

11237



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION



CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL

DIRECCION DE EDUCACION E INVESTIGACION

SUBDIRECCION DE ENSEÑANZA

UNIDAD DEPARTAMENTAL DE ENSEÑANZA DE POSGRADO

221

**CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACION
EN PEDIATRIA**

**"PREVALENCIA DE DOLOR ABDOMINAL AGUDO
ATRIBUIBLE A INFECCION DE VIAS URINARIAS,
EN NIÑOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE
URGENCIAS PEDIATRICAS"**

TRABAJO DE INVESTIGACION

**C L I N I C A
P R E S E N T A D O P O R :**

**RAYMUNDO TECOMULAPA MARTHA
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN PEDIATRIA**

DIRECTORES DE TESIS:

DR. ALEJANDRO GRIMALDI CARPIO

M. en C. MARTIN CISNEROS CASTOLO

2001

294556



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 esta 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.

"Prevalencia del dolor abdominal agudo atribuible a infección de vías urinarias, en niños que son atendidos en el servicio de urgencias pediátricas".

Autor: Dr. Raymundo Tecmulapa Martha.

Vo. Bo.

Dr. David Jiménez Rojas.



Profesor Titular del Curso de
Especialización en Pediatría.

Vo. Bo.

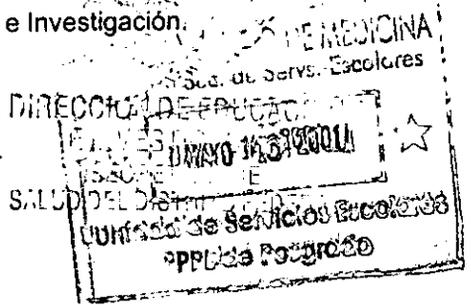
Dra. Cecilia García Barrios.



Directora de Educación e Investigación.



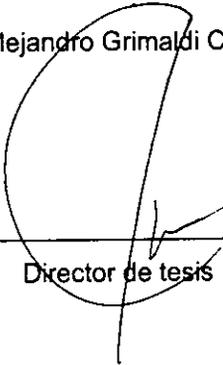
SUBDIVISION DE ESPECIALIZACION
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA



“Prevalencia del dolor abdominal agudo atribuible a infección de vías urinarias, en niños que son atendidos en el servicio de urgencias pediátricas”.

Vo. Bo.

Dr. Alejandro Grimaldi Carpio.



Director de tesis

Vo. Bo.

M. en C. Dr. Martín Cisneros Castolo



Asesor estadístico.

“ Este trabajo de investigación clínica lo dedico a mi esposa que forma parte importante de mí y a ese nuevo ser que esta en ella. A mis seres queridos madre y hermanos, a los Pediatras con los cuales conviví, a los que admiro mucho y que contribuyeron para mi formación como especialista y a todas aquellas personas que colaboraron con el presente trabajo, por todo mil gracias, esperando ayudar en un futuro a los niños a tener una mejor salud, ya que ellos son el futuro de México.”

INDICE.

RESUMEN.

INTRODUCCION.

1

MATERIAL Y METODOS.

5

RESULTADOS.

6

DISCUSION.

10

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

12

ANEXOS.

RESUMEN

El dolor abdominal implica los conceptos de urgencia o emergencia abdominal de instalación brusca y de etiología desconocida, que dejando a su evolución espontánea, sin tratamiento o puede conducir a la muerte. El objetivo fue determinar la prevalencia de dolor abdominal agudo asociado a infección de vías urinarias en el servicio de urgencias pediátricas.

Se realizó una investigación clínica, observacional, retrospectiva, transversal ;los niños que participaron fueron elegidos a través de muestreo no probabilístico por cuota entre las edades de 3 a 15 años, de ambos sexos en 2 hospitales pediátricos de la Secretaría de Salud del Departamento del Distrito Federal, en el periodo comprendido del 1º de enero de 1999 al 30 de noviembre del 2000, con un nivel de confianza del 95%. En el análisis estadístico se obtuvieron, prevalencia, Razón de Momios de Prevalencias (RMP), y ajustados a través de análisis de regresión logística como estimador de riesgo relativo.

Se estudiaron 240 niños con dolor abdominal agudo de los cuales 96 fueron del sexo femenino y 144 del sexo masculino con una edad promedio de 8 años y un rango 3 a 15 de edad. fueron obtenidos pro hospital 135 pacientes en Pediátrico Villa y en Azcapotzalco 105 pacientes, de los cuales se obtuvo una prevalencia de IVU del 21.3% siendo la causa médica mas frecuente ,en relación al sexo femenino con RPM=2.39 ($p=0.005$), la presencia de disuria con RMP=8.67 ($p=0.001$), la polaquiuria con RMP=2.86 ($p=0.050$).

