



Universidad Autónoma de México

Facultad de Medicina

División de estudios de Posgrado

Instituto de seguridad social al servicio de los trabajadores del Estado

Hospital Regional 1° de Octubre

Detección del trastorno digestivo funcional en escolares y
adolescentes con dolor abdominal recurrente en urgencias pediátrica

Que para obtener el título de Pediatría

Presenta

Erandi Vela Arzate

Asesores de tesis:

Dr. Augusto Octavio Tejeda Koss

Dr . Bruno Adrián Martínez Leo

Ciudad de México. Diciembre 2018

RPI 554.2017



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 Autónoma de México

Facultad de Medicina

División de estudios de Posgrado

Instituto de seguridad social al servicio de los trabajadores del Estado

Hospital Regional 1° de Octubre

Detección del trastorno digestivo funcional en escolares y
adolescentes con dolor abdominal recurrente en urgencias pediátrica

Que para obtener el título de Pediatría

Presenta

Erandi Vela Arzate

Asesores de tesis:

Dr. Augusto Octavio Tejeda Koss

Dr . Bruno Adrián Martínez Leo

México, Ciudad de México. Diciembre 2018

RPI 554.2017

Aprobación de Tesis

Dr. Ricardo Juárez Ocaña
Coordinador de Enseñanza e Investigación

Dr. José Vicente Rosas Barrientos
Jefe de Investigación

Dr. Antonio Torres Fonseca
Jefe de Enseñanza

Dr. Ignacio Jorge Esquivel Ledesma
Profesor Titular del curso de la especialidad

Dra. Victoria Cervantes Parra
Profesor adjunto

Dr. Augusto Octavio Tejeda Koss
Asesor de tesis

Dr. Bruno Adrián Martínez Leo
Asesor de tesis

Dedicatoria

A mi ¡por tanta paciencia! ya en serio, esta tesis va dedicada para:

Mi familia, la cual me ha apoyado en este camino de altas y bajas, de forma incondicional; agradeciendo en forma particular las bases aprendidas por Luciano Vela y María Dolores Huerta, sin su inducción al conocimiento, esto no hubiese podido ser posible o incluso tangible.

A mi segunda familia por elección; mis amigos, que durante este camino tuvieron un palabra, un gesto, para regresarme al camino y no dejarme rendir, así como la paciencia para con mi tan cambiante carácter.

Mis asesores, los cuales no sólo son grandes mentores y médicos, también maestros de vida y maravillosas personas, gracias por el apoyo, paciencia y abrirme los ojos a un mundo de posibilidades.

A mis profesores médicos, por guiarme en el camino de la Medicina y la Pediatría, para así confirmarme que es mi vocación.

A todos ellos... ¡Gracias infinitas!

“ La vida no es la que uno vivió, sino la que uno recuerda, y cómo la recuerda para contarla.”

Gabriel García Márquez

Índice

Detección del trastorno digestivo funcional en escolares y adolescentes con dolor abdominal recurrente en urgencias pediátrica.

Resumen.....	1
Abastract.....	2
Introducción.....	3
Objetivos.....	15
Material y Métodos	16
Resultados	17
Discusión	24
Bibliografía.....	25

Ω

Lista de Figuras y Cuadros

Tabla 1. Causas de dolor abdominal

Tabla 2. Causas de dolor abdominal agudo

Tabla 3. Causas de dolor abdominal recurrente

Cuadro 1. Características generales de la población en estudio

Cuadro 2. Porcentaje de sexo en la población por grupo etario. Frecuencia y porcentaje por sexo n (%)

Cuadro 3. Porcentaje total de estreñimiento, por sexo. Frecuencia y porcentaje por sexo n (%)

Cuadro 4. Porcentaje total de dispepsia, por sexo. Frecuencia y porcentaje por sexo n (%)

Cuadro 5. Porcentaje total de intestino irritable, por sexo. Frecuencia y porcentaje por sexo n (%)

Cuadro 6. Porcentaje total de dolor abdominal no especificado, por sexo. Frecuencia y porcentaje por sexo n (%)

Gráfico 1. Frecuencia de trastornos digestivos funcionales.

Grafico 2. Porcentaje de trastornos digestivos funcionales por frecuencia y sexo.

Grafico 3. Frecuencia de trastornos digestivos funcionales en sexo femenino por grupo de edad.

Grafico 4. Frecuencia de trastornos digestivos funcionales en sexo masculino por grupo de edad.

Detección del trastorno digestivo funcional en escolares y adolescentes con dolor abdominal recurrente en urgencias pediatría.

Resumen

El dolor abdominal esta entre las motivos más frecuentes de consulta, por lo cual se requiere estar familiarizado con las manifestaciones mas relevantes de este trastorno realizando una buena historia clínica y un examen físico completo, en ocasiones acompañados según sea el caso de estudios de gabinete y/o laboratorios. Los pacientes que acuden al servicio de urgencias pediatría con dolor abdominal son sometidos en algunas ocasiones a estudios de laboratorio y gabinete de forma extensa por el infradiagnóstico de alteraciones gastrointestinales funcionales, dejándose como diagnóstico por exclusión. Se realizó un estudio descriptivo observacional con una muestra poblacional aleatoria simple, obteniéndose datos de expedientes clínicos de Urgencias Pediatría del mes de enero al mes de marzo del 2016 para identificar la presencia de los trastornos digestivos funcionales en pacientes escolares y adolescentes con dolor abdominal recurrente en Urgencias pediatría, a través del uso de los Criterios de Roma III. Se incluyeron un total de 100 casos con una media de edad de 11.5 años, sin distinción por sexo, encontrándose a los trastornos relacionados con la defecación, como el trastorno digestivo funcional mas frecuente; así como el predominio de dichos trastornos en el sexo femenino. Concordando con lo reportado en la literatura a nivel mundial y observándose que una adecuada anamnesis junto con la exploración física, nos pueden llevar a dejar esta patología como diagnóstico primario y no de exclusión, así evitando internamientos innecesarios en el servicio de urgencias pediatría.

Palabras clave: dolor, digestivos, urgencias, pediatría, detección.

