

11237
126
2ej-



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO

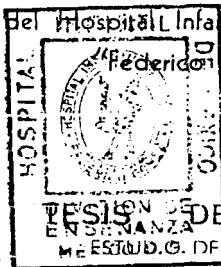
FACULTAD DE MEDICINA

Hospital Infantil de México "FEDERICO GOMEZ"

SECRETARIA DE SALUD

Dolor Abdominal Recurrente en Niños Escolares,
Experiencia en la Consulta Externa de Medicinas

del Hospital Infantil de México
"Federico Gómez"



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TESIS DE POSTGRADO
REVISION DE CASOS

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
P E D I A T R I A
P R E S E N T A

Dra. Lidia Montiel Cervantes

Asesora: DRA. AMAPOLA ADELL G.

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.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

INDICE.

1.- Introducción	1
2.- Justificación	11
3.- planteamiento del problema	13
4.- Objetivos	14
5.- Hipótesis	15
6.- Instrumentos	16
7.- Recursos	19
8.- Cronograma y calendario de trabajo	20
9.- Resultados	22
10.- Discusión	34
11.- Conclusiones	36

DOLORES ABDOMINALES RECURRENTE EN NIÑOS ESCOLARES.

INTRODUCCION.

"Vivirás como a la sombra de la muerte, entre el dolor - del cuerpo y del alma ..." escribió Esculapio, Dios griego de la Medicina, hijo de Apolo, a su propio hijo. Certera de finición de la vida del médico, que vive, en efecto, entre dolores del cuerpo y de la psiquis, intentando comprenderlos y vencerlos.

La comprensión del dolor está sembrada de problemas. Tradicionalmente el dolor ha sido el síntoma pivote para el diagnóstico de las enfermedades. (3)

Dolor (en inglés PAIN) proviene del griego POINE, que significa castigo o penalización. Es una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a un daño tisular real o potencial, y que habitualmente se asocia también a causas psicósomáticas. Esta última definición por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor. Bishop lo definió como "aquello que el sujeto dice que le hace daño." (15)

Es un fenómeno subjetivo que tiene dos componentes principales:

- a) El sensorial, determinado neurofisiológicamente y que actúa como aviso de daño.
- b) El perceptual, basado en la experiencia, factores de conocimiento, emocionales y sociales, que alteran significativamente el mensaje doloroso, ampliando o atenuando lo que el individuo experimenta.

Hay varios factores que modifican la experiencia dolorosa. Para cada individuo se presenta un significado específico del dolor que determina el impacto en el sufrimiento provocado por un estímulo específico. Este significado del dolor maneja variables psicológicas, como son estado afectivo, personalidad y experiencias anteriores al dolor.

La sensación dolorosa tiene como función la protección y, desencadena mecanismos reflejos o nociceptivos tendientes a distanciar al organismo de la fuente del dolor, los cuales presentan tres características: (1)

1. La sensación dolorosa es preponderante sobre reflejos de no urgencia.
2. Produce movimientos de retiro, protección o defensas.
3. Es imperativo.

A diferencia de otros estímulos sensoriales, no hay fenómeno de adaptación al dolor.

Una clasificación del dolor de acuerdo a su evolución es la que lo divide en dolor agudo o dolor crónico.

En este estudio nos referiremos al dolor crónico o recurrente.

El dolor recurrente en niños es un fenómeno que tiene en común la frustración del paciente y del médico. Esto es dado por que frecuentemente se dificulta tener en claro su etiología y por lo tanto limita las opciones de tratamiento.

El dolor crónico o recurrente no es el resultado de un daño inmediato o una enfermedad conocida. A diferencia del dolor recurrente en el adulto, en el niño el dolor no es continuamente incapacitante sino que tiende a presentarse y desaparecer en forma espontánea hasta el siguiente episodio.

Los dolores recurrentes más comunes en la infancia son: - el dolor abdominal que se presenta entre el 10 al 15% de los niños; dolor de los miembros en un 15%; y cefalea entre un 15 al 20%. Estos dolores son típicos de la mitad de la infancia, y rara vez tienen una etiología orgánica identificable (menos del 7% en el dolor abdominal, el 5 en la cefalea y el 4% en el de miembros). Su curso típico es de exacerbaciones y remisiones y generalmente, aunque no siempre, desaparecen tan misteriosamente como iniciaron. (15)

ANTECEDENTES.

El abdomen en general es el sitio más frecuentemente afectado por el dolor, la mayoría de los casos es transitorio, - espontáneo y poco importante, pero puede ser la manifestación de una enfermedad grave, por lo que es importante determinar su causa.

El abdomen recibe una rica inervación sensorial a través de los sistemas cerebro-espinal y neurovegetativo. El peritoneo visceral, las vísceras huecas y los vasos sanguíneos reciben fibras aferentes pertenecientes al sistema simpático y paraviejalítico. Esto es importante para poder relacionar la fisiopatología con la clínica.

Las órganos abdominales pueden producir tres tipos de dolor: (1)

a) Dolor visceral verdadero o primario.

Este dolor se origina en las terminaciones sensitivas de los vísceras y es debido a distensión o contracción intensa de las mismas; la inflamación es un factor coadyuvante plenamente identificado. El dolor visceral se manifiesta como una sensación difusa, profunda, urente, y de localización vaga, presentándose alrededor de la línea media del abdomen. Al ser originado por fibras autonómicas suele acompañarse con manifestaciones como náuseas, vómitos, palpitaciones, - diarreas y polidex. Su intensidad es variable y puede llegar a agotar al paciente.

b) Dolor somático o secundario, o dolor referido.

Es el resultado de la estimulación de estructuras con inervación somática, vasos sanguíneos, nervios, músculos, - ligamentos, huesos, como trastorno primario. En el momento en que el estímulo sensitivo visceral llega a la segunda neurona por el cordón posterior de la médula, puede establecer conexión con las fibras somáticas que se encuentran a ese nivel, ocasionando que al llegar la información a la corteza

cerebral, se interprete como proveniente de los centros cutáneos correspondientes. El paciente localiza bien el dolor y lo describe como una sensación viva y aguda, punzante o penetrante. Se presenta más tardíamente en el curso del proceso y permite identificar el órgano primariamente afectado. En los ámbros así localizados, se puede presentar hiperbarrelgemia y defensas musculares.

c) Dolor provocado a través de reflejo peritoneoparietal.