La prevalencia encontrada de IVU considerándose alta en relación de lo que la literatura reporta. En cuanto al sexo se pudo comprobar que es mas frecuente en el sexo femenino de 1.7 mas veces que en los de sexo masculino, Seguirá siendo un reto diferenciarla de una patología quirúrgica como lo es la apendicitis.

PALABRAS CLAVES: dolor abdominal, Infección de Vías Urinarias, prevalencia.

INTRODUCCION.

En los hospitales pediátricos de la Secretaria de Salud del Departamento del Distrito Federal, dentro de las 10 primeras causas de atención en el servicio de urgencias se encuentra el dolor abdominal agudo como principal síntoma por lo que acude el paciente, afectando a los niños correspondientes a las etapas preescolar, escolar y adolescentes, de los cuales la gran mayoría son de tipo quirúrgico, entre los que se encuentran apendicitis, vólvulos e invaginación intestinal, traumatismo abdominal etc. y un porcentaje menor de tipo médico; gastroenteritis e infección de vías urinarias (IVU)¹. Por lo que se convierte en una prioridad llegar a un diagnóstico oportuno para establecer un tratamiento y evitar intervenciones quirúrgicas (laparotomías) que pueden poner en peligro la vida del paciente, con el subsecuente aumento de costos de atención, tanto para el individuo, como para la Institución. ¿Es la prevalencia de dolor abdominal agudo atribuible a infección de vías urinarias y sus factores asociados, en niños atendidos en el servicio de urgencias Pediátricas de 2 hospitales de la Secretaria de Salud del Departamento del Distrito Federal?

El dolor abdominal es una queja frecuente de niños que llegan al servicio de urgencias. Los niños que lo sufren tienen una sensación de malestar, que varía entre leve y severa. La iniciación del dolor abdominal suele anunciar una urgencia que amenaza la vida, y que requiere mucho del talento del clínico para descubrir la causa. Entre los síntomas capitales deben considerarse el vómito, el dolor abdominal, la fiebre y los caracteres de las evacuaciones. De estos el dolor es un síntoma principal que merece ser apreciado meticulosamente en su intensidad, periodicidad, localización, irradiaciones, extensión y evolución². Una historia clínica

detallada y precisa es un paso inicial para llegar al diagnóstico exitoso. En la mayoría es obtenida de los padres³. Se refiere que el dolor abdominal agudo, en el niño sano suele significar una patología quirúrgica, a menudo es difícil para un niño describir el dolor que puede ser intermitente o cólico, en la obstrucción abdominal, continuo, intenso y bien definido ó un dolor vago y apagado, se dice que el acceso de dolor abdominal que dure más de 3 horas debe considerarse una urgencia abdominal hasta que se demuestre lo contrario. Principalmente cuando se trata de un dolor abdominal de causa funcional, se resuelven espontáneamente, especialmente si son vagos y de localización periumbilical. Al realizar la exploración física es importante ganarse la confianza del niño para que los datos recabados sean más confiables, se recomienda palpar el abdomen antes de inspeccionarlo. Además la exploración física servirá para dilucidar los diagnósticos que deben investigarse concienzudamente. Siempre será necesario efectuar Biometría Hemática Completa (BHC) y Examen General de Orina (EGO), rara vez tiene utilidad los electrolitos séricos y la urea sanguínea, a menos que se sospeche deshidratación, enfermedades renales o ambas cosas. Las radiografías de abdomen suelen ser de utilidad para confirmar la obstrucción o la presencia de una masa⁴. La BHC sugieren infección bacteriana aguda, cuando reportan leucocitosis con predominio de polimorfonucleares y en el EGO, el sedimento urinario anormal y leucocitos >10 x campo indican infección de vías urinarias⁵.

Las causas más comunes en la etapa preescolar y escolar son procesos orgánicos inflamatorios como gastroenteritis e infección de vías urinarias.

El estudio de IVU es de importancia por la frecuencia con la que se presenta. Ya que especialmente en los niños pequeños puede poner la vida en peligro el funcionamiento renal, y es causa importante de insuficiencia renal en jóvenes y adultos, por esa razón es importante el diagnóstico precoz y el tratamiento adecuado del paciente con la IVU⁶. Independientemente de la edad, los microorganismos del género Enterobacteriaceae son los patógenos que con más frecuencia causa IVU, y de estos *E. Coli* se obtiene aproximadamente 60 a 90% de los pacientes; en menor frecuencia le siguen *Klebsiella sp* y *Proteus* cuando existe el antecedente de sondeo, instrumentación, empleo indiscriminado de antibióticos de amplio espectro, uso de esteroides, aplicación de inmunosupresores, aparecen con cierta frecuencia *Enterobacter*, *Pseudomona aeruginosa*, *Enterococcus*, *Staphylococcus aureus* y *Cándida albicans*⁷, la mayor parte de las infecciones dependen de una sola especie, sin embargo, ocasionalmente hay flora mixta.