Abstract

Abdominal pain is among the most frequent reasons for consultation, so it is necessary to be familiar with the most relevant manifestations of this disorder by making a good clinical history and a complete physical examination, sometimes accompanied if in case of imaging studies and / or laboratories. Patients who come to the pediatric emergency department with abdominal pain are sometimes subjected to laboratory and imaging studies extensively for underdiagnosis of functional gastrointestinal disorders, leaving a diagnosis by exclusion. An observational descriptive study was carried out with a simple random population sample, obtaining data from Pediatric Emergency Clinic records as from January to March 2016 to identify the presence of functional digestive disorders in middle childhood patients and adolescents with recurrent abdominal pain in pediatric emergency, through the use of the Rome III Criteria. A total of 100 cases with an average age of 11.5 years were included, without distinction by sex, being found to the disorders related to defecation, as the most frequent functional digestive disorder; as well as the predominance of such disorders in the female sex. Agreeing with what is reported in the literature worldwide and giving importance to an adequate anamnesis together with the physical examination, leads us to the pathology as a primary diagnosis and not of exclusion, thus avoiding unnecessary internments in the pediatric emergency department.

Key words: pain, digestive, emergency, pediatrics, detection.

Introducción

Los pacientes que acuden al servicio de urgencias pediatría con dolor abdominal son sometidos en algunas ocasiones a estudios de laboratorio y gabinete de forma extensa por el infradiagnóstico de alteraciones gastrointestinales funcionales, dejándose como diagnóstico por exclusión, después de haber sido sometidos a larga estancia y medidas terapéuticas invasivas y empíricas; con este estudio, se identificó si los trastornos funcionales digestivos se presentan con la frecuencia descrita en la literatura, para poder considerarlo como diagnóstico al ingreso.

El dolor abdominal esta entre las quejas más frecuentes de consulta, por lo cual se requiere estar familiarizado con las manifestaciones mas relevantes de este trastorno realizando una buena historia clínica y un examen físico completo, en ocasiones acompañadas según sea el caso de estudios de gabinete y/o laboratorios.

Tabla 1. Causas de dolor abdominal

Causas de dolor abdominal			
Gastroenteritis	Síndrome premenstrual	Apendicitis	Traumatismo
Estreñimiento	Enfermedad de hirschsprung	Invaginación intestinal	Migraña abdominal
Litiasis renal	Porfiria aguda	Torsión de ovario	Síndrome urémico hemolítico
Pancreatitis aguda	Púrpura de Henoch-Schonieln	Malrotación o duplicación intestinal	Torsión testicular
Dolor abdominal inespecífico	Tumores abdominales	Colelitiasis	Epididimitis
Hepatitis aguda	Adenitis mesentérica	Divertículo de Meckel	Lesiones de cadera y columna
Cetoacidosis	Intolerancia a la	Hernia inguinal	Enfermedades del

diabética	proteína de la leche de vaca	encarcerada	tejido conectivo
Enfermedad inflamatoria intestinal	Infección de vías urinarias	Embarazo ectópico	Trombosis de vena mesentérica

Los niños presentan dolor abdominal en algún momento de su vida, en la mayoría sucede sin ocasionar efectos secundarios indeseables o dejar secuelas graves y usualmente el dolor cesa o disminuye en forma espontánea. El dolor abdominal en niños constituye un motivo frecuente de consulta en asistencia primaria y hospitalaria suponiendo el 24% de las consultas pediátricas. Entre 13-17% de los escolares experimentan dolor abdominal semanalmente.¹⁻⁴

Entre las causas de dolor abdominal podemos encontrar las siguientes etiologías: ¹

Otra forma de diferenciar entre las causas de dolor abdominal es de acuerdo a la temporalidad encontrando: ²⁻⁴

Abdomen agudo o dolor abdominal agudo: Es una emergencia/urgencia clínica y requiere un tratamiento temprano. Es un cuadro clínico de presentación repentina, caracterizado por dolor abdominal agudo, intenso y persistente, al que generalmente se asocian alteraciones en la motilidad intestinal y fiebre. Requiriendo un diagnóstico y tratamiento oportunos. En forma práctica, consideramos que cualquier dolor abdominal con una duración de 4 o más horas en forma continua, debe considerarse como una emergencia abdominal

Tabla 2. Causas de dolor abdominal agudo:¹

Médico	Quirúrgico
Gastroenteritis	Apendicitis
Litiasis renal	Invaginación intestinal
Infección en vías urinarias	Malrotación intestinal
Pancreatitis aguda	Perforación de víscera hueca/ ruptura de víscera maciza
Cetoacidosis diabética	Colelitiasis
Intoxicación por plomo	Hernia inguinal encarcerada

Dolor abdominal recurrente: En general no necesita un tratamiento inmediato o necesario.²⁻⁴

La presencia de tres episodios de dolor abdominal en los tres meses previos a la consulta, que producen limitación de la actividad normal del niño y/o preocupación en la familia. Este tipo de dolor afecta aproximadamente a un 10-20% de niños en edad preescolar o escolar y es más frecuente en mujeres. En los menores de 4 años el dolor abdominal recurrente se establece como un “diagnóstico”, debiéndose descartar siempre organicidad así como un trastorno somatomorfo. En los mayores de 4 años el dolor abdominal recurrente no es un diagnóstico sino un “síntoma” pudiéndose establecer el diagnóstico de funcional siguiendo los criterios del comité Roma III.²⁻⁴

Tabla 3. Causas de dolor abdominal recurrente¹:

Enfermedad ulcero-péptica	Hepatitis
Parasitosis intestinal	Pancreatitis
Estreñimiento	Intoxicación por plomo
Intolerancia a la lactosa	Enfermedad inflamatoria intestinal
Migraña abdominal	Dolor abdominal inespecífico
Colecistitis	Tuberculosis abdominal

Los trastornos funcionales se definen como una combinación variable de síntomas gastrointestinales crónicos o recurrentes, no explicados por alteraciones bioquímicas y estructurales.

