



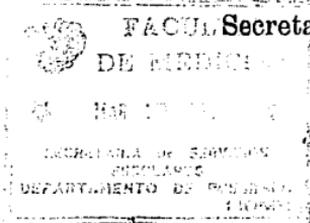
11237 73 29
Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina

División de Estudios de Posgrado e Investigación

Instituto Nacional de Pediatría

Secretaría de Salud



**DOLOR ABDOMINAL AGUDO EN LA CONSULTA DE URGENCIAS
DEL INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA**

Trabajo de Investigación que presentan:

Dr. Manuel Eduardo Isart Fagundo

Dr. Francisco Ignacio Ortíz Aldana

Para obtener el título de especialista en:

PEDIATRIA MEDICA



INP

México, D. F.

1993

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



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

Resumen.....	1
Abstract.....	3
Introducción.....	4
Objetivos.....	10
Material y método.....	11
Análisis estadístico.....	14
Resultados.....	15
Discusión.....	17
Conclusiones.....	21
Tablas y gráficas.....	22
Bibliografía.....	33

RESUMEN

El objetivo de este estudio fué el de encontrar las diferentes características y etiologías del dolor abdominal agudo en niños.

Nosotros llevamos a cabo un estudio prospectivo en 100 niños (con edades comprendidas entre 2 a 18 años) que presentaban dolor abdominal agudo y que acudieron al departamento de Urgencias del Instituto Nacional de Pediatría.

Las edades más frecuentes encontradas fueron: 5, 9 y 13 años (11% respectivamente, $\bar{X}=9\pm 4$ años). La mayoría fueron admitidos dentro de las primeras 24 horas de evolución (59%). La localización más frecuente fué referida en **fosa ilíaca derecha (55%)**.

La presencia de los datos clínicos como náusea, vómito e irritación peritoneal; los datos de laboratorio como hemoconcentración, leucocitosis, neutrofilia y velocidad de sedimentación globular elevada; así como también el índice radiológico sugestivo de abdomen quirúrgico tuvieron **significancia estadística mayor entre los pacientes que requirieron cirugía ($p < 0.01$)**.

El diagnóstico más frecuente fué apendicitis aguda (38%). La mayoría de los pacientes **recibieron tratamiento quirúrgico (51%)**.

En conclusión, los siguientes indicadores nos pueden guiar para decidir cuando un paciente es candidato a tratamiento quirúrgico o no, estos son: náusea, vómito, irritación peritoneal, hemoconcentración, leucocitosis, neutrofilia, velocidad de

sedimentación globular elevada y el índice radiológico sugestivo de abdomen quirúrgico que fué basado en la interpretación de la radiografía simple de abdomen.

PALABRAS CLAVES: dolor abdominal agudo; Urgencias.

ABSTRACT

The aim of this study was to find out the different characteristics and etiologies of acute abdominal pain in children.

We undertook a prospective study of 100 children (two to 18 years old) presenting with acute abdominal pain to the Emergency Room of the Instituto Nacional de Pediatría.

The most frequent ages were: 5, 9 and 13 years (11% respectively, $\bar{X}=9\pm 4$ years). The majority were admitted within the first 24 hours of the illness (59%). The most frequent location of pain was referred to the right lower abdominal quadrant (55%).

The presence of clinical data such as nausea, vomiting and peritoneal irritability; the laboratory data i.e. hemoconcentration, leukocytosis, neutrophilia and elevated sedimentation rate, and the radiological index suggestive of acute abdomen had statistical significance among the patients that required surgery ($p < 0.01$).

The diagnosis most often made was acute appendicitis (38%). Most of the patients were operated (51%).

In conclusion, the following parameters guided us to decide when a patient is amenable to surgical treatment or not, i.e. nausea, vomiting, peritoneal irritability, hemoconcentration, leukocytosis, neutrophilia, elevated sedimentation rate and a radiological index based on the aspect of the abdominal cavity in a routine X ray plate.

KEY WORDS: acute abdominal pain; Emergency Room.

INTRODUCCION

El dolor abdominal en pediatría constituye un reto para el clínico y el cirujano, ya que la minuciosa utilización de la anamnesis, exploración física y juiciosa indicación de estudios de laboratorio y gabinete depende la rapidez del diagnóstico presuntivo y la oportunidad de la cirugía. En muchos casos no se le da la importancia que tiene el dolor abdominal, por la poca información en la literatura, la mala concepción acerca del mismo y las actitudes de la comunidad que muchas veces lo colocan en un segundo plano, por lo que el pediatra debe estar concientizado de la importancia cada vez más creciente del dolor abdominal en la consulta médica de Urgencias.

El dolor es una de las sensaciones humanas más importantes y una de las más complejas. La Asociación Internacional para el estudio del dolor lo define como: "Una experiencia sensorial y emocional no grata asociada con daño tisular potencial, o describe en términos dicho daño. Este es siempre subjetivo. Y se aprende su significado a través de experiencias relacionadas con lesiones durante la infancia. Es una sensación incuestionable así como una experiencia emocional desagradable e impactante. Muchos refieren dolor en ausencia de daño tisular o cualquier causa patofisiológica, usualmente esto ocurre por razones psicológicas. No hay manera de distinguir estas experiencias de aquellas ocasionadas por daño tisular." (1)

El dolor, como otras sensaciones de la conciencia es la culminación de procesos complejos de integración sensorial dentro de los niveles más altos y especializados del Sistema Nervioso Central (SNC).

