C I T I S

DIAS DE EVOLUCION	PACIENTES
0 a 24 horas	27
1 a 2 días	43
3 a 4 días	11
5 a 6 días	4
más de 6 días	4
T O T A L	89

7

MEDICAMENTOS	PACIENTES	%
CON MEDICAMENTOS	49	55
SIN MEDICAMENTOS	40	44.9
T O T A L	89	100 %

TABLA 8

A P E N D I C I T I S

BIOGRAFIA DE ABDOMEN	PACIENTES
NORMAL	7
PATOLOGICA	32
SIN ESTUDIO	50
T O T A L	89

TABLA 9

nistración previa de medicamentos, básicamente de analgésicos, y éstos 49 pacientes (55 %), ingirieron medicamentos, los cuales - en determinado momento pudieron modificar en forma muy importante, el cuadro clínico, la evolución y la conducta a seguir, tanto desde el punto de vista médico como desde el punto de vista - quirúrgico, Tabla 8.

En lo que se refiere a laboratorio, se analizaron exclusivamente anormales la presencia de leucocitosis con bandemia y de éstas - el 59.2 % (32 pacientes), resultaron alteradas, sin embargo en - 39.3 % (35 pacientes) no se contó con biometría hemática, ignorando la causa o motivo de la misma, Tabla 6.

Radiológicamente, se le practicó el estudio a 39 pacientes --- (43.8 %), reportandose como imagenes patológicas un (35.9 %) 32 pacientes y siendo éstas catalogadas como niveles hidroaereos, - asa fija o coprolitos; y en 50 pacientes no se realizó estudio - radiológico. Obviamente todas se resolvieron quirúrgicamente, - Tabla 9.

INVAGINACION INTESTINAL.

Se estudiaron 18 casos de los 172 pacientes, ingresados con el - diagnóstico de síndrome doloroso abdominal, predominando el sexo masculino 13 pacientes (72.2 %) y siendo menores de un año de edad, 15 de los 18 pacientes, Tabla 10 y 11. Los días de evolución fueron, menos de 24 horas en 11 pacientes (61 %), Tabla 14. El dolor, manifestado en algunos pacientes, como irritabilidad, se presentó en los 18 pacientes (100 %), y siguiendo en orden de frecuencia el vómito (61.1 %), fiebre (37.3 %) y evacuaciones me lénicas y/o en grosella (38.8 %), Tabla 12.

A todos los pacientes se les realizó el diagnóstico clínico y se corroboró por estudio radiológico, siendo resueltos 13 casos --- (72.2 %) con colon por enema y 5 casos (27.7 %) por medio de cirugía, Tabla 13.

IN V A G I N A C I O N I N T E S T I N A L

S E X O	No. PACIENTES	%
MASCULINOS	13	72.2
FEMENINOS	5	27.8
T O T A L	18	100 %

TABLA 10

E D A D	No. PACIENTES	%
1 mes a 1 año	15	83.3
1 año a 2 años	2	11.1
más de 2 años	1	5.5
T O T A L	18	100 %

TABLA 11

IN VAGINACION
INTESTINAL

CUADRO CLINICO	No. PACIENTES	%
DOLOR	18	100
VOMITOS	11	61.1
FIEBRE	6	37.3
DIARREA	8	44.4
CONSTIPACION	3	16.6
SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO	7	38.8

TABLA 12

RADIOGRAFIA DE ABDOMEN	No. PACIENTES
IMAGEN DE INVAGINACION	18
SIN ESTUDIO	0
RESUELTOS CON COLON POR ENEMA	13
RESUELTOS QUIRURGICAMENTE	5

TABLA 13

Desde el punto de vista de laboratorio, 10 de 14 biometrías resultaron alteradas, sin haberseles realizado dicho estudio en cuatro pacientes, Tabla 15.

IN VAGINACION
INTESTINAL

EVOLUCION	No. PACIENTES
Menos de 24 hrs	11
1 a 2 días	5
3 a 4 días	2

TABLA 14

BIOMETRIA HEMATICA	No. PACIENTES
NORMAL	4
ALTERADA	10
SIN ESTUDIO	4

TABLA 15

MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS	No. PACIENTES
CON MEDICAMENTOS	11
SIN MEDICAMENTOS	7

GASTROENTERITIS.

Se realizó el análisis en 13 casos de gastroenteritis de los 172 pacientes estudiados, con síndrome doloroso abdominal, nueve masculinos y cuatro femeninos sin predominio en la edad. Como manifestaciones clínicas, el dolor como en todos los pacientes ocupó el primer lugar en 11 pacientes (84.6 %), acompañándose en la misma frecuencia el vómito y evacuaciones patológicas en 10 pacientes (76.9 %), Tabla 16, 17 y 18. La citología hemática resultó anormal en 10 pacientes y normal en tres. En los estudios de gabinete se valoraron las imágenes patológicas, catalogadas como : dilatación de asas y niveles hidroaéreos de las cuales solo se realizó a 8 pacientes y resultó patológica en cuatro de ellos, Tablas 19 y 20.

