



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE MEDICINA - DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO
HOSPITAL REGIONAL 1º DE OCTUBRE
SERVICIO DE PEDIATRÍA**



REG. 417.2011

***“HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS EN PACIENTES CON DOLOR
ABDOMINAL REFERIDOS DEL SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS
EN EL HOSPITAL REGIONAL 1º DE OCTUBRE EN EL PERÍODO DEL 1º DE
ENERO DE 2009 AL 31 DE MAYO DE 2011.”***

T E S I S

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA**

P R E S E N T A:

Dra. Perla López Medina

ASESORES:

**Dra. María Josefina Freyre Solórzano.
Médico Cirujana Endoscopista y Fisióloga Gastrointestinal del Hospital
Regional 1º de Octubre
Dr. Fernando E. Sierra Pérez.
Médico Intensivista Pediatra del Hospital Regional 1º de Octubre**

MÉXICO D. F.

JULIO 2014



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.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA - DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO
HOSPITAL REGIONAL 1º DE OCTUBRE
SERVICIO DE PEDIATRIA



REG. 417.2011

*“HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS EN PACIENTES CON DOLOR
ABDOMINAL REFERIDOS DEL SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS
EN EL HOSPITAL REGIONAL 1º DE OCTUBRE EN EL PERÍODO DEL 1º DE
ENERO DE 2009 AL 31 DE MAYO DE 2011.”*

T E S I S

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
ESPECIALISTA EN PEDIATRIA

PRESENTA:

Dra. Perla López Medina

MÉXICO D.F.

JULIO 2014



DR. RICARDO JUAREZ OCAÑA

COORDINADOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION
HOSPITAL REGIONAL 1º DE OCTUBRE, ISSSTE

DR. JOSÉ VICENTE ROSAS BARRIENTOS

JEFE DE INVESTIGACIÓN
HOSPITAL REGIONAL 1º DE OCTUBRE, ISSSTE

DR. FERNANDO E. SIERRA PÉREZ

COORDINADOR DEL SERVICIO DE PEDIATRA
HOSPITAL REGIONAL 1º DE OCTUBRE ISSSTE

DR. LUIS EGUIZA SALOMON

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE LA ESPECIALIDAD EN PEDIATRIA,
HOSPITAL REGIONAL 1º DE OCTUBRE, ISSSTE

DRA. MARIA JOSEFINA FREYRE SOLORZANO

MÉDICO CIRUJANA ENDOSCOPISTA Y FISIÓLOGA GASTROINTESTINAL
ASESOR DE TESIS

DR. FERNANDO E. SIERRA PÉREZ

MÉDICO ESPECIALISTA INTENSIVISTA PEDIATRA
ASESOR DE TESIS



ÍNDICE

	Página
Agradecimientos.....	5
Resumen.....	6
Summary.....	7
Marco teórico.....	8
Planteamiento del problema.....	15
Justificación.....	15
Objetivos.....	16
Material y métodos.....	16
Análisis de resultados	17
Discusión.....	30
Conclusiones.....	31
Bibliografía.....	32

*A*GRADECIMIENTOS



A MI FAMILIA, EN ESPECIAL A MIS PADRES por brindarme su amor, confianza y ejemplo, así como la fuerza necesaria para continuar en momentos difíciles y darme ánimo, consejo y orientación incondicional.

A MI QUERIDO ESPOSO, porque iniciamos esta aventura juntos, y solo así es como he podido cumplir cada uno de mis éxitos, **te amo y espero seguir cultivando nuestra relación.**

A MIS AMIGOS, que se volvieron parte de mi familia en este camino, porque compartimos momentos felices y tristes, gracias, siempre estarán en mi corazón.

A MIS PROFESORES, por brindarme todos sus conocimientos y experiencia, por su disposición y ayuda brindada.

Especial agradecimiento a mi asesora: Dra. María Josefina Freyre Solórzano por su orientación, tiempo y dedicación en la realización de este proyecto.

A CADA UNO DE MIS PEQUEÑOS PACIENTES, por permitirme aprender en su sentir, dicha y pesar y ser responsable de algunas de sus alegrías.

A DIOS, por llenar mi vida de dichas y bendiciones.

“Cree a aquellos que buscan la verdad. Duda de los que la encuentran”

André Gide



INTRODUCCION: Durante las dos últimas décadas, la endoscopia digestiva se ha desarrollado como uno de los métodos más utilizados para establecer un mejor diagnóstico de diferentes enfermedades gastrointestinales e incluso realizar intervenciones terapéuticas en caso meritorio, considerándose un procedimiento seguro y simple.

En el servicio de urgencias pediátricas del Hospital Regional 1º de Octubre, el cuadro de dolor abdominal constituye uno de los diagnósticos más frecuentes, una vez que se descarta patología quirúrgica, es posible realizar su diagnóstico en forma eficaz, rápida y segura a través de procedimiento endoscópico.

MATERIALES Y METODOS: Se realizó un estudio observacional, transversal y retrospectivo de un total de 79 pacientes de 0 a 17 años y de ambos sexos a los cuales se le realizaron exámenes endoscópicos, todos ellos referidos del servicio de Urgencias Pediátricas del Hospital Regional 1º de Octubre con dolor abdominal, en el período comprendido entre el 1ro de Enero del 2009 al 31 de Mayo de 2011. Los datos fueron obtenidos de los registros de informes endoscópicos. Se estudiaron los hallazgos endoscópicos, diagnóstico específico, asociación de afecciones y relacionados con los diferentes grupos de edades y el sexo.

RESULTADOS: El mayor número de Endoscopías correspondió al grupo de edad de escolares y predominó discretamente el sexo masculino. Existió mayor número de anomalías de la mucosa gástrica seguidas de las esofágicas con un promedio entre 2:3. Tres cuartas partes de los pacientes ya habían recibido tratamiento inespecífico previo, sin resultados satisfactorios y casi la mitad de ellos no tenían diagnóstico específico.

DISCUSIÓN: En nuestro estudio el dolor abdominal fue la causa de solicitud y referencia a realización de estudio endoscópico de los pacientes pediátricos, la importancia radica en que es un medio diagnóstico y en varias ocasiones terapéutico, oportuno y precoz de enfermedades para su adecuado tratamiento, encontramos mandatorio realizar un procedimiento endoscópico a todos los pacientes sintomáticos, para esclarecer en forma directa el origen de los síntomas y así establecer la terapia en forma individual y específica.

Palabras Claves: Endoscopia, dolor abdominal, urgencias pediátricas.



SUMMARY

INTRODUCTION: During the last two decades, endoscopy has evolved as one of the most used methods to establish a better diagnosis of different gastrointestinal diseases and even therapeutic interventions meritorious case, considered a safe and simple. In the pediatric emergency department of the Regional Hospital October 1, the abdominal pain is one of the most common diagnoses, once discarded surgical pathology , it is possible to diagnose it effectively, quickly and safely through procedure endoscopic.

MATERIALS AND METHODS: An observational, cross-sectional, retrospective study of a total of 79 patients 0-17 years of both sexes which were performed endoscopic examinations, all referring service Pediatric Emergency Hospital Regional 1o de Octubre with abdominal pain, in the period from January 1, 2009 to May, 2011 . Data were obtained from the records of endoscopic reports. Endoscopic findings were studied, specific diagnosis of disease association and related to different age groups and sex.

RESULTS: The highest number of endoscopies corresponded to school age group and males predominated discreetly. There is a greater number of abnormalities in the gastric mucosa of the esophageal row with an average of between 2:3. Three quarters of the patients had received previous specific treatment, without satisfactory results, and almost half of them had no specific diagnosis.

DISCUSSION: In our study, abdominal pain was the cause of application and reference to performing endoscopic study of pediatric patients, the importance is that it is a diagnostic and therapeutic repeatedly, timely and early disease for proper treatment, found mandatory to perform an endoscopic procedure, symptomatic patients to directly clarify the origin of symptoms and thus establish therapy individually and specifically.

Keywords: Endoscopy, abdominal pain, pediatric emergencies.

I. MARCO TEÓRICO



La palabra «endoscopía» viene del griego que significa «mirar, observar dentro»; y se define como el examen visual del interior de las cavidades del organismo mediante la introducción por vía natural o artificial de un instrumento llamado endoscopio.¹

Desde que el hombre ha existido sobre la tierra, este ha tenido el interés por conocer el interior de nuestro cuerpo.^{1,2} El uso de tubos o instrumentos en medicina para tratar de ver el interior del cuerpo data de los comienzos de la civilización. Los egipcios, griegos y romanos ya utilizaban las cánulas para enemas. Se sabe que Hipócrates había tratado de ver el recto a través de un tubo y una vela. Y es así que en el siglo XVIII la inquietud del hombre por fin pudo ser desarrollada para poder ver lo que el paciente dice sentir, se inicia la endoscopia.² En el año 1806, Philipp Bozzini, presentó sus primeros trabajos acerca de la visión de la mucosa del aparato digestivo. Los hallazgos posteriormente fueron perfeccionados y desarrollados por varios médicos, así es como en 1958 B. Hirschowitz presenta el primer gastroscopio flexible con sistema de fibra óptica en el 1er Congreso Mundial de Gastroenterología.²

A partir 1970 la endoscopia ha sido considerada como medio fundamental para el diagnóstico de las enfermedades del aparato digestivo.^{3,5} El gran desarrollo alcanzado por la endoscopia en los últimos años, se debe a que la técnica no se limitó al diagnóstico, sino que pasó a ser importante en el pronóstico de muchos procesos y fundamentalmente, un método con una triple misión en enfermedades digestivas: 1. Facilita la identificación de lesiones con alta especificidad diagnóstica y ausencia o escasez de falsos diagnósticos, 2. Valoración pronóstica de algunas lesiones y 3. Sobre todo las posibilidades terapéuticas en muchos de los procedimientos.^{4,5}

