



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

# **Factores asociados a la consulta única o repetida por dolor abdominal crónico en el servicio de urgencias del Hospital Pediátrico de la Misericordia**

**Kelly Christina Márquez Herrera**

**Universidad Nacional de Colombia  
Facultad de Medicina  
Posgrado de Pediatría  
2012**



**Factores asociados a la consulta única o  
repetida por dolor abdominal crónico en el  
servicio de urgencias del Hospital Pediátrico  
de la Misericordia**

**Kelly Christina Márquez Herrera**  
Código: 598464

**Director:**  
**Dr. Rafael Guerrero Lozano**  
**Gastroenterólogo Pediatra**

**Universidad Nacional de Colombia**  
**Facultad de Medicina**  
**Posgrado de Pediatría**  
**2012**



## **Agradecimientos**

A mi mamá Aura Belén Herrera y mi hermana Diana Alexandra Márquez por ser los motores de mi vida, por el apoyo constante en los momentos de dificultad y de posible deserción y por el tiempo que no estuve a su lado para invertirlo en este trabajo...

... Al Doctor Rafael Guerrero coordinador de mi proyecto de grado por las ideas innovadoras y las correcciones realizadas a lo largo de estos tres años y a Catherine Guzmán Arias mi epidemióloga pero principalmente mi amiga por no dejarme desfallecer en el último momento...

... A mis compañeros de residencia por la ayuda en la recolección de los pacientes y la realización de las encuestas, principalmente a Jazmine Andrea Vargas y Ricardo Galeano. Al médico hospitalario Maximiliano Bustacara por su contribución al estar siempre atento a los pacientes de urgencias que podían incluirse al protocolo...

En la segunda parte del estudio a los residentes de primer año Catalina Romero, Gabriela Jácome, Karen Negrette, Marcela Daza, Oscar Peña, Fernando Daza y Carlos Camargo por su colaboración en la recolección de los controles, contra todos los pronósticos y con el tiempo como enemigo principal...

Finalmente gracias a los padres de los niños que estuvieron dispuestos a participar en el estudio y a todas las personas que creyeron en mí, porque en tres años vives muchas experiencias, te impregnas de la Pediatría y la conviertes en una decisión y estilo de vida, pero siempre necesitarás de una mano amiga que te tienda la mano en los momentos difíciles y te obligue a creer en ti mismo...



## Resumen

**Factores asociados a la consulta única o repetida por dolor abdominal crónico en el servicio de urgencias del Hospital Pediátrico de la Misericordia.**

**Factors associated with single or repeated consultations for chronic abdominal pain in the emergency room at the pediatric “Hospital de la Misericordia”.**

### RESUMEN

**Introducción:** El dolor abdominal crónico funcional, definido como la presencia de al menos dos episodios de dolor en un periodo de 2 meses sin patología orgánica asociada, es un motivo de consulta frecuente en pediatría, con una prevalencia que oscila entre 0.5 y 19%. Aunque debería tratarse de un problema de ámbito ambulatorio, la mayoría de los padres consultan al servicio de urgencias en búsqueda de soluciones rápidas.

**Objetivo:** El presente trabajo tiene como objetivo determinar cuáles son los factores asociados a la consulta única o repetida por dolor abdominal funcional en un servicio de urgencias pediátricas.

**Metodología:** Entre Agosto de 2010 y Noviembre de 2011 se realizó una encuesta a los pacientes de 4 a 18 años que consultaron al servicio de urgencias del Hospital de la Misericordia por dolor abdominal crónico.

**Resultados:** Se recolectaron en total 48 pacientes, en los que predominó el género femenino (58.7%), el 48% de estos niños eran los hijos menores. La mediana de consultas a urgencias en el último año fue de 3, con una mediana de tiempo de evolución del dolor de 18 meses. Los especialistas más consultados fueron el pediatra y el gastroenterólogo pediatra en el 44% y 20% de los casos, respectivamente; las ayudas diagnósticas más solicitadas fueron el uroanálisis en 93.75% de los pacientes, seguido por exámenes de sangre y ecografía abdominal (85.42% cada uno).

Las causas más frecuentemente atribuidas al dolor fueron gastritis en el 45.8% de los niños, seguida por estreñimiento y colon irritable en el 37.5%; los tratamientos asignados

fueron en orden de frecuencia modificaciones dietarias y del estilo de vida (70.83%), inhibidores de la bomba de protones (52.08%) y antiácidos (37.5%). Dentro de los eventos estresantes asociados predominaron el cambio de colegio y la muerte de un familiar correspondientes al 34% y 29.1%, respectivamente; en cuanto a los antecedentes familiares de patología digestiva los más frecuentes fueron la gastritis y el colon irritable, nuevamente con un predominio del género femenino.

**Discusión:** El tamaño de la muestra fue una limitante de nuestro estudio, así mismo debe tenerse en cuenta que no es posible establecer causalidad entre los factores estresantes encontrados y la presencia de dolor abdominal crónico con este tipo de diseño. Es por esto que en la actualidad se está trabajando en la recolección de pacientes controles sin patología gastrointestinal que consultan al servicio de urgencias, lo anterior con el ánimo de establecer si existen diferencias en cuanto a la presencia de eventos estresantes y el antecedente de patología digestiva familiar entre ambos grupos.

**Palabras claves:** dolor abdominal crónico, consulta por urgencias, pediatra, gastroenterólogo pediatra, eventos estresantes, patología digestiva familiar

## Abstract

**Introduction:** Chronic functional abdominal pain, defined as the presence of at least two episodes of pain over a period of two months without associated organic pathology is a frequent complaint in pediatrics, with a prevalence ranging between 0.5% and 19%. Although it should be treated in an outpatient setting, most parents go to the emergency room looking for quick fixes.

**Objective:** The aim of this study is to determine the factors associated with single or repeated query of functional abdominal pain in a pediatric emergency room.

**Methods:** Between August 2010 and November 2011 a survey was conducted in patients of 4 to 18 years old who visited the emergency room of the "Hospital de la Misericordia" for chronic abdominal pain.

**Results:** We collected a total of 48 patients, most of them females (58.7%), 48% of them were the youngest children in their family. The median emergency room visits in the last year was 3, with a median of onset time of pain of 18 months. The specialists that were consulted the most were the pediatrician and pediatric gastroenterologist in 44% and 20% of the cases, respectively, and among diagnostic aids the more requested was urinalysis in 93.75% of the patients, followed by blood tests and abdominal ultrasound (85.42% each). The causes attributed the most to the pain were gastritis in 45.8% of the children,

followed by constipation and irritable bowel in 37.5%. In order of frequency the most given treatments were dietary and lifestyle modifications (70.83%), proton pump inhibitors (52.8%) and anti-acids (37.2%). Between stressful events associated with the pain, changing of school was predominant and the death of a relative 34% y 29.1% respectively. In terms of family history of digestive condition, the most common were gastritis and irritable bowel syndrome, again with a predominance of female gender.

**Discussion:** The sample size was a limitation of our study, it should also be noticed that is not possible to establish causality between the stress factors found and the presence of chronic abdominal pain with this type of study. That is why today we are working on finding patients as controls without gastrointestinal pathology who consult the emergency department, with the aim of establish whether there are differences in the presence of stressful events and a history of gastrointestinal pathology family between the two groups.

**Key words:** chronic abdominal pain, emergency consultation, pediatrician, pediatric gastroenterologist, stressful events, family gastrointestinal pathology.

**FIRMA DEL DIRECTOR:** \_\_\_\_\_

**AUTORES:**

**KELLY CHRISTINA MÁRQUEZ HERRERA  
RAFAEL GUERRERO LOZANO**

# Contenido

	<b>Pág.</b>
Resumen.....	VII
Introducción.....	1
1. Pregunta de investigación.....	3
2. Planteamiento del problema.....	5
3. Justificación .....	7
4. Objetivos .....	9
4.1. Objetivos generales.....	9
4.2. Objetivos específicos.....	9
5. Marco teórico .....	11
5.1. Definición y clasificación del dolor abdominal crónico.....	11
5.2. Epidemiología .....	13
5.3. Fisiopatología.....	14
5.4. Etiología .....	15
5.5. Diagnóstico .....	15
5.6. Pronóstico .....	18
5.7. Tratamiento .....	19
6. Metodología .....	21
6.1. Criterios de inclusión y exclusión.....	22
6.2. Propuesta tamaño de la muestra.....	23
7. Resultados .....	25
8. Discusión.....	33
9. Conclusiones .....	37
A. Anexo. Consentimiento informado.....	39
B. Anexo. Encuesta dolor abdominal crónico.....	41
Bibliografía .....	47

## **Introducción**

El dolor abdominal crónico es un motivo de consulta frecuente en los servicios de urgencias pediátricas, además es un problema que genera ansiedad en los padres y en los niños que lo padecen, pues en la mayoría de los casos no se logra establecer un diagnóstico preciso y es difícil llegar a una solución del mismo. El objetivo de este trabajo es determinar cuáles son los factores asociados a la consulta por primera vez y repetida en pacientes con dolor abdominal crónico que asisten al servicio de urgencias del Hospital Pediátrico de La Misericordia. Adicionalmente se analizarán los principales diagnósticos que hayan sido asignados a estos niños, los exámenes de laboratorios realizados, los tratamientos instituidos, los diferentes especialistas consultados y la asociación del dolor abdominal con factores estresantes y antecedentes de patologías gastrointestinales en la familia.