Se conocen dos tipos de dolor. El primero es el que resulta bajo circunstancias normales, sólo de estímulos nociceptivos intensos o potencialmente dañinos

(receptores sensoriales de umbral alto), que puede ser llamado DOLOR FISIOLÓGICO, y el segundo, es aquel causado en alguna situación clínica y el cual se le llama DOLOR PATOLÓGICO. (2,3)

El dolor fisiológico es altamente localizado y si no hay daño tisular, es pasajero. Este es percibido en respuesta a la presión firme o pellizco, calor o frío excesivo, irritación química, y abrasión de la piel. Su papel es simple, pero importante, informar al cuerpo del daño potencial, y se correlaciona con la iniciación del reflejo de retiro. (3) Este dolor tiene distintos umbrales: mecánicos, térmicos y químicos y sus amplitudes están relacionadas con la intensidad del estímulo. La razón para esto es que el dolor es llevado por fibras nociceptivas especializadas que codifican aspectos de estímulos dañinos relacionados con la modalidad e intensidad, duración y localización. (4) Así el dolor fisiológico puede considerarse que constituye un dolor "mediado por nociceptores". (5)

El dolor patológico, en contraste, es aquel que se origina posterior al daño tisular o nervioso. Está caracterizado por una desorganización de los mecanismos sensoriales normales, así puede ocurrir en ausencia de estímulos claros, en respuesta a estímulos inocuos y con estímulos dolorosos exagerados o prolongados, pudiendo desencadenar tres tipos de dolor: alodinia (una disminución del umbral del dolor), hiperalgesia (amplificación de la respuesta al dolor), e hiperpatía (sensación prolongada posterior al estímulo). Este dolor es agudo en su presentación, usualmente asociado a dolor neuropático por daño nervioso, perdiendo cualquier función adaptativa y es verdaderamente patológico. (5)

El dolor patológico es producido por nociceptores y de distinta manera que el dolor fisiológico, mediado por fibras "A" largas mielinizadas. (5)

El dolor abdominal es un síntoma de etiología multifactorial que se podría definir como: una sensación subjetiva desagradable como producto de una experiencia sensorial que varía de intensidad y que se localiza a nivel abdominal y que puede traducir presencia o ausencia de daño tisular en dicha región. (6) Este es un problema común en el paciente pediátrico que asiste al servicio de Urgencias de muchos hospitales para su valoración y tratamiento adecuado. En la mayoría de los casos el dolor abdominal puede ser causado por una condición que se autolimita, pero el médico debe estar sensibilizado para distinguir causas graves de dolor abdominal que requieren un manejo integral precoz para evita complicaciones que incrementan la morbimortalidad de los pacientes. (7)

El dolor abdominal dependiendo del tiempo de evolución puede ser clasificado en: agudo y recurrente.

El dolor abdominal agudo es siempre muy intenso, vagamente localizado, de presentación brusca y evolución de menos de siete días, puede ser referido a regiones distales del cuerpo y acompañado por sensaciones motoras intentas, al igual que autonómicas, que incluyen espasmos de la musculatura abdominal y aumento del tono simpático. Cierta clase de estímulos de los órganos internos puede causar dolor abdominal agudo, entre los cuales se pueden mencionar: contracturas musculares y espasmos de los músculos lisos de las vísceras huecas, distensión de las mismas, irritación química de la mucosa y estados inflamatorios agudos. (5)

El dolor abdominal recurrente por el contrario, es aquel que se define como episodios de dolor abdominal que ocurren por lo menos una vez al mes por un mínimo de tres meses. (8) Es más común en niños de 10 a 12 años, con una prevalencia del 10 al 15%. (9,10) La cavidad peritoneal es un espacio potencial, delimitada por estructuras

como el peritoneo visceral y parietal. Cada una de estas tiene una vía diferente de conducción del dolor, además de características específicas. Así pues dependiendo de la localización o afección a nivel de estas estructuras abdominales lo podemos clasificar en: dolor visceral y parietal, dependiendo de su localización anatómica, además podemos considerar una tercera clase de dolor el cual constituye el dolor abdominal referido, el cual causa sensación de dolor en un lugar distante al órgano afectado.

El dolor visceral es aquel que se percibe a nivel del peritoneo visceral a través de los nervios espláncnicos del Sistema Nervioso Autónomo (SNA). Esta sensación es localizada pobremente y puede sentirse en el abdomen a cierta distancia del órgano afectado. Puede ser causado por estiramiento o isquemia, pero no por lo contarlo o quemarlo. Las fibras aferentes viscerales de la cápsula del hígado, bazo, porciones centrales del diafragma y la crura alcanzan el SNC vía fibras aferentes sensoriales simpáticas en el nervio frénico. Fibras de la vesícula, estómago, intestino delgado y páncreas viajan por el plexo celíaco y luego a través de los segmentos sexto y noveno cordón torácico espinal. Fibras eferentes de colon, apéndice y órganos pélvicos alcanzan el décimo u undécimo segmentos torácicos vía en plexo mesentérico. El dolor visceral originado de las estructuras como estómago, páncreas y duodeno, es percibido en epigastrio. El dolor originado en el intestino delgado y la parte derecha del colon se percibe al nivel del área periumbilical, así también aquel originado del colon izquierdo se percibe en hipogastrio. (11)