En nuestro país, en 1917 se realiza la primera esofagoscopia por Pedro P. Peredo, diez años después en 1927 el Dr. Abraham Ayala González realiza la primera endoscopia en el Hospital General de México. En 1953 el Dr. Gustavo Serrano Rebeil inicia la escuela de endoscopia en el Instituto de la Nutrición, trabajando en el Hospital de Hacienda y la Cruz Roja. Posteriormente se forman los principales servicios de endoscopia del país, en el Hospital Infantil de México el Dr. Eduardo Echeverría Álvarez y Antonio León Díaz. En el Hospital General Centro Médico Nacional. El Dr. José Ramírez Degollado. El Hospital 20 de Noviembre el Dr. Ramón Boom Anglada. El 28 de Agosto de 1970 se funda la Asociación Mexicana de Endoscopia Gastrointestinal (AMEG), su primer presidente el Dr. José Ramírez Degollado y la primera Reunión Nacional en Noviembre de 1971 en las aulas del Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México.^{1,5}

Los procedimientos endoscópicos tienen una sensibilidad y especificidad del 95 - 99 %, y brindan la posibilidad de visualizar directamente las lesiones presentes en la mucosa del aparato digestivo, además se utiliza para corroborar diagnósticos radiológicos que no se precisan por este método y contribuye a complementar el diagnóstico clínico al permitir realizar estudios citológicos, biopsias, tinciones, extracción de cuerpos extraño y



ultrasonido endoscópico de las lesiones submucosas.^{3,5} La endoscopia es eficaz, segura, con riesgos y complicaciones mínimos para la exploración en niños y permite una evaluación, diagnóstico y manejo terapéutico adecuados en la enfermedad gastrointestinal.^{5,6}

El dolor abdominal es una de las molestias y motivo de consulta más frecuentes en los niños, con una incidencia que varía entre el 9 y el 15 %. La aproximación diagnóstica de un niño con dolor abdominal debe comenzar con una anamnesis y exploración física completa y cuidadosa, y completarse con algunas exploraciones básicas, ya que el dolor abdominal puede ser el síntoma primario en más de un centenar de enfermedades orgánicas. Las causas más frecuentes en los niños con dolor abdominal son: la genitourinaria, diversos procesos gastrointestinales, hematológicos y otras entidades diversas no clasificadas. Entre las causas digestivas, merece mención especial la enfermedad gastroduodenal por *Helicobacter pylori*, que según algunos autores se encuentra presente hasta en un 25 % de los niños diagnosticados de dolor abdominal recurrente.^{7,8}

Las enfermedades digestivas, están dentro de las entidades que afectan al paciente pediátrico con mayor frecuencia. Dentro de los motivos de consulta el de dolor abdominal, del cual una vez descartada patología quirúrgica, se encuentra gran incidencia de esofagitis severa por reflujo, gastropatías erosivas superficiales, gastropatías asociada a infecciones bacterianas (*Helicobacter Pylori*, giardiasis, entre otras), enfermedad celíaca, enfermedad intestinal inflamatoria crónica, todas las cuales pueden ser diagnosticadas mediante procedimientos endoscópicos y en caso meritorio con toma de biopsias para estudio histopatológico. Otras entidades más clásicas que pueden ser responsables de un dolor abdominal no quirúrgico son el estreñimiento, pancreatitis crónica, malrotación intestinal, parasitosis, coledoclitiasis, divertículo de Meckel complicado, desórdenes metabólicos, desórdenes alimenticios y alérgicos, etc., mismos que pueden ocasionar lesiones localizadas o difusas.^{9, 10}

Los síntomas principales acompañantes al dolor abdominal en pacientes pediátricos son epigastralgia, distensión abdominal, hipo, náusea, vómito, regurgitaciones, diarrea, estreñimiento, opstipación, etc. En el proceso diagnóstico hay que preguntar a la madre los signos indirectos de este dolor, como el llanto, la posición que el niño adopta y los antecedentes previos, ubicación del punto doloroso, intensidad, si es continuo o cólico y tiempo transcurrido, así mismo y no menos importante el uso de analgésicos y antiespasmódicos, o la ingesta de otros medicamentos o sustancias.^{10, 11}

Por lo tanto, dentro de los signos del cuadro del dolor abdominal se encuentra la presencia de vómito, del cual se investiga las características de este, si es alimentario, biliar, de retención o hemático, la frecuencia, especialmente la tendencia a la progresión y el momento en la presentación, si son postprandiales precoces o tardíos. El vómito que se va haciendo continuo, persistente, biliar, se relaciona probablemente a una causa



orgánica. Así mismo el vómito que precede al dolor abdominal, suele no corresponder a una patología quirúrgica.^{11, 13, 15}

Otros signos no menos importantes son las alteraciones en las evacuaciones, ya sea con moco, con sangre, verdosas, explosivas, fétidas, así mismo meteorismo, estreñimiento, alteración de la peristalsis y presencia de síntomas generales agregados como fiebre, taquicardia, halitosis, lengua saburral, deshidratación, pérdida de peso.^{14, 15}

Algunas de las patologías que comparten estos síntomas y que son indicativas para efectuar estudio endoscópico son las siguientes:

La dispepsia es un problema común (25-50%)¹⁷⁻¹⁸, definido como un complejo sintomático de dolor o malestar epigástrico, que se piensa originado en el tracto gastrointestinal alto. Estos síntomas incluyen epigastralgia urente, regurgitación, eructos exagerados, distensión abdominal, náuseas, sensación de digestión anormal o lenta, y plenitud. La duración no está especificada como parte de la definición, porque es muy variable. Según el Consenso de Roma se recomienda definir dispepsia como “dolor o malestar centrado en el abdomen superior”.^{17,19}

La dispepsia puede ser causada por una variedad de condiciones, siendo las principales úlcera duodenal o gástrica (15-25%), esofagitis por reflujo (5-15%) y cáncer de estómago o esófago (menos de 2% de los casos). Pero hasta 60% de los pacientes que se presentan con dispepsia no tiene una explicación estructural o bioquímica definida de sus síntomas y se considera como dispepsia funcional, referida en la literatura como dispepsia no ulcerosa.¹⁸

El objetivo cuando se evalúa un paciente con síntomas gastrointestinales es llegar rápidamente a un diagnóstico definitivo, clasificando la condición del paciente como orgánica o funcional, sin exponer de manera innecesaria a procedimientos diagnósticos costosos o potencialmente peligrosos. Idealmente, la endoscopia debe ser realizada durante la fase sintomática de la enfermedad y en ausencia de cualquier terapia médica que pueda enmascarar características relevantes o interferir con la interpretación de anomalías endoscópicas.^{18,20}

La úlcera péptica es un defecto en la mucosa gastrointestinal que se extiende a través de la muscularis de la mucosa y persiste en función de la actividad ácido-péptica en el jugo gástrico, esto considerando la naturaleza agresiva del ambiente ácido péptico y los agentes dañinos que ingerimos, por lo que las úlceras ocurren más frecuentemente cuando los mecanismos normales se alteran por superposición de procesos.^{16,17}

La endoscopia digestiva alta es el procedimiento de elección para el diagnóstico de úlceras, por su alta sensibilidad, además que provee mejor exactitud diagnóstica que las radiografías con medio de contraste, es segura y permite la visualización directa y toma de biopsias, esenciales para evaluar la presencia de *Helicobacter pylori* o malignidad.^{16,18,21}

El *Helicobacter pylori* (*H. pilory*) es la principal causa de gastritis crónica, un factor necesario para la producción de úlcera gástrica y duodenal, y que está claramente relacionada con el cáncer gástrico, tanto de tipo adenocarcinoma, como linfoma tipo MALT. *H. pylori* es una de las causas más frecuentes de infección bacteriana crónica en



el ser humano, afecta a toda la población mundial y a todas las edades, aumentando su prevalencia con la edad. En países en vías de desarrollo la prevalencia ya es alta al final del primer año de vida y puede afectar a la mayor parte de la población al final de la adolescencia.²³

La gastritis es una de las entidades inflamatorias crónicas más frecuentes en el ser humano, el diagnóstico de gastritis es histológico para lo que se requiere la toma de biopsia vía endoscópica. La existencia de gastritis se asocia en un pequeño número de casos a erosiones y úlceras en el estómago o en el duodeno. La erosión es una lesión de discontinuidad de la mucosa que no afecta a la muscularis mucosae, cuando esta se afecta hablamos de úlcera. El término úlcera péptica se utiliza tanto para referirse a las úlceras como a las erosiones de estómago o duodeno. Tanto en adultos como en niños más del 90% de las mismas se relacionan con infección por *H. pylori*. Se considera que la inflamación de la mucosa gástrica ocurre cuando existe un desequilibrio entre los factores citotóxicos (ácido, pepsina, ácidos biliares y *H. pylori*) y citoprotectores (moco gástrico, bicarbonato) en el tracto gastrointestinal superior. El desarrollo de la endoscopia pediátrica con la obtención de biopsias gástricas e identificación del *H. pylori* ha cambiado la perspectiva de la gastritis en los niños.^{22,23}

Otra patología es el reflujo gastroesofágico (RGE), que es el paso retrógrado sin esfuerzo del contenido gástrico a la boca, reconocido como regurgitación. Cuando este fenómeno se produce con una frecuencia e intensidad suficientes como para superar la capacidad defensiva de la mucosa esofágica y provocar un cuadro con sintomatología variable, evidente o silente, típica o atípica, con repercusiones clínicas, provocando ocasionalmente esofagitis (0,5%) y/o estenosis esofágicas (0,1%), se reconoce como enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE).²²

La prevalencia de la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) ha sido estimada en un 8%. La gran mayoría se resuelve entre el 1^o-2^o año de la vida. Sin embargo, si persiste en la edad preescolar o se manifiesta en niños mayores se observan períodos de mejoría y recaída con una tendencia a persistir hasta la edad adulta hasta en un 50% de los casos. Los niños que tienen vómitos copiosos o regurgitaciones constantes con repercusión en su desarrollo pondoestatural precisan de un estudio minucioso y de un tratamiento adecuado, por corresponder probablemente a una enfermedad por reflujo gastroesofágico. Los síntomas específicos como las regurgitaciones, náuseas y vómitos, y las manifestaciones secundarias a los vómitos en si mismos y a las complicaciones del reflujo, como la anemia, la hematemesis o melena, la disfagia, cólicos, irritabilidad y el llanto, el retraso pondoestatural, el dolor retrosternal o torácico, la pirosis, la sensación de plenitud postprandial. De forma menos habitual se relacionan con RGE procesos respiratorios crónicos (tos, disfonía matutina, apneas, otitis, sinusitis, laringitis, neumonía, asma, fibrosis quística, displasia broncopulmonar), neurológicos (PCI), digestivas (alteraciones del esmalte dentario, síndrome perdedor de proteínas), neuroconductuales (rumiación, síndrome de Sandifer o contractura, rotación, hiperextensión y torticolis).^{21,22}