En cuanto a la patología, la distribución es mundial, en cuanto a frecuencia se observa lo siguiente en Estados Unidos ocupa el 2do. Lugar como causa de enfermedad, precedida sólo por infecciones de vías respiratorias superiores⁸. En Latinoamérica las estadísticas dependen de acuerdo a las instituciones. La enfermedad se puede presentar a cualquier edad, siendo su mayor incidencia en la lactancia, durante la etapa sexual activa de la mujer y el embarazo. En cuanto al sexo, sólo en la etapa neonatal y en la vejez es mayor en los hombres, en cualquier otra edad la frecuencia es mayor en las mujeres.

Existen pocos estudios donde se explore la relación de IVU y el dolor abdominal agudo. El autor Reynolds realizó un estudio en la Universidad noroeste de Chicago, en el departamento de urgencias, fueron estudiados 87 pacientes en un periodo de 1987 a 1988, los cuales fueron 43 mujeres y 44 hombres con dolor abdominal agudo en un 7% requirieron una segunda revisión en los cuales se les diagnosticó Gastroenteritis, IVU y otras⁹. También Kenneth y cols. en 1999, reporta una prevalencia IVU con fiebre en pacientes jóvenes basados en examen clínico del 13.2% con dolor abdominal¹⁰.

La enfermedad reviste importancia ya que puede influir en el crecimiento y desarrollo del ser niño, principalmente cuando no se sospecha o no se diagnostica la bacteriuria asintomática,¹¹ en la etapa preescolar, escolar y del adolescente; tiene como manifestación asociada el dolor abdominal agudo, siendo este el síntoma principal por lo que el niño acude al servicio de urgencias, por lo que es importante realizar un diagnóstico diferencial con patologías que nos pueden originar síndrome doloroso abdominal agudo de las causas antes mencionadas¹².

Este estudio tiene como objetivo determinar la prevalencia de dolor abdominal agudo asociado a infección de vías urinarias en niños que ingresaron al servicio de urgencias, en dos hospitales de la Secretaría de Salud del Departamento del Distrito Federal. Teniendo como una hipótesis la prevalencia de dolor abdominal agudo es mayor en las IVU que en comparación con los eventos quirúrgicos.

MATERIAL Y METODOS.

Se realizo un estudio observacional, retrospectivo y transversal los niños que participaron fueron elegidos a través de muestreo no prababilistico determinado por cuota, el tamaño de la muestra esperado fue de 240 pacientes con un nivel de confianza del 95%. Los niños estudiados tuvieron una edad entre 3 a 15 años de edad cumplidos de ambos sexos de los Hospitales Pediátricos Azcapotzalco y Villa del periodo comprendido del 1o. de enero de 1999 al 30 de Noviembre del 2000, para el estudio se incluyeron a niños que presentaron dolor abdominal agudo, de instalación brusca, mayor a una hora de evolución sin distinción de sexo, edad mayor de 3 años a 15 años cumplidos, primer episodio del cuadro, de los datos de exclusión se tomo a los menores de 3 años, los que presentaron dolor abdominal crónico o recurrente, aquellos pacientes con expedientes incompletos. Las variables utilizadas en el estudio fue la variable independiente dolor abdominal agudo y la variable dependiente infección de vías urinarias y las variables asociadas como sexo, edad, nausea, vomito, disuria y polaquiuria, fiebre, hiperestesia e hiperbaralgesia, rebote al igual que giordano, estudios de laboratorio y gabinete, diagnostico de ingreso, diagnostico de egreso y si recibieron interconsulta de cirugía Pediátrica. Se realizo un formato de captura de datos(Anexo N.1). Una vez capturada la información en paquetes estadísticos EPI-Info. Ver 6.04, se procedió a su análisis exploratorio y análisis descriptivos inferenciales en el paquete estadístico SPSS ver. 10.y EXCEL ver.97. La investigación clínica resulto sin riesgo.

RESULTADOS.