El dolor parietal es aquel que se percibe en el peritoneo parietal y la pared abdominal, los cuales reciben inervación de las fibras de dolor somático de los nervios espinales. La sensación de estas fibras es aguda, bien localizada e intensa, y generalmente causada por inflamación del peritoneo. La deambulación acentúa el

dolor, por lo que el paciente tiende a mantenerse en reposo. Este dolor señala más directamente el lugar afectado. (11)

El dolor referido es aquel en el cual la sensación se percibe en áreas remotas a la víscera afectada. Los nervios somáticos viscerales siempre hacen sinapsis con el cordón espinal y son responsables de la transmisión del mismo. Los estímulos que cursan a nivel de fibras aferentes viscerales pueden estimular las sinapsis de los nervios somáticos y pueden causar sensación en otras áreas. Ejemplos comunes son los dolores referidos del diafragma hacia el área supraclavicular por el tercer nervio cervical, otros ejemplos son el dolor que se origina en la vesícula biliar que se percibe en la punta de la escápula por el séptimo nervio espinal y el cólico ureteral es percibido en la región ilioinguinal por el nervio ilioinguinal que va de T12 a L1. (11)

Las etiologías del dolor abdominal pueden ser múltiples y muy variables, desde causas puramente orgánicas hasta aquellas de origen psicógeno.

Así pues dependiendo de las etiologías habrá patologías que requieran manejo médico, quirúrgico y otras que pudieran quedar dentro de inespecíficas. Entre las diferentes etiologías podemos encontrar la siguiente:

a) Médicas: gastroenteritis, enfermedades virales, constipación, infección de vías urinarias, faringoamigdalitis, asma, neumonía, enterocolitis bacterianas, crisis hemolítica por anemia de células falciformes, cetoacidosis diabética, dismenorrea, pielonefritis, gastritis y otras. (11,12)

b) Quirúrgicas: apendicitis, obstrucción intestinal, trauma abdominal, invaginación intestinal, hernia estrangulada, colelitiasis, malrotación intestinal, embarazo ectópico roto, etc. (12,13)

c) Inespecíficas: dolor abdominal funcional, cefalea, dolor costal, epistaxis, dolor pélvico inespecífico. (12,13)

El dolor abdominal puede acompañarse de signos y síntomas entre los cuales podemos mencionar: fiebre, náuseas, vómito, constipación, diarrea, disuria y que pueden ser importantes para un abordaje diagnóstico adecuado, para lo cual una historia clínica adecuada, junto a un interrogatorio de la semiología acompañante, además de una exploración física completa, serán necesarios. Posteriormente a esto el apoyo con recursos de laboratorio y de gabinete sustentarán o descartarán etiologías propuestas.

OBJETIVO

Conocer los signos y síntomas clínicos, los exámenes de laboratorio y radiográficos que indican la presencia de un abdomen quirúrgico en la Consulta de Urgencias del Instituto Nacional de Pediatría.

MATERIAL Y METODO

Se realizó un estudio prospectivo, observacional, longitudinal, de una cohorte. En el cual se estudiaron 100 pacientes que acudieron al departamento de Urgencias del Instituto Nacional de Pediatría, con el diagnóstico del dolor abdominal agudo. Se efectuó Historia Clínica con especial interés en la semiología, exploración física, estudios de laboratorio y gabinete, diagnóstico y tratamiento requerido. Los datos fueron anotados en la hoja de recolección de datos. Todos los pacientes fueron vigilados en la Consulta Externa de Urgencias, hasta tener el diagnóstico final, dándoseles el tratamiento que ameritaron.

A todos los pacientes se les realizó:

- Biometría hemática completa con Velocidad de Sedimentación Globular.
- Examen General de Orina.
- Urocultivo.
- Coproparasitoscópico.
- Radiografía simple de abdomen de pie.

POBLACION OBJETIVO:

Todos aquellos pacientes pediátricos que expresaron la sintomatología del dolor abdominal agudo y que acudieron al departamento de Urgencias del Instituto Nacional de Pediatría.

CRITERIOS DE INCLUSION:

- Pacientes de ambos sexos con edades de 2 a 18 años.
- Que expresaron dolor abdominal como síntoma.
- Que tuvieron una evolución menor de 7 días.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

- Pacientes que presentaron alteración del estado de conciencia.

CRITERIOS DE ELIMINACION:

- Ninguno.

DEFINICIONES OPERACIONALES:

FIEBRE: Elevación anormal de la temperatura corporal como signo de enfermedad cuando la temperatura rectal es mayor de 38°C, bucal 0,6°C Y axilar 0,1°C menores que la rectal.

NAUSEA: Sensación penosa que indica proximidad de vómito y esfuerzos que acompañan a la necesidad de vomitar.

VOMITO: Expulsión violenta por la boca de materias contenidas en el estómago.