Dado que el peritoneo parietal y los mesenterios tienen una innervación somática pura, su estimulación genera que el dolor se irradie secundariamente, provocando como respuesta mayor espasticidad muscular en la región afectada.

El dolor puede denotar una multitud de patologías intradominales o extradominales; directa o causada por una patología primaria, indirecta o secundaria a una patología sistémica o localizada fuera del abdomen.

El Dr. Apley define el dolor abdominal recurrente o cecúlico (DAR) como: (2)

Aquel dolor abdominal que se presenta por lo menos en tres episodios, durante un período de tres meses o más, de intensidad suficiente como para influir en sus actividades. Característicamente se resuelve en forma compleja entre cada episodio.

La preocupación de los médicos por definir esta patología y su posible etiología data desde 1802 con Heberden que describe al dolor abdominal recurrente junto con los vómitos espasmódicos, la fiebre y la cefalea en niños. Refiere a estos dolores como intermitentes y aparentemente no relacionados entre sí.

El diagnóstico y etiología del dolor abdominal recurrente atraviesa fases que reflejan modas médicas cambiantes, así Still en 1909 escribió: "No conocerán ningún otro síntoma que pueda ser más oscuro en su etiología que el dolor abdominal crónico en la infancia" y cito varios autores, los más

frecuente pensó él era alguna forma de indigestión, seguida de oxuros, constipación simple, intestino nervioso, trontor non remido, adherencia tuberculosa y apendicitis. Posteriormente en 1912 usó el término de epilepsia abdominal.

En 1882 Samuel Gee describe a los trontornos periódicos en forma melita, entre ellos el dolor abdominal. (11)

En 1933 Willie y Seideninger al grupo de trontornos periódicos incluyen trontornos no relacionados entre sí aparentemente como vómitos recurrentes, dolor abdominal, fiebre y -- cefalea, emplidos en 1951 por Reimann, Nish y Apley, estos últimos integrando los dolores diurnos de los miembros.

Dentro de su etiología, Reimann en 1976 refiere tres entidades periódicas dentro del dolor abdominal crónico, siendo la peritonitis, el edema (angioedema hereditario) y la pancreatitis crónica recidivante. Moore (1950), Livingston -- (1951), Jellin (1955), revisitaron la epilepsia abdominal y la migraña abdominal en la patogenia del dolor abdominal recurrente. (13)

Se han determinado causas emocionales por Mc Keith y -- O'Neill (1951). Hughes, Zimin y Liebman encontraron una alta incidencia de trontornos abdominales psicósomáticos, demostrando problemas similares en la familia y relacionándolos con problemas emocionales. (13)

Un último estudio relacionado a esta causa por Robinson, Alvarez y Dodge (1989) que los niños con dolor abdominal tienen familiares con enfermedades dolorosas recurrentes, particularmente migraña, eventos que son un factor significativo en cuanto a la expresión de los síntomas en el niño. (14)

En cuanto al pronóstico a largo plazo con dolor abdominal recurrente, Kemplon (1956) observó que los accesos de dolor abdominal recurrente en el niño, tienden a ser reemplazados por cefalea o migraña en la vida adulta. Hodges y cols. (1985) expresaron que el síndrome de colon irritable en adultos tienen similitudes con el dolor abdominal recurrente en niños y se asocia con una alta incidencia de en-

fermedades psiquiátricas, siendo los diagnósticos más frecuentes depresión o histeria.

El dolor abdominal recurrente en la entidad dolorosa más común de tipo crónico entre los escolares y adolescentes jóvenes. Se presenta raramente antes de los 5 años de edad, -- siendo su pico de incidencia entre los 10 y 15 años de edad. Diferentes estudios estiman la prevalencia entre un 10 al 15 por ciento, con un ligero predominio de las mujeres sobre -- los hombres. Algunos estudios refieren un 9.5% en los varones y un 12.2% para las mujeres en edad escolar.

El dolor abdominal recurrente ocupa hasta un 5% de las -- visitas al pediatra, siendo un continuo desafío y frustración, que es capaz de generar una intensa ansiedad por parte del niño, los padres e incluso al personal médico. Realizándose múltiples pruebas diagnósticas que suelen ser dolorosas e infructuosas. Significan costos elevados por los procedimientos diagnósticos, investigaciones de laboratorio, evaluación médica externa (incluyendo consulta de especialidad), -- hospitalización, pérdida días-trabajo por los padres, además los niños sufren también una reducción de su actividad normal y sacrificio escolar. (4)

El dolor que el niño refiere a su abdomen es de intensidad variable, así como su duración, localización o sintomatología asociada y suele describirse como sordo, retortijón o crudo.

En cuanto a los modelos conceptuales del dolor abdominal recurrente se tiene: (6)

1. El concepto tradicional lo divide en dos grupos que es el orgánico y psicógeno (funcional o psicósomático).

2. Un modelo más reciente lo divide en tres grupos: orgánico, disfuncional y psicogénico. El orgánico resulta de un estado de enfermedad, por ejemplo, el dolor inflamatorio de la enfermedad de Crohn. El dolor disfuncional que se presenta como variación de la fisiología normal, subdividiéndolo en dos categorías: síndromes dolorosos específicos en los que se reconoce su mecanismo de producción del dolor como la de-

ficiencia de lactosa; y síndromes dolorosos no específicos, en el que no se reconoce ningún mecanismo, presentándose con mayor frecuencia en el adolescente. Y el dolor psicogénico - en aquel dolor que se experimenta en ausencia de enfermedad o disfunción, considerada como producto de estrés psicosocial o emocional. Esto incluye exacerbaciones del dolor como respuesta a estrés y el dolor como parte de un síndrome psicofísico.

3. Y un tercer modelo multifactorial que propone cuatro factores predisponentes: predisposición somática o trastorno orgánico, estilo de vida y hábitos, temperamento y patrones de respuesta aprendida y, medio ambiente y acontecimientos críticos. Dichos factores potencian o aminoran la presentación del dolor.