# **1.Pregunta de investigación**

¿Cuáles son los factores que inciden en la consulta única o repetida por dolor abdominal crónico en el servicio de urgencias del Hospital Pediátrico de La Misericordia?



## **2.Planteamiento del problema**

El dolor abdominal crónico funcional en la edad pediátrica permanece como un síndrome de etiología desconocida, posiblemente multifactorial y es una de las causas más frecuentes de consulta en gastroenterología. Se trata de una entidad que genera sentimientos de frustración, sufrimiento y estrés en el paciente, ansiedad en los padres al no entender el padecimiento de sus hijos y en el médico tratante al no poder ofrecer una explicación clara de lo que sucede para tranquilizarlos.

El temor de que exista una causa grave para el dolor lleva a los padres a consultas repetidas a los servicios de urgencias y a la ejecución por parte del médico de múltiples pruebas diagnósticas, ensayos terapéuticos y muchas veces a la generación de admisiones hospitalarias innecesarias, siendo la eficacia terapéutica global muy limitada y los costos muy altos.

Debido a que se trata de un problema en el que a pesar de su relativa frecuencia, generalmente no se llega a una solución que tranquilice a paciente, padres y profesionales de la salud; es necesario realizar una investigación sobre cuáles son los principales factores que conducen a la consulta repetida, y una vez establecidas las mismas plantear estrategias que permitan garantizar resultados concretos en la resolución o al menos en la comprensión de la cronicidad del dolor abdominal y limitar el número de laboratorios y tratamientos innecesarios que finalmente sólo llevan a la perpetuación de la sintomatología y no a un claro entendimiento de la misma.



### **3. Justificación**

El dolor abdominal crónico es quizás uno de los mayores retos en la práctica médica; enfrentarse a un paciente a quien no se ha descubierto la causa de su padecimiento y a la angustia de sus padres es una de las tareas más difíciles de nuestro ejercicio, y lo es aún más en la edad pediátrica. Por esto resulta de fundamental importancia establecer cuáles son los factores que llevan a consultar en diferentes oportunidades y con diferentes especialistas a los niños que padecen dolor abdominal crónico.

¿Acaso se tratará de nuestra incapacidad como médicos para resolver su problema?, ¿tendrán algo que ver las dificultades que enfrentan diariamente los pacientes para lograr una remisión a un especialista por parte de su EPS?, ¿tan sólo influirán el concepto que tiene la familia sobre la patología del niño y la disfunción familiar como causas de consultas repetidas?

Ya que la consulta por dolor abdominal es una de las más frecuentes tanto en urgencias como en consulta externa de pediatría, entender la magnitud del problema, las diferentes soluciones que pueden ofrecerse y la preocupación que genera en los padres de estos niños e incluso en los mismos pacientes, se constituyen más que en un desafío en una responsabilidad de la práctica clínica pediátrica.



## **4. Objetivos**

### **4.1 Objetivo general**

Establecer cuáles son los principales factores que influyen en la consulta única o repetida al servicio de urgencias de pediatría en pacientes que padecen dolor abdominal crónico.

### **4.2 Objetivos específicos**

- Estipular el número de consultas por urgencias, tiempo de evolución del dolor abdominal y frecuencia de presentación del mismo
- Enumerar los diferentes diagnósticos que les han sido asignados a los pacientes en edades comprendidas entre los 4 y 18 años como causa de dolor abdominal crónico
- Especificar los diferentes especialistas a los que las familias de los niños con dolor abdominal crónico han consultado en búsqueda de una solución a su problema.
- Numerar los exámenes de laboratorio e imágenes diagnósticas solicitados con mayor frecuencia en el estudio de niños con dolor abdominal crónico.
- Detallar los diferentes esquemas de tratamiento que les han sido asignado a estos niños y evaluar si se ha logrado mejoría sintomática a juicio de los padres.
- Explorar si existe alguna relación entre disfunción familiar, disfunción escolar, comportamientos aprendidos y ansiedad por parte de los padres como causas de dolor abdominal crónico en los niños.
- Establecer si existe alguna relación entre algunos eventos estresantes y la duración del dolor abdominal crónico en los niños.

10 Factores asociados a la consulta única o repetida por dolor abdominal crónico en el servicio de urgencias del Hospital Pediátrico de la Misericordia

---

- Plantear la asociación entre dolor abdominal crónico en los pacientes a estudio y patología gastrointestinal funcional en familiares de primer y segundo grado de consanguinidad.
- Verificar si existe diferencias respecto a la frecuencia de presentación de eventos estresantes y las enfermedades digestivas en los casos de dolor abdominal crónico y los controles que consultan por otras patologías a un servicio de urgencias pediátricas.

## **5. Marco teórico**

### **5.1 Definición y clasificación del dolor abdominal crónico**

En 1958 Apley y Naish introdujeron el término de dolor abdominal recurrente en niños cuyo dolor se disminuía y aumentaba, tenía una frecuencia de mínimo 3 episodios en 3 meses y era lo suficientemente severo para afectar las actividades del niño. De acuerdo a un modelo utilizado en adultos, un grupo de expertos en patología gastrointestinal en niños, dividieron el dolor abdominal crónico en diferentes categorías basadas en los síntomas del paciente, los criterios de Roma II establecidos en 1997 y publicados por primera vez en 1999. (Ver tabla 1).<sup>1, 5</sup>

En el año 2005 la Academia Americana de Pediatría (AAP) y la Sociedad Norteamericana de Gastroenterología Pediátrica, Hepatología y Nutrición (NASPGHN), recomendaron retirar los términos de dolor abdominal recurrente y recidivante y emplear sólo el de dolor abdominal crónico. En el año 2006 se publicaron los criterios de Roma III para niños entre 4 y 18 años con problemas gastrointestinales funcionales, uno de los cambios en dolor abdominal fue disminuir el tiempo de duración de 3 a 2 meses para considerarlo crónico.<sup>5</sup>

En un estudio que comparó los criterios de Roma II contra los de Roma III para la clasificación del dolor abdominal crónico en niños entre los 8 y 17 años de edad se evidenció un incremento en los casos de migraña abdominal y dolor abdominal funcional, además se disminuyó el porcentaje de casos no clasificados (ver tabla 2).<sup>2</sup>

Los cambios en los criterios para dolor abdominal funcional incluyeron una disminución en el tiempo de duración de los síntomas y la eliminación del criterio de que el dolor debía ser continuo, interrumpir el funcionamiento diario, no estar relacionado con eventos fisiológicos y no ser fingido. Los criterios de Roma III incluyen el síndrome de dolor abdominal funcional como una categoría diferente al dolor abdominal funcional, reservando la categoría de síndrome para aquellos pacientes cuyo dolor abdominal se asocia a síntomas extra abdominales.<sup>2</sup>

En el caso de migraña abdominal la diferencia que explica el aumento de los casos radica en que los criterios de Roma II incluían que el paciente debía presentar cefalea con fotofobia y sin aura asociada al dolor abdominal. Respecto al síndrome de intestino irritable no hubo diferencia significativa entre los dos criterios de Roma, encontrándose que cerca de la mitad de los pacientes con dolor abdominal crónico en quienes no se encuentra una causa orgánica cumplen criterios para ser incluidos dentro de esta patología. Los criterios de Roma III se resumen en la tabla 1. <sup>1, 2, 3</sup>