CONSTIPACION:	Retención de materia fecal, y ausencia de evacuación mayor de 48 horas, generalmente independiente de todo obstáculo mecánico al curso de dicha materia.
DIARREA:	Evacuaciones aguadas mayor de 3 en las últimas 24 horas.
DISURIA:	Sensación de dolor o ardor al miccionar.
PERISTAL:	Audición del movimiento intestinal.
DISTENSION ABDOMINAL:	Observación de pared abdominal protruyente con o sin dibujo de asas intestinales en la superficie del abdomen.
DOLOR ABDOMINAL AGUDO:	Es una sensación desagradable como producto de una experiencia sensorial que se localiza a nivel abdominal y que puede traducir la presencia o ausencia de daño tisular en dicha región. Es muy intenso, de presentación brusca y evolución de menos de siete días.
INDICE RADIOLOGICO SUGESTIVO DE ABDOMEN QUIRURGICO:	Se consideraron los siguientes hallazgos radiológicos: niveles hidroaéreos, borramiento de la grasa pre-peritoneal y pre-vesical, borramiento de los psoas y de la articulación sacro-ílica, columna antiálgica, neumatosis intestinal y asa fija.

ANALISIS ESTADISTICO

Para el análisis se utilizaron técnicas estadísticas descriptivas para la presentación tabular y gráficas (media, histogramas y gráficas de áreas de las variables en estudio).

Se dividió a la población de estudio en 2 grupos: aquellos que al momento de egreso y alta habían requerido tratamiento médico y aquellos a quienes se les realizó cirugía (abdomen quirúrgico).

Se utilizó prueba de Chi Cuadrada para comparar las variables categóricas y prueba de "t" de Student para las variables continuas. Se tomo el valor de p estadísticamente significativo cuando éste fué menor de 0.05.

RESULTADOS

Este estudio es el primero en evaluar las características clínicas, laboratorio y gabinete del dolor abdominal agudo en la sala de Urgencias del Instituto Nacional de Pediatría y en analizar cuales de estas características indican la presencia de un abdomen quirúrgico agudo.

Se atendieron en el período de seguimiento (Noviembre/92 a Febrero/93) 3000 pacientes con urgencias verdaderas; el dolor abdominal se observó como motivo principal de las urgencias en 100 niños lo que representa el 3% de la población total.

Las edades fluctuaron de 2 a 17 años con una $\bar{X} \pm DS = 9 \pm 4$ años, fueron 58 masculinos y 42 femeninos. (tabla 3, figuras 1 y 2).

Las características clínicas: edad, localización del dolor, tiempo de evolución, presencia de fiebre, antecedentes de diarrea, disuria, uso previo de analgésicos, antibióticos y antiespasmódicos no mostró diferencias estadísticas entre los grupos. (tablas 1 y 3, figuras 3 y 4).

La presencia de náuseas, vómitos e irritación peritoneal fué significativamente mayor ($p < 0.01$) en el grupo que presentaba abdomen quirúrgico. El antecedente de constipación fué significativamente mayor ($p < 0.01$) en el grupo de pacientes con tratamiento médico (tabla 3).

En la evaluación de los estudios de laboratorio: hemoglobina, leucocitos totales, segmentados totales y velocidad de sedimentación globular fué significativamente

mayor ($p < 0.01$) en el grupo que presentaba abdomen quirúrgico. Con respecto a las bandas totales no mostró diferencias estadísticas entre los grupos. (tabla 4).

Al evaluar el índice radiológico sugestivo de abdomen quirúrgico se encontró diferencia estadística significativa mayor en el grupo quirúrgico ($p < 0.01$). (tablas 5 y 6).

DISCUSION

Este estudio es muy importante y es el primero que se realiza en el departamento de Urgencias del Instituto Nacional de Pediatría analizando dolor abdominal agudo.

El objetivo fué encontrar las diferencias características entre la semiología, exámenes de laboratorio y radiológicos en pacientes pediátricos con dolor abdominal agudo, para hacer notar la importancia que tiene el mismo en la población que acude a nuestro Hospital y alertar al pediatra a la hora de tomar decisiones en cuanto al tratamiento y poder identificar indicadores confiables de abdomen quirúrgico.

En el estudio se tuvo una predominancia del sexo masculino, con 58 y 42 femeninos. No existiendo diferencias estadísticas al comparar los grupos.

Con respecto a la edad tampoco hubo diferencias entre los grupos. Se tuvieron 35 pacientes con edades entre 2 a 6 años, 35 pacientes con edades de 7 a 11 años y 30 pacientes entre 12 y 17 años, prácticamente se tuvo el mismo número de pacientes tanto pre-escolares y escolares (35% respectivamente). Se tuvieron picos de edad a los 5, 9 y 13 años (11% respectivamente). Así pues, observamos que el dolor abdominal agudo aparece a cualquier edad con una frecuencia muy similar en nuestra población.

Observamos que la mayoría de los pacientes (59%) acudieron en las primeras 24 horas del inicio del cuadro. Por lo que nos hace pensar que el dolor abdominal agudo es un dato que impacta a la familia, lo que hace que busquen atención médica temprana.

La localización no es un dato característico para pensar en abdomen quirúrgico. En nuestro estudio la localización más frecuente fué en fosa ilíaca derecha (55%) y mesogastrio (31%).

En nuestra población la fiebre, diarrea y disuria no son indicadores de abdomen quirúrgico, no se encontraron diferencias entre los grupos. Así pues la presencia o ausencia de estos signos y síntomas no descarta abdomen quirúrgico y puede presentarse con igual frecuencia que el no quirúrgico. Un dato interesante fué que en el grupo de abdomen quirúrgico un 29% de los pacientes cursaron con diarrea, contrariamente a algunos autores que refieren que esta no se presenta en pacientes con abdomen quirúrgico.