Los factores somáticos incluyen factores constitucionales, por ejemplo, influencias endógenas, así como estados disfuncionales o enfermedades orgánicas.

El estilo de vida y hábitos incluyen rutinas de la vida familiar escolar y personal, tales como hábitos de aseo y dietéticos.

En cuanto al temperamento y patrones de respuesta aprendidos, hay un vínculo en el estilo de conducta, afecto, personalidad y aprendizaje, incluyendo capacidad de imitación.

Por último los factores ambientales y psicológicos tienen un papel importante como causa y/o consecuencia. La incidencia pico del dolor abdominal recurrente ocurre durante la fase de desarrollo de Erickson que es industria versus inferioridad, que se presenta entre los 8 y 12 años de edad, en los que hay cambios de integridad en el niño o la niña y de competencia, principalmente en la forma y demanda de habilidades académicas y sociales, las medidas para alcanzarlas pueden ser un obstáculo en su desarrollo.

En realidad solo de un 5 al 8% de los casos se reconoce una causa etiológica de tipo orgánico, ya sea por afecciones intra o extrabdominales. (5) Estas causas pueden ser por -

enfermedades gastrointestinales tales como malrotación, duplicación, estenosis intestinal congénita o adquirida, hernias, invaginación recidivante, divertículo de Meckel, síndrome de Chilaiditi, úlcera péptica gastroduodenal, neoplasia estreñimiento crónica, ileítis regional, ileítis cecal, tuberculosis abdominal, tumores abdominales, coarctación aórtica, parasitosis intestinal, alergia gastrointestinal.

Enfermedades renales tales como pielonefritis, hidronefrosis, litiasis urinaria, uropatías malformativas. Otras enfermedades intrabdominales generalmente condicionadas por estenosis circulatoria, enfermedades por coagulación, infección hemopática o neoplasia en el hígado, manifestada como hepatomegalia, epiploomegalias, colelitopatías crónicas, preeclampsia crónica y anexitis crónica.

Dentro de las afecciones extrabdominales, pueden considerarse de una sintomatología que es bastante significativa y incidencia como causa de dolor abdominal crónico es relativamente baja. Estas son: intoxicación por plomo, porfiria, anemia hemolítica, epilepsia, diabetes, fiebre reumática, neuropatía de Henoch-Schleim. (18)

El dolor abdominal recurrente de tipo funcional, psicógeno o sine materia, es el más frecuente y representa generalmente la expresión somática de un trastorno emocional. -- Generalmente es representado por espasmos vasculares o de la musculatura lisa desencadenados por los más diversos estímulos. (6) En él se consideran los aspectos siguientes:

1. Disfunción o distonía neurovegetativa, demostrable por la existencia de dermatografismo, labilidad vascular (palidez o rubor), taquicardia, oscilaciones de la tensión arterial, alteraciones del reflejo pupilar.
2. Alteraciones de la personalidad, estos pacientes presentan ansiedad o depresión principalmente.

3. Trastornos emocionales, siendo usual notar elevada frecuencia de enuresis, fobias, temores indudados, anorexia, onicofagia, tic y alteraciones del sueño.

4. Deficiente dinámica familiar, como uno de los factores principales, el ambiente familiar influye en forma evidente sobre el niño, ayudando a configurar su propia personalidad. El ambiente familiar influye en forma evidente, siendo múltiples las circunstancias adversas que no rara vez perjudican la buena estructuración psíquica del niño. Esto puede somatizarse en forma de dolores abdominales su propia tensión emocional. Bastará recordar como ejemplos, la separación de los padres, la muerte de uno de ellos, las discusiones de los conyugues en su presencia.

5. Dificultades escolares de origen diverso, destacando las limitaciones intelectuales y la falta de aptitud para determinadas aprendizajes, cuya consecuencia es la "fobia" a la escuela.

Para cumplir con las mayores garantías de éxito el diagnóstico diferencial etiológico del dolor abdominal crónico o recurrente en el niño, se tendrá en cuenta que se trata de uno de los problemas más arduos de la clínica pediátrica y que cumpliendo todos los requisitos no siempre está garantizado el acierto. Se evitará tanto la tendencia a minimizar o depreciar el problema, como exagerar la preocupación diagnóstica y pronóstica con la consecuencia de múltiples exámenes complementarios. Es preciso ser lo más objetivo posible pensando tanto en el dolor de causa orgánica como el funcional. El diagnóstico deberá fundamentarse de la anamnesis, exploración y exámenes complementarios de laboratorio o gabinete.

Cada el punto de vista práctico, tiene interés resumir los datos en favor de dolor de causa orgánica o funcional.

El dolor orgánico tiene una localización no central, bien localizado, continuo de más de 24 hrs, que despierta al paciente con síntomas orgánicos asociados, historia familiar negativa, ausencia de alteraciones de la personalidad, no -

disfunción neurovegetativa, sin estrés patológico descompensado y alteraciones de los exámenes complementarios.

El dolor funcional tiene localización periumbilical, más difuso, es discontinuo, no perturba el sueño, con sintomatología vegetativa asociada, historia familiar positiva, alteraciones de la personalidad, disfunción neurovegetativa previa, con estrés patológico descompensado y negatividad de los exámenes complementarios.

Otro punto a considerar en la evaluación del dolor abdominal recurrente por estudios de gabinete. Dentro de estos el ultrasonido abdominal se debe considerar. En un largo estudio de DAR en la edad escolar la causa orgánica no corroboró solo en un 10%, por tal motivo es necesario utilizar -- de procedimientos radiológicos con el inconveniente de los dosis elevadas de radiación iónica, siendo una opción al diagnóstico la ultrasonografía abdominal. Dentro de los estudios retrospectivos que realizaron ultrasonido, Rubio -- Quintero y cols. reportaron en 13 de 100 niños estudiados -- la causa orgánica del DAR. (19)

De lo anterior se deduce la necesidad de objetivar las causas del dolor abdominal recurrente en niños escolares en nuestro medio, utilizando la clínica y estudios complementarios necesarios.

JUSTIFICACION.