La endoscopia esofágica, con toma de muestras de biopsias múltiples, permite obtener con mayor fiabilidad información sobre los efectos lesivos del RGE en la mucosa. La endoscopia presenta varias ventajas indudables: Es una exploración muy específica para el diagnóstico, especialmente en cuadros graves; excluye otras patologías con gran fiabilidad; permite la toma de biopsias directas; objetiva la presencia de complicaciones, e incluso, tiene valor pronóstico y como guía terapéutica.²²



Grado	Lesiones
1	Erosiones no concluyentes, como parches rojos, debajo de la línea Z
2	Erosiones longitudinales con tendencia a la hemorragia de la mucosa
3	Erosiones longitudinales concéntricas con tendencia a la hemorragia y sin estenosis
4 A	Ulceraciones con estenosis o metaplasma
4 B	Estenosis sin erosiones o ulceraciones

Criterios histológicos para el diagnóstico de RGE y esofagitis, clasificación de Los Ángeles

Grado	Criterio histológico	Diagnóstico clínico
0	Normal	Normal
1 A	Hiperplasia de la zona basal	RGE
1 B	Elongación de las papilas	
1 C	Vascularización	
2	Polimorfonucleares en el epitelio y/o lámina propia	Esofagitis
3	Polimorfonucleares con defecto en el epitelio	Esofagitis
4	Ulceración	Esofagitis
5	Epitelio columnar aberrante	Esofagitis

La hernia hiatal se define como el desplazamiento de unión esofagogástrica en sentido cefálico por el interior del tórax, hasta una distancia de 2cm o más; se considera consecutiva a la contracción esofágica ocasionada por una lesión inducida por reflujo, aumento de la presión intraabdominal y atrofia o debilitamiento de la región hiatal, no están claras las relaciones precisas entre la hernia hiatal, la función del esfínter esofágico inferior y el reflujo gastroesofágico, sin embargo se sabe que la mayoría de los pacientes que tienen hernias hiatales son asintomáticos, en tanto que la mayor parte de los que tienen reflujo gastroesofágico experimentan también hernia hiatal.²⁶



Por otro lado, por reflujo duodenogástrico (RDG) se entiende el paso del contenido duodenal hacia el estómago, implica la presencia de secreciones intestinales, biliares y pancreáticas, que incidentalmente puede ocurrir de manera fisiológica, pero si tal eventualidad ocurre reiteradamente, es causa de gastritis debida al daño de la mucosa ocasionada por las sales biliares. El RDG rara vez produce sintomatología, pero se le ha asociado en casos con dolor abdominal y datos de dispepsia.²⁴

Otra patología no menos importante es la hemorragia digestiva, que en pediatría es una entidad que provoca alarma importante, ya que los mecanismos de compensación en el niño, sobre todo en el lactante y preescolar, son menos eficaces que en el niño mayor y el adulto, lo que hace al paciente pediátrico más vulnerable ante una hemorragia digestiva importante.

La hemorragia digestiva alta es la que se origina en los segmentos del tracto digestivo por encima del ángulo de Treitz, y la hemorragia digestiva baja cuando se producen pérdidas por debajo de dicho ángulo. Las causas de una hemorragia digestiva se enlistan en los siguientes cuadros, haciendo énfasis en que en la mayoría de estos episodios el dolor abdominal esta presente.²⁵

Causas de hemorragia digestiva alta en pediatría:

Causa o diagnostico frecuente	Tipo de sangrado	Estudio Diagnóstico
Deglución de sangre o leche materna	Hematemesis, melena, hematoquecia	Test de Apt
E. hemorrágica del RN (déficit de vit K)	Hematemesis y/o melena	Estudio de coagulación
Gastritis hemorrágica	Hematemesis y/o melena	Endoscopia alta
Esofagitis	Hematemesis y/o melena	Endoscopia alta
Gastritis	Melena	Endoscopia y Biopsia
Duodenitis	Hematemesis y/o melena	Endoscopia alta, biopsia,

Causas de hemorragia digestiva baja en pediatría:

Causa o diagnóstico Frecuente	Tipo de sangrado	Diagnóstico
Sangre materna deglutida	Melena	Test de Apt
Enfermedad hemorrágica del RN (déficit de vit. K)	Hematoquecia, melena	Estudio de coagulación

Causa o diagnóstico Frecuente	Tipo de sangrado	Diagnóstico
Enterocolitis necrotizante	Hematoquecia, melena	Radiología
Úlceras de estrés	Hematoquecia, melena	Endoscopia alta
Colitis por intolerancia a las proteínas de la leche de vaca	Hematoquecia – moco	Colonoscopia y biopsia
Vólvulo intestinal	Melenas	Radiografía - ecografía
Fisura anal	Rectorragia	Inspección anal
Invaginación intestinal	Melena frambuesa	Ecografía, enema baritado
Colitis infecciosa	Rectorragia escasa	Coprocultivo
Divertículo de Meckel	Rectorragia, hematoquecia	Gamagrafía, colonoscopia
Enfermedad inflamatoria intestinal	Rectorragia variable	Colonoscopia, biopsia, radiografía
Esofagitis, gastritis, úlcera	Sangre oculta, melena	Endoscopia alta
Pólipos	Rectorragia recurrente	Colonoscopia

Con todo lo anterior, se puede deducir que la endoscopia es de gran utilidad en el estudio de trastornos en los que el dolor abdominal es signo cardinal, como vómitos recurrentes, dolor abdominal crónico, sangrados digestivos, diarreas, disminución de peso, ya que se pueden diagnosticar diversas enfermedades. También en ciertos casos permite además de realizar la visión directa de lesiones y tejidos, la posibilidad de toma de biopsia para establecer diagnósticos histológicos. Otras de las utilidades de la endoscopia son el hallazgo y extracción de cuerpos extraños ingeridos por el menor, ya sea monedas, pilas o agujas.

La colonoscopia, por su parte, puede indicarse en pacientes con rectorragia, hematoquecia o melena, e identificar las diversas causas desde alergias alimentarias, hasta cuadros inflamatorios intestinales y lesiones locales tipo pólipos. Estos últimos pueden ser resecados durante el procedimiento como terapéutica y para estudios histopatológico.



II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Durante las dos últimas décadas, la endoscopia digestiva se ha desarrollado como uno de los métodos más utilizados para establecer un mejor diagnóstico de diferentes enfermedades gastrointestinales e incluso realizar intervenciones terapéuticas en caso meritorio, considerándose un procedimiento seguro y simple. Antes de la introducción de la endoscopia digestiva, algunos casos de dolor abdominal quedaban sin establecer diagnóstico, por consiguiente sin identificación de una causa orgánica, de esta manera eran tratados sin llegar a establecer la terapéutica precisa del paciente.

En el Hospital Regional 1º de Octubre, no se cuenta con un servicio de endoscopia pediátrica, sin embargo, se realizan procedimientos endoscópicos en los casos en que así son requeridos por personal altamente calificado. En el servicio de urgencias pediátricas, el cuadro de dolor abdominal constituye uno de los diagnósticos más frecuentes, teniendo éste diversas entidades que lo ocasionen, una vez que se descarta patología quirúrgica, es posible realizar su diagnóstico en forma eficaz, rápida y segura a través de procedimiento endoscópico; sin embargo ¿Qué entidades patológicas se encuentran con mayor frecuencia mediante estudio endoscópico en los pacientes referidos del servicio de urgencias pediátricas, con diagnóstico de dolor abdominal y que ameritaban la realización de dicho procedimiento?.

III. JUSTIFICACIÓN

El servicio de urgencias pediatría, es un servicio dinámico en donde la enfermedad gastrointestinal tiene gran prevalencia, una representación de esta es el dolor abdominal, el cual muestra gran relevancia y en ocasiones dificultad diagnóstica, por lo que el médico pediatra se enfrenta a la necesidad de elegir el mejor método diagnóstico a su alcance, al respecto, la endoscopia gastrointestinal constituye un método seguro y confiable y en muchas de las ocasiones terapéutico, sin embargo en nuestro centro hospitalario al no contar con un servicio de endoscopia pediátrica, en ocasiones, se ve limitada la aplicación de este recurso.

Con este protocolo de estudio se pretende identificar las principales enfermedades, en las que el síntoma cardinal es el dolor abdominal y que es posible su detección mediante estudio endoscópico, con base a los resultados encontrados se pueden establecer tratamientos específicos, así mismo, se podrá llegar a la elaboración de protocolos o guías de atención del cuadro de dolor abdominal pediátrico con uso de este recurso, para que faciliten y agilicen el cuidado del paciente. De esta forma instaurar el uso de la endoscopia en el servicio de urgencias pediátricas dentro de los primeros lugares como herramienta para diagnóstico y tratamiento.



IV. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Reportar las hallazgos de enfermedades digestivas identificadas por medio de estudio endoscópico en pacientes que fueron referidos del servicio de urgencias pediátricas y que presentaban cuadro de dolor abdominal, en el Hospital Regional 1º de Octubre en el período enero 2009 a mayo 2011.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Clasificar los hallazgos endoscópicos según el diagnóstico específico
2. Reportar la existencia y localización de lesiones.
3. Relacionar las variables edad y sexo con las afecciones identificadas en el grupo.

V. MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, transversal y retrospectivo de un total de 79 pacientes de 0 a 17 años y de ambos sexos a los cuales se le realizaron exámenes endoscópicos, todos ellos referidos del servicio de Urgencias Pediátricas del Hospital Regional 1º de Octubre con diagnóstico de dolor abdominal, en el período comprendido entre el 1ro de Enero del 2009 al 31 de Mayo de 2011; con el objetivo de determinar la presencia de enfermedades digestivas.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Expedientes clínicos de pacientes con las siguientes características:

- Pacientes masculinos y femeninos de 1 mes a 17 años 11 meses de edad.
- Del servicio de urgencias pediatría
- Que se les haya solicitado y realizado endoscopia digestiva por dolor abdominal de enero 2009 a mayo de 2011, en el Hospital Regional Primero de Octubre.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Pacientes cuya causa abdominal no sea enfermedad de tubo digestivo.
Pacientes cuya causa de dolor abdominal sea de origen quirúrgico.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

Pacientes cuyo reporte o expediente no sea legible.
Pacientes con procedimientos terapéuticos endoscópicos previos (gastrostomía, nasoyeyunal, ligadura de varices)



PLAN DE ANÁLISIS

Se estudiaron 79 expedientes de pacientes pediátricos a los cuales se les realizó estudio endoscópico referidos del servicio de urgencias pediatría con diagnóstico de dolor abdominal.