Por otro lado los datos de vómito y náusea se correlacionaron en forma importante con abdomen quirúrgico, por lo que son indicadores a considerar en todo paciente con dolor abdominal agudo y abdomen quirúrgico. La náusea y vómitos posiblemente desencadenados por irritación vagal que activa el centro del vómito como mecanismo de defensa.

En nuestros niños la presencia de constipación podría hacernos pensar en patologías médicas y nos haría descartar abdomen quirúrgico.

Es interesante ver que la pre y auto-medicación al inicio del dolor abdominal por familiares o médicos es frecuente y que hasta un 45% de nuestros niños utilizaron previo al ingreso analgésicos o antibióticos. Un 25% usaron antiespasmódicos y hasta un 31% utilizó tanto analgésicos más antibióticos. Esto es importante ya que como se sabe el uso previo de medicamentos puede modificar la presentación clínica del dolor

abdominal y hacerlo silencioso, pudiendo confundir al médico y aumentar el riesgo de complicaciones por retraso en el diagnóstico y tratamiento.

La exploración física es de vital importancia a la hora de valorar nuestros pacientes. En el estudio el dato de irritación peritoneal sugiere abdomen quirúrgico como ya lo han demostrado otros autores, por lo que es cardinal su valoración adecuada para un diagnóstico bien orientado y tratamiento oportuno.

Por otro lado los estudios de laboratorio como lo es una Biometría Hemática completa continúa siendo de mucha importancia, se encontraron datos muy interesantes en este estudio. La hemoconcentración fué mayor en pacientes con abdomen quirúrgico posiblemente asociada a deshidratación por falta de ingesta de líquidos secundaria a intolerancia por náusea y vómitos. Así pues el encontrar hemoconcentración sugirió abdomen quirúrgico. Los pacientes con abdomen quirúrgico presentaban: leucocitosis acentuada, aumento de segmentados totales y de la velocidad de Sedimentación Globular, que se podría explicar debido a que la mayoría de nuestros pacientes presentaron procesos inflamatorios como apendicitis y adenitis mesentérica que podrían estar relacionados a procesos infecciosos. El único dato que no se correlacionó con abdomen quirúrgico fué el número de bandas totales que fué similar entre los grupos.

Los estudios radiológicos siguen siendo de mucha importancia en el diagnóstico de abdomen quirúrgico. Por lo que un estudio de gabinete sencillo y al alcance del personal médico de los hospitales lo constituye la radiografía simple de abdomen de pie.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

Nosotros al analizar el Índice Radiológico sugestivo de abdomen quirúrgico encontramos que éste es un indicador útil en el diagnóstico de abdomen quirúrgico.

Las etiologías de dolor abdominal agudo en nuestra serie fueron múltiples. Las 10 más frecuentes fueron: apendicitis aguda (38%), adenitis mesentérica (19%), faringoamigdalitis (14%), constipación (8%), gastroenteritis (6%), infección de vías urinarias (4%), suboclusión intestinal por bridas o áscaris (2% respectivamente) y divertículo de Meckel (2%). Así también se encontraron causas poco frecuentes de dolor abdominal como por púrpura trombocitopénica posiblemente secundaria a vasculitis. También un paciente con síndrome de Stein-Leventhal o de ovarios poliúísticos. Además del paciente con síndrome de Peutz-Jeager y otro paciente con torción de teratoma maduro de ovario derecho. Lo anterior debe hacernos pensar en una amplia gama de posibilidades diagnósticas en el paciente pediátrico que se presenta por primera vez a consulta por dolor abdominal agudo.

Se encontró que un 49% de la población tuvo etiologías que requirieron tratamiento médico y un 51% de pacientes presentaron abdomen quirúrgico. Por lo que en nuestra serie se podría decir que existe un 50% de posibilidades de que se trate de abdomen no quirúrgico e iguales posibilidades de que se trate de abdomen quirúrgico.

EL dolor abdominal agudo constituye un dato que debe alertar al clínico y cirujano, los cuales deben darle la importancia que tiene para evitar complicaciones que pudieron prevenirse haciendo un abordaje diagnóstico desde el punto de vista clínico, de laboratorio y radiológico oportuno y adecuado en el paciente pediátrico que acude a la consulta de Urgencias.

CONCLUSIONES

En nuestra población obtuvimos las siguientes conclusiones:

1. La náusea, vómito y datos de irritación peritoneal fueron indicadores clínicos de sospecha de abdomen quirúrgico.
2. La constipación fué indicador clínico de abdomen no quirúrgico.
3. La hemoconcentración, leucocitosis, neutrofilia y la Velocidad de Sedimentación Globular elevada fueron indicadores de laboratorio de sospecha de abdomen quirúrgico.
4. El Índice Radiológico sugestivo de abdomen quirúrgico es un indicador radiológico para pensar en abdomen quirúrgico.
5. Existe un 50% de posibilidades de que se trate de un abdomen no quirúrgico o quirúrgico.
6. Hacen falta más estudios prospectivos para aclarar dudas, verificar o refinar la asociación de los indicadores clínicos, de laboratorio y gabinete para el diagnóstico de patologías específicas.