**Tabla 1. Sistemas de clasificación del dolor abdominal en niños.** Modificado de la referencia No. 1.

<b>Sistemas de clasificación para dolor abdominal en niños</b>
<p><b>Apley y Naish, 1958</b>  <b>Dolor abdominal recurrente</b>                      Dolor abdominal que aumenta y disminuye, ocurren al menos 3 episodios en 3 meses, y su severidad es suficiente para afectar las actividades del niño</p> <p><b>Subcomité de dolor abdominal crónico, 2005</b>  <b>Dolor abdominal crónico</b>                      Dolor abdominal intermitente o constante de larga evolución                      Funcional en la mayoría de los niños (sin evidencia objetiva de organicidad subyacente)</p> <p><b>Criterios de Roma III, 2006</b>  <b>Dispepsia funcional</b>                      Debe incluir todo lo siguiente:                      Dolor o molestia persistente o recurrente localizado en el abdomen superior (por encima del ombligo)                      No mejora con la defecación ni está asociado con el cambio en la forma o frecuencia de las heces</p> <p><b>Síndrome de intestino irritable</b>                      Debe incluir todo lo siguiente:                      Dolor o molestia abdominal asociada con 2 o más de los siguientes, al menos el 25% de las veces:                      Mejoría con la defecación                      Aparición asociada con un cambio en la frecuencia de las heces                      Aparición asociada con un cambio en la forma o apariencia de las heces</p> <p><b>Dolor abdominal funcional</b>                      Debe incluir todo lo siguiente:                      Dolor abdominal episódico o continuo                      Criterios insuficientes para otros desórdenes gastrointestinales funcionales</p> <p><b>Síndrome de dolor abdominal funcional</b>                      Debe incluir dolor abdominal funcional al menos el 25% del tiempo y uno o más de los siguientes:                      Alguna pérdida del funcionamiento diario                      Síntomas somáticos adicionales como cefalea, dolor de extremidades, dificultad para dormir</p> <p><b>Migraña abdominal</b>                      Debe incluir todo lo siguiente:                      Episodios paroxístmicos de dolor agudo periumbilical intenso que dure por lo menos una o más horas                      Periodos intercríticos asintomáticos que duren semanas o meses                      El dolor interfiere con las actividades normales                      El dolor se asocia con 2 o más de los siguientes:                      Anorexia                      Náusea                      Vómito                      Cefalea                      Fotofobia                      Palidez                      Sin evidencia de proceso inflamatorio, anatómico, metabólico o neoplásico que explique los síntomas.                      Criterios completos al menos una vez a la semana por al menos 2 meses antes del diagnóstico. Criterios completos 2 o más veces en los 12 meses precedentes.</p>

**Tabla 2. Diferencia en el porcentaje de casos que cumplieron criterios para desórdenes funcionales gastrointestinales comparando los criterios de Roma II con los de Roma III. Tomado de la referencia No. 2.**

	Roma II	Roma III
Síndrome de intestino irritable	44.0	45.1
Migraña abdominal	5.7	23.1
Dispepsia funcional	19.6	15.2
Dolor abdominal funcional	27	11.4
Síndrome de dolor abdominal funcional	–	6.0
Casos no clasificados	32.1	13.3

## 5.2 Epidemiología

La prevalencia de dolor abdominal crónico en estudios basados en la comunidad varía entre 0.5 y 19%, dependiendo de la edad y la clasificación utilizada. Estudios que incluyen amplios rangos de edad muestran 2 picos de incidencia, uno entre los 4 y 6 años y otro entre los 7 y 12 años, la predominancia en mujeres es controvertida. En Estados Unidos corresponde al 2-4% del total de consultas pediátricas, afecta del 15 al 30% de niños en edad escolar y es la causa más frecuente de consulta en gastroenterología infantil, en el 85% de los casos no se encuentra una causa patológica y corresponde a dolor de tipo funcional.<sup>1, 5</sup>

Se ha visto una relación entre niños abusados física, emocional o sexualmente y desórdenes funcionales gastrointestinales. En un estudio de casos y controles en el que se incluyeron 72 niños en cada grupo, se encontró mayor frecuencia de dolor abdominal crónico en los niños que habían sido abusados (48 versus 26). La ansiedad materna y paterna en el primer año de vida del niño se ha visto asociada a la presencia de dolor abdominal crónico antes de los 6 años de vida (OR 1.53, IC 95% 1.24 a 1.89). Hay mayor prevalencia de desórdenes funcionales gastrointestinales en niños cuyos padres padecen estos trastornos (OR 5.3, IC 95% 2.1 a 13.2).<sup>1</sup>

### **5.3 Fisiopatología (ver figura 1)**

En la fisiopatología del dolor abdominal crónico interviene el sistema nervioso entérico que se encuentra a lo largo del tracto gastrointestinal y tiene una conexión directa con el sistema nervioso central, permitiendo una comunicación bidireccional. Una falla en la regulación de este doble sistema explicaría el desarrollo del dolor abdominal funcional.<sup>4,7</sup>

La dismotilidad intestinal ha sido demostrada en estudios manométricos y puede deberse a una disautonomía vegetativa; sin embargo, actualmente se cree que los niños y adultos con dolor abdominal funcional más que una alteración en la motilidad intestinal tienen una reactividad anormal a los estímulos fisiológicos (alimentos, distensión abdominal, cambios hormonales), estresantes patológicos (procesos inflamatorios) y estresantes psicológicos (ansiedad, separación de los padres).<sup>4,6,7</sup>

Existe evidencia que sugiere que el dolor abdominal crónico puede deberse a una hiperalgesia visceral, un umbral disminuido al dolor en respuesta a cambios en la presión intraluminal. Procesos inflamatorios de la mucosa atribuibles a infecciones, alergias o enfermedades inflamatorias primarias, pueden causar sensibilización de los nervios aferentes y están relacionados con la hiperalgesia visceral.<sup>4,7</sup>

El entorno familiar tiene especial relevancia, existe con frecuencia antecedentes de alteraciones en la dinámica de relación y antecedentes familiares de enfermedades crónicas digestivas o psiquiátricas. En los niños con dolor abdominal crónico también se han descrito cuadros de depresión, ansiedad síntomas conversivos y Síndrome de Munchäusen.<sup>6</sup>

Recientemente se ha enfocado el interés en factores inmunológicos, genéticos y neuronales en el desarrollo del síndrome de intestino irritable. Existe evidencia de

una desregulación inmunológica sutil que incluye un perfil anormal de citoquinas proinflamatorias (tipo Th1) en los linfocitos periféricos y diferencias cuantitativas en los linfocitos T dentro de la mucosa. El receptor del neurotransmisor serotonina, que se encuentra predominantemente en las células enterocromafines, se encuentra disminuido en la mucosa rectal de individuos con síndrome de intestino irritable.<sup>10</sup>

## 5.4 Etiología

Sólo el 5 al 15% de los dolores abdominales crónicos tienen un origen orgánico identificable, que puede ser digestivo o extradigestivo (ver tabla 3). La inmensa mayoría de los casos 85-95% son de etiología no orgánica, con base funcional o psicógena.<sup>6</sup>

## 5.5 Diagnóstico

No existe un patrón de oro para la diferenciación entre dolor abdominal crónico funcional y orgánico, sólo la presencia de signos de alarma sugiere la organicidad del dolor abdominal y justifica la realización de exámenes de laboratorio adicionales. La siguiente tabla muestra algunos de los signos de alarma que aumentan la probabilidad de patología orgánica como causa del dolor abdominal (ver tabla 4).<sup>1</sup>

Los signos de alarma del examen físico incluyen dolor localizado en el cuadrante superior derecho o inferior derecho, presencia de masa localizada, hepatomegalia, esplenomegalia, dolor a la palpación en el ángulo costovertebral, sensibilidad de las espinas iliacas y anomalías perianales.<sup>4</sup>

En ausencia de signos de alarma no hay características del dolor abdominal que indiquen organicidad, tampoco la presencia de eventos estresantes o ansiedad en

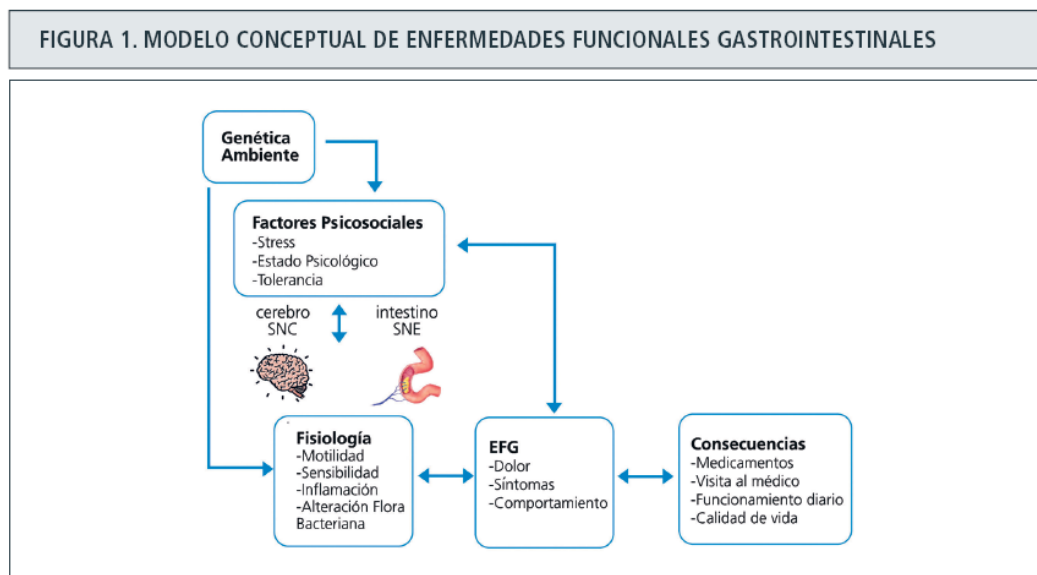
el niño permiten descartar entre dolor funcional y orgánico, ya que es difícil establecer si la ansiedad es la causa o la consecuencia del dolor abdominal.<sup>1</sup>

La evidencia respecto a la utilidad de exámenes de laboratorio (endoscopia de vías digestivas, pHmetría, anticuerpos antiendomiso) para distinguir entre funcionalidad y organicidad es débil o insuficiente, además la demostración de anormalidad en estos exámenes no indican causalidad del dolor (hay igual proporción de niños con *Helicobacter pylori* con y sin dolor abdominal, los anticuerpos antiendomiso se encuentran positivos tanto en niños sanos como en niños que padecen enfermedad celíaca).<sup>1</sup>

En un artículo español de consulta de dolor abdominal crónico en Atención Primaria (AP) plantean la realización de exámenes complementarios de forma escalonada, según lo descrito en la siguiente tabla (ver tabla 5).<sup>9</sup>

**Figura 1. Modelo conceptual de enfermedades funcionales gastrointestinales.**

Tomado de la referencia No.5.