Los datos fueron tomados de los reportes de estudios endoscópicos realizado a los pacientes referidos de urgencias pediatría a los cuales se les solicitó endoscopia así como los expedientes de urgencias de dichos pacientes.

Se recolectó la información en una hoja de cálculo de Excel, agrupándose acorde a edad, sexo, hallazgos endoscópicos por localización (esófago, estómago, duodeno, colon) de acuerdo al diagnóstico específico y la asociación de afecciones en un mismo paciente.

Se describen las variables cualitativas y variables cuantitativas. Los resultados se plasman en tablas en números ordinales y porcentos, representados en gráficas para análisis y discusión.

Esta investigación no fue sometida a pruebas estadísticas ya que se trató solo de una investigación de tipo descriptiva.

Este protocolo contó con las aprobaciones del comité de investigación y de ética del Hospital. Regional 1º de Octubre, ISSSTE.

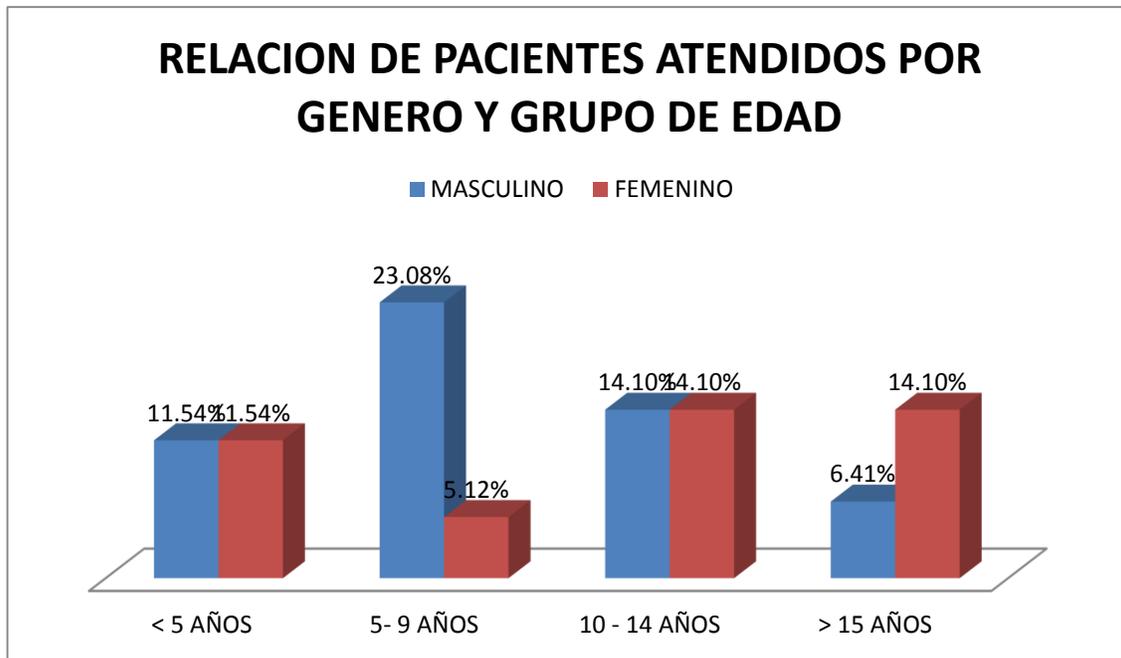
VI. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Tabla 1. Relación de pacientes pediátricos atendidos en el servicio de endoscopia por género y grupo de edad, referidos del servicio de urgencias pediátricas del Hospital Regional 1º de Octubre de enero 2009 a mayo 2011

GENERO \ EDAD	< DE 5 AÑOS		5 – 9 AÑOS		10 – 14 AÑOS		> 15 AÑOS		TOTAL	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
MASCULINO	9	11.54	18	23.08	11	14.10	5	6.41	43	55.13
FEMENINO	9	11.54	4	5.12	11	14.10	11	14.10	35	44.87
TOTAL	18	23.08	22	28.20	22	28.20	16	20.51	78	100

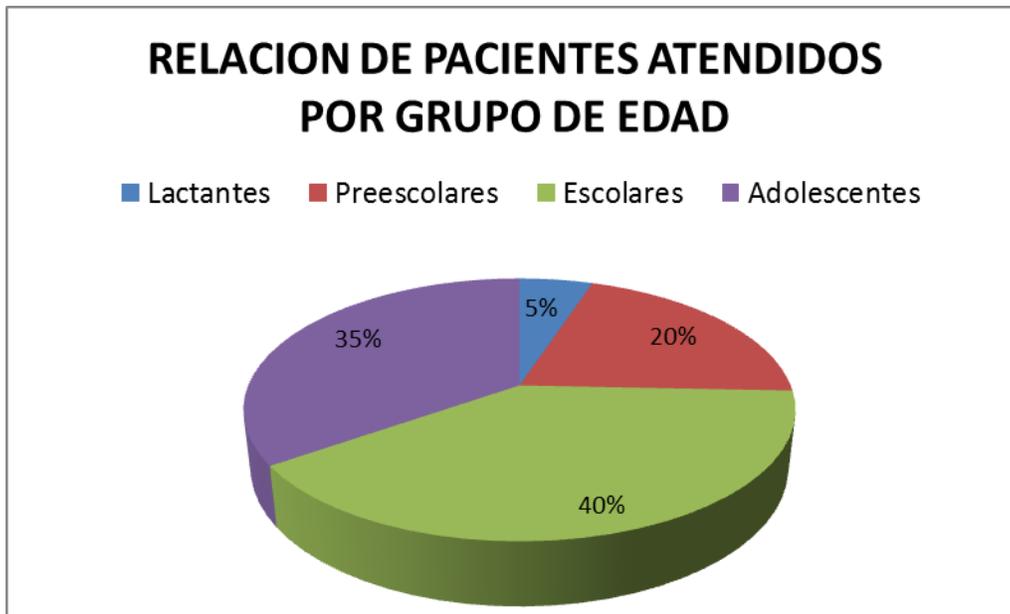
Fuente: Instrumento de recolección de datos

Nota Aclaratoria: % = Porcentaje



Fuente: Instrumento de recolección de datos

Gráfica 2



Fuente: Instrumento de recolección de datos

En términos generales la incidencia de eventos gastrointestinales que motivaron la atención por urgencias pediatría no existió una proporción predominante de acuerdo por género ya que la relación existente es de 1:1.22 Femenino a Masculino, viendo este



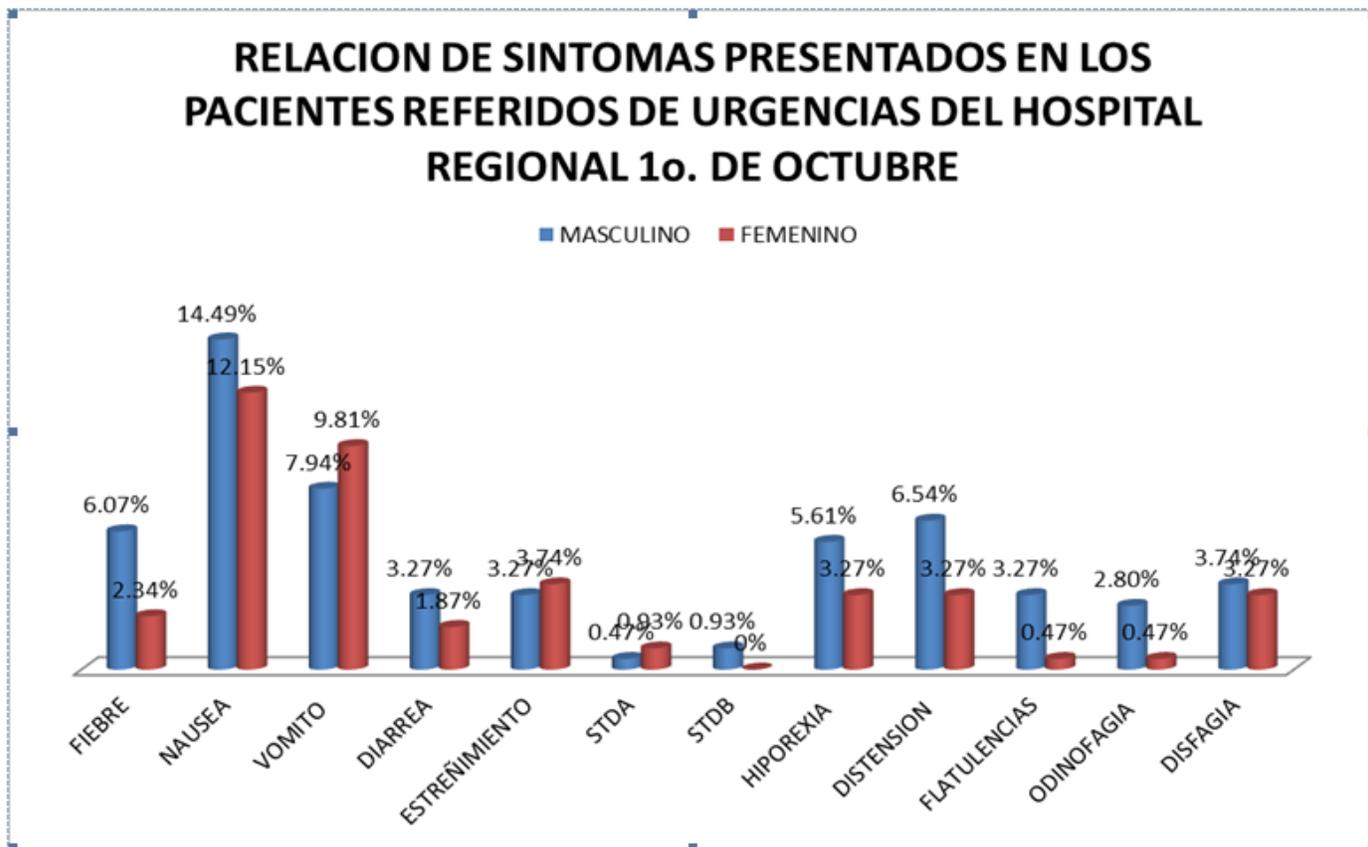
resultado podemos inferir que no hay variabilidad significativa en cuanto a género pero si observamos las gráficas y esta relación la desglosamos de acuerdo a grupo etario encontraremos dos grupos en los cuales la incidencia en cuanto a género si se observa muy marcada, el primero de ellos es el grupo de escolares, que también fue el grupo de mayor incidencia, reportándose una razón de 1:4.5, Femenino a Masculino esto se explicaría que existe una mayor incidencia de eventos gastrointestinales en el sexo Masculino, lo cual puede deberse a que los niños del sexo masculino de este grupo de edad son más inquietos, su acceso a diferentes artículos es más fácil lo cual pueda condicionar los eventos y hallazgos que se explicaran más adelante. El segundo grupo que es de interés es el de mayor de 15 años en donde la relación existente es de 2.2:1, Femenino a Masculino y de acuerdo a los hallazgos que se detallaran posteriormente, podemos considerar que la mayor incidencia en este género se puede deber a episodios de estrés y depresión, que deberían someterse a otra investigación.