Hasta fechas recientes los trastornos digestivos funcionales se consideran patologías principalmente psicosociales, pero actualmente se impone el modelo biopsicosocial, a través de una compleja interacción entre factores de vulnerabilidad genética, ambientales, psicológicos y psicosociales que, junto con experiencias tempranas en la vida, configurarían de alguna forma la habilidad del sistema nervioso central y digestivo para adaptarse a los cambios fisiológicos o de estrés.

Una función intestinal alterada implicaría alteraciones en el procesamiento central de las señales de dolor del sistema digestivo, con una hipersensibilidad visceral y/o una posible desregulación inmune mucosa y microbiana

Este modelo biopsicosocial se explica como una disfunción del eje cerebro-intestino. Este eje ligaría los centros emocionales y cognitivos del cerebro con las funciones intestinales periféricas, mediante una comunicación bidireccional. Las emociones, pensamientos y percepciones influirían a nivel gastrointestinal en la secreción, sensación, motilidad, regulación inmune, inflamación mucosa y permeabilidad.

En sentido inverso, una función gastrointestinal alterada podría influir en la percepción consciente y en los comportamientos. El sistema gastrointestinal estaría mandando constantemente señales al cerebro, no percibidas conscientemente en el individuo sano, pero que en el caso de estos pacientes se harían conscientes y conllevarían cambios, con una respuesta exagerada tanto a estímulos nocivos como fisiológicos, respuesta conocida como hiperalgesia visceral.

A esto anterior habría que añadir el papel cada vez más relevante de la microbiota intestinal, que podría estar alterada en su composición o su biomasa total por factores de estrés físico y social.

Se reconocen dos tipos de hiperalgesia:

a) Primaria: ocasionada por estímulos dolorosos precoces o múltiples. Existe una sensibilización de las neuronas de los ganglios de la cadena dorsal, produciendo dolor ante estímulos habitualmente por debajo del umbral de dolor, hiperalgesia, o por estímulos que normalmente no producen dolor.

b) Secundaria: por el incremento de la percepción consciente del dolor. Ocasionada por cambios bioquímicos en la vía sensitiva aferente, que envía los estímulos dolorosos de la médula espinal a la corteza cerebral. Los procesos inflamatorios de la mucosa causados por infecciones, alergias o enfermedades inflamatorias primarias pueden provocar una sensibilización de los nervios aferentes, iniciándose la hiperalgesia visceral.

La historia clínica debe ser completa pero poniendo énfasis en la búsqueda de síntomas vagales y cefalea, relación horaria y con la ingesta, así como la presencia de pirosis.

La exploración completa debe incluir una detallada exploración abdominal con localización de

dolor y su irradiación en el episodio agudo.

Con lo que se podrá hacer una primera valoración del cuadro, y nos oriente sobre las pruebas complementarias iniciales. En ocasiones puede estar indicada la colaboración del paidopsiquiatra, o incluso iniciar un tratamiento de forma empírica. Todo ello debe ser explicado de forma sencilla a los padres, desde nuestra primera impresión diagnóstica, así como qué es lo que esperamos de los exámenes complementarios¹⁻⁴

En población escolar, donde sí hay cuestionarios validados para los trastornos digestivos funcionales se observa una prevalencia del 20-40%, con predominio de los trastornos de la defecación (10-20%), seguido de los relacionados con el dolor abdominal (10-20%) y de los vómitos y aerofagia (0,5-4%).

Para clasificar los Desórdenes Gastrointestinales Funcionales, se desarrolló un sistema llamado los Criterios de Roma, los cuales llevan su nombre por la fundación que los realiza (Fundación Roma).

Dicho sistema, hizo su aparición en el año de 1994 (Roma I) en “The Functional Gastrointestinal Disorders: diagnosis, pathophysiology and treatment; a multinational consensus”. Posterior a esto en 1999, se publican los Criterios de Roma II y es solo hasta el año del 2006, cuando aparecen los nuevos Criterios Roma III.

Dichos criterios son publicados en el libro “The Functional Gastrointestinal Disorders” y en un suplemento de la Revista Gastroenterology; los cuales fueron realizados por 87 investigadores de 18 países.

La versión original en inglés Questionnaire on Pediatric Gastrointestinal Symptoms Rome III Version (QPGS- III), fue adaptada culturalmente en la ciudad de Cali, Colombia mediante un proceso de traducción retro traducción y la realización de entrevistas cognitivas.⁵⁻⁸

El coeficiente de alfa de Cronbach para desórdenes gastrointestinales funcionales fue de 0.92: sección A 0.88, sección B 0.91, sección C 0.65, sección D 0.77 y secciones A + B 0.92. ⁵⁻⁸

Se encontró que los Criterios de Roma III versión en español tiene una confiabilidad muy alta, es de fácil comprensión y uso para la identificación de desórdenes gastrointestinales funcionales en escolares. ⁵⁻⁸

Los Criterios de Roma III, incluyen las siguientes entidades clínicas:⁹⁻¹⁰

Síndrome de vómitos cíclicos (SVC) Su prevalencia es del 0,2-1% según criterios Roma III. La edad media de inicio sintomático varía de tres a siete años pero puede ocurrir durante la infancia o la adultez. Casi la mitad inician la sintomatología con una edad de tres años o menos. Puede coexistir con dolor abdominal, pero si este es el síntoma predominante, debe considerarse el diagnóstico de migraña abdominal.

Criterios diagnósticos

- Debe cumplir todo lo siguiente:
 1. Dos o más episodios de náuseas intensas e incesantes y vómitos paroxísticos, que duran horas a días, en un periodo de seis meses.
 2. Los episodios son estereotipados en cada paciente.
 3. Los episodios están separados por semanas a meses con retorno a la situación basal entre episodios.
- Después de una evaluación médica apropiada, los síntomas no pueden atribuirse a otra condición.

Náuseas funcionales y vómitos funcionales

Criterios diagnósticos

Debe cumplir todos los criterios por lo menos durante dos meses previos al diagnóstico. Algunos pacientes tienen náuseas solas, otros vómitos solos y otros ambos.