**Tabla 3. Causas orgánicas de dolor abdominal crónico.** Tomado de la referencia No. 6.

<b>Dolor abdominal tipo dispepsia</b>	<b>Dolor abdominal periumbilical tipo cólico con/sin alteración del ritmo intestinal</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reflujo gastroesofágico.</li> <li>- Enfermedad ulcerosa péptica (H. pylori, estrés, yatrogenia ej. AINEs, S. Zollinger-Ellison).</li> <li>- Inflamación de mucosa gastroduodenal (gastritis eosinofílica, enfermedad de Crohn,...).</li> <li>- Gastritis infecciosa.</li> <li>- Alteración de la motilidad (gastroparesia, pseudoobstrucción duodenal, disquinesia biliar...).</li> <li>- Pancreatitis crónica.</li> <li>- Colecistopatías.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estreñimiento.</li> <li>- Infecciones intestinales (<i>Yersinia</i>, Tbc, parásitos,...).</li> <li>- Enfermedad inflamatoria intestinal.</li> <li>- Enfermedad celíaca.</li> <li>- Medicamentos.</li> <li>- Gastroenteropatía eosinofílica.</li> <li>- Malrotación o invaginación intestinal.</li> <li>- Adherencias postquirúrgicas.</li> <li>- Divertículo de Meckel.</li> <li>- Trastornos vasculares, púrpura de Schönlein-Henoch.</li> <li>- Patología ginecológica: endometriosis, dismenorrea, quiste ovárico, hematócolpos,...</li> <li>- Obstrucción ureteropélvica, urolitiasis.</li> <li>- Trastornos musculoesqueléticos.</li> <li>- Linfoma intestinal.</li> <li>- Porfiria aguda intermitente.</li> </ul>

**Tabla 4. Síntomas de alarma en dolor abdominal.** Modificado de la referencia No. 1.

<b>Síntomas de alarma cuando un niño se presenta con dolor abdominal crónico</b>
<p>Pérdida de peso involuntaria</p> <p>Desaceleración del crecimiento lineal</p> <p>Pérdidas gastrointestinales de sangre</p> <p>Vómito significativo</p> <p>Diarrea crónica severa</p> <p>Fiebre inexplicada</p> <p>Dolor abdominal persistente en cuadrante superior o inferior derecho</p> <p>Historia familiar de enfermedad inflamatoria intestinal</p>

**Tabla 5. Representación de los diferentes niveles de actuación en la exploración complementaria.** Tomado de la referencia No.9.

<b>Primer nivel (a realizar en AP)</b>
Hemograma, recuento y fórmula VSG Bioquímica sanguínea (glucemia, ionograma, transaminasas, amilase, colesterol, triglicéridos y proteínas totales). Sedimento y cociente calcio/creatinina en orina Urocultivo Estudio de heces (coprocultivo, parásitos, sangre oculta) Ecografía abdominal y/o radiografía simple de abdomen
<b>Segundo nivel (a realizar en AP o en medio hospitalario)</b>
Antígeno Helicobacter Pylorii en heces, test del aliento, test de hidrógeno espirado con sobrecarga de azúcares Tránsito gastrointestinal superior, enema opaca Endoscopia digestiva superior Electroencefalograma Urografía intravenosa, cistografía, colecistografía, pruebas de función renal, pruebas para descartar alergia gastrointestinal y celiaquía, aglutinaciones, valoración psicológica
<b>Tercer nivel (a realizar en medio hospitalario)</b>
Rectosigmoidoscopia, colonoscopia Gammagrafía abdominal con Tc 99 TAC abdominal Plumbemia, catecolaminas, porfirias en sangre y orina Test del sudor PHmetría, biopsia intestinal Radiografía de tórax Laparoscopia

## 5.6 Pronóstico

Hasta el 29,1% de los niños con dolor abdominal crónico continuarán presentando el dolor. Algunos estudios sugieren que estos niños, principalmente las niñas presentarán síndrome de intestino irritable en su vida adulta. También existe evidencia de que los niños con dolor abdominal crónico tienen mayor

riesgo de presentar patologías psiquiátricas, principalmente trastornos de ansiedad.<sup>1,7</sup>

Estudios prospectivos han mostrado que los factores parentales más que las características de los niños son definitivos en el pronóstico del dolor abdominal crónico. Los hijos de padres que aceptan el carácter psicológico en el mantenimiento de los síntomas tienen mayor probabilidad de recuperación, entre menos atención presten los padres a la referencia del dolor menos mención harán los niños al respecto. Los niños con dolor abdominal crónico que presentan eventos estresantes en su vida tienen mayor probabilidad de continuidad del dolor.<sup>1</sup>

Basados en un pequeño número de pacientes, Apley y Hale describieron múltiples factores que influyen en el pronóstico para una resolución prolongada de los síntomas dolorosos durante la niñez (ver tabla 6).<sup>8</sup>

**Tabla 6. Factores que afectan la resolución prolongada del dolor abdominal funcional.** Tomado de la referencia No. 8.

<b>Factores que afectan la resolución alejada del dolor abdominal funcional</b>		
<b>Factor</b>	<b>Mejor pronóstico</b>	<b>Peor pronóstico</b>
Familia	Normal	"Familia dolorosa"
Sexo	Femenino	Masculino
Edad de comienzo	Más de 6 años	Menor de 6 años
Período previo al tratamiento	Menos de 6 años	Más de 6 años

Adaptado de Apley J, Hale B. Children with recurrent abdominal pain: how do they grow up? Br Med J 1973; 3: 7-9.

## 5.7 Tratamiento

Las recomendaciones de la Sociedad Norteamericana de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica para el abordaje diagnóstico del dolor abdominal crónico y su tratamiento se resumen en la siguiente tabla (ver tabla 7).<sup>1</sup>

El tratamiento puede incluir terapia antiácido para el dolor asociado con dispepsia, agentes antiespasmódicos, relajantes de músculo liso o dosis bajas de

agentes psicotrópicos, laxantes o anti diarreicos para el dolor asociado con alteración en el patrón intestinal. <sup>4</sup>

El tratamiento del dolor abdominal crónico debe tener un enfoque biopsicosocial, abordando el entorno social del paciente y su familia, ya que pueden encontrarse ahí los factores desencadenantes del dolor y sus manifestaciones psicológicas y fisiológicas. El uso de terapia familiar y psicoterapia a los niños y sus padres es de gran utilidad en algunos casos. El fin del tratamiento es disminuir las molestias, aprender a tolerarlas y a manejarlas con una terapia conductual. <sup>5</sup>

**Tabla 7. Recomendaciones de la Sociedad Norteamericana de Gastroenterología Pediátrica, Hepatología y Nutrición.** Modificado de la referencia No. 1.

<b>Recomendaciones de la Sociedad Norteamericana de Gastroenterología Pediátrica, Hepatología y Nutrición</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• El término dolor abdominal recurrente debería retirarse</li></ul>
<b>Diagnóstico</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• La clasificación diagnóstica para discriminar el dolor abdominal funcional de los desórdenes orgánicos en personas jóvenes en edades entre los 4 y 18 años con dolor abdominal crónico puede ser realizada por un médico general</li><li>• La clasificación diagnóstica debería basarse en los síntomas y signos de alarma y el examen físico</li><li>• Una evaluación diagnóstica adicional no es requerida en niños sin síntomas de alarma</li><li>• Se puede realizar exámenes de laboratorio para tranquilizar a los niños y a sus padres</li></ul>
<b>Tratamiento</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Trabajar con los factores psicológicos</li><li>• Educar a la familia</li><li>• Enfocarse en el retorno al funcionamiento normal más que en la completa desaparición del dolor</li><li>• Prescribir medicamentos en forma acuciosa como parte de un aproximamiento multifactorial e individualizado, para mejorar los síntomas y la inconformidad</li></ul>

## **6. Metodología**

Se realizó un estudio exploratorio, observacional de corte transversal, se escogió este tipo de diseño de estudio debido a que en lo revisado en las publicaciones nacionales no hay trabajos que exploren los factores relacionados con la consulta repetida por dolor abdominal en los servicios de urgencias de pediatría.

La población de estudio fueron los pacientes con edades entre 4 y 18 años, que consultaron por dolor abdominal crónico a urgencias del Hospital Pediátrico de La Misericordia, en un periodo de tiempo comprendido entre Agosto de 2010 y Noviembre de 2011, a los cuales se les aplicó un cuestionario ideado por los investigadores.