Del estudio realizado en 2 hospitales pediátricos del departamento durante el periodo comprendido del 1o. de Enero de 1999 al 30 de Noviembre del año 2000, de 240 niños estudiados de 3 años a 15 años de edad se encontró por Hospitales: en el Hospital. Pediátrico Azcapotzalco de 105 pacientes y en Hospital Pediátrico villa de 135 pacientes. El mayor número de niños en relación con el sexo se obtuvo que fueron del sexo masculino 60%. En el estudio los que presentaron dolor abdominal agudo que ingresaron al servicio de urgencias, se encontró que el diagnostico de ingreso en 230 niños y algunas patologías como probable oclusión intestinal, un megacolon congénito y otro con trauma abdominal. El sitio del dolor donde se presento principalmente fue: fosa ilíaca derecha teniendo en un 53.3%, en segundo lugar en mesogastrio con un 15%. Fig.1. de los que presentaron irradiación del dolor lo tuvieron hacia fosa ilíaca derecha en un 14.2%. Fig. N. 2.

Dentro de la sintomatología asociada al dolor abdominal agudo se presento fiebre en un 70% de los participantes. con nauseas en un 26.7%, de estos llegaron al vómito 70.8%, dentro de la sintomatologia mas especifica que nos orienta para llegar al diagnostico de IVU, en estos pacientes estudiados presentaron; la disuria en un 19.6%, la polaquiuria se encontró en 5.8% de los niños, el signo de Giordano se presento en un 33.3% y no lo presentaron en un 66.7% .De los datos obtenidos en

el examen físico para fundamentar que cursaba con dolor abdominal agudo fueron: la hiperbaralgia la cual se presentó en un 26.3%, la hiperestesia se presentó en un 27.9%, el signo de rebote se presentó en un 50.8%.

De los estudios de gabinete como lo fue la radiografía de abdomen simple en sus alteraciones radiológicas encontradas en estos pacientes las principales fueron Íleo en 17.5% niños, Psoas borrado en 35.4%, no aire en ámpula rectal en 70% lo que nos trajo mala distribución de aire en las asas intestinales, y por último de los pacientes que ingresaron con dolor abdominal 76.3% recibieron interconsulta con el cirujano pediatra. Los diagnósticos de egreso de los niños en estudio fueron en 46.7% de tipo quirúrgico y 46.6% de tipo Médico dentro de las causas quirúrgicas encontradas tuvimos que un 47.1% de este correspondió un alto porcentaje 45.1% con diagnóstico de apendicitis agudas de las cuales un 8.8% fueron complicadas, enfermedad de Hirschprung en un 0.4%, Circuncisión 0.4%, solo en un caso no se pudo llegar al diagnóstico y fue sometido a laparotomía exploradora en un 0.4%, y un caso de quiste mesentérico 0.4%.

Dentro de las causas de tipo Médico con una alta proporción fue la IVU encontrándose en un 22.1% seguidos de patologías como colitis parasitaria 7.1%, y adenitis mesentérica en un 5.8%, estreñimiento o constipación intestinal en un 1.3%, gastritis en un 0.8%. Neumonías en 1.2%, con oclusión intestinal remitida en un 2.1%. Sangrado de Tubo Digestivo Alto (STDA) en 0.4%. Otras patologías encontradas fueron suboclusión intestinal remitida en un 1.3%, en un 0.8% se les

diagnostico Hepatitis Viral tipo A. Un 0.4% presento íleo metabólico secundario a proceso enteral, y en un porcentaje de 6.7% no se les pudo determinar la causa del dolor

De los niños estudiados, se interrogo sobre la escolaridad de la madre para investigar que traducción clínica tiene el grado de estudios de la madre en cuanto al cuidado de su hijo, y se encontró que el 31.3% tienen primaria completa y en un 22.1% con secundaria completa, con primaria incompleta en un 12.5%, y en 2.9% secundaria incompleta, Bachillerato o equivalente en un 8.8% y en un mínimo porcentaje 3.8% son profesionistas, tenemos también madres que no tuvieron escolaridad en un 17.1%. Las madres de estos niños estudiados cuentan en promedio con 6.3 años de estudio y una desviación estándar de 4.0, con mínimo de cero y un máximo de 18 años cursados.

El total de población de estudio fue 240 niños, con un promedio de edad de 8.5 años y una desviación estándar de 3.18, con mínimo de 3 y máximo de 15 años.

En el análisis bivariado se observo como factores asociados a la presencia de IVU el pertenecer al sexo femenino con $RMP=2.39$ ($p=0.005$), la presencia de disuria con $RMP=8.67$ ($p=0.001$), la presencia de polaquiuria con $RMP=2.86$ ($p=0.050$), la no presencia de hiperestesia con $RMP=3.50$ ($p=0.01$), la no presencia de hiperbaralgesia con $RMP=4.32$ ($p=0.001$). En cuanto a la intensidad se pudo observar un gradiente inverso con una $p=0.001$ (tabla N.1).