TABLAS Y GRAFICAS

TABLA 1

LOCALIZACION

LOCALIZACION	No. de pacientes	%
Fosa ilíaca derecha	55	55
Mesogastrio	31	31
Epigastrio	11	11
Generalizado	10	10
Fosa ilíaca izquierda	5	5
Flanco izquierdo	3	3
Hipocondrio derecho	2	2
Flanco derecho	2	2
Hipogastrio	2	2
Hipocondrio izquierdo	1	1

TABLA 2**DIAGNOSTICOS FINALES**

DIAGNOSTICOS	No. de pacientes	%
Apendicitis Aguda	38	38
Adenitis mesentérica	19	19
Faringoamigdalitis	14	14
Constipación	8	8
Gastroenteritis	6	6
Infección de vías urinarias	5	5
Fiebre tifoidea	4	4
Suboclusión intestinal por bridas	3	3
Suboclusión intestinal por ascaris	2	2
Divertículo de Meckel	2	2
Colelitiasis	1	1
Amibiasis	1	1
Obstrucción intestinal inespecífica	1	1
Dismenorrea	1	1
Gastroduodenitis	1	1
Púrpura trombocitopénica	1	1
Traumatismo abdominal	1	1
Colecistitis crónica	1	1
Litiasis renal	1	1
Síndrome de Stein-Leventhal (ovarios poliquísticos)	1	1
Otitis	1	1
Colitis	1	1
Torción de teratoma maduro de ovario derecho	1	1
Ileo por atropínicos	1	1
Síndrome de Peutz-Jeager (poliposis familiar múltiple)	1	1
Peritonitis inespecífica	1	1

TABLA 3

DOLOR ABDOMINAL AGUDO

CARACTERISTICAS DE LA POBLACION AL INGRESO

CARACTERISTICA	TRATAMIENTO MEDICO n=49	ABDOMEN QUIRURGICO n=51	p
EDAD (años)	9.6 ± 4.2	8.4 ± 4.1	0.13a
TIEMPO DE EVOLUCION (horas)	40.2 ± 43.6	49.7 ± 53.8	0.66a
No. pac. con FIEBRE (%)	29 (59.1)	38 (74.5)	0.1b
No. pac. con NAUSEA (%)	29 (59.1)	40 (78.4)	0.04b *
No. pac. con VOMITO (%)	24 (48.9)	41 (80.4)	0.001b *
No. pac. con CONSTIPACION (%)	10 (20.4)	2 (3.9)	0.011b *
No. pac. con DIARREA (%)	13 (26.5)	15 (29.4)	0.75b
No. pac. con DISURIA (%)	6 (12.2)	6 (11.8)	0.94b
Uso previo de ANALGESICOS (%)	21 (42.6)	24 (47.0)	0.67b
Uso previo de ANTIESPASMODICOS (%)	11 (22.4)	15 (29.4)	0.43b
Uso previo de ANTIBIOTICOS (%)	22 (44.9)	23 (45.1)	0.98b
Uso previo de ANALGESICOS y ANTIBIOTICOS (%)	13 (26.5)	18 (35.3)	0.34b
IRRITACION PERITONEAL (%)	7 (14.3)	44 (86.3)	0.0001b *

* Diferencias estadísticamente significativas

a) t Student

b) Chi square

TABLA 4

DOLOR ABDOMINAL AGUDO

ESTUDIOS DE LABORATORIO AL INGRESO

LABORATORIO	TRATAMIENTO MEDICO n=49	ABDOMEN QUIRURGICO n=51	p
HEMOGLOBINA (gr%)	13.3 \pm 1.7	314.1 \pm 1.3	0.001 ^a *
LEUCOCITOS TOTALES	10,897 \pm 6,840	14,187 \pm 5,735	0.009 ^a *
SEGMENTADOS TOTALES	7,818 \pm 5,839	11,472 \pm 5,345	0.001 ^a *
BANDAS TOTALES	215 \pm 763	330 \pm 601	0.59 ^a
VELOCIDAD SEDIMENTACION GLOBULAR (mm/h)	5.7 \pm 10.3	16.8 \pm 14.7	0.001 ^a *

* Diferencias estadísticamente significativas

a) t student

TABLA 5

RADIOGRAFIA DE ABDOMEN ANORMAL

ANORMALIDAD	TRATAMIENTO MEDICO		ABDOMEN QUIRURGICO	
	n=49	%	n=51	%
Niveles hidroaéreos *	8	(16.3)	15	(29.4)
Columna antiálgica *	4	(8.2)	18	(35.3)
Abundante materia fecal	5	(10.2)	4	(7.8)
Dilatación de asas intestinales	5	(10.2)	5	(9.8)
Borramiento del psoas *	0	(0)	7	(13.7)
Borramiento articulación sacro-ílica *	1	(2.0)	1	(1.9)
Borramiento de grasa pre-pertoneal *	0	(0)	1	(1.9)
Fecalito	0	(0)	1	(1.9)
Asa fija *	0	(0)	1	(1.9)
Lito en fosa ílica izquierda	1	(2.0)	0	(0)
Imagen radiopaca	1	(2.0)	0	(0)

* Criterios para el Índice Radiológico sugestivo de Abdomen Quirúrgico

TABLA 6**INDICE RADIOLOGICO DE ABDOMEN QUIRURGICO**

INDICE RADIOLOGICO	TRATAMIENTO MEDICO n = 49	ABDOMEN QUIRURGICO n = 51	p
No. de paclentes sugestivo (%)	12 (24.5)	35 (68.6)	0.00001 ^b *
No. dâ paclentes no sugestivo (%)	37 (75.5)	16 (31.3)	0.00001 ^b *