Durante el mes de julio de 2010 se ejecutó una prueba piloto con 15 pacientes a los que se les aplicó el cuestionario (previa firma de consentimiento informado y asegurándoles completa confidencialidad), para establecer la confiabilidad y la validez de los distintos ítems.

En este periodo de tiempo se corrigió la redacción de algunos ítems del cuestionario para disminuir errores en la interpretación y se realizó estandarización a los encuestadores para la correcta ejecución de las preguntas y evitar inducir respuestas en los encuestados. Se tuvo cuidado de no dar demasiado información a los encuestadores para que no sesgaran la información que recolectaran, disminuyendo así sesgos de medición.

La realización de la entrevista se planteó en dos escenarios diferentes: 1) in situ, con el paciente que se encontraba en urgencias y había consultado por dolor

abdominal, teniendo en cuenta que la hospitalización ya era un factor estresante y podía no obtenerse la colaboración necesaria por parte del familiar o magnificarse la sintomatología; 2) mediante comunicación telefónica que se estableció con los familiares de pacientes a quienes se dio alta hospitalaria en el transcurso de pocas horas y por lo tanto no pudieron interrogarse.

La información se obtuvo del acompañante del paciente, se diligenció un instrumento de recolección de datos manual. Posteriormente una persona se encargó de la digitación de cada una de las variables en una base de datos en Excel; esta base de datos fue exportada al programa estadístico STATA 11.

Inicialmente se realizó estadística descriptiva estableciendo las características generales de la población estudiada, en las variables categóricas se determinaron frecuencias y en cuanto a las variables continuas se realizaron medidas de tendencia central: promedio y mediana.

Adicionalmente se realizó un análisis bivariado entre los factores estresantes y la frecuencia de dolor abdominal crónico para intentar explorar si estos factores perpetuaban la cronicidad de los síntomas; así como los antecedentes familiares y la frecuencia de dolor abdominal crónico.

Desde Diciembre de 2012 se inició la recolección de pacientes controles equiparables por edad pero sin dolor abdominal, que no padecieran de otras patologías crónicas (oncológicos, neumópatas, nefrópatas, cardiópatas, enfermedades autoinmunes) y que consultaran al servicio de urgencias del Hospital de la Misericordia.

Hasta la fecha se cuenta con los datos de 52 pacientes, el objetivo es realizar una comparación entre la presencia de eventos estresantes y antecedentes familiares de patología gastrointestinal en ambos grupos, se pretende recolectar 100 controles a fin de obtener resultados estadísticamente significativos, ya que el tamaño de la muestra es limitado.

## **6.1 Criterios de inclusión y exclusión**

- **Criterios de inclusión**

Niños en edades comprendidas entre los 4 y 18 años que consultaron al servicio de urgencias del Hospital Pediátrico de La Misericordia por dolor abdominal crónico, definido según los criterios de Roma III como dolor abdominal de al

menos 2 meses de evolución en los que se han presentado al menos 2 episodios de dolor.

- **Criterios de exclusión**

1. Niños con diagnóstico de patología orgánica definida como causa del dolor abdominal.
2. Pacientes con dolor abdominal crónico pero cuya madre, padre o acompañante a cargo no esté dispuesto a participar en el estudio ni a firmar el consentimiento informado.

## 6.2 Propuesta de tamaño de muestra

Para el cálculo del tamaño de muestra de la encuesta se tuvo en cuenta 3 factores:

1. Prevalencia estimada del desenlace: dolor abdominal crónico, debido a que no teníamos estudios locales se tomó la prevalencia de estudios de países desarrollados: 10% de un estudio australiano = **p**
2. Nivel de confiabilidad 95% (valor estándar de 1,96)=
3. Margen de error aceptable (valor estándar de 0,05) = **m**

El tamaño de la muestra para un diseño de encuesta basado en una muestra aleatoria simple, puede calcularse mediante la siguiente fórmula:

$$n = \frac{t^2 \times p(1-p)}{m^2}$$

$$n = (1.96)^2 \times (0.1) (1-0.1) / (0.05)^2$$

$$n = 3.84 \times 0.09 / 0.0025 = 0.3456 / 0.0025 = \mathbf{138} \text{ niños con dolor abdominal}$$

Con el programa Openepi, se realizó el análisis de sensibilidad de los diferentes escenarios de tamaño de muestra

Tamaño de muestra  $n = [Np(1-p)] / [(d^2/Z^2_{1-\alpha/2}*(N-1)+p*(1-p)]$

**Tamaño de muestra(n) para diferentes niveles de confianza**

---

<b>Nivel de confianza (%)</b>	<b>Tamaño de muestra</b>
95%	139
80%	60
90%	98
97%	170
99%	239
99.9%	390
99.99%	545

Se había propuesto un tamaño de muestra inicial de 139 niños mínimo, tolerando un error del 5%; sin embargo por dificultades para el inicio del estudio no se alcanzó a recolectar el tamaño de muestra propuesto.

## 7.Resultados

Se estudiaron 50 niños con edades entre 4 y 18 años, que consultaron al servicio de urgencias del Hospital de La Misericordia por dolor abdominal de mínimo 2 meses de evolución, sin patología orgánica asociada, en fechas comprendidas entre Agosto de 2010 y Noviembre de 2011.

Para el análisis de los datos se utilizó el programa estadístico STATA 11, se realizó una estadística descriptiva, con medidas de tendencia central. Tan sólo dos de los 50 niños habían consultado en una ocasión, al intentar hacer una comparación entre la consulta única y repetida los resultados obtenidos no fueron estadísticamente significativos, razón por la que se decidió incluir en el estudio solamente a los 48 pacientes restantes.

El promedio de edad de estos 48 niños fue de  $10.8 \pm 3.72$  años, con un predominio del género femenino en el 58.75% de los casos y de tipo de familia biparental en el 77.1%. El promedio de edad de padre y madre fue de  $39.3 \pm 7.6$  y  $35.6 \pm 7$ , respectivamente y la persona a cargo del cuidado de los niños fue la madre en el 43.75% de los casos, seguido de la niñera en 39.58%. (Ver tabla 1)

**Tabla 1. Variables sociodemográficas de la población estudio**

<b>VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS</b>	<b>RECONSULTA</b> n=48
EDAD	promedio: 10.8 años (3.72) mediana 12 (4-18)
GÉNERO FEMENINO GÉNERO MASCULINO	33 (58.75%) 15 (31.25%)
TIPO DE FAMILIA	Uniparental 11(22.9%) Biparental 37 (77.1%)
EDAD MATERNA	Promedio 35.6 años(DS±7 años) mediana 35 años (25-54)
EDAD PATERNA	promedio 39.3 (DS±7.6 años) mediana 39 años (25-62)
CUIDADOR	Madre 21 (43.75%) Niñera 19 (39.58%) Empleada 4 (8.33%) Abuelo 2 (4.17%) Tío 2 (4.17%)
POSICION ENTRE LOS HERMANOS	Único 8 (16%) Mayor 16 (32%) Medio 2 (4%) Menor 24 (48%)

En cuanto a las características de la consulta, la mediana de consulta por el servicio de urgencias y al médico general en año anterior a la realización de la encuesta fue de 3 (1-6 y 0-12, respectivamente); la mayoría de pacientes habían sido valorados por el Pediatra (83.3%) y el subespecialista más interconsultado fue el Gastroenterólogo Pediatra en el 38.3% de los casos seguido por el Cirujano Pediatra en el 33.33%. (Ver tabla 2).

La mediana de tiempo de evolución del dolor abdominal fue de 18 meses (2-72 meses) y la de tiempo sin dolor abdominal hasta el momento de la consulta fue de 10 días (0-365 días); se agrupó la frecuencia de presentación de dolor en un grupo muy frecuente que representó el 52.08% de los casos y otro poco frecuente correspondiente al 47.92%. (Ver especificaciones en tablas 3 y 4).

**Tabla 3. Frecuencia de presentación de dolor abdominal**

Frecuencia	Frecuencia	Porcentaje	Acumulado
Diario	12	25.00	25.00
>1 vez/sem	8	16.67	52.08
1 vez/sem	5	10.42	35.42
1 vez/mes	7	14.58	66.67
2 veces/mes	6	12.50	79.17
1 vez c/2meses	5	10.42	89.58
1 vez c/3meses	3	6.25	95.83
1 vez c/6 meses	2	4.17	100.00
Total	48	100.00	

Muy frecuente: 1,2 3

Poco frecuente 4, 5, 6, 7,8

**Tabla 4. Recodificación frecuencia de presentación dolor abdominal**

Frecuencia	Frecuencia	Porcentaje	Acumulado
Muy frecuente	25	52.08	52.08
Poco frecuente	23	47.92	100.00
Total	48	100.00	

Al interrogar a los padres sobre la mejoría de los síntomas desde su inicio la mayoría afirmaron no encontrar ninguna (77.08%), las principales causas señaladas fueron la falta de valoración por especialista en el 77.14% y la falta de exámenes diagnósticos en el 54.29%. (Ver tabla 5).