La presencia de giordano positivo, se asocio con IVU con una RMP=5.74 ($p=0.001$), la no presencia de rebote con RMP=3.81 ($p=0.001$), la no presencia de psoas borrado con una RMP=2.52 ($p=0.001$), (tabla N.2).

Al realizar el análisis multivariado a través de regresión logística múltiple para buscar el mejor modelo explicativo para la presencia de IVU en la población de estudio, este modelo explico el 85.4% y las variables que comprendió, siendo estas significativas fueron: disuria (RMP=7.85, $p=0.0001$), giordano positivo (RMP=7.35, $p=0.0001$), dolor leve comparado con el severo una (RMP=13.08, $p=0.005$), la ausencia de hiperbaralgia con (RMP=3.52); ajustado este modelo por edad en años, por sexo (tabla N.3).

DISCUSION.

De los 240 niños estudiados durante un periodo de 2 años, entre 3 a 15 años de edad, ambos sexos, de los resultados obtenidos se pudo observar mayor numero del sexo masculino del 60% en relación al dolor abdominal en general no identificándose aun la etiología del dolor. Y en relación a una enfermedad especifica como lo es la IVU, se observo como la segunda causa atribuible a Infección de vías urinarias encontrada en estos infantes estudiados con una proporción del 22.1%, con predominio del sexo femenino en relación al sexo, como se menciona en la literatura considerándose alta dentro de las causas medicas esperadas.

En este estudio lo relacionado con el dolor abdominal agudo en un 90% la intensidad del dolor fue moderado y el sitio del dolor mas afectado fue la Fosa Iliaca Derecha con un 30%. En el análisis bivariado se observo que la disuria $RMP=8.67(p=0.001)$ fue mas especifica para orientar a IVU que la polaquiuria respectivamente, la fiebre resulto inespecifica con una $p=0.76$ no significativa como dato aislado, ya que a esta variable se le ha estudiado mucho con relación a la IVU.

Con relación al Hospital la proporción de IVU se observo en un 62% correspondió al Hospital Pediátrico Villa y en un 38% al Hospital Pediátrico Azcapotzalco, debido a que en el hospital P. Villa se recibe población del estado de México.

En el presente estudio se trabajo con la hipótesis nula de que el dolor abdominal no se asocia a IVU, y con la hipótesis alterna de que el dolor abdominal agudo se asocia a IVU, por lo que los resultados encontrados, nos muestra evidencias para

rechazar la hipótesis y aceptar la hipótesis alterna de la asociación de dolor abdominal agudo a IVU.

En cuanto a las recomendaciones arrojadas por el presente estudio, nos recuerda que debemos de realizar una buena historia clínica basada en el interrogatorio y la exploración física, ya que la clínica por el momento no puede ser desplazada por ningún método de laboratorio, estos solo son una ayuda diagnóstica y que debemos pensar en IVU como diagnóstico diferencial en todo dolor abdominal agudo que se presente en el servicio de urgencias y de rutina a todos solicitarles como mínimo una Biometría Hemática completa y un Examen General de Orina.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

- 1.-Ruddy R. Dolor abdominal Fleshier R. Gary **Tratado de Urgencias Pediatricas**, Mexico:interamericana,1986:65-71.
2. Lewis S. Urgencias abdominales agudas. Blac JA. **Urgencias Pediatricas**, México,Salvat,1985:255-64.
- 3.- Rodríguez MA,Straffon.O.O. Garcia PJ, et al. Síndromes abdominal agudos. Cuidados pre y postoperatorios en el niño, Valenzuela H Rogelio **Manual de pediatría**, 10ª edición, México, interamericana, 1982:340-50.
4. Kenny J. Ian Arthur J.R. Sweeney E.L. et al Initial Investigation of childhood urinary trac Infección: does the plain abdominal X ray still have a role. **The British Journal of Radiology**, 64,1991. 1007-1009.
5. Guerrero LR, Dolor Abdominal, Meneghello R juioI, Fantana N Enrique, et al. **Pediatría Meneghello**, 5ª Edición, Argentina, 1997:1590-93.
6. - Ulshen M. **Tratado de Pediatría Nelson**, 15ª. Edición Tomo I, México: interamericana, 1997:1303-1333.