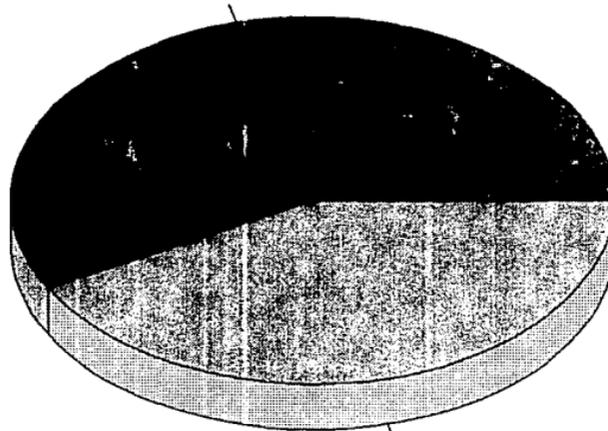
* Diferencias estadísticamente significativas

b) t student

Figura 1

DISTRIBUCION POR SEXOS

MASCULINOS
58%

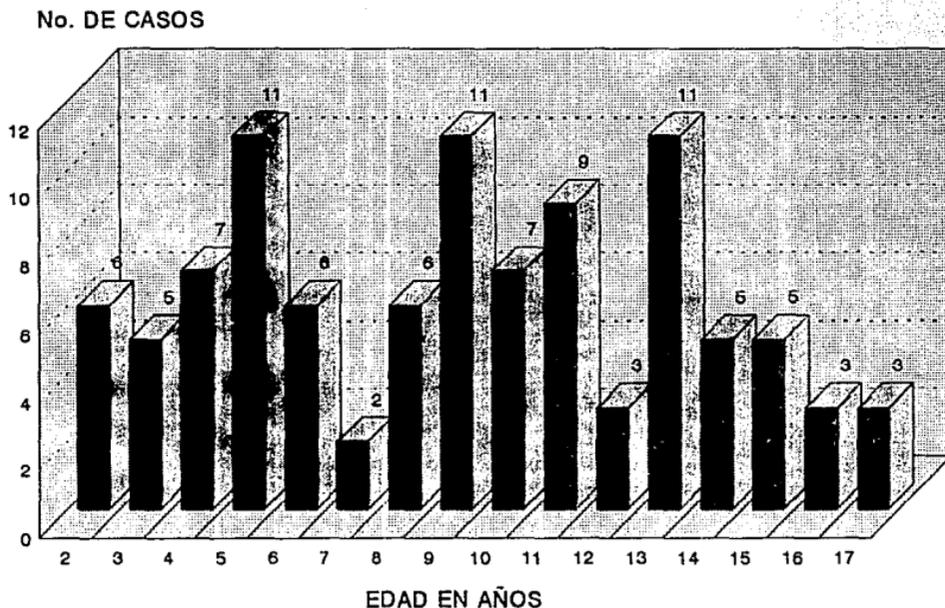


FEMENINOS
42%

n = 100 PACIENTES

Figura 2

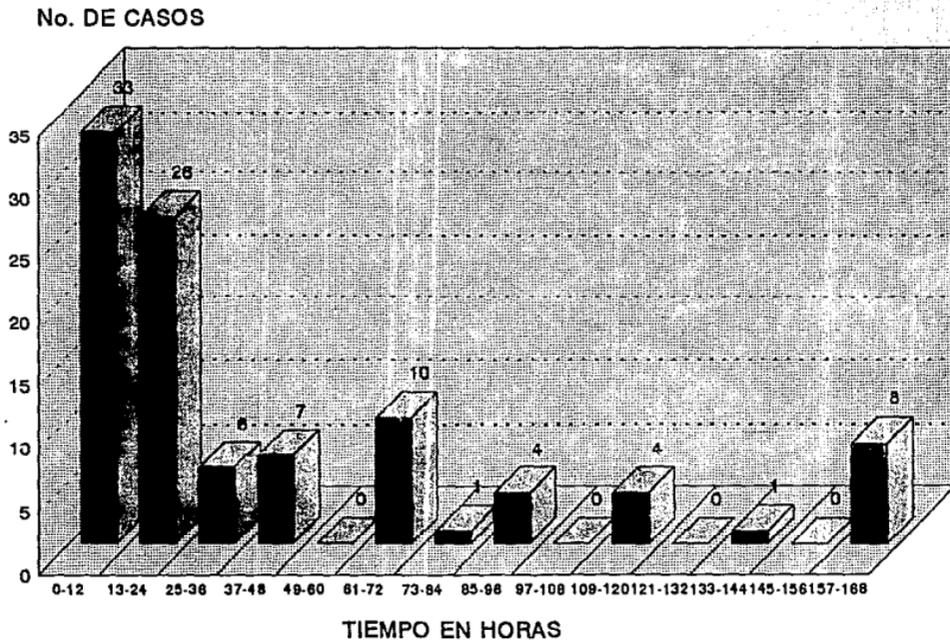
DISTRIBUCION POR EDAD



$n = 100$ PACIENTES
 $\bar{X} = 8.99 \pm 4.24$ AÑOS

Figura 3

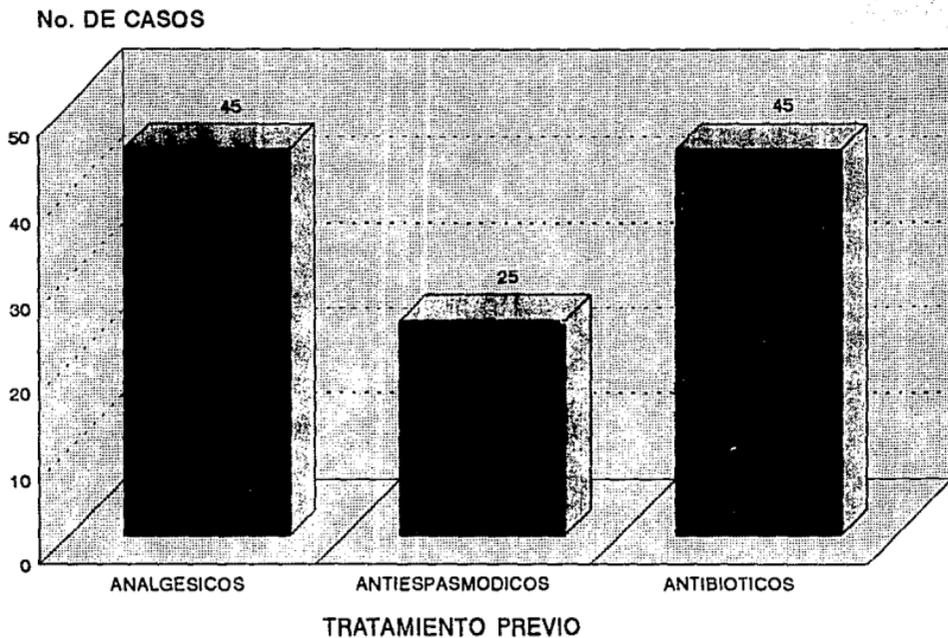
TIEMPO DE EVOLUCION



n = 100 PACIENTES

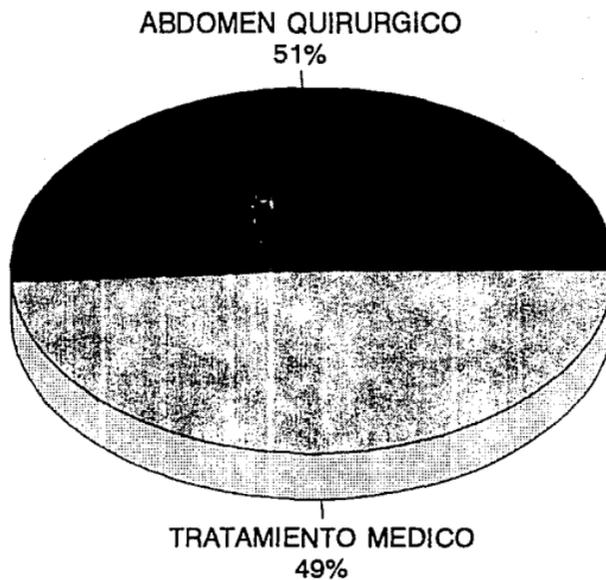
Figura 4

TRATAMIENTO PREVIO



n = 100 PACIENTES

Figura 5 TRATAMIENTO



n = 100 PACIENTES

BIBLIOGRAFIA

1. Lipton S, Jones ARJ. The pain relief foundation. Researches human intractable pain assesment, biochemistry, physiological pathways and treatment. Pain 1987; 4:372.
2. Woolf CJ. Recent advances in patophysiology of acute pain. Br J Anaesth 1989; 63:139-146.
3. Willer JC. Comparative study of perceived pain and nociceptive flexion reflex in man. Pain 1979; 3:69-80.
4. Burges PR, Perl ER. Cutaneous mechanoreceptors and nociceptive. IN: Handbook of sensory physiology somatosensory system. 1973; 2.