**Tabla 5. Especialistas por los que los padres consideran que sus hijos deberían ser valorados.**

Especialista	Frecuencia	Porcentaje
Gastroenterólogo pediatra	12	44.44
Gastro y otro especialista	4	14.81
> 2 especialistas (Gastro)	5	18.50
Otro	4	14.81
Cirujano	1	3.70
Pediatra	1	3.70
Total	27	100.00

Al 100% de los niños evaluados se les había practicado exámenes de laboratorio, los laboratorios realizados con mayor frecuencia fueron el uroanálisis en el 93.75% de los casos, seguido por exámenes de sangre y ecografía abdominal con un porcentaje de 85.42% cada uno. (Ver tabla 2).

Respecto a la causa del dolor abdominal el 87.5% de los padres afirmaban que se les había informado la misma; siendo las etiologías más frecuentes dolor abdominal sin otra especificación en 68.75% de los casos, seguido por gastritis en 45.83%, estreñimiento y colon irritable en 37.5% cada una. (Ver tabla 2).

El 89.58% de los pacientes había recibido algún tipo de tratamiento; los que más se repitieron fueron modificaciones en la dieta y el estilo de vida en 70.83%, seguido por inhibidores de bombas de protones en 52.08%, antiácidos y bloqueadores H2 en 37.5 y 33.3%, respectivamente. (Ver tabla 2).

En los niños con dolor abdominal crónico se encontró relación con la presencia de factores estresantes, los más importantes fueron cambio de colegio, muerte de un familiar y cambio de ciudad o barrio; con porcentajes de 34.04, 29.17 y 27.08% respectivamente. (Ver tabla 6)

Al cuestionar sobre la posibilidad de que sus hijos pudiesen estar fingiendo el dolor abdominal sólo el 8.33% de los padres realizó esta afirmación; coincidiendo con este dato el 37.5% consideraban que sus hijos padecían una patología grave.

Se intentó observar si existía asociación entre la presencia de patología digestiva en familiares de primer y segundo grado y el dolor abdominal crónico de la población estudio; se encontró que madres y abuelos presentaron los mayores porcentajes de gastritis-dispepsia (45.83 y 29.17%, respectivamente) y de colon irritable-estreñimiento (43.75 y 20.83%, respectivamente). (Ver tabla 6)

**Tabla 2. Variables relacionadas con consulta, diagnóstico y tratamiento.**

VARIABLES	PACIENTES QUE HAN CONSULTADO MÁS DE UNA VEZ POR DOLOR ABDOMINAL N (48)
Consultas por dolor abdominal al servicio de urgencias en el último año	Mediana 3 consultas (1 - 6)
Consultas al médico general en los últimos 12 meses	Mediana 3 consultas (0-12)
Consultas al pediatra	40 (83.3%) Mediana 3 consultas (0-12)
Número de controles por dolor abdominal	Mediana 2 (0-12)
Consultas al gastroenterólogo pediatra	18 (38.3%)



**Tabla 6. Variables relacionadas con factores estresantes y patologías familiares.**

VARIABLE	RECONSULTA
Cambio de colegio	16 (34.04%)
Muerte de un familiar	14 (29.17%)
Cambio de ciudad o barrio	13 (27.08%)
Pérdida de amigos (pelea, muerte, mudanza)	10 (20.83%)
Cáncer en la familia	9 (18.75%)
Pérdida del año escolar	5 (10.42%)
Pérdida de mascota	4 (8.33%)
Nacimiento	4 (8.51%)
Separación de los padres	1 (2.08%)
Maltrato intrafamiliar	1 (2.08%)
Tiene hermanos con dolor abdominal	1 (2.22%)
<i>Gastritis, H.pylori positivo</i>	Madre 22 (45.83%)
Abuelos	14 (29.17%)
Hermanos	8 (18.18%)
Padre	8 (16.67%)
<i>Colon irritable, estreñimiento, diarrea crónica</i>	Madre 21 (43.75%)
Abuelos	10 (20.83%)
Hermanos	8 (17.02%)
Padre	6 (13.64%)
Padres, abuelos o tíos han tenido sospecha o confirmación de cáncer digestivo?	14 (29.17%)
Finge dolor abdominal	4 (8.33%)
En su familia se presenta castigo físico	29 (63.04%)
Concepción de patología grave	18(37.5 %)

Por último se intentó establecer correlación entre los eventos estresantes y la frecuencia del dolor abdominal, encontrando el cambio de colegio como el único factor con diferencia importante entre los dos grupos; los resultados encontrados obtenidos se muestran en la tabla No. 7.

Al comparar la presencia de patología digestiva entre los familiares de primer y segundo grado con la frecuencia de presentación de dolor abdominal en la población estudio, se observó que aunque no existe una diferencia estadísticamente significativa ( $p > 0.05$  en todas las variables) si parece haber una diferencia clínica, pues los niños del grupo con dolor abdominal muy frecuente mostraron porcentajes más altos de estas patología que aquellos con dolor poco frecuente. (Ver tablas 8 y 9).

**Tabla 7. Eventos estresantes y relación con frecuencia del dolor abdominal**

<b>EVENTOS ESTRESANTES</b>	<b>DOLOR ABDOMINAL MUY FRECUENTE (DIARIO HASTA &gt;1 VEZ/SEMANA)</b>	<b>DOLOR ABDOMINAL POCO FRECUENTE (1 VEZ AL MES – 1 VEZ CADA 6 MESES)</b>	<b>P</b>	<b>TOTAL</b>
Cambio de colegio	10 (41.67%)	6 (26.09%)	0.479 (Fisher)	16 (34.04%)
Muerte de un familiar	7 (28%)	7 (30.43%)	0.853 (X <sup>2</sup> )	14 (29.17%)
Cambio de ciudad	6 (24%)	7 (30.43%)	0.660 (Fisher)	13 (27.08%)
Pérdida de amigos	6 (24%)	4 (17.39%)	0.616 (X <sup>2</sup> )	10 (20.83%)
Cáncer en la familia	4 (16%)	5 (21.74%)	0.111 (Fisher)	9 (18.75%)
Pérdida de año escolar	2 (8.00%)	3 (13.04%)	0.727 (Fisher)	5 (10.42%)
Nacimiento	2 (8.33%)	2 (8.70%)	0.719 (Fisher)	4 (8.51%)
Pérdida de mascota	4 (16%)	0	1.0 (Fisher)	4 (8.33%)
Separación de padres	0 (0%)	1 (4.35%)	0.260	1 (2.08%)
Maltrato intrafamiliar	1 (4%)	0	1.000 (Fisher)	1 (2.08%)

**Tabla 8. Relación entre antecedentes familiares de patología digestiva (gastritis, dispepsia, infección por H. pylori) y frecuencia de dolor abdominal.**

<b>ANTECEDENTE FAMILIAR DE GASTRITIS, DISPEPSIA</b>	<b>DOLOR ABDOMINAL MUY FRECUENTE (DIARIO HASTA &gt;1 VEZ/SEMANA)</b>	<b>DOLOR ABDOMINAL POCO FRECUENTE (1 VEZ AL MES – 1 VEZ CADA 6 MESES)</b>	<b>P</b>	<b>TOTAL</b>
Madre	13 (59.09%)	9 (40.91%)	0.617 (X <sup>2</sup> )	22 (45.83%)
Abuelos	9 (64.29%)	5 (35.71%)	0.349 (Fisher)	14 (29.17%)
Padre	5 (62.5%)	3 (37.5%)	0.710 (fisher)	8 (18.18%)
Hermanos	2 (25%)	6 (75%)	0.130 (Fisher)	8 (16.67%)

**Tabla 9. Relación entre antecedentes familiares de patología digestiva (colon irritable, estreñimiento, diarreas frecuentes) y frecuencia de dolor abdominal.**

ANTECEDENTE FAMILIAR DE COLON IRRITABLE, ESTREÑIMIENTO	DOLOR ABDOMINAL MUY FRECUENTE (DIARIO HASTA >1 VEZ/SEMANA	DOLOR ABDOMINAL POCO FRECUENTE (1 VEZ AL MES - 1 VEZ CADA 6 MESES	P	TOTAL
Madre	13 (61.9%)	8 (38.1%)	0.230 ( $X^2$ )	21 (43.75%)
Padre	4 (66.67%)	2 (33.33%)	0.673 (Fisher)	6 (13.64%)
Abuelos	5 (50%)	5 (50%)	0.882 ( $X^2$ )	8 (17.02%)
Hermanos	3 (12.5%)	5 (21.74%)	0.461 (Fisher)	

## 8. Discusión

Dentro de las limitaciones de esta encuesta se encuentra que se realizó a pacientes recolectados a conveniencia y provenientes de un hospital de tercer nivel de atención, existiendo sesgos de referencia. Esta puede ser la razón por la que encontramos los pacientes más severos y únicamente 2 pacientes que habían asistido por primera vez a urgencias; además por las limitaciones del muestreo los resultados no pueden ser extrapolados a otros hospitales o a otros tipos de poblaciones.