Náuseas funcionales

1. Náuseas fastidiosas como síntoma predominante, por lo menos dos veces a la semana, y generalmente no relacionadas con las comidas.
2. Sin asociación consistente con vómitos.
3. Después de una evaluación médica apropiada, los síntomas no pueden atribuirse a otra condición.

Vómitos funcional

- De media, uno o más episodios semanales de vómitos.
 1. Ausencia de vómitos autoinducidos o criterios para un trastorno de la conducta alimentaria o rumiación.
 2. Después de una evaluación médica apropiada, los síntomas no pueden atribuirse a otra condición.

Síndrome de rumiación Su prevalencia es desconocida. Una limitación importante es su secretismo por parte del paciente. Puede ocurrir a cualquier edad, pero las adolescentes presentan más riesgo.

Criterios diagnósticos

- Debe cumplir todo lo siguiente por lo menos durante dos meses previos al diagnóstico:
 1. Regurgitación repetida y remasticación o expulsión de comida que:

- a) Empieza pronto tras la ingesta de comida.
- b) No ocurre durante el sueño.
- c) No precedida de náuseas.
- d) Después de una evaluación médica apropiada, los síntomas no pueden atribuirse a otra condición.

Aerofagia Su prevalencia es del 4,2% usando criterios Roma III. Es más frecuente en pacientes con problemas neurocognitivos.

Criterios diagnósticos

- Debe cumplir todo lo siguiente por lo menos durante dos meses previos al diagnóstico:
 1. Excesiva deglución de aire.
 2. Distensión abdominal por aire intraluminal, que aumenta durante el día.
 3. Eructos repetitivos o aumento de la flatulencia.
 4. Después de una evaluación médica apropiada, los síntomas no pueden atribuirse a otra condición.

Trastornos de dolor abdominal funcional (TDAF) Es importante distinguir entre los diferentes tipos de TDAF. Para aquellos pacientes que no cumplan los criterios de dispepsia funcional, síndrome de intestino irritable o migraña abdominal, se ha creado el término dolor abdominal funcional (DAF) no especificado de otra manera.

Dispepsia funcional (DF)

Criterios diagnósticos

- Debe cumplir uno o más de los siguientes síntomas al menos cuatro días al mes, durante al menos dos meses previos al diagnóstico:

1. Plenitud posprandial.
 2. Saciedad precoz.
 3. Dolor epigástrico o acidez no asociados con defecación.
 4. Después de una evaluación médica apropiada, los síntomas no pueden atribuirse a otra condición.
- Se adoptan dos subtipos:
 1. Síndrome de distrés posprandial: incluye plenitud posprandial y saciedad precoz molestos que impiden terminar una comida habitual. Síntomas que apoyan el diagnóstico: hinchazón del abdomen superior, náusea posprandial o eructos excesivos.
 2. Síndrome de dolor epigástrico: dolor o acidez epigástricos que son suficientemente intensos para interferir la actividad normal y que no se alivia con la defecación o la expulsión de gases. Síntomas que apoyan el diagnóstico: cualidad ácida del dolor, pero sin componente retroesternal y dolor que se induce o se alivia con la ingestión de comida, pero que también puede ocurrir en ayunas.

Síndrome de intestino irritable (SII)

Criterios diagnósticos

- Debe cumplir todo lo siguiente:
 - Dolor abdominal al menos cuatro días por mes asociado con uno o más de los siguientes, al menos durante dos meses previos al diagnóstico:
 1. Relacionado con la defecación.
 2. Cambios en la frecuencia de defecación.
 3. Cambios en la forma o apariencia de las deposiciones.

- En niños con estreñimiento, el dolor no se resuelve con la resolución del mismo.
- Después de una evaluación médica apropiada, los síntomas no pueden atribuirse a otra condición.
- Subtipos: SII con estreñimiento, SII con diarrea, SII con estreñimiento y diarrea, SII indefinido.

Migraña abdominal (MA)

Criterios diagnósticos

- Debe cumplir todo lo siguiente al menos dos veces en los seis meses anteriores al diagnóstico:
 1. Episodios paroxísticos de dolor abdominal periumbilical, en línea media o difuso, que duran una hora o más, siendo este el síntoma más importante.
 2. Episodios separados por semanas a meses.
 3. El dolor es incapacitante e interfiere con la actividad habitual.
 4. Síntomas y patrones estereotipados en cada paciente individual.
 5. El dolor está asociado con dos o más de los siguientes: anorexia, náusea, vómitos, dolor de cabeza, fotofobia y palidez.
 6. Después de una evaluación médica apropiada, los síntomas no pueden atribuirse a otra condición.

Dolor abdominal funcional no especificado de otra forma (FAD-NEOM) Un 35% de los escolares de primaria refieren dolor abdominal semanal, pero solo un tercio de ellos cumplen criterios de Roma para el diagnóstico de cualquier TDAF. Se cree que la causa orgánica como etiología del dolor abdominal crónico o recurrente solo está presente en < 10-15%

Criterios diagnósticos

- Debe cumplir todo lo siguiente al menos 4 veces al mes durante al menos 2 meses previos al diagnóstico:
 1. Dolor abdominal episódico o continuo que no ocurre solamente durante eventos fisiológicos (por ejemplo, comer, menstruación).
 1. Criterios insuficientes para SII, DF o MA.
 2. Después de una evaluación médica apropiada, los síntomas no pueden atribuirse a otra condición.

Trastornos funcionales de la defecación

Estreñimiento funcional (EF)

Criterios diagnósticos

- Debe incluir dos o más de los siguientes, con ocurrencia al menos una vez por semana, por un mínimo de un mes, con criterios insuficientes para el diagnóstico del síndrome de intestino irritable:
 1. Dos o menos deposiciones por semana en el sanitario.
 2. Al menos un episodio de incontinencia fecal por semana.
 3. Historia de posturas retentivas o retención fecal excesiva voluntaria.
 4. Historia de defecación dolorosa o de deposiciones duras.
 5. Presencia de una gran masa fecal en el recto.
 6. Historia de deposiciones voluminosas que pueden obstruir el sanitario.
 7. Después de una evaluación médica apropiada, los síntomas no pueden atribuirse a otra condición.