Tabla 2. Relación de síntomas presentados en los pacientes referidos de urgencias pediátricas por género en el Hospital Regional 1º de Octubre de enero 2009 a mayo del 2011

SÍNTOMA \ GENERO	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
FIEBRE	13	6.07	5	2.34	18	8.41
NAUSEA	31	14.49	26	12.15	57	26.64
VOMITO	17	7.94	21	9.81	38	17.76
DIARREA	7	3.27	4	1.87	11	5.14
ESTREÑIMIENTO	7	3.27	8	3.74	15	7.01
STDA	1	0.47	2	0.93	3	1.40
STDB	2	0.93	0	0	2	0.93
HIPOREXIA	12	5.61	7	3.27	19	8.88
DISTENSIÓN	14	6.54	7	3.27	21	9.81
FLATULENCIAS	7	3.27	1	0.47	8	3.74
ODINOFAGIA	6	2.80	1	0.47	7	3.27
DISFAGIA	8	3.74	7	3.27	15	7.01
TOTAL	125	58.41	89	41.59	214	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Nota Aclaratoria: STDA= Sangrado de tubo digestivo alto, STDB= Sangrado de tubo digestivo bajo, %= Porcentaje



Fuente: Instrumento de recolección de datos

Existieron 3 síntomas predominantes en los pacientes atendidos en el área de urgencia los cuales fueron: náusea, vómito y distensión, sin embargo lo más común fue encontrar multiplicidad de síntomas sobre todo en los pacientes del sexo masculino.

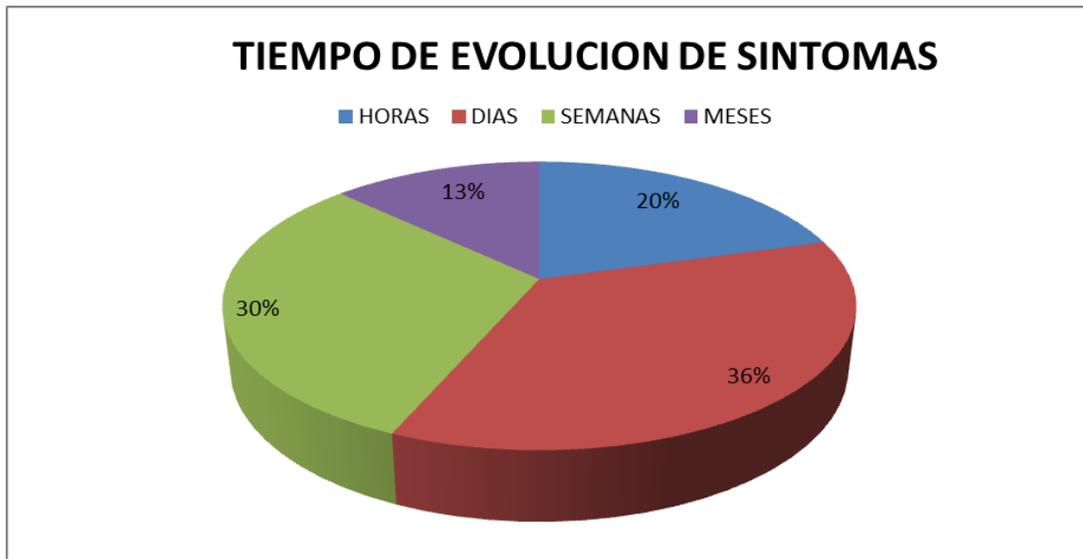
Tabla 3. Tiempo de evolución de síntomas de los pacientes referidos de urgencias pediátricas al servicio de endoscopía en el Hospital Regional 1º de Octubre de enero 2009 a mayo del 2011



TIEMPO DE EVOLUCION	TOTAL	%
HORAS	16	20
DIAS	28	36
SEMANAS	24	31
MESES	10	13
TOTAL	78	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Nota Aclaratoria: %= Porcentaje



Fuente: Instrumento de recolección de datos

Se puede observar que aunque los pacientes son referidos del servicio de urgencias pediátricas, presentan padecimientos de mayor evolución a lo considerado como problemas agudos que motiven su visita a dicho servicio, predominando la evolución de su sintomatología en días y semanas, tiempo en el cual han posiblemente peregrinado con dolor y molestias sin resolución adecuada.

Tabla 4. Relación de manejo previo otorgado en los pacientes referidos de urgencias pediátricas por género en Hospital Regional 1º de Octubre de enero del 2009 a mayo del 2011

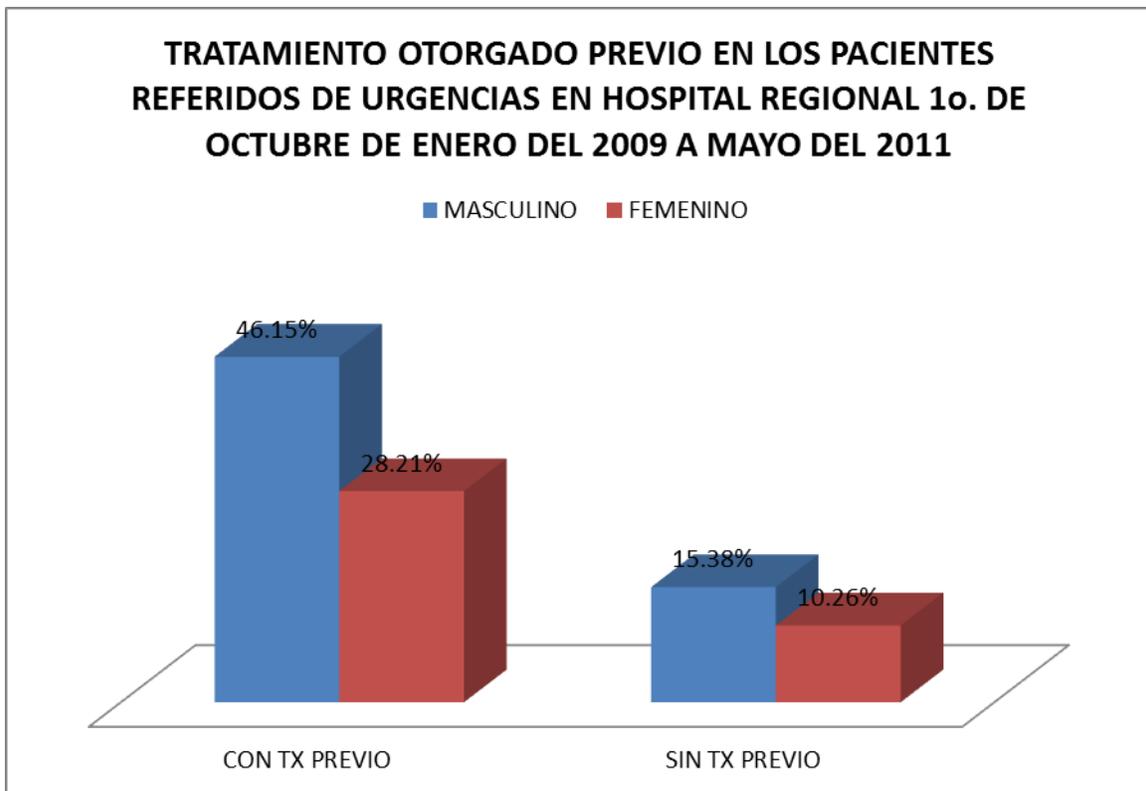


TRATAMIENTO GENERO	SE OTORGO		NO SE OTORGO		TOTAL	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
MASCULINO	36	46.15	12	15.38	48	61.54
FEMENINO	22	28.21	8	10.26	30	38.46
TOTAL	58	74.36	20	25.64	78	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Nota aclaratoria: % = porcentaje

Gráfica 5



Fuente: Instrumento de recolección de datos

Como puede observarse casi tres cuartas partes de los pacientes recibieron al menos un tratamiento médico previamente a su ingreso al servicio de urgencias pediátricas, sin presencia de mejoría, motivo de su visita a esta unidad y referencia al servicio de endoscopia.