El dolor abdominal es uno de los más comunes y molestos enigmas de la práctica médica en niños y adolescentes.

El dolor abdominal recurrente es un problema complejo en el que intervienen múltiples mecanismos, constituyendo el resultado de una intrínseca y complicada interacción de factores etiológicos tanto orgánicos como funcionales.

En la mayoría de los casos no se define una causa orgánica, considerando la importancia de los factores psicógenos en un fenómeno frecuente en la infancia en la mayoría de los estudios, sin embargo, en nuestro medio aún no hay estudios que apoyen dicha teoría en su totalidad, observándose como causa principal del dolor abdominal recurrente las parasitosis.

La investigación del niño con dolor abdominal recurrente es generalmente extensiva para el niño, los familiares y para el médico, siendo exhaustiva, pero en beneficio para el paciente y la familia se debe evitar reforzar la idea de que debe haber un trastorno orgánico causando el dolor y que esta causa puede ser encontrada si se la busca suficientemente -- persistente dando lugar a múltiples pruebas diagnósticas dolorosas, extinción médica extensa, hospitalización, pérdida días-trabajo por los padres, y días-escuela en los niños además de una reducción de la actividad normal de ambos.

En cuanto al pronóstico a largo plazo en niños con dolor abdominal recurrente se ha observado que estas crisis tienden a ser resueltas por sí mismas en la edad adulta, o bien presentan un trastorno como el de colon irritable, asociadas ambas con una alta incidencia de enfermedades psiquiátricas.

En base a lo anterior es conveniente efectuar un estudio que nos permita determinar las causas de dolor abdominal recurrente en nuestro medio, realizándose en el Hospital Infan

til de México, Federico Gómez, en la consulta externa de medicina.

El conocimiento de estos datos nos permitirá conocer las medidas necesarias para su prevención y tratamiento.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El síndrome de dolor abdominal recurrente se define como el dolor abdominal que se presenta por lo menos en tres episodios, durante un período de tres meses o más, de intensidad suficiente como para influir en las actividades del individuo, característicamente se resuelve en forma compleja entre cada episodio.

Este síndrome tiende a afectar al 10-15% de los niños en edad escolar, entre los 5 a 15 años de edad, en promedio de los 9 a 10 años en las niñas y de los 10 a 11 años en los niños. Con una prevalencia usualmente mayor en las mujeres - que en los varones, en un rango de 4:1.

Dicho síndrome llega a continuar visitas a el pediatra, siendo un desafío diagnóstico, causante de frustraciones y - generador de ansiedad en los pacientes, los familiares y el médico mismo, además de un costo elevado para su diagnóstico y por lo tanto su manejo.

A partir de estas evidencias se puede suponer que el determinar las causas del dolor abdominal crónico o recurrente en la consulta externa de medicina de nuestro hospital incidirá positivamente sobre los factores de diagnóstico, tratamiento y prevención del mismo.

OBJETIVOS.

- 1.- Determinar las causas más frecuentes de dolor abdominal recurrente en niños escolares que acuden a la consulta externa del servicio de Medicina en el Hospital Infantil de México, "Federico Gómez".
- 2.- Determinar el lugar que ocupan los parásitos como causa de dolor abdominal recurrente en nuestro medio.
- 3.- Conocer el lugar que ocupa el dolor abdominal funcional o psicogénico como causa de dolor abdominal recurrente en nuestro hospital.
- 4.- Objetivizar los factores biológicos, sociales y psicológicos que con mayor frecuencia participan en el dolor abdominal recurrente y de su tabulación poder actuar desde su diagnóstico, tratamiento y prevención.

HIPOTESIS.

- Ha. La parasitosis es la causa más frecuente del dolor abdominal recurrente en la consulta externa de medicina del Hospital Infantil de México "Federico Gómez".
- Ba. El dolor funcional o psicogénico es la causa más frecuente del dolor abdominal recurrente en niños escolares, presentándose con menor frecuencia las parasitosis.

METODOLOGIA.

El presente trabajo se llevó a cabo a través de un diseño de investigación de revisión de casos (retrospectivo, longitudinal, observacional y descriptivo), mediante la revisión de expediente de la consulta externa de medicina del Hospital Infantil de México "Pedro de Balmori", en los años: 1981 - 1982, de enero de 1981 al mes de diciembre de 1981, de aquellos niños que acudieron a la consulta por dolor abdominal recurrente.

Nuestra población objetivo son todos aquellos niños escolares que acudieron a la consulta externa de medicina por dolor abdominal recurrente.

Dentro de los criterios de inclusión:

1. Niños escolares entre los 6 a 7 años de edad, y ser del sexo femenino o masculino.
2. Niños escolares que acuden a la consulta externa por dolor abdominal.
3. Niños escolares que acuden por dolor abdominal recurrente, presentando por lo menos tres episodios durante un periodo de tres meses o más, de intensidad suficiente que influya en sus actividades.

Como criterios de exclusión:

1. Pacientes pediátricos que no tengan la edad especificada.
2. Pacientes que no sea factible obtener una información adecuada de la evolución, principalmente por expediente incompleto.

La forma de obtener la información fue mediante la revisión de expedientes de la consulta externa de medicina del Hospital Infantil de México, tomando en cuenta los siguientes parámetros para su evolución:

I. Historia Clínica.

a. Antecedentes heredo-familiares, sobre todo el antecedente de trastornos gastrointestinales funcionales como es colon irritable, antecedente de migraña, epilepsia, alergias, así como antecedentes de patológicos psiquiátricos en la familia.

b. Antecedentes personales no patológicos como son antecedentes psiquiátricos, desarrollo psicomotor, con énfasis en la actividad escolar, hábitos higiénicos y dietéticos.

c. Antecedentes personales patológicos con interrogatorio dirigido a tendencias, enfermedades gastrointestinales, epilepsia, cefaleas, alergias y antecedentes quirúrgicos.

d. Examen actual, interrogando principalmente la semiología del dolor abdominal recurrente, motivo de la consulta, tomando en cuenta fecha y modo de inicio, localización, tipo, irradiación, duración, periodicidad, factores predisponentes, factores que lo exacerban o lo mitigan, su relación con la ingesta de alimentos, defecación, estados emocionales, sintomatología que lo acompaña y efecto del dolor sobre las actividades del niño.

e. Examen físico, el cual debe ser completo desde signos vitales hasta la rectificación de tacto rectal, el cual muchas veces es dolorido.