Incontinencia fecal no retentiva (IFNR)

Criterios diagnósticos

- En un niño con desarrollo mental de al menos cuatro años, durante al menos un mes:
 1. Defecación en lugares inapropiados al contexto sociocultural.
 2. Sin evidencia de retención fecal.
 3. Después de una evaluación médica apropiada, los síntomas no pueden atribuirse a otra condición.

Objetivos

Objetivo general:

Identificar la presencia de los trastornos digestivos funcionales en pacientes escolares y adolescentes con dolor abdominal recurrente en urgencias pediatría.

Objetivos específicos:

Clasificar los tipos de trastornos digestivos funcionales mas frecuentes en pacientes escolares y adolescentes con dolor abdominal recurrente

Reportar la frecuencia de trastorno digestivo funcional dependiendo del genero y edad.

Material y Métodos

Se realizó un estudio descriptivo observacional, obteniéndose datos de expedientes clínicos de urgencias pediatría del mes de enero al mes de marzo del 2016, los cuales cumplieran con los siguientes criterios: Expediente clínico realizado en la hoja de SIMEF, pacientes entre 6-17 años, sin distinción de sexo y motivo de consulta de primera vez el dolor abdominal; con los siguientes criterios de exclusión y eliminación: Expedientes clínicos de pacientes con patología psiquiátrica, pacientes con patología neurológica establecida, dolor abdominal con las siguientes características: Origen traumático, Origen infeccioso agudo, Origen metabólico, Con antecedente quirúrgico abdominal, Por intoxicación medicamentosa, por mordedura de animales ponzoñosos y expedientes clínicos de pacientes mal conformados.

Se tomó muestra poblacional aleatoria simple de los expedientes clínicos, para diagnóstico de los trastornos digestivos funcionales, de los cuales se estableció su frecuencia y porcentaje de dichos diagnósticos así como edad de aparición de los mismos y sexo de los individuos de dicho trastorno digestivo de una lista predeterminada de los 4 trastornos principales.

Las variables de comportamiento continuo, se analizaran con pruebas paramétricas cuando corresponda y las no paramétricas por medio de χ^2 , asignando un valor estadísticamente significativo cuando el valor p de la comparación se menor de 0.05.

Para el cálculo y tamaño de la muestra para estudios transversales se consideró un z alfa de 1.96 y una prevalencia de 0., con una precisión del 10% y sumando un 20% por posibles expedientes no encontrados de la muestra, dando un resultado de 100 expedientes clínicos de pacientes escolares y adolescentes con dolor abdominal recurrente en la consulta de urgencias pediatría.

Estudio aprobado por el Comité de Investigación y el Comité de Ética en Investigación del hospital.

Resultados

Se incluyeron un total de 100 casos que cumplieron las características del cuadro 1

Cuadro 1. Características generales de la población en estudio

Características	Frecuencia (n=100)
Edad (años)	11.5
Grupo de edad (años)	
6 a 10	30%
11 a 14	48%
15 a 17.9	22%
Sexo	
Masculino	45%
Femenino	55%

Realizando un análisis estratificado por sexo y edad los resultados son:

Fueron 55 mujeres (55%) y 45 hombres (45%); los cuales se dividieron en tres grupos: el primer grupo comprendido entre las edades de 6 a 10 años, el segundo grupo con edades entre 11 y 14 años y el tercer grupo con edades entre 15 a 17 años. En el primer grupo se reportaron sujetos femeninos en 40% (12) y masculino en 60% (18), en el segundo grupo se reportaron sujetos femeninos en 58.4% (28) y masculinos en 41.6% (20) y el tercer grupo se reportaron sujetos femeninos en 68.2% (15) y masculino en 31.7% (7).

Cuadro 2. Porcentaje de sexo en la población por grupo etario. Frecuencia y porcentaje por sexo n (%)

Edad	Grupo I (6-10 años)	Grupo II (11-14 años)	Grupo III (15-17 años 11 meses)	Total
Femenino	12 (40%)	28 (58.4%)	15 (68.2%)	55
Masculino	18 (60%)	20 (41.6%)	7 (31.8%)	45
Total	30	48	22	100

Prueba $\chi^2 = 0.106$, $p = 0.224$

Se encontraron, en orden de frecuencia, conforme al cumplimiento de criterios de Roma III, los siguientes trastornos digestivos funcionales: Estreñimiento (48%), intestino irritable (30%), dispepsia funcional (20%) y dolor abdominal no especificado (2%).

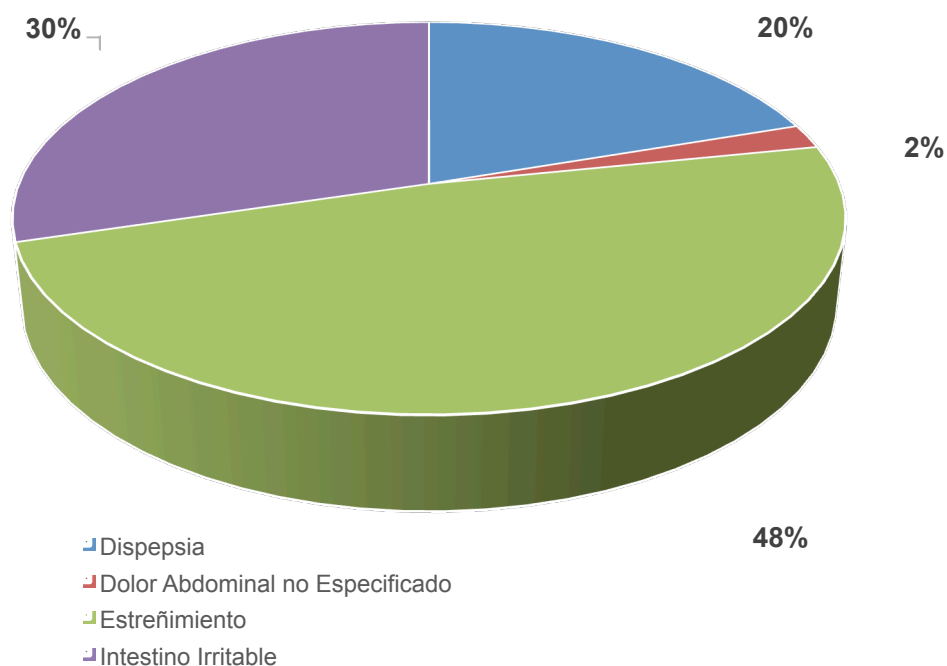


Gráfico 1. Frecuencia de trastornos digestivos funcionales.