Aunque la mayoría de niños habían sido valorados por el Pediatra, buena parte de ellos fueron derivados al Gastroenterólogo Pediatra y al Cirujano Pediatra; además los padres de los niños que no habían interconsultado a estas subespecialidades consideraban este hecho como una de las causas de la ausencia de mejoría y deseaban que fueran remitidos especialmente al Gastroenterólogo Pediatra.

Aquí nos surge la pregunta de si será que como médicos pediatras no estamos siendo capaces de solucionar el problema a estos niños ni de llenar las expectativas de sus padres, siendo muchas veces nosotros mismos los que generamos esa necesidad de remitir los dolores abdominales crónicos porque no sabemos que más ofrecer a estos pacientes; o si será más bien que cada vez nos enfrentamos a pacientes más demandantes de la consulta subespecializada y órgano específica, que al no obtenerla consideran que no se está ofreciendo solución a su problema, no siendo suficiente para ellos la evaluación por su médico pediatra de cabecera.

Quizás como consecuencia de nuestro sistema de seguridad social que restringe los tiempos de atención en consulta externa y que hace que cada vez las valoraciones por el pediatra u otros especialistas sean más tardías, esta patología que debería ser abordada por la consulta externa se convierte en un motivo de consulta frecuente en urgencias. Adicionalmente se pudo apreciar que estos niños habían consultado en más de una oportunidad al servicio de urgencias, en la búsqueda de ser valorados por ese especialista “anhelado” de forma más

rápida y probablemente en relación con la facilidad de que les sean realizados exámenes de laboratorio y ayudas diagnósticas de forma inmediata.

Contrario a lo que se esperaba, la falta de tiempo en la consulta y de formulación de medicamentos no fueron consideradas como razones importantes para la ausencia de mejoría de los pacientes; llama la atención que a pesar de que a la totalidad de los niños evaluados se les había realizado uno o varios exámenes de laboratorio, un porcentaje importante de los padres refería que la falta de laboratorios era una de las causas de no mejoría.

Cabe anotar que los 48 niños que hacen parte de la población estudio no cursaban con ninguna patología orgánica, se trata de pacientes con dolor abdominal crónico funcional y por tanto sin indicación de realizar exámenes diagnósticos; sin embargo, la angustia que genera la cronicidad y recurrencia del dolor en el niño, los padres y el mismo personal de salud se convierte en la principal justificación para la solicitud de los mismos.

La percepción de que sus niños presentan una patología grave y no un dolor funcional, que se vio reflejada en que la mayoría de los padres creen en la veracidad de este dolor y no lo consideran una pataleta; sumado al antecedente de patología gastrointestinal incluido cáncer digestivo intrafamiliar, son factores estresantes para las familias y se vuelven razones poderosas que explican la consulta repetida por urgencias así como la solicitud de laboratorios y valoraciones especializadas.

En cuanto al diagnóstico asignado a estos niños, vale la pena mencionar que al tratarse de preguntas subjetivas, que no fueron corroboradas en la historia clínica, este trabajo presenta sesgos de recuerdo, lo que muchas veces lleva a incongruencias en las respuestas como cuando los padres referían que no se les había informado la causa del dolor y aun así después afirmaban que se les habían planteado varios diagnósticos.

En este estudio exploratorio se encontraron algunos eventos estresantes probablemente relacionados con la presencia de dolor abdominal crónico en los pacientes estudiados: los más importantes fueron el cambio de colegio, la muerte de un familiar y el cambio de ciudad o barrio; sin embargo no puede establecerse una causalidad por el tipo de diseño del estudio, lo cual nos lleva a generar la hipótesis de si estos factores de riesgo tienen relación con el dolor abdominal crónico al igual que lo reportado en otros estudios.

Aunque el diseño de este estudio no permite determinar relaciones causales, si pudimos ver que una proporción no despreciable de los niños encuestados

habían padecido algún evento estresante que podía relacionarse con la frecuencia del dolor abdominal; se encontró que sólo la variable cambio de colegio tuvo un mayor porcentaje en el grupo de dolor abdominal muy frecuente, no obstante el poder del estudio no permitió encontrar diferencias estadísticamente significativas sin desconocer que sí existen diferencias clínicas.

La mayoría de estos pacientes tenían algún familiar afectado por patologías digestivas funcionales, encontrándose nuevamente una mayor proporción en el género femenino (madre, abuela). La presencia en varios miembros de la familia de gastritis o colon irritable puede significar la adquisición de patrones aprendidos por parte de los niños, explicando la mayor frecuencia de dolor abdominal crónico.

Por último debe aclararse que este es un estudio descriptivo en el que lamentablemente sólo pudo obtenerse datos de 50 pacientes, siendo necesario excluir a dos de ellos porque habían consultado en una única oportunidad. El pequeño número de pacientes no permitió que se obtuvieran datos que representativos de la población general que padece dolor abdominal crónico y esto debe ser tenido en cuenta en el momento de analizar los resultados.

Como médicos debemos tener en cuenta que en algunas patologías necesitamos dar un manejo más integral y no limitarnos a manejar la parte orgánica sino también tener en cuenta sus creencias e imaginarios; por lo tanto para abordar estos temas proponemos la realización de estudios cualitativos que complementen la investigación cuantitativa, lo que quizás nos ayude a entender más el padecimiento de estos niños.

Este estudio debe ser la base bien sea para continuar con la recolección de datos de más pacientes que consulten al servicio de urgencias y realizar un análisis más amplio de las variables; o bien para realizar una comparación entre los pacientes que consultan a urgencias y aquellos que lo hacen por consulta externa a fin de encontrar diferencias entre los dos grupos.

Adicionalmente este estudio exploratorio permite generar hipótesis que son base para el desarrollo de estudios observacionales analíticos como casos y controles o cohortes que permitan no sólo analizar pacientes con y sin el desenlace; sino también establecer si algunos factores estresantes reportados en la literatura de otros países se comportan de igual forma en nuestra población infantil y nos ayuden a entender la génesis del dolor abdominal crónico o a evaluar algunos factores pronósticos en algunos niños ya diagnosticados.

Justamente por esto se inició en Diciembre de 2012 la recolección de 100 pacientes controles, con el fin de realizar una segunda parte del estudio que permita establecer una comparación entre la presencia de eventos estresantes y enfermedades digestivas en los familiares de niños con dolor abdominal crónico y aquéllos que consultan al servicio de urgencias por patologías diferentes.

## 9. Conclusiones y recomendaciones

El dolor abdominal crónico funcional es una entidad más frecuente en nuestro medio de lo que pensamos, en muchas oportunidades el diagnóstico se omite porque nos limitamos a identificar las causas agudas del mismo y a realizar evaluaciones en un momento determinado de la historia de los pacientes, sin detenernos a interrogar si es la primera vez que consultan por un síntoma similar.

En los 48 pacientes estudiados se encontró un predominio por el género femenino (58.75%), la mediana de evolución del dolor abdominal fue de 18 meses (2-72 meses) y las especialidades más consultadas fueron Pediatría y Gastroenterología Pediátrica con porcentajes de 83.3 y 38.3%, respectivamente.

Dentro de las principales causas asociadas a la ausencia de resolución del problema, según lo referido por los padres, se encontró la falta de valoración por especialistas y de exámenes (77.14 y 54.29%, respectivamente).

El laboratorio más solicitado fue el uroanálisis (93.75%), el tratamiento más indicado las modificaciones en la dieta y el estilo de vida (70.83%) y el diagnóstico más frecuente fue dolor abdominal seguido por gastritis (68.75 y 45.83%).

Los eventos estresantes asociados más frecuentemente con dolor abdominal crónico fueron el cambio de colegio (34.04%) y la muerte de un familiar (29.17%); así mismo se encontró que las personas de la familia con mayor prevalencia de patología gastrointestinal fueron madre y abuelos, el 29.17% de los pacientes tenían el antecedente familiar de cáncer digestivo.

La realización de este trabajo me permitió entender que muchas veces los pacientes no necesitan un arsenal de exámenes diagnósticos o de medicamentos para sentir que su patología ha sido suficientemente estudiada o está resuelta; a veces lo único que necesitan es que su médico se tome el tiempo de explicarles lo que está pasando y el pronóstico a largo plazo, porque nuestra medicina más poderosa es precisamente la palabra.



## A. Anexo: Consentimiento informado

Yo, \_\_\_\_\_, con cédula número \_\_\_\_\_, padre de \_\_\_\_\_, identificado con documento de identidad \_\_\_\_\_,

en pleno uso de mis facultades, certifico que se me ha brindado la información suficiente sobre el estudio "**Factores asociados a la consulta única o repetida por dolor abdominal crónico en el servicio de urgencias del Hospital Pediátrico de La Misericordia**" al cual entrará mi hijo (a), sin perjuicios para el mismo, que autorizo que la información correspondiente a mi hijo sea utilizada por los investigadores en este estudio y que seré informado acerca de lo concerniente a la evaluación y resultado de los exámenes realizados.