7. Jacobsson B, Esbjorner E, Hansson S. Et al Minimum Incidence and Diagnostic Rate of First Urinary tract Infection, **Pediatrics**, Vol. 104 N2. August 1999:222-25.
8. Eguiza SLA, Macías PM, Martínez ML Infección de vías urinarias. González S. Napoleón **Infectología clínica pediátrica**, 6ª. Edición, México: trillas, 1997:299-314.
9. Reynolds SL. jaffe Diagnosing abdominal pain in a Pediatric emergency department. **Pediatr Emergency Care** Junio ,vol. 8 N.3,1992:126-8.
10. Kenneth b et al. The epidemiology and clinical Presentation of Urinary tract Infections in Children younger , **Pediatrics Annals** vol.28 N.10 October, 1999:644-49.
11. Lagomarsino, E, Infección de tracto urinario. Meneghello R. Julio, Fanta N Enrique, et al **Pediatría Meneghello**, 5ª Edición, Argentina: interamericana: 1997:1659-65.
12. Gomez F. Trincado A. Abdomen agudo en el niño. **Rev Universidad Católica de Chile**, sección de cirugía pediátrica.

13. Woodwar MN, Griffiths. Use of dissticks for routine analysis of urine from children with acute abdominal pain **Br. Me journal** Junio vol. 5 No. 306,1993:1512-1514.

14. Hoberman A. Prevalence of urinary trac infection in febrile infants. **Journal Pediatr**, July vol.123 No. 1, 1993: 17-23.

15. Shaw KN,Gorelick MH. Urinary tract Infección in the pediatric patient. **Pediatr. Clin North Am**. December vol. 46 No. 6, 1999: 1111-24.

16. Anatol TI, Holder Y. A. Escoring system for use in the diagnosis of acute abdominal pain childhood. **West. Indian Me**. Junio vol. 44 N.2, 1995: 67-9.

17. Marild S, Jodal U. Incidence rate of firt-time symptomatic urinary tract infection in children undre 6 yeras of age. **Acta Paediatr** No.87, 1998:549-52.

18.Uhari M, Nuutinen M, Epidemiology of symptomatic infections of the urinary tract in children, **Br. Me Journal** vol. 297 No.13 Agust 1988: 450-52.

ANEXOS

1. 19

2. 20

15

Anexo.N 1

SECRETARIA DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DEL DISTRITO FEDERAL
DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION

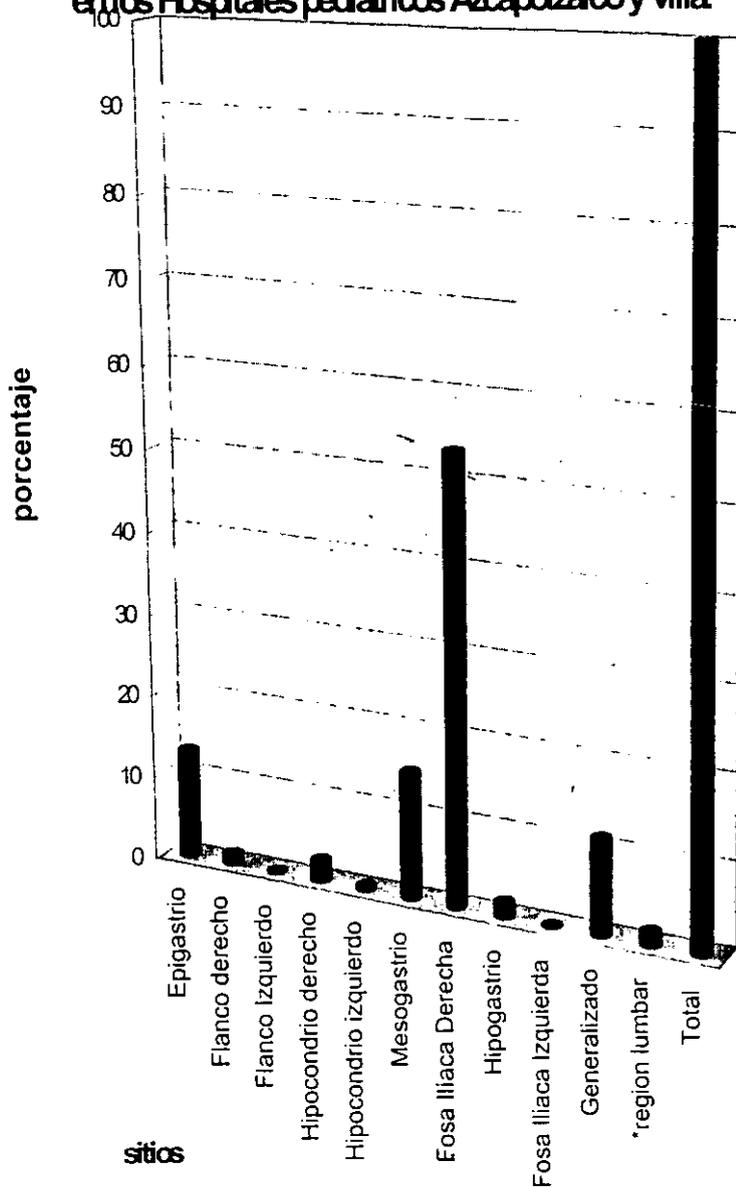
PREVALENCIA DE DOLOR ABDOMINAL AGUDO ATRIBUIBLE A INFECCION DE VIAS URINARIAS, EN NIÑOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICA

FECHA/ / /

FOLIO / /

NOMBRE _____	EDAD _____ (años)		//
SEXO	1.-Femenino 2.-Masculino		
DIAGNOSTICO INGRESO	_____		//
DIAGNOSTICO EGRESO	_____		//
DOLOR ABDOMINAL	Sitio _____		//
	Intensidad Leve Moderado Severo		
NAUSEA	Si No		//
VOMITO	Si No		//
DISURIA	Si No		//
POLAQUIURIA	Si No		//
FIEBRE	Si No		//
HIPERESTESIAS	Si No		//
HIPERBARALGESIA	Si No		//
GIORDANO	Si No		//
DISTENSIÓN ABDOMINAL	Si No		//
REBOTE	Si No		//
EGO/LEUCOCITOS/CAMPO	_____		//
BH/LEUCOCITOSIS/NEUTROFILIA	Si No		//
RAYOS X			//
ILEO PARALITICO	Si No		//
PSOAS BORRADO	Si No		//
AIRE AMPULA RECTAL	Si No		//
INTERCONSULTA A CIRUGIA	Si No		//
ESCOLARIDAD DE LA MADRE	Numero de años estudiados _____		
	1.- Ninguna 2.-Sabe leer y escribir 3.- Primaria incompleta		
	4.- Prim. completa 5.- Sec. Incompleta 6.- Sec. completa		
	7.- Técnica ó preparatoria 8.- Profesional		

Fig1 Localización del dolor abdominal agudo en niños atendidos en los Hospitales pediátricos Azcapotzalco y Villa.



**Fig2 irradiación de dolor abdominal agudo en niños de los Hospitales
Pediátricos Azcapotzalco y Villa.**

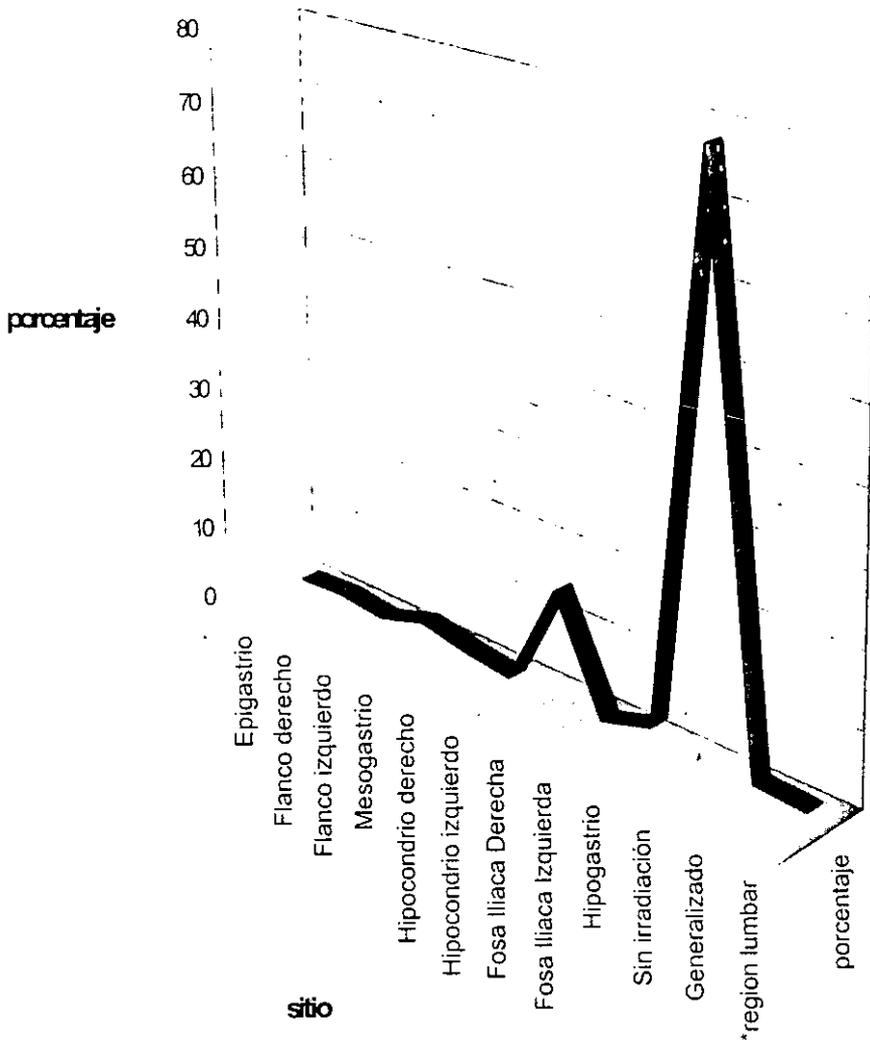


Tabla 1- Análisis bivariado de factores asociados con la presencia de Infección de Vías Urinarias en niños atendidos en los Hospitales Pediátricos Villa y Azcapotzalco del la Secretaria de Salud del Distrito Federal