Ordenados por género y patología, el sexo predominante fue el femenino, reportándose 25% para estreñimiento, 16% intestino irritable, 13% dispepsia y 1% dolor abdominal no especificado, contra los reportados para pacientes masculinos con 24% de estreñimiento, 13% intestino irritable, 7% dispepsia y 1% dolor abdominal no especificado.

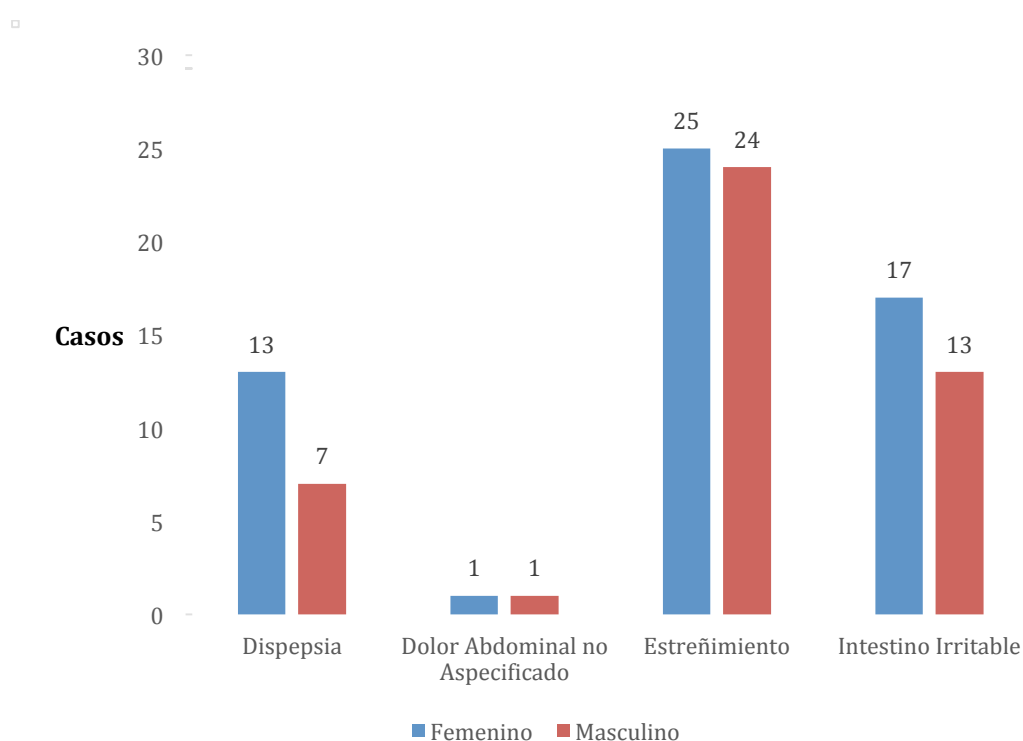


Gráfico 2. Porcentaje de trastornos digestivos funcionales por frecuencia y sexo.

En relación al grupo I, hubo 40% de pacientes femeninos y 60% de pacientes masculinos, de los cuales, se obtuvieron 18 casos para estreñimiento (60%): donde un 44.4% fueron pacientes femeninos y 55.6% fueron pacientes masculinos, 9 casos para intestino irritable

(30%) donde 44.5% fueron pacientes femeninos y 55.5% fueron pacientes masculinos; 3 casos para dispepsia (10%) donde el 100% se presentó en pacientes masculinos, sin reportarse casos para dolor abdominal no especificado.

En el grupo II con un total de 48 pacientes, se obtuvo un 58.4% femenino y 41.6% masculino; donde se observó un 48% de casos para estreñimiento donde el 52.2% fue femenino y 47.8% en masculinos, y un total de 13 casos para dispepsia (27%), donde un 69.2% fue en femeninos y un 30.3% fue en masculinos, con 10 casos para intestino irritable (21%), donde el 60% fueron de predominio femenino y un 40% de masculinos y finalmente 2 casos de dolor abdominal no especificado (4%) donde el 50% fue femenino y el 50% restante masculino.

En el grupo III con un total de 22 pacientes, se obtuvo que el 68.2% pertenecían al sexo femenino y un 31.8% al sexo masculino, donde se reportaron 10 casos para intestino irritable (45.5%), donde el 60% fue en sexo femenino y el 40% en sexo masculino; 8 casos para estreñimiento (36.4%) donde el 62.5% fue en sexo femenino y el 37.5% en sexo masculino; con reporte de 4 casos para dispepsia (18.1%), donde el 100% fue en sexo femenino y sin casos reportados para dolor abdominal no especificado.

Cuadro 3. Porcentaje total de estreñimiento, por sexo. Frecuencia y porcentaje por sexo n (%)

Estreñimiento	Grupo I	Grupo II	Grupo III	Total
Femenino	8 (44.4%)	12 (52.2%)	5 (62.5%)	25
Masculino	10 (55.6%)	11 (47.8%)	3 (37.5%)	24
Total	18 (60%)	23 (48%)	8 (36.4%)	49

Prueba $\chi^2 = 0.688$, $p = 2.334$

Cuadro 4. Porcentaje total de dispepsia, por sexo. Frecuencia y porcentaje por sexo n (%)

Dispepsia	Grupo I	Grupo II	Grupo III	Total
-----------	---------	----------	-----------	-------

Femenino	0 (0%)	9 (69.2%)	4 (100%)	13
Masculino	3 (100%)	4 (30.3%)	0 (0%)	7
Total	3 (10%)	13 (27%)	4 (18.1%)	20