Conforme a lo anterior, se firma en la fecha \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL TUTOR LEGAL

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL TESTIGO

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL MEDICO TRATANTE



## B. Anexo: Encuesta dolor abdominal crónico

Universidad Nacional de Colombia

Hospital de la Misericordia

Estudio dolor abdominal crónico

Responsables: K. Márquez, R Guerrero, L. Forero

Consecutivo	Nombre		
Fecha de nacimiento (dd/mm/aa)	____/____/____	1) Sexo 1. Masc 2. Fem	
2) Familia 1. Uniparental 2. Biparental 3. Huérfano	3) Edad madre (años)		4) Edad padre (años)
5) Cuidador del niño 1. Madre; 2. Padre; 3. Abuelo; 4.Tío; 5. Empleada doméstica, niñera 6. Otro, (especifique)			
6) Número de hermanos	7) Diferencia entre hermano mayor y niño (años)		
8	Posición del niño en su familia (número)		
9	¿Es esta la primera vez que consulta por el dolor abdominal de su hijo? 1.Sí; 2 No		
10	¿Cuántas veces estima que ha consultado por el dolor abdominal de su hijo en los últimos 12 meses por urgencias? (número) 999 No sabe		
11	¿Cuántas veces ha consultado al médico general por el mismo motivo? (número) 999.No sabe		

12	¿Ha consultado al pediatra? 1 Si; 2 No; 3 No sabe.
13	¿Ha consultado al gastroenterólogo pediatra? 1 Si; 2 No; 3 No sabe.
14	¿Ha consultado al cirujano pediatra? 1 Si; 2 No; 3 No sabe.
15	¿Ha consultado al nutricionista? 1 Si; 2 No; 3 No sabe.
16	¿Ha consultado a otro especialista? 1 Si; 2 No; 3 No sabe; especifique
17	¿Cuántas veces ha consultado al pediatra? (número) 999. No sabe
18	¿Cuántas veces ha llevado a su niño a control por dolor abdominal? (Incluye las veces que el médico lo cita a control y las consultas que son asignadas para lectura de exámenes; excluye las veces en que usted consulta por su propia cuenta) (número); 999 No sabe.
19	¿Cuánto hace que su hijo tiene dolor abdominal? (meses)
20	¿Con qué frecuencia se presenta el dolor abdominal de su hijo? 1. Diaria; 2. 1 vez/sem; 3. >1 vez/sem; 4. 1 vez/ mes; 5. 2 veces/mes; 6 1 vez c/2 meses; 7.1 vez c/3 meses; 8. 1 vez c/ 6 meses
21	¿Hacia cuánto tiempo que el niño no tenía dolor antes de esta consulta? (días)
22	En el último año, ¿a cuántas instituciones o consultorios diferentes ha llevado a su hijo por dolor abdominal? (número) 999. No sabe
23	En alguna de esas instituciones, ¿alguno de los médicos ha visto a su hijo en más de 3 oportunidades? 1 Si; 2 No; 999 No sabe.
24	¿Cree usted que su hijo a veces finge el dolor abdominal (hace teatro)? 1 Si; 2 No; 3 No sabe.
25	¿Cree usted que su hijo tiene algo grave? 1 Si; 2 No; 999 No sabe.
26	Usted considera que el castigo físico en su familia se presenta: 1. Nunca; 2. Algunas veces; 3. Muchas veces; 4. Casi siempre.
27	¿Cree usted que su hijo ha mejorado en relación con la época en que iniciaron los síntomas? 1 Si; 2 No; 3 No sabe.
28	Si usted respondió sí a la pregunta anterior califique la mejoría de su hijo de 1 a 10

	Si respondió no, ¿por qué cree que no ha mejorado?			
29	No le han dedicado suficiente tiempo en las consultas 1. sí; 2. No			
30	No le han dado medicamentos 1. sí; 2. No			
31	Le faltan exámenes 1. sí; 2. No			
32	Falta que lo vea otro especialista. 1. sí; 2. no ¿Cuál?			
33	Pediatra 1. sí; 2. no		35	Gastroenterólogo 1. sí; 2. No
34	Cirujano pediatra 1. sí; 2. no		36	Nutricionista 1. sí; 2. no
37	Otro. 1. sí; 2. no	¿cuál?		
38	¿Le han hecho exámenes a su niño? 1. sí; 2. no; 3. no sabe			
	Si respondió sí, ¿Qué exámenes le han realizado? Para cada uno de los siguientes marque 1. sí; 2. no; 3. no sabe			
39	Examen de materia fecal		44	Rayos X de vías digestivas altas con contraste
40	Examen de orina		45	Rayos X de vías digestivas bajas con contraste
41	Examen de sangre		46	Endoscopia
42	Ecografía abdominal		47	Colonoscopia
43	Rayos X de abdomen			
48	¿Le han informado que tiene su hijo como causa del dolor abdominal? 1. sí; 2. no;			
	Si respondió sí, ¿Qué le han dicho que tiene su hijo como causa del dolor abdominal? Para cada una de las siguientes marque 1. sí; 2. no.			
49	Gastritis		54	Dolor abdominal
50	Parásitos		55	Dispepsia

51	Estreñimiento		56	El médico no sabe.
52	Colon Irritable		57	No le han dicho.
53	Reflujo		58	Otra, ¿Cuál?
59	¿Le han hecho tratamiento a su hijo? 1. sí; 2. no; 3. no sabe			
	¿Cuál? Para cada uno de los siguientes marque 1. sí; 2. no; 3. no sabe			
60	Antiácidos (ej. Mylanta, leche de magnesia, hidróxido de aluminio)		64	Trimebutina
61	Bloqueadores H2 (ej. ranitidina)		65	Antiespasmódicos (ej. Buscapina)
62	IBP (ej. omeprazol, esomeprazol, lansoprazol)		66	Antiparasitarios
63	Proquinéticos (ej. Cisaprida, metoclopramida)		67	Modificaciones dietéticas y en el estilo de vida
	En los últimos 2 años, ¿en su familia se ha presentado alguna de las siguientes situaciones? Para cada una de las siguientes marque 1. sí; 2. no.			
68	Separación de los padres		73	Pérdida de amigos (pelea, muerte, mudanza)
69	Muerte de un familiar		74	Cáncer en la familia
70	Pérdida del año escolar		75	Maltrato intrafamiliar
71	Cambio de ciudad o barrio		76	Cambio de colegio
72	Pérdida de mascota		77	Nacimiento
78	¿Tiene hermanos que tengan dolor abdominal crónico? 1. sí; 2. no.			
	¿Alguno de los siguientes tiene gastritis, úlcera, dispepsia sin endoscopia, Helicobacter pylori? Para cada uno marque 1. sí; 2. no.			
79	Padre		81	Hermanos
80	Madre		82	Abuelos

	¿Alguno de los siguientes tiene colon irritable, estreñimiento, diarreas repetidas? Para cada uno marque 1. sí; 2. no.			
83	Padre		85	Hermanos
84	Madre		86	Abuelos
87	¿Padres, abuelos o tíos han tenido sospecha o confirmación de cáncer digestivo? 1. sí; 2. no.			



## Bibliografía

1. Berger MY, Gieteling MJ, Benninga MA. Chronic abdominal pain in children. *BMJ*, 12 May 2007, Volume 334.
2. 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 Gastroenterol Nutr*, Vol. 47, No. 3, September 2008.
3. Helgeland H, Flagstad G, Grotta J, Olav P, Kristensen H, Markestad T. Diagnosing pediatric functional abdominal pain in children (4-15 years old) according to the Rome III Criteria: results from a Norwegian prospective study. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*, Vol. 49, No. 3, September 2009.
4. Chronic abdominal pain in children: a clinical report of the American Academy of Pediatrics and the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*, Vol. 40, No. 3, March 2005.
5. Ceresa S. Dolor abdominal crónico funcional en niños: nuevos conceptos. *Rev Med Clin Condes* 2008; 19 (4): 360-365.
6. Dolor abdominal crónico: guías conjuntas de actualización pediatría primaria-especializada en patología digestiva, 2007. Grupo de Gastroenterología Pediátrica de la zona sur (Madrid).
7. Rubinos O, Mora I. Protocolos de digestivo: dolor abdominal crónico. *Bol Pediatr* 2006; 46: 206-214.
8. Kenny P. Dolor abdominal funcional en niños. *Archivos Argentinos de Pediatría* 1998; Vol. 96: 334.
9. Rico E, Borja MC, Codoñer P, Úbeda MI. Dolor abdominal crónico en la infancia. Hacia la consulta de alta resolución en atención primaria. *Rev Pediatr Aten Primaria* 2004; 6: 597-604.

10. Bremner AR, Sandhu BK. Recurrent abdominal pain in childhood: the functional element. *Indian Pediatrics*, Volume 46- May 17, 2009.
11. Vera JF, Suarez MA, Briceño GD. Guías de Gastrohepatología y Nutrición Pediátrica Basadas en la Evidencia. Editorial Distribuna 2006; 4:65-83.