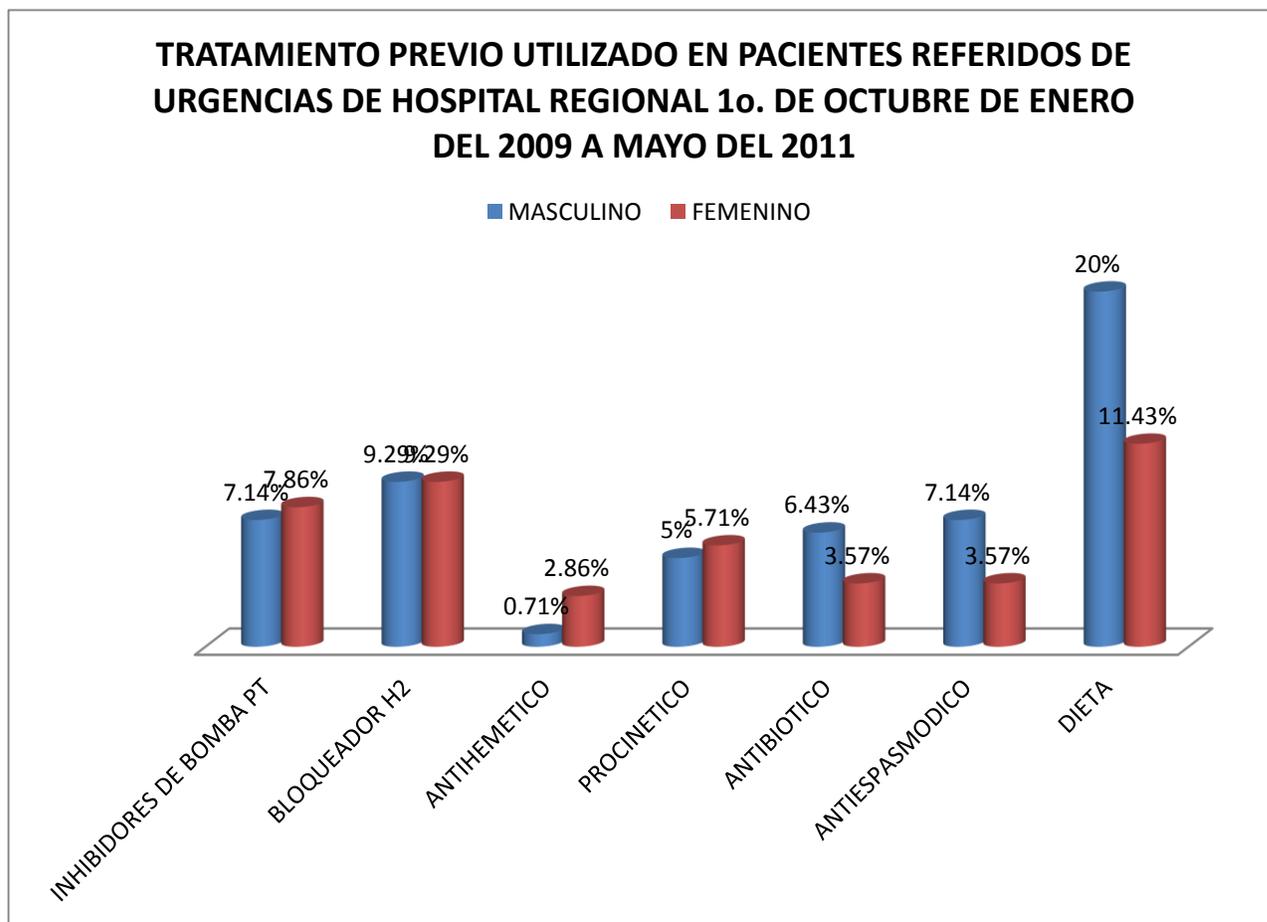
Tabla 5. Relación de tratamiento previo utilizado en los pacientes referidos de urgencias pediátricas por género en el Hospital Regional 1º de Octubre de enero del 2009 a mayo 2011

TRATAMIENTO	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
INHIBIDORES DE BOMBA DE PROTONES	10	7.14	11	7.86	21	15.00
BLOQUEADOR H2	13	9.29	13	9.29	26	18.57
ANTIHEMETICO	1	0.71	4	2.86	5	3.57
PROCINETICO	7	5.00	8	5.71	15	10.71
ANTIBIÓTICO	9	6.43	5	3.57	14	10.00
ANTIESPASMÓDICO	10	7.14	5	3.57	15	10.71
DIETA	28	20.00	16	11.43	44	31.43
TOTAL	78	55.71	62	44.29	140	100

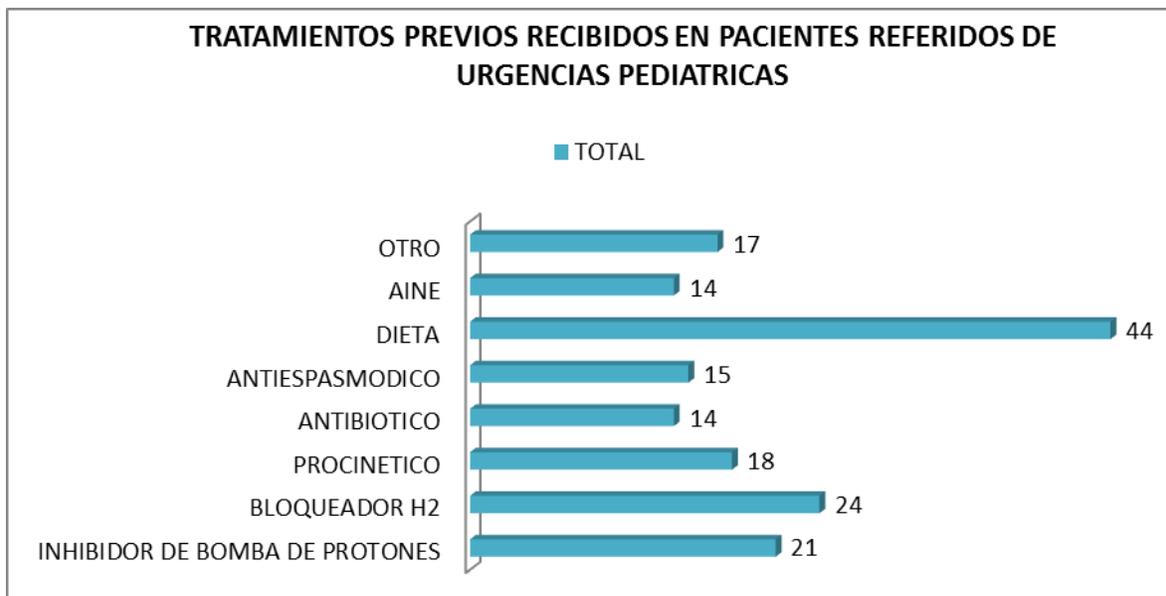
Fuente: Instrumento de recolección de datos

Nota aclaratoria: % = Porcentaje

Grafica 6



Fuente: Instrumento de recolección de datos



Fuente: Instrumento de recolección de datos

A los pacientes atendidos en el servicio de urgencia se evaluó si habían recibido previamente alguna clase de tratamiento en lo cual encontramos que el 74.36% recibieron al menos algún tipo de tratamiento, sobre todo en el género masculino, de estos tratamientos, el recibido con mayor incidencia fue el manejo a base de dieta en primer lugar, el uso de bloqueadores H2 en segundo y finalmente en tercer lugar el uso de inhibidores de la bomba de protones, así mismo se mencionaron dentro de otros tratamientos variados métodos como enemas, inducción de vómito, uso de esteroides o antihistamínicos, todos ellos sin mejoría en su sintomatología.

Tabla 6. Relación de diagnóstico de ingreso a urgencias pediatría en pacientes con dolor abdominal por genero atendidos en Hospital Regional 1º de Octubre de enero del 2009 a mayo del 2011

DX DE INGRESO	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
SÍNDROME DOLOROSO ABDOMINAL	33	27.73	29	24.37	62	52.10
SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO ALTO	4	3.36	4	3.36	8	6.72
SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO BAJO	1	0.84	1	0.84	2	1.68
ENFERMEDAD ACIDO PÉPTICA	2	1.68	5	4.20	7	5.88
DISFAGIA	2	1.68	0	0	2	1.68
GASTRITIS	7	5.88	4	3.36	11	9.24
ENFERMEDAD REFLUJO GASTRO ESOFÁGICO	3	2.52	4	3.36	7	5.88
EPIGASTRALGIA	3	2.52	2	1.68	5	4.20

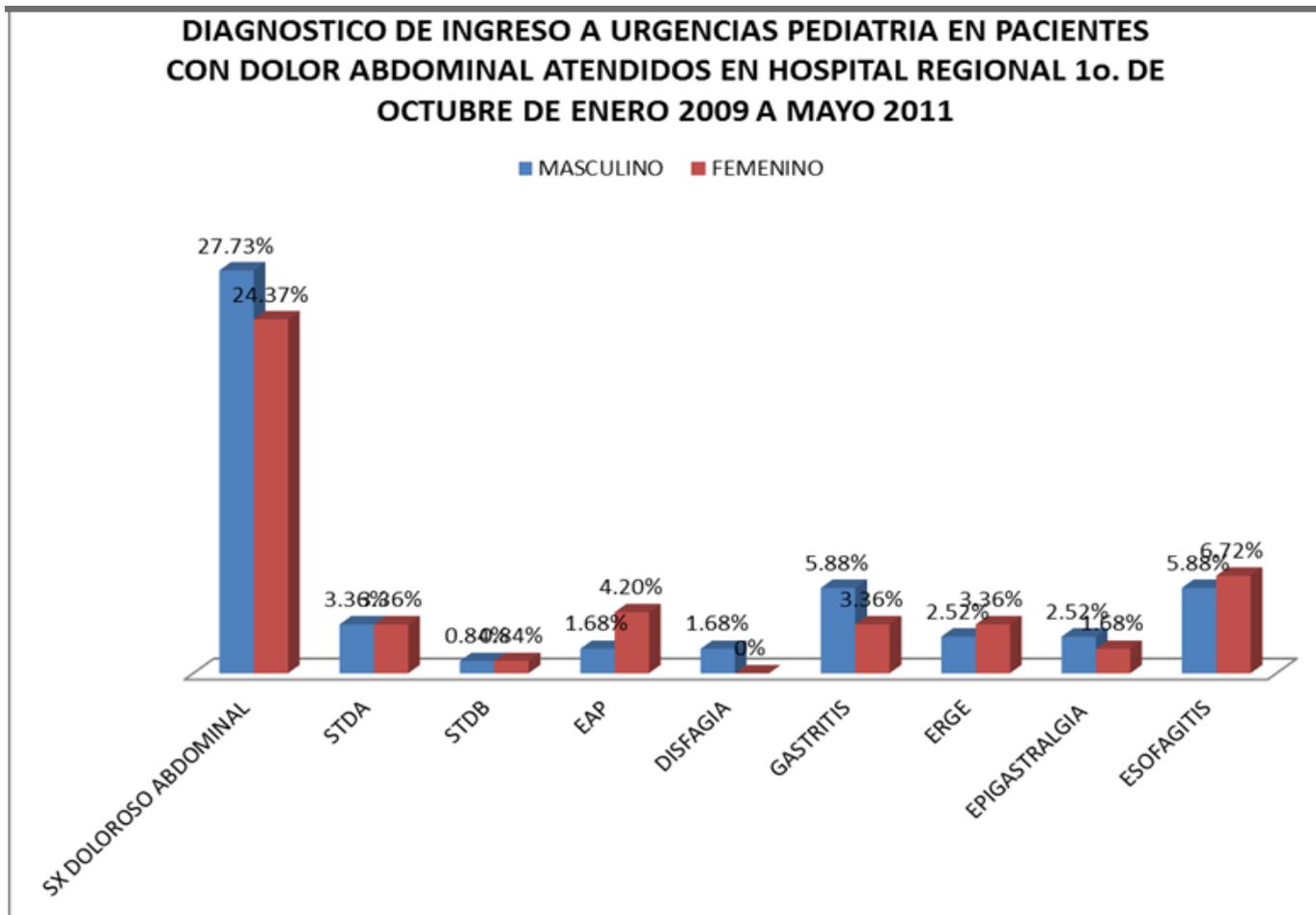
ESOFAGITIS	7	5.88	8	6.72	15	12.60
TOTAL	62	52.10	57	47.90	119	100