Prueba $\chi^2= 0.019$, $p= 0.040$

Cuadro 5. Porcentaje total de intestino irritable, por sexo. Frecuencia y porcentaje por sexo n (%)

Intestino irritable	Grupo I	Grupo II	Grupo III	Total
Femenino	4 (44.5%)	6 (60%)	6 (60%)	16
Masculino	5 (55.5%)	4 (40%)	4 (40%)	13
Total	9 (30%)	10 (21%)	10 (45.5%)	29

Prueba $\chi^2= 0.738$, $p= 2.679$

Cuadro 6. Porcentaje total de dolor abdominal no especificado, por sexo. Frecuencia y porcentaje por sexo n (%)

Dolor abdominal no especificado	Grupo I	Grupo II	Grupo III	Total
Femenino	0	1 (50%)	0	1
Masculino	0	1 (50%)	0	1
Total	0	2 (4%)	0	2

Prueba $\chi^2= 0$, $p= 0$

Como se desprende de las tablas 1 a la 5, la comparación arrojó valores no significativos para la condición patológica consignada entre los tres grupos de edad y sexo, excepto para condición de dispepsia, la cual parece ser a favor del grupo etario II.

Conforme a lo reportado, el rango de edad donde predominaron los trastornos digestivos funcionales, corresponde al grupo II.

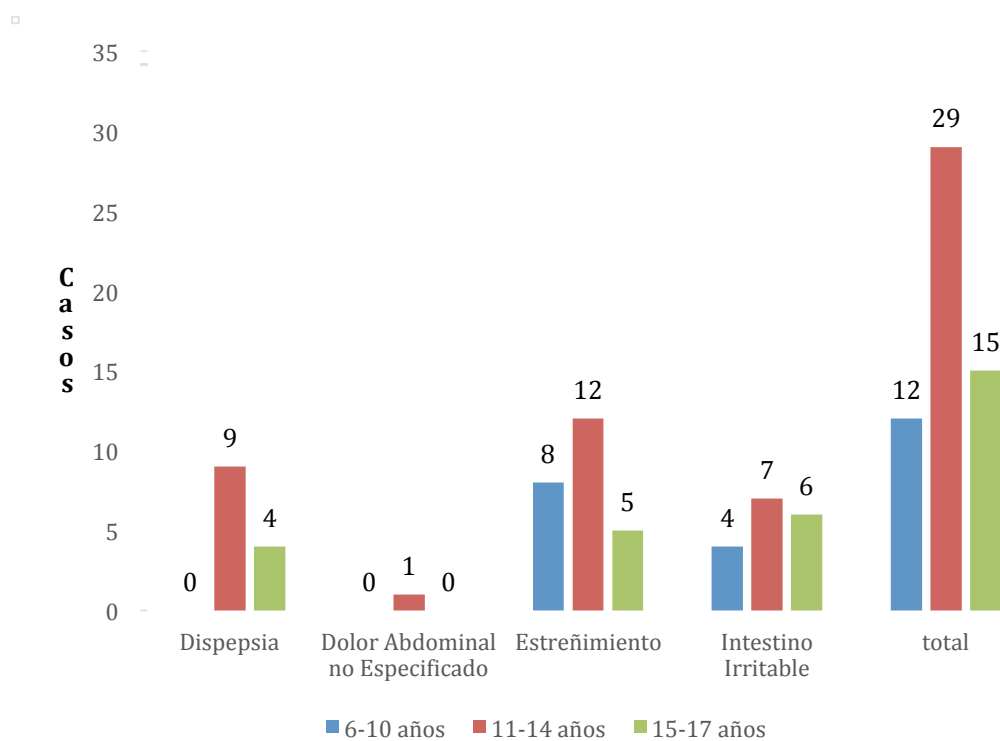


Grafico 3. Frecuencia de trastornos digestivos funcionales en sexo femenino por grupo de edad.

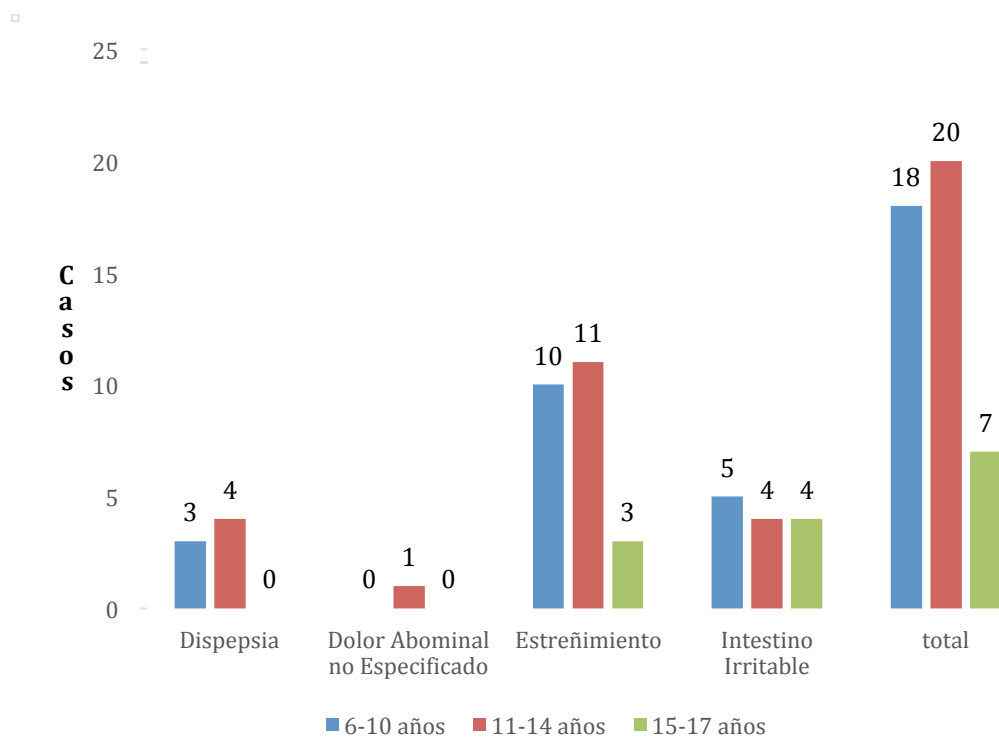


Gráfico 4. Frecuencia de trastornos digestivos funcionales en sexo masculino por grupo de edad.