II. Exámenes complementarios de laboratorio y gabinete.

Siendo los primeros biometría hemática completa, uronálisis, examen de heces, como coproparasitoscópicos, búsqueda de moho en fresco y leucocitos en moco fecal, glucemia y de gabinete la radiografía simple de abdomen.

Como pruebas selectivas se consideran los siguientes - exámenes de gabinete: serie esofagogastroduodenal, electroencefalograma y ultrasonido abdominal.

III. En caso de no haberlo intercualte al servicio de --
psiquiatría.

DEFINICION DE LA ENTIDAD NOSOLOGICA Y VARIABLES.

I.- Entidad Nosológica.

Dolor abdominal recurrente en niños escolares.

II.- Variables.

- a. Variables universales que son necesarias para dar una descripción general de la población en estudio como son - sexo y edad.
- b. Variable dependiente es el dolor abdominal recurrente.
- c. variables independientes son las causas del dolor abdominal recurrente ya sea orgánica, disfuncional o bien - psicogénico.

La entidad nosológica y las variables se tomaron en una - escala nominal.

Como se refirió el proceso de la selección de la información fue mediante la revisión de expedientes de la consulta externa de medicina del Hospital Infantil de México, "Pedro - rick Gómez".

El tipo de análisis de información se realizó con las medidas de tendencia central, como método estadístico por ser un estudio descriptivo, es decir, con descripción de variables individuales por separado (variables categóricas, nominal y ordinal).

RECURSOS.**RECURSOS HUMANOS.**

La investigación se realizó por la Dra. Lidia Montiel -- Corvantes, médico residente del segundo piso de Pediatría -- Médica, siendo asesorada por la Dra. Amparo Adell G., jefe del servicio de la consulta externa de medicina del Hospital Infantil de México "Estadico Gómez".

RECURSOS MATERIALES.

La información se captó con la revisión de expedientes de la consulta externa de medicina, los cuales se encuentran en el servicio de archivo clínico del propio hospital.

Provisamente se recopiló bibliografía a base de textos y artículos médicos sobre el tema, estos últimos con ayuda del CENIDI (Centro Nacional de Información y Documentación en Salud) mediante la recuperación de información automatizada, sistemas médicos.

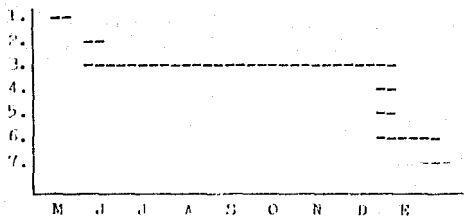
Materiales para la realización del trabajo como son hojas blancas, hojas de 24 columnas para la captación de datos, -- bolígrafo, lápiz, calculadora de bolígrafo, escuadrón y una máquina de escribir para la transcripción del trabajo.

RECURSOS FINANCIEROS.

Los precios del médico investigador para los materiales de trabajo.

CRONOGRAMA Y CALENDARIO DE TRABAJO.

Actividades



Meses

- 1.- Recopilación de Bibliografía
- 2.- Elaboración de protocolo
- 3.- Recepción de datos
- 4.- Codificación de datos
- 5.- Procesamiento de información
- 6.- Análisis de información
- 7.- Publicación de resultados

Se realizó el trabajo con el siguiente calendario:

1. Reconciliación de bibliografía, la cual se realizó durante el mes de mayo de 1991.
2. Elaboración del protocolo durante las dos primeras semanas del mes de junio de 1991.
3. Recolección de datos, realizándose a partir del día 17 de junio de 1991 al 31 de diciembre de 1991.
4. Codificación de datos y procesamiento de la información que se llevó a cabo en el mes de diciembre de 1991.
5. Análisis de información no realizó durante el mes de enero de 1992.
6. La publicación de resultados se realizó el día 30 de enero de 1992.

RESULTADOS.

En cuanto a los resultados obtenidos en esta estadística se debe tomar en cuenta que es de tipo revisión de casos por lo que la información de los expedientes se recibió con fines ajenos a esta investigación motivo por el cual se trató en lo posible realizar adecuadas inferencias del mismo.

Inicialmente se revisaron 218 expedientes con dolor abdominal recurrente, eliminándose 60 de estos de acuerdo a los criterios de exclusión propuestos, en su mayoría por ser expedientes incompletos.

Así mismo, la información recibida fue del año de 1984 a el año de 1991 debido a que los años anteriores (1981, 1982, 1983) no están en el archivo clínico.

El número de casos varió por año, incrementándose este de acuerdo a los nuevos intereses que surgen con la información obtenida. Así se tiene que en total se revisaron 158 expedientes dividiéndose por año de la siguiente manera:

C u a d r o Núm. 1

AÑO	Núm. de pacientes	S e x o	
		Femenino	Masculino
1984	6	5	1
1985	3	3	0
1986	27	18	9
1987	24	13	11
1988	30	17	13
1989	25	13	12
1990	33	20	13
1991	10	6	4
Total	158	95	63

. Ver gráfica No. 1

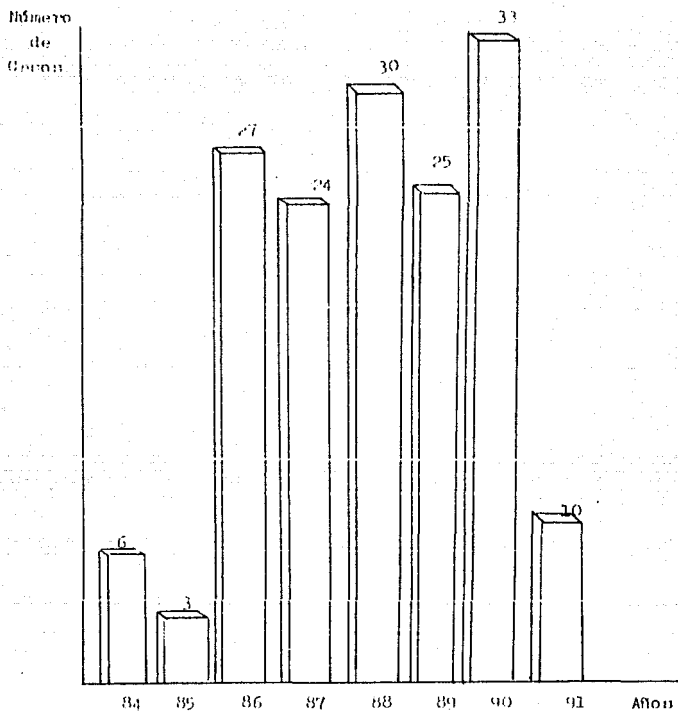


Gráfico No. 1.- Número de casos de dolor abdominal recurrente en niños espoleados revisados en la consulta externa de medicina por año del H. I. M. Federico Gómez.