Fuente: Instrumento de recolección de datos

Nota aclaratoria: % = Porcentaje

Gráfica 8



Fuente: Instrumento de recolección de datos

El diagnóstico presuntivo que se determinó de forma predominante en los pacientes atendidos el servicio de urgencias pediátricas fue el síndrome doloroso abdominal seguido de esofagitis y gastritis, mismos que para su confirmación se requiere la realización de estudios extensivos para su tratamiento adecuado, incluida la realización de endoscopia, por lo que la solicitud de dicho procedimiento estuvo justificada en cada paciente.

Tabla 7 Relación de hallazgos endoscópicos en pacientes referidos de urgencias pediátricas en el Hospital Regional 1º de Octubre de enero del 2009 a mayo del 2011

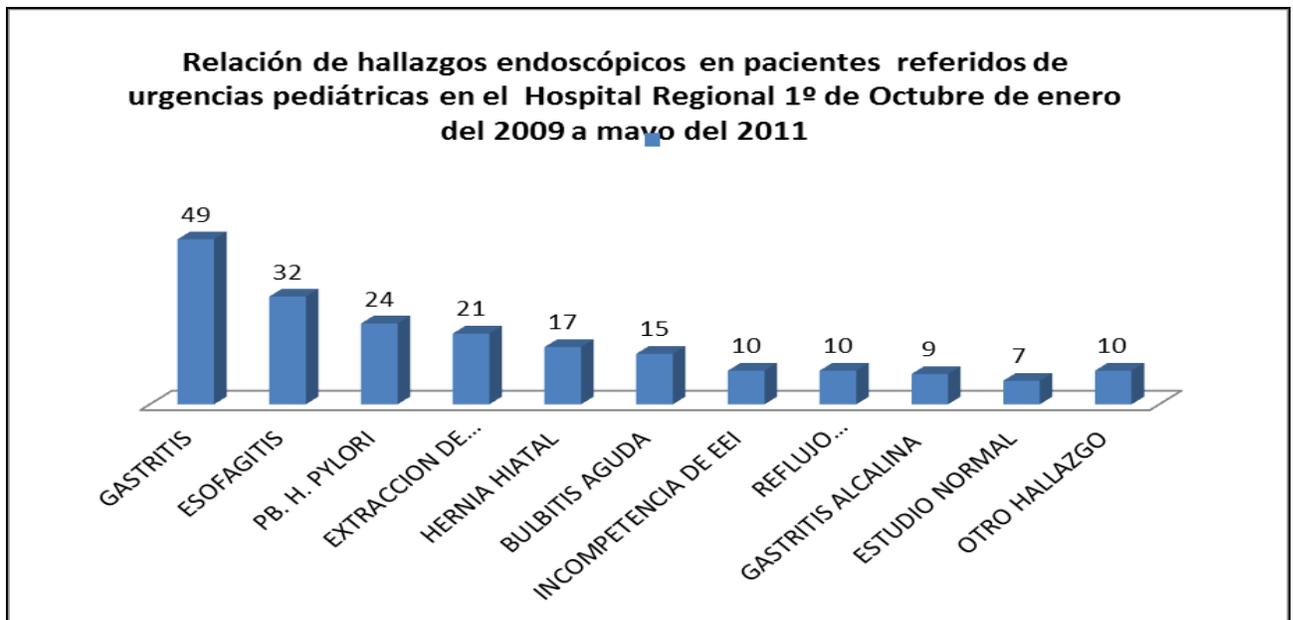


HALLAZGO	FRECUENCIA
GASTRITIS	49
ESOFAGITIS	32
PB. H. PYLORI	24
EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO	21
HERNIA HIATAL	17
BULBITIS AGUDA	15
INCOMPETENCIA DE EEI	10
REFLUJO DUODENOGASTRICO	10
GASTRITIS ALCALINA	9
ESTUDIO NORMAL	7
OTRO HALLAZGO	10
TOTAL	204

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Nota aclaratoria: PB = Probable, H = Helicobacter, EEI = Esfínter esofágico inferior.

Gráfica 9



Fuente: Instrumento de recolección de datos

Al recopilar los hallazgos endoscópicos y distribuirlos, encontramos que para un total de 79 endoscopías realizadas a igual número de pacientes, se encontraron 204 anormalidades digestivas. Esto fue debido a la coexistencia de más de un hallazgo en diferentes localizaciones en un mismo paciente, y por otra parte, a la afectación de una estructura por 2 entidades diferentes, como puede apreciarse en las localizaciones gástrica y esofágica, en las cuáles hubo predominio de hallazgos. Resultando significativo



la presencia de entre 2-3 hallazgos por cada paciente estudiado al realizar el exámen endoscópico del aparato digestivo.

Es apreciable que la esofagitis y la gastritis fueron los hallazgos predominantes.

Así mismo es importante mencionar que dentro de “Otros” hallazgos se encontraron entidades, que si bien su frecuencia fue afortunadamente baja, tienen gran relevancia y traducción clínica como es el caso de: sangrado de tubo digestivo bajo, quemadura esofágica, Síndrome de Cherry, várices esofágicas, la presencia de un pólipo en colon ascendente y datos de una colitis inespecífica, mismos en los que la endoscopia fue definitiva para su continuación de protocolo de estudio y tratamiento, ya que dichos diagnósticos no se consideraron en la presunción de ingreso al servicio de urgencias pediátricas.

Por otra parte el porcentaje de estudios normales, en nuestro estudio fue del 5.5%, del cual se puede decir que si bien no se tiene referencia con otras series consideramos es una cifra aceptable y que todo estudio estuvo justificado en base a historia y cuadro clínico de los pacientes, mismos que se representan en el 94.5% restantes.



Tabla 8. Relación de hallazgos endoscópicos de acuerdo a género en pacientes referidos de urgencias pediátricas en el Hospital Regional 1º de Octubre de enero del 2009 a mayo del 2011

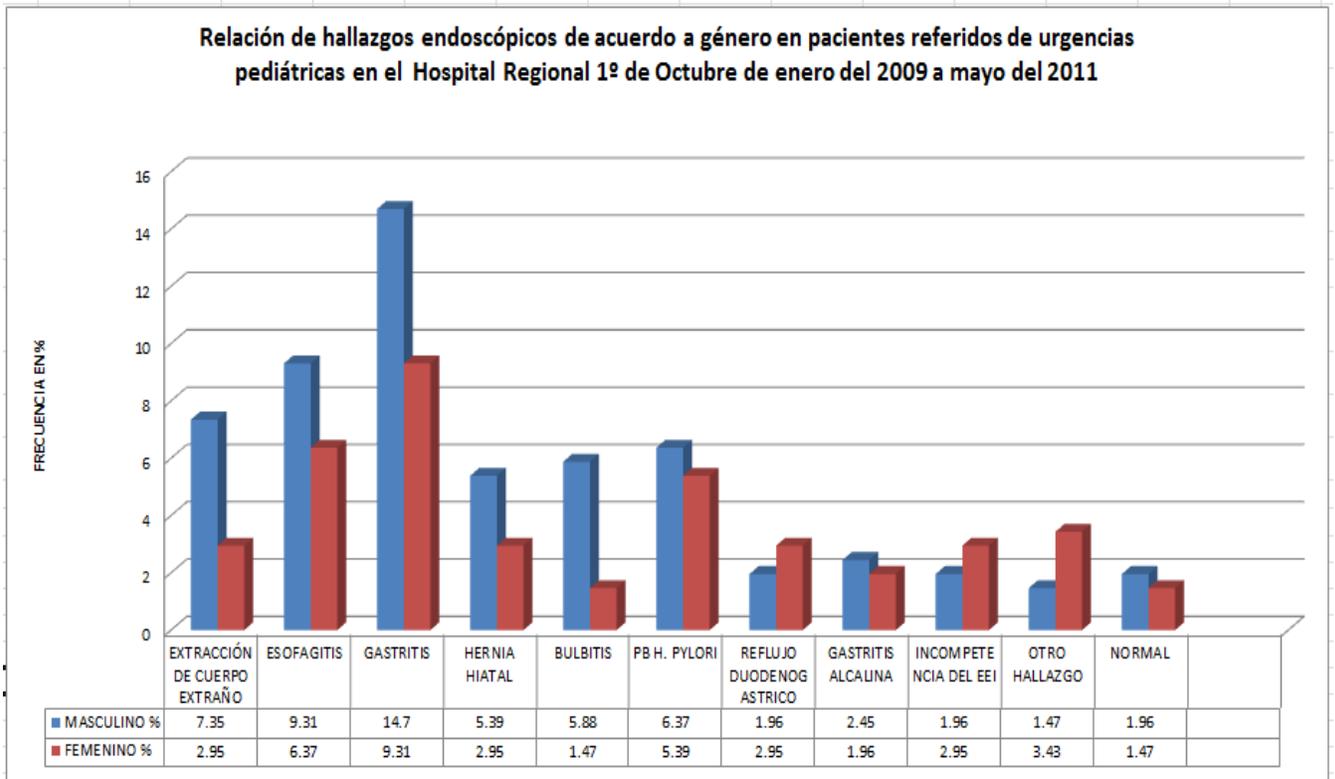
Género	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
HALLAZGO ENDOSCÓPICO						
EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO	15	7.35	6	2.95	21	10.3
ESOFAGITIS	19	9.31	13	6.37	32	15.68
GASTRITIS	30	14.7	19	9.31	49	24.01
HERNIA HIATAL	11	5.39	6	2.95	17	8.34
BULBITIS	12	5.88	3	1.47	15	7.35
PB H. PYLORI	13	6.37	11	5.39	24	11.76
REFLUJO DUODENOGASTRICO	4	1.96	6	2.95	10	4.91
GASTRITIS ALCALINA	5	2.45	4	1.96	9	4.41
INCOMPETENCIA DEL EEI	4	1.96	6	2.95	10	4.91
OTRO HALLAZGO	3	1.47	7	3.43	10	4.9
NORMAL	4	1.96	3	1.47	7	
TOTAL	120	58.8	84	41.2	204	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Nota aclaratoria: PB = Probable, H = Helicobacter, EEI = esfínter esofágico inferior