Discusión

Concluimos que los trastornos digestivos funcionales están presentes en la edad pediátrica, siendo estos más frecuentes en el sexo femenino, y observándose un predominio en la etapa de la adolescencia temprana; así mismo el estreñimiento fue el trastorno digestivo más frecuente. Esto es parecido a lo reportado en la literatura a nivel mundial.⁵⁻⁸

Pese a ello, observamos que el sexo masculino fue el que más solicitó la atención en Urgencias para atender su dolor abdominal. Una posible explicación es que durante esta etapa de la vida, el sexo femenino cursa ya con el inicio de la menarca, situación asociada frecuentemente a dolor abdominal y esto podría retrasar de forma oportuna la detección de trastornos digestivos funcionales, cosa que posiblemente no ocurre con la población del sexo masculino, lo cual hace que el dolor abdominal tome en estos últimos, una situación mas alarmante y provocar que acudan mas frecuentemente a Urgencias por la presencia de dicha sintomatología.²⁻⁴

Siendo la adolescencia temprana, la etapa de la vida, donde se dan diversos cambios hormonales así como psicológicos. Cabe la posibilidad que los trastornos funcionales digestivos observados en al adolescencia temprana, tengan un componente psicológico, aunque no se descarta la influencia de factores hormonales propios de este grupo etario.²⁻⁴

Observándose que una adecuada anamnesis, junto con la exploración física, puede conducirnos al diagnóstico primario de esta patología, sin el uso de auxiliares diagnósticos; sin embargo, aun al ser una patología que se diagnostica por descarte clínico, y teniendo en cuenta que el dolor abdominal, se considera más un síntoma que una entidad nosológica, aun continuamos haciendo uso de ellos. Por lo que es necesario, el reafirmar este conocimiento, para evitar estancias hospitalarias innecesarias.

Bibliografía

1. Mazzi Gonzales de Prada E. Dolor abdominal en niños. Rev Soc Bol Ped 2013; 52 (1): 50-7
2. Berbel O, Ortuño J, Pereda A. Dolor abdominal crónico y dolor abdominal recurrente. An Pediatr Contin 2006; 4: 205-12.
3. Berbel O, Ochando O, Ortuño J, Pereda A. Dolor abdominal funcional: "criterios para un cambio". Pediatría 2007; 27: 5-8.
4. Berbel O, Ochando O, Ortuño J, Pereda A. Orientación al diagnóstico y tratamiento del dolor abdominal crónico y dolor abdominal recurrente en el niño y adolescente. Pediatría 2007; 27: 9-17.
5. Calle-Gómez MM., Velasco CA, Saps M. Prevalencia por medio de los criterios de Roma III en español de desórdenes gastrointestinales funcionales en escolares de cúcuta colombia y posibles factores de riesgo. Revista Gastrohnp. 2014, 16:2:62-70
6. Castillo-Martínez A. Et al. Validando escalas: Criterios de Roma III en español para la tamización de desórdenes gastrointestinales funcionales en escolares colombianos mayores de 8 años. Revista Gastrohnp. 2015, 17:3:1.
7. Morales DM. Et al. Desórdenes gastrointestinales funcionales por medio de los criterios de Roma III en español en escolares de una institucion educativa pública de Cali, colombia y posibles factores de riesgo. Revista Gastrohnp. 2013, 15:3: 125-133
8. Vinasco LG. Prevalencia y posibles factores de riesgo de desórdenes gastrointestinales funcionales en esoclares de Pereira, Risaralda, Colombia usando criterios de Roma III en español. Revista Gastrohnp. 2016, 18: 2: e1.
9. Blesa LC. Trastornos digestivos funcionales pediatricos. Criterios Roma IV. En: AEPap (ed.). Curso de Actualización Pediatría 2017. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2017. p. 99-114.
10. Zolezzi A. Las enfermedades funcionales gastrointestinales y Roma III. Rev Gastroenterol Perú 2007;27:177-84.

11. Baber KF, Anderson J, Puzanovova M, Walker LS. Rome II versus Rome III classification of functional gastrointestinal disorders in pediatric chronic abdominal pain. *J Pediatr Gastroenter Nutr.* 2008; 47: 299-302.
12. Armas H et al. Aspectos clínicos sobre el síndrome del intestino irritable en el niño. *Can Pediatr Enero-Abril 2012.* 36 (1): 39-47
13. Caplan A. Cols. Validation of the Pediatric Rome II Criteria for Functional Gastrointestinal Disorders Using the Questionnaire on Pediatric Gastrointestinal Symptoms. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition.* 2005. 41:305-316
14. Walker LS. Col. Recurrente Abdominal Pain: Symptom Subtypes Base on Rome II Criteria for Pediatric Functional Gastrointestinal Disorders. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition.* 2004. 38: 187-191.
15. Czyzewski DI. Cols. The interpretation of Rome III criteria and method of assessment affect the irritable bowel syndrome classification of children. *Aliment Pharmacol Ther.* 2011, 33 (3): 403-411
16. Remes JM. Guías de diagnóstico y tratamiento del estreñimiento en México. Evaluación y tratamiento del estreñimiento en población pediátrica. *Revista de Gastroenterología.* 2011. 2(76):155-168.
17. Helgeland H. Cols. Diagnosing Pediatric Functional Abdominal pain in Children (4-15 years old) according to the Rome III Criteria: Results from a Norwegian Prospective Study. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition.* 2009; 49:309-315.
18. Van Tilburg MAI. Cols. Test of the child/adolescent Rome III criteria: agreement with physician diagnosis and daily symptoms. *Neurogastroenterol Motil* 2013. 25: 302-e246.
19. González F. Et al. ¿Tienen los criterios de Roma III capacidad para discriminar entre dolor abdominal orgánico y funcional? *Evidencias en Pediatría.* 2014; 10:70.