En cuanto al sexo predominó el femenino en un 60,2% del total de los casos estudiados.

Cuadro Núm. 2

SEXO	Núm. de pacientes	Porcentaje
FEMENINO	95	60,2%
MASCULINO	63	39,8%
Total	158	100,0%

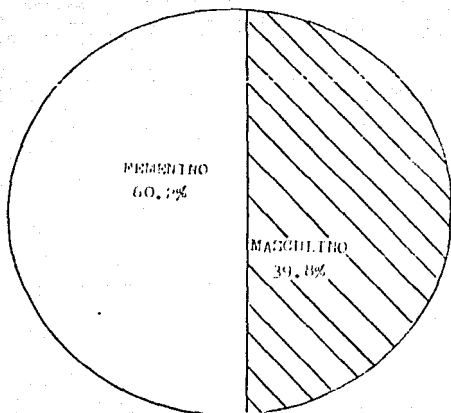
. Ver Gráfico No. 2

La frecuencia por edad oscilar entre los 8 a 10 años de edad con la siguiente distribución:

Cuadro Núm. 3

GRUPOS DE EDAD a. años m. meses	Sexo Femenino		Sexo Masculino	
	Número	porcentaje	Número	porcentaje
6a - 6a 11 m	9	9,4%	6	9,5%
7a - 7a 11 m	8	8,4%	3	4,2%
8a - 8a 11 m	24	25,2%	16	20,3%
9a - 9a 11 m	19	20,1%	12	14,6%
10a - 10a 11 m	16	16,9%	12	14,6%
11a - 11a 11 m	9	9,4%	10	12,9%
12a	10	10,5%	5	7,9%

Con dichos resultados se observó el predominio femenino semejante a otros estudios descriptos.



Gráfica No. 2.- Distribución de número de casos de acuerdo a el sexo.

Dentro de los antecedentes heredo-familiares de importancia mere el dolor abdominal recurrente no colectó la siguiente información:

• Dolor abdominal crónico en los padres	2
• migraña	5
• asma bronquial	2
• otras atopías	1
• Pseudotuberculosis	2
• epilepsia	2
• Enfermedades gastrointestinales (<i>gastritis, colitis inespecífica, úlcera gástrica, cáncer gástrico</i>)	11
• Alteraciones metabólicas	3
• otras (como diabetes renal)	1

En cuanto a las alteraciones patológicas ningún familiar tenía diagnóstico médico como tal, sin embargo las madres de tres pacientes se referían nerviosas y aprehensivas, incluso la madre de un paciente adoptado por lo que se sugiere que en estudiar sucesivos hacer énfasis al interrogatorio de la dinámica familiar.

Otro factor de tipo social que considero de importancia es el de hábitos dietéticos, clasificándose estas en el estudio como deficientes, regular y acaudado, teniendo en cuenta principalmente la calidad de la dieta. El cuadro Núm. 4 muestra los resultados.

Se trató de investigar en cuanto a la frecuencia de la ingesta de los "alimentos chatarra" por los pacientes, sin embargo, dentro de los expedientes estudiados no se tiene dato alguno.

Cuadro N.º 4

Clasificación de la enfermedad.	Número de pacientes	Porcentaje
Deficiente	60	37.9%
Regular	53	33.5%
Adecuada	45	28.4%

Dentro de los antecedentes personales patológicos de importancia se obtuvieron los siguientes datos:

• Mucocenteritis en la infancia	27 casos (13.9%)
• Constipación	13 casos (7.4%)
• vómitos	38 casos (24%)
• Hematitias	3 casos (1.8%)
• Gafelas	2 casos (1.2%)
• Crisis convulsivas	9 casos (5.6%)
• Anemia ferropénica	16 casos (10.1%)
• Parasitias clásicas	6 casos (3.7%)
• Quirúrgicos	4 casos (2.5%)
a. PC hipertrofia (2 casos)	
b. PC neofitocromia (2 casos)	
• Parafloja - escarlatinas	12 casos (7.4%)
• Sifilomatosis	2 casos (1.2%)
• Otras	
a. polioemia	1 caso (0.6%)
b. vulvovaginitis	1 caso (0.6%)
c. infección de vías urinarias	3 casos (1.8%)

En cuanto a la entidad morfológica, DOLOR ABDOMINAL RECURRENTE se presentó en los siguientes parámetros:

Inicio, localización, irradiación, duración, factores precipitantes, factores precipitantes, factores que lo incrementan o disminuyen, síntomas acompañantes, relación con la ingesta de alimentos o emociones, emociones. Ver cuadro N.º 5.

Los resultados obtenidos no son de un tipo único de localización ya que aproximadamente la mitad de los casos (50.6%)

CUADRO No. 5

DOLOR ABDOMINAL RECURRENTe		
I. INICIO:	Número	Porcentaje
a. Súbito	31	19.6%
b. Insidioso	75	47.4%
c. No especificando	52	32.9%
II. LOCALIZACION:		
a. Hipocondrio Der.	8	5.0%
b. Epigastrio	62	39.3%
c. Hipocondrio Izq.	3	1.9%
d. Flanco	18	11.3%
e. Mesogastrio	65	41.1%
f. Hipogastrio	25	15.8%
g. Generalizado o difuso	12	7.5%
h. No especificando	11	6.9%

se tenía la siguiente localización: epigastrio e hipocostrio derecho, epigastrio e hipocostrio izquierdo, mesogastrio e hipogastrio, epigastrio y mesogastrio siendo esta última la más frecuente al ser presentada en dos sitios.