Con síndrome doloroso abdominal se egresaron a seis pacientes -- sin poder delucidar el agente etiológico, tanto desde el punto de vista clínico como de laboratorio y gabinete, además también se determinaron seis adenitis mesentéricas, las cuales fueron -- diagnosticadas por laparotomía exploradora.

En lo que se refiere a pacientes con problema del tracto genitourinario, fueron seis casos en total (3 hidronefrosis, 2 infecciones de vías urinarias y una litiasis renoureteral). En lo que respecta al sistema respiratorio, se diagnosticaron una infección de vías respiratorias altas así como una neumonía basal de recha. En el sexo femenino se presentaron dos alteraciones en ovarios (teratoma y quiste respectivamente), diagnosticándose también un embarazo. Las demás patologías engloban infecciones, alteraciones anatómicas y traumatismos, siendo éstas la minoría.

GASTROENTERITIS

S E X O	No. PACIENTES	%
MASCULINOS	9	69.2
FEMENINOS	4	30.7
T O T A L	13	100%

TABLA 16

E D A D	No. PACIENTES
menos de un mes	1
1 mes a 1 año	4
1 año a 2 años	2
2 años a 4 años	1
4 años a 6 años	1
6 años a 10 años	2
más de 10 años	2
T O T A L	13

TABLA 17

GASTROENTERITIS

CUADRO CLINICO	No. PACIENTES	%
DOLOR	11	84.6
VOMITOS	10	76.9
PIEBRE	8	61.5
DIARREA	10	76.9

TABLA 18

BIOMETRIA HEMATICA	No. PACIENTES
NORMAL	10
ALTERADA	3
SIN ESTUDIO	0
T O T A L	13

TABLA 19

GASTROENTERITIS

RADIOGRAFIA	No. PACIENTES
NORMAL	4
DILATACION DE ASA	3
NIVELES HIDROAEREOS	1
SIN ESTUDIO	5
T O T A L	13

TABLA 20

MEDICAMENTOS	No. PACIENTES	%
CON MEDICAMENTOS	11	84.6
SIN MEDICAMENTOS	2	15.3
T O T A L	13	100%

TABLA 21

En lo que se refiere a pacientes con problema del tracto genitourinario, fueron seis casos en total (3 hidronefrosis, 2 infecciones de vias urinarias y una litiasis renoureteral). En lo que -- respecta al sistema respiratorio, se diagnosticaron una infección de vias respiratorias altas así como una neumonía basal derecha. En el sexo femenino se presentaron dos alteraciones en ovarios - (teratoma y quiste, respectivamente), diagnosticandose también un embarazo. Las demás patologías engloban, infecciones, alteraciones anatómicas y traumatismos, siendo éste la minoría.

CONCLUSIONES.

Los resultados obtenidos en este trabajo de tesis, nos hablan de - la incidencia de abdomen agudo en el Hospital Infantil Privado por un periodo de seis meses, los cuales ingresaron al hospital por me dio del servicio de urgencias 2729 pacientes, y de éstos 172 (6.3%) con el diagnóstico anteriormente mencionado, de los cuales se re- resolvieron quirúrgicamente 111 casos (64.5%), correspondiendo a un 4.3% del total de los procedimientos quirúrgicos realizados en el mismo tiempo del estudio, siendo un total de éstos de 2577 ciru- gias. En el servicio de Neonatología con problema abdominal agudo de base, se recabaron nueve expedientes, de los cuales cuatro pa- cientes, cursaron con malformaciones intestinales y cinco pacien- tes con patología adquirida, sin embargo como ya se comentó en los objetivos, se excluyeron en este trabajo.

Como vemos, el dolor en los pacientes, estuvo presente en un 94.5% de las tres causas más frecuentes (Apendicitis, Invaginación integ- tinal y Gastroenteritis) sin embargo, en forma global, estuvo pre- sente en un 86.7%, vomitos 62.7% y fiebre en un 41.3%.

Tratandose de la etiología infecciosa o traumática, es importante hacer una semiología cuidadosa, sobretodo periódica, ya que en de- terminado momento, la causa infecciosa puede virar a oclusiva, por

lo cual es fundamental apoyarnos en estudios de laboratorio así como los de gabinete, para normar conducta al respecto refiriendonos al tratamiento, tanto desde el punto de vista médico así como quirúrgico, ya que en algunas patologías, como lo es la -- invaginación intestinal, el estudio radiológico nos fue útil para corroborar el diagnóstico así como también para realizar el plan terapéutico (colon por enema).

Considero que el síndrome doloroso abdominal y/o abdomen agudo - en la edad pediátrica, sigue siendo una entidad que requiere un interrogatorio cuidadoso y sobre todo una semiología completa y una exploración periódica, en base al estado y evolución del paciente; con una conducta multidisciplinaria, como lo es el médico de primer contacto, en este caso el residente en pediatría, - médico pediatra y cirujano pediatra sin olvidarnos del apoyo de laboratorio y gabinete.