5. Wells JCD, Woolf CJ. Pain: mechanisms and management\WS Br Med Bulletin 1991; 2:523-583.
6. Fleisner G, Ludwing S. Textbook of pediatric emergency medicine. Williams & Wilkins. Second edition 1988.
7. Schwartz W. Pediatric primary care: a problem oriented approach. Year book medical publisher, Inc. 1990: 162-168.
8. Apley J. The child with abdominal pains. Blackwell scientific publications, Oxford 1964.
9. Berman S. Pediatric decision making. B.C. Decker, Inc. Philadelphia. Second edition 1991: 308-316.
10. Melvin DL, Leonard AR. Dolor abdominal recurrente en niños escolres: La soledad del médico distante. Clin Pediatr N Am 1988: 34:968-991.

11. Sciardes R, Hopkins W, Doolas A. Abdominal emergencies. *Med Clin North Am* 1986; 70:1093-1111.
12. Sally LR, David MJ. Children with abdominal pain: evaluation in the pediatric emergency department. *Pediatr Emerg Care* 1990; 6:8-12.
13. Sally SM, Jaffe DM. Diagnosing abdominal pain in a pediatric emergency department. *Pediatr Emerg Care* 1992; 8:126-128.
14. Selbst SM, Henreting FM. The treatment of pain in the emergency department. *Pediatr Clin North Am* 1989; 35:965-979.