En cuanto a la irradiación y la duración son datos no bien especificados en la mayoría de los expedientes, encontrándose solo en 19 expedientes en cuanto a duración desde 5 minutos hasta 3 horas.

En cuanto a factores que precipitaban el dolor en 26 casos se refiere posterior a la ingesta de alimentos en general, especificándose solo en 4 casos para alimentos irritantes y en uno para alimentos calóricos azucarados. En 5 de los pacientes se refiere al estar y de estos, 2 al estar en exámenes o tener que presentar un trabajo escolar. En 4 casos incrementa con el ejercicio. El resto de los pacientes, 13 casos, no tienen dicho dato en el expediente.

De los factores que aliguan el dolor se tiene lo siguiente: analgésicos en 21 casos, antiinflamatorios 34 casos, reposo 8 casos, y en 105 pacientes no se especifica. Otros como antispasmodicos solo en 10 pacientes. En 20 casos se combieron analgésicos y antiinflamatorios.

Dentro de los factores sociales a considerar es el estado emocional y la interferencia del dolor en las actividades escolares de los pacientes encontrándose solo en 4 casos y 2 en sus respectivamente. El resto no lo especifica.

El tipo de dolor abdominal se dividió como cólico, puntivo, ardoroso, punzante y no especificado, distribuyéndose de la siguiente forma:

Cuadro N.º 6

TIPO DE DOLOR	Número de pacientes	Porcentaje
CÓLICO	93	58.8
PUNZATIVO	1	0.6
ARIDOROSO	4	2.5
PESADEZ	2	1.2
NO ESPECIFICADO	58	36.7

Dentro de los síntomas y signos acompañantes se presentaron de la siguiente forma:

1. vómito	78 casos (49.4%)
2. constipación	21 casos (13.2%)
3. Distensión abdominal	16 casos (10.1%)
4. Náuseas	8 casos (5.0%)
5. Diarrea	8 casos (5.0%)
6. Disuria	6 casos (3.7%)
7. Hiporexia	5 casos (3.1%)
8. cefalea	5 casos (3.1%)
9. Agruras	2 casos (1.2%)
10. Ninguno	54 casos (34.1%)

A la exploración física como datos de importancia solo en 13 casos se presentó dolor a la palpación profunda de abdomen principalmente a nivel de mazo cólico; en 1 caso se refería una masa en flanco derecho que no se volvió a corroborar en las consultas subsiguientes. En 19 de los casos no se realizó la exploración física y el resto, 176 casos, la exploración fue normal.

Dentro de los exámenes de laboratorio reportados se tiene lo siguiente:

1.- Biometría hemática completa, reportándose como normal en 137 casos, anormal en 3 casos. Uno con monocitosis y dos con eosinofilia, de estos últimos uno se relacionó con parasitosis y el otro caso con asma bronquial. En 13 casos no se tardó

el exámen.

2. Exámen general de orina, reportándose normal en 111 casos, anormal en 6 casos y en 21 no se tomó el exámen.

3. Geohematoscopías positivas en 102 casos, negativos 70, y en 30 casos no se tomó el estudio, por que mencionar que no siempre en los exámenes primeros se tenía la positividad de los mismos.

4. Otras como lágrima de saliva en fresco y leucocitos en moco fecal se obtienen solo en 6 expedientes siendo el primero en total negativo, y del segundo solo un caso con predominio de poliorrromucoserosa.

De los estudios de gabinete se reportan RX simple de abdomen, serie cefalopostrodonal, electroencefalografía y ultrasonido abdominal.

1. Radiografía simple de abdomen solo en 5 casos que se reportan normales.

2. Serie cefalopostrodonal en 10 casos, siendo solo uno positivo con prolapso de la mucosa gástrica correspondiente a enfermedad ácido-péptica.

3. Electroencefalografía que se realizó en 11 pacientes, 4 normal y 7 anormal, la anomalía reportada en estos pacientes fue: ondas anómalas de alto voltaje en regiones occipitales.

4. Y el ultrasonido abdominal realizado en 6 pacientes reportando todos como normales.

En cuanto a la causa del dolor abdominal recurrente en niños escolares en nuestro medio se corroboró que la parasitosis ocupa el primer lugar a diferencia de otros estudios, y que de estas parasitosis sigue siendo la giardiasis la más frecuente. Ver cuadro B6a, B.

Cuadro N.º 8

DIAGNOSTICO	Número de pacientes	porcentaje
Parositolias	102	64,5
Epilepsia de sintomato logía compleja ++	7	4,4
Gastritis	5	3,1
Infección de vías urinarias	4	2,5
Colitis inespecífica	3	1,8
Fobia del escolar	1	0,6
Hidronefrosis	1	0,6
Hepatitis	1	0,6
Púrpura de H-S ++	1	0,6

++ pacientes que también presentaron parositolias, dentro de los primeros en número de 3 y de los segundos 2.

En cuanto al diagnóstico de hidronefrosis, hepatitis y púrpura de H-S no tomaron exámenes de laboratorio correspondientes para su diagnóstico.

Dentro de los parositolias más frecuentes se obtuvieron los resultados siguientes:

1. Giardiasis en 72 casos
2. Ascariasis en 29 casos
3. Himenolepiasis en 30 casos
4. Trichiuriasis en 10 casos
5. Amibiasis (*E. histolytica*) en 9 casos
6. Enterobiasis en 8 casos.

Y por último se consideraron con los casos reportados que ameritaron Interconsulta a Higiene Mental en número de 7 - solamente. Cinco consideraron que no ameritaba continuar su valoración por ese servicio, a uno se manejaron como trastorno del lenguaje y a otro como alteración en la dinámica familiar. Este último con el diagnóstico de Fobia del escolar.