Variable	Diagnóstico de egreso		RMP	IC _{95%}	p*	
	IVU n= 53	Otros n= 147				
Hospital de Atención						
Villa	33	102	1.38	0.70	2.70	0.318
Azcapotzalco	20	85	ref			
Sexo						
Femenino	30	66	2.39	1.29	4.45	0.005
Masculino	23	121	ref			
Intensidad del dolor						
Leve	2	2	20.33	1.38	366.59	0.001 ^a
Moderado	48	124	7.87	2.24	33.33	
Severo	3	61	ref			
Presencia de nausea						
Si	16	48	1.25	0.64	2.45	0.511
No	37	139	ref			
Presencia de vomito						
Si	19	51	ref			
No	34	136	1.47	0.74	2.98	0.226
Presencia de disuria						
Si	27	20	8.67	4.26	17.65	0.001
No	26	167	ref			
Presencia de polaquiuria						
Si	6	8	2.86	0.95	8.63	0.05
No	47	179	ref			
Presencia de fiebre						
Si	38	130	1.11	0.56	2.18	0.76
No	15	57	ref			
Presencia de hiperestesia						
Si	7	60	ref			
No	46	127	3.10	1.25	8.02	0.01
Hiperbaralgnesia						
Si	5	58	ref			
No	48	129	4.32	1.54	13.03	0.001

* χ^2 de Mantel-Haenszel. & χ^2 de tendencias.

Tabla 2- Análisis bivariado de factores de riesgo asociadas con la presencia de Infección de Vías Urinarias en niños atendidos en los Hospitales Villa y Azcapotzalco del la Secretaria de Salud del Distrito Federal

Variable	Diagnóstico de egreso		RMP	IC _{95%}	p*	
	IVU n= 53	Otros n= 147				
Presencia de Giordano						
Positivo	37	43	7.74	3.93	15.26	0.001
Negativo	16	144	ref			
Presencia de distensión						
Si	18	90	Ref			
No	35	97	1.80	0.91	3.59	0.06
Presencia de rebote						
Positivo	14	108	Ref			0.001
Negativo	39	79	3.81	1.85	7.93	
Presencia de leucocitosis						
Si	47	148	2.06	0.82	5.18	0.116
No	6	39	ref			
Presencia de Íleo						
Si	7	35	ref			
No	46	152	1.51	0.59	4.02	0.35
Presencia de Psoas borrado						
Si	11	74	ref			
No	42	112	2.52	1.16	5.58	0.011
Presencia de aire ámpula rectal						
Si	18	54	1.27	0.66	2.43	0.47
No	35	133	ref			
Interconsulta a cirugía						
Si	27	156	ref	2.38	9.92	0.001
No	26	31	4.85			

* χ^2 de Mantel-Haenszel.

Tabla 3. Análisis de Regresión Logística Múltiple conteniendo el **mejor modelo explicativo** de la presencia de Infección de Vías Urinarias en función de los factores de riesgo, en niños atendidos en los Hospitales Villa y Azcapotzalco de la Secretaría de Salud del Distrito Federal. Coeficiente de correlación (r) de 85.4%.

Variable	B	S.E	Prueba Wald	p	RMP	IC _{95%}	
Edad en años	-0.038	0.066	0.337	0.561	0.962	0.846	1.095
Sexo femenino	0.328	0.426	0.594	0.441	1.388	0.603	3.198
Dolor leve vs. Severo	2.571	1.363	3.560	0.050	13.080	0.905	189.00
Moderado vs. severo	1.328	0.714	3.455	0.063	3.773	0.930	15.305
Disuria	2.061	0.454	20.586	0.000	7.851	3.224	19.122
No Hiperbaralgesia	1.259	0.665	3.587	0.058	3.521	0.957	121.954
Giordano positivo	1.994	0.427	21.827	0.000	7.348	3.183	16.965
No interconsulta a cirugía	1.203	0.440	7.474	0.006	3.330	1.406	7.888
Constante	-5.178	1.153	20.177	0.000	0.006		