Grafica 10



Fuente: Instrumento de recolección de datos

En esta Tabla y gráfica, podemos apreciar el comportamiento de las afecciones de acuerdo al sexo, y es notable que los principales hallazgos de gastritis y esofagitis se encontraron en varones, que puede deberse a la predominancia de afecciones en general en el sexo masculino, como lo muestran las gráficas previas, se observa de relevancia el predominio de extracción de cuerpos extraños en este género, mismo que puede deberse a su naturaleza más inquieta, fuera de eso no hubo otros hallazgos relevantes a este respecto.



VII. DISCUSION

En nuestro estudio el dolor abdominal fue la causa de solicitud y referencia a realización de procedimiento endoscópico en los pacientes de urgencias pediátricas, la importancia radica en que es un medio diagnóstico y en varias ocasiones terapéutico, oportuno y precoz de enfermedades para su adecuado tratamiento.

Entre los individuos incluidos en el estudio se observa que se tiene un alto porcentaje de pacientes con diagnóstico endoscópico de gastritis y esofagitis, lo que permite conocer la importancia de esta entidad en nuestros pacientes, muchas ocasiones no considerada dentro de las patologías pediátricas frecuentes y posibles, por lo que se da al paciente tratamientos poco adecuados.

Se observa que los síntomas referidos con mayor frecuencia corresponden a náusea, vómito y distensión abdominal, aunque los pacientes refieren muchos más, algunos de los cuales incluso parecen no tener relación directa con la patología estudiada.

Cuando se hace el análisis detallado por síntomas se encuentra cómo lo más frecuente la multiplicidad de los mismos, integrando así un síndrome dispéptico, no considerado en las causales más frecuentes.

Debido a una inadecuada correlación clínica, dado la diversidad de los síntomas referidos por los pacientes, no se establece en algunos casos, un diagnóstico preciso, pues aunque el cólico abdominal y el vómito tienen alta sensibilidad, su valor diagnóstico de referencia es muy bajo.

Por eso, es considerado mandatorio, la realización de procedimiento endoscópico a todos los pacientes sintomáticos, para esclarecer en forma directa el origen de los síntomas y así establecer la terapia más adecuada a cada uno en forma individual y específica.



VIII. CONCLUSIONES

Como conclusión general podemos llegar a hacer una inferencia en la cual el principal grupo afectado son pacientes del sexo masculino en etapa escolar, de entre 5 y 9 años de edad al hacer la relación con los diagnósticos presuntivos y los hallazgos endoscópicos nos revela que el paciente pediátrico puede estar expuestos a ingerir objetos extraños mismo que en relación o no pueden estar originando problemas secundarios a diferentes niveles del tubo digestivo, que pueden requerir de tratamiento farmacológico y de ser situación más grave hasta alguna intervención quirúrgica.

La mejor forma de atender este tipo de urgencias como se ha estado observando en las diferentes partes del estudio de investigación es la prevención de que el infante evite tener acceso con objetos o sustancias que puedan ocasionarle algún daño, la educación para la salud es de suma importancia y la tiene más en el hecho de preconizar la no medicación sin un tratamiento específico, así mismo el uso de los recursos necesarios disponibles, como es el caso del procedimiento endoscópico en los pacientes que así lo ameriten, para evitar la sobre o submedicación y manejo eficaz de los padecimientos

Se sugiere establecer el manejo del paciente con dolor abdominal en el servicio de urgencias pediátricas con el apoyo de estudio endoscópico, en base al desarrollo de flujogramas de acción, que pueden integrarse a la adecuada valoración y exploración clínica exhaustiva en relacionados con la afecciones digestivas por grupo etáreo y que permitan ampliar los conocimientos acerca de la morbilidad de los mismos en el Hospital Regional 1º de Octubre.

Esta investigación no fue sometida a pruebas estadísticas ya que se trató solo de una investigación de tipo descriptiva pero de igual manera nos permite observar factores de riesgo a los que están expuestos los pacientes y que consecuencias pueden acarrear por lo que es necesario establecer programas de acción para disminuir la incidencia de este tipo de eventos.

IX. BIBLIOGRAFÍA



1. Cotton PB. Tratado Práctico de Endoscopía Digestiva. Tomo I. Barcelona, 1992
2. Asociación Mexicana de Gastroenterología. Información académica. Endoscopía en México. AMEG 2003-2004. <http://www.endoscopía.org.mx/htmls/antecedentes7.asp>. Obtenida 3 de Julio 2005 14:36:28 GMT.
3. Piñol Jiménez F., Hernández Garcés H.: Endoscopía Digestiva para la atención primaria de salud. Conferencia No. 2. Año 2003. pág 16.
4. Programa del curso de Endoscopía Digestiva Superior. Diciembre 2002. La Habana, Cuba.
5. Murra Saca A.: Asociación Americana de Gastroenterología. <http://www.murrasaca.com/endoscopía.htm>.
6. Squires R H., Jr and Colletti RB.: Indications for Pediatric Gastrointestinal Endoscopy: A medical Position Statement of the North American Society for Pediatric Gastroenterology and Nutrition. Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition 1996(23):107-110.
7. Navarro DC.: Gastritis erosivas y no erosivas en la Infancia. Gastroenterología Pediátrica SVPPdcna13@cantv.net.
8. Croffie JM, Fitzgerald JF, Chong SK. Recurrent abdominal pain in children A retrospective study of outcome in a group referred to a pediatric gastroenterology practice. Clin Pediatr (Phila). 2000; 39:267.
9. Alfvén G. One hundred cases of recurrent abdominal pain in children: diagnostic procedures and criteria for a psychosomatic diagnosis. Acta Paediatr. 2003; 43 y 92.
10. Watanabe J, Bonilla JJ, Villanueva M, Gargurevich T. Tópicos Selectos en Medicina Interna – GASTROENTEROLOGÍA Endoscopía gastrointestinal 2001(22):316-327.
11. Ament ME, Vargas J, Walker-Smitt WA, Durie PR, Hamilton JR, Walker-Smith JA, Watkins J. Fiberoptic upper intestinal and endoscopy. In: Pediatric Gastrointestinal Disease. Philadelphia, Toronto, 2nd ed, Ed. BC Decker Inc 1991: 1247-1256.
12. Fox VL. Pediatric endoscopy. Gastrointest Endosc Clin N Am 2000; 10: 175-94.
13. Fox. Upper gastrointestinal endoscopy. In Walker WA, Durie JR, Hamilton JR. Pediatric gastrointestinal disease. Pathophysiology, diagnosis, management. St. Louis, Mosby. 2000: 1401 – 1414
14. Mc Collough & Sharieff. Abdominal pain in children. Pediatr Clin N Am 2006 (53) 107– 137.
15. Halabe J, Lifshitz A, Nellen H. Abdomen agudo. Tratamiento médico. México: McGraw-Hill; 2000.
16. Soll A. Saunders WB; Peptic ulcer and its complications. In: Sleisenger & Fordtran. Gastrointestinal disease: pathophysiology/ diagnosis/ management. 6th Ed. 1998: 620-672.
17. Touborg A, Moller F, Bytzer P, Schaffalitzky O. Helicobacter pylori test-and-eradicate versus prompt endoscopy for management of dyspeptic patients: A randomized trial. Lancet 2000; 356:455-460.
18. Meisel E. Dispepsia funcional. Rev Colomb Gastroenterol 1998; 13: 159-168.
19. Angel L, Acero M, Acosta O. Prevalencia y superposición de trastornos funcionales del tubo digestivo en población general y pacientes con dispepsia. Rev Colomb Gastroenterol 2000; 15 (1).
20. Tytgat G. Role of endoscopy and biopsy in the work up of dyspepsia. Gut 2002; 50: iv13-iv16.



21. Velasco B, Sabagh L. Hemorragia gastrointestinal. En: Alvarado J, Otero W, Archila, P, Rojas E, Eds. Gastroenterología y hepatología. Asociación Colombiana de Endoscopia Digestiva; 1996:126-135.
22. Armas HR, Ferrer GJ, Ortigosa CL. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica SEGHNPAEP. Reflujo gastroesofágico en niños. *Capítulo 19, pag 161-170.*
23. Martínez GMJ. Varea CV. Tratamiento en Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. 2ª edición, SEGHNPAEP. Cap. 5, Helicobacter pylori, gastritis y úlcera péptica. Pag 51-61
24. Ortiz RO, Blanco RG, Penchyna GJ, Teyssier MG, Rodrigo Vázquez Frías, Mariacruz García Dávila, Nery Eduardo Solís Perales. El reflujo duodenogástrico en niños: Una serie de casos. Revista mexicana de pediatría. Vol. 76, Núm. 4 • Julio-Agosto 2009 pp 157-160
25. Ramos Espada JM, Clabuig Sánchez M. Tratamiento en Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. 2ª edición, SEGHNPAEP. Capítulo 6. Hemorragia digestiva en pediatría. Pag. 63-77.
26. Tadataka Yamada. Manual de Gastroenterología. Mc Graw-Hill Interamericana. Anomalías estructurales y trastornos diversos del esófago. Pag.250