El número de consultas promedio de 5.7 con la siguiente distribución:

CUADRO No. 10

NUMERO DE COBERTAS	NUMERO DE PACIENTES.
1	15
2	100
3	18
4	10
5	5
6	5
10	4
15	1

Observándose que en general para la segunda consulta se tenían resúmenes positivos, sobre todo parasitarios por lo que se daba tratamiento y se daba denta al paciente.

DISCUSION.

A través del estudio de nuestros resultados se infiere lo siguiente:

- El Dolor Abdominal recurrente en niños ecuatorianos en la consulta externa de "medicinas en un síndrome común.
- Se corroboró la hipótesis de que la causa más frecuente en nuestro medio de dicho síndrome fue la parasitaria, y no el de tipo funcional como en otros países.
- Predomina en el sexo femenino igual que en otros estudios y la edad de presentación entre los 8 y 10 años de edad.
- De los factores a objetivizar para su diagnóstico, tratamiento y pronóstico es el de realizar un estudio más cuidado no en cuanto a las relaciones interpersonales y familiares del paciente, y el determinar el tipo de dieta de nuestro pueblo en cuanto a calidad, siendo estos factores de tipo social.

Con lo anterior es necesario seguir un estudio más dirigido para el Dolor Abdominal recurrente buscando así una causa específica del mismo y evitando así diagnósticos sin fundamento alguno como son los de tipo emocional o psicógeno, siendo este último como proceso de eliminación de diagnóstico. Evitar la tentación de realizar un diagnóstico o diagnóstico fácil como alergia alimenticia, infección viral prolongada, o entóxico nervioso y no diagnosticar a través de la respuesta terapéutica. Y hacer lo posible para normalizar la vida del niño y hacerles entender a los padres que el dolor abdominal no es producto de la cabeza del niño sino que es real y hay que determinar la causa.

Por lo tanto como alternativas para la mejoría de la salud del escolar y elevar así al 100% nuestros objetivos se tiene:

1. Capacitar al personal de salud sobre el Dolor Abdominal Recurrente.

2. Educación para la salud a la población

3. Mejorar la atención estableciendo una relación de confianza entre el médico y el paciente, garantizando así cierta continuidad a el estudio

- 4.- Garantizar un adecuado manejo intra y extra hospitalario.
- 5.- Mejorar la circulación de la información clínica.
- 6.- Desarrollar y estimular la Investigación Médica.

CONCLUSIONES.

Este estudio de Revisión de casos se realizó en el lapso de 7 años, con los expedientes de la Central Sistema de Medicina del Hospital Infantil de México, Federico Gómez. Se estudiaron 156 casos en total encontrándose que de todos los en en el 60.2% fue en pacientes femeninos, la edad más frecuente fue de los 8 años de edad y la causa más frecuente a diferencia de otros estudios la parasitosis intestinal, y de estas la giardiasis. Dentro de los estudios de importancia las enteroparasitoscópicas, que aunque en la mayor parte de los casos no son positivos a su inicio deben considerarse la repetición de los mismos para confirmar el diagnóstico.

Por otro lado, aunque no de rutina considerar la realización de Ultrasonido abdominal como método inocuo para realizar algunos diagnósticos.

Dentro de las sugerencias es el realizar un estudio prospectivo y ordenado, evaluando así incluso la calidad de algunas medidas preventivas, diagnósticas y terapéuticas.

BIBLIOGRAFIA.

1. Abreu, M. Fundamentos del Diagnóstico. 5a. Ed. Edit. Fco. Méndez Cervantes. España, 1982: 596-600.
2. Apley, J. Dolores Abdominales en el niño. 1a. Ed. Edit. Pediatría. España, 1976: 14-108.
3. Baez, J; Bravo, J; Chavez, I. Nosología Básica Integral. Tomo 1. 5a. Ed. Edit. Fco. Méndez Oteo. México, 1982: 1-43.
4. Coleman, W; Levina, M. Recurrent abdominal pain: the cost of aches and aches of the cost. *Pediatr Rev* 1986 nov; 8(5): 143-151.
5. Jiménez, F; Figueras, J; Botet, F. Licenciatura Pediatría. Tomo I 1a. Ed. Edit. Salvat. España, 1989: 390-395.
6. Levine, M; Rappaport, L. Recurrent abdominal pain school children: the loneliness of the long distance physician. *Pediatr Clin North Am* 1984 oct; 31 (5): 969-991.
7. Liobman. Recurrent abdominal pain in children. A retrospective survey of 119 patients. *Pediatr Clin North Am* 1978; 17(5): 149-153.
8. Mc Grath, P; Goodman, J; Firestone, P. Recurrent abdominal pain: a psychogenic disorder. *Arch Dis Child* 1983 Nov; 58(11): 888-890.
9. Nelson, V. Tratado de Pediatría. 13a. Ed. Edit. Interamericana. España, 1989.
10. Oster, J. Recurrent abdominal pain, headache and limb pains in children and adolescents. *Pediatr* 1972 Sept; 50 (3): 429-436.
11. (Peñarrieta, D. Dolor Abdominal Recurrente en niños escolares. México, 1986).
12. Rappaport, L. Recurrent abdominal pain: theories and pragmatics *Pediatrician* 1989; 16 (1-2): 78-84.

13. Reimann, H. Three periodic diseases as causes of recurrent abdominal pain in childhood. Arch Dis Child 1976 mar; 51(3): 244-245.
14. Robinson, J; Alvarez, J; Dodge, J. Life events and family in children with recurrent abdominal pain. J Psychosom Res 1990 feb; 34(2): 171-181.
15. Schechter, N. Recurrent pains in children: an overview and an approach. Pediatr Clin North Am 1984 oct; 31(5): 949-967.
16. Shanon, A; Martin, D; Deldman, W. Ultrasonographic studies in the management of recurrent abdominal pain. Pediatr 1990 Jul; 86(1): 35-38.
17. Silverberg, M. Chronic abdominal pain in adolescents. Pediatric annals 1991 April; 20(4): 179-185.
18. Stockman III, J. Difficult Diagnosis in Pediatrics Edit. WB Saunders Company. USA, 1990: 283-292.
19. Vander Meer, S; Farget, P; Arends, J. Diagnostic value of US in children with recurrent abdominal pain. Pediatr Radiol 1990; 20(7): 501-3.