

**DOLOR ABDOMINAL CRONICO EN LA CONSULTA DE GASTROENTEROLOGIA
DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO DE
NEIVA ENTRE EL 1º DE JULIO DE 2008 Y EL 1º DE ENERO DE 2009**

CARLOS HUGO RIOS QUINCHOA

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA INTERNA
NEIVA - HUILA
2010**

DOLOR ABDOMINAL CRONICO EN LA CONSULTA DE GASTROENTEROLOGIA
DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO DE
NEIVA ENTRE EL 1º DE JULIO DE 2008 Y EL 1º DE ENERO DE 2009

CARLOS HUGO RIOS QUINCHOA

Trabajo de grado presentado como requisito para optar al titulo de ESPECIALISTA
EN MEDICINA INTERNA

Asesores
GUSTAVO PORTELA
Médico Internista
JANETH VALENCIA

Revisado por:
MD Epidemiólogo Dagoberto Santofimio
MG Epidemiología Dolly Castro

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA INTERNA
NEIVA - HUILA
2010

Nota de aceptación:

Firma presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

DEDICATORIA

A mis familiares y amigos por su tolerancia y paciencia en este proceso de aprendizaje.

Carlos Hugo

AGRADECIMIENTOS

El autor expresa sus agradecimientos.

Al Doctor Gustavo Portela, Medico Internista quien con su conocimiento y experiencia fue pieza indispensable en este proceso de investigación.

A los docentes de la especialización, quienes han sido guías en mi formación profesional.

A todos los participantes de este proyecto, mil gracias.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	18
1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA	20
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	23
3. JUSTIFICACIÓN	24
4. OBJETIVOS	25
4.1 OBJETIVO GENERAL	25
4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	25
5. MARCO TEORICO	26
5.1 CAUSAS DEL DOLOR ABDOMINAL CRONICO	27
5.2 TRASTORNOS ESTRUCTURALES (ORGANICOS)	29
5.2.1 Enfermedad ulcerosa péptica y gastritis	29
5.2.1.1 Presentación clínica	29
5.2.1.2 Diagnóstico	29
5.2.1.3 Manejo	29
5.2.2 Cálculos biliares	30

	Pág.	
5.2.2.1	Epidemiología y fisiopatología	30
5.2.2.2	Presentación clínica	30
5.2.2.3	Diagnóstico	30
5.2.2.4	Manejo	30
5.2.3	Pancreatitis crónica	30
5.2.3.1	Definición y epidemiología	30
5.2.3.2	Presentación clínica	31
5.2.3.3	Diagnóstico	31
5.2.3.4	Manejo	31
5.2.4	Enfermedades inflamatorias intestinales (EII)	31
5.2.4.1	Colitis Ulcerativa	31
5.2.4.1.1	Epidemiología	31
5.2.4.1.2	Presentación clínica	31
5.2.4.2	Enfermedad de Crohn	32
5.2.4.2.1	Presentación clínica	32
5.2.4.2.2	Diagnóstico	32
5.2.4.2.3	Manejo	33
5.2.5	Isquemia mesentérica	33
5.2.5.1	Presentación clínica	33
5.2.5.2	Diagnóstico	33

	Pág.
5.2.5.3 Manejo	33
5.2.6 Enfermedad pélvica inflamatoria	33
5.2.6.1 Definición y epidemiología	33
5.2.6.2 Presentación clínica	34
5.2.6.3 Diagnóstico	34
5.2.6.4 Manejo	34
5.2.7 Endometriosis	34
5.2.7.1 Presentación clínica	34
5.2.7.2 Diagnóstico	34
5.2.7.3 Manejo	35
5.2.8 Adherencias abdominales	35
5.2.8.1 Definición y Epidemiología	35
5.2.8.2 Presentación clínica	35
5.2.8.3 Diagnóstico y manejo	35
5.2.9 Obstrucción intestinal	36
5.2.9.1 Presentación clínica	36
5.2.9.2 Diagnóstico	36
5.2.9.3 Manejo	36
5.3 TRASTORNOS FUNCIONALES GASTROINTESTINALES	36
5.3.1 Síndrome De Intestino Irritable	37
5.3.1.1 Definición y epidemiología	37

	Pág.	
5.3.1.2	Características clínicas	38
5.3.1.3	Diagnóstico	38
5.3.1.4	Manejo	39
5.3.2	Dispepsia	39
5.3.2.1	Definición y epidemiología	39
5.3.2.2	Presentación clínica	40
5.3.2.3	Diagnóstico	40
5.3.2.4	Manejo	41
5.3.3	Síndrome de dolor abdominal funcional	41
5.3.3.1	Definición y epidemiología	41
5.3.3.2	Presentación clínica	41
5.3.3.3	Diagnóstico	42
5.3.3.4	Manejo	42
5.3.4	Dolor biliar	42
5.3.4.1	Disfunción De La Vesícula Biliar (Disquinesia)	42
5.3.4.1.1	Definición	43
5.3.4.1.2	Diagnóstico	43
5.3.4.1.3	Tratamiento	43
5.3.4.2	Disfunción Del Esfínter de Oddi	43
5.3.4.2.1	Definición y epidemiología	43

	Pág.
5.3.4.2.2 Características clínicas	43
5.3.4.2.3 Diagnóstico	43
5.3.4.2.4 Manejo	44
5.4 OTRAS CAUSAS DE DOLOR ABDOMINAL	44
5.4.1 Diverticulitis	44
5.4.1.1 Presentación clínica	44
5.4.1.2 Diagnóstico	45
5.4.1.3 Manejo	45
5.4.2 Dolor de la pared abdominal	45
5.4.2.1 Presentación clínica	45
5.4.2.2 Diagnóstico	45
5.4.2.3 Manejo	45
5.4.3 Porfirio	46
5.4.4 Adenitis Mesentérica	46
5.4.5 Síndrome de Budd-Chiari	46
6. DISEÑO METODOLÓGICO	47
6.1 TIPO DE ESTUDIO	47
6.2 UBICACIÓN	47
6.3 POBLACIÓN	47

	Pág.	
6.4	DEFINICION DE CASO	48
6.4.1	Criterios de inclusión	48
6.4.2	Criterio de exclusión	48
6.5	SELECCIÓN DE LA MUESTRA	48
6.6	PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION	49
6.6.1	Instrumento de recolección	49
6.6.2	Recolección de la Información	49
6.6.3	Tabulacion y sistematización de la información	50
6.7	ANALISIS DE LA INFORMACION	50
6.8	CONTROL DE VARIABLES DE CONFUSION Y SESGOS	51
6.9	CONSIDERACIONES ÉTICAS	51
7.	RESULTADOS	52
8.	DISCUSION	67
9.	CONCLUSIONES	70
	BIBLIOGRAFÍA	72
	ANEXOS	74

LISTA DE TABLAS

		Pág.
Tabla 1	Causas de Dolor Abdominal por Localización	27
Tabla 2	Causas De Dolor Abdominal Crónico	28
Tabla 3	Diagnóstico diferencial del dolor abdominal crónico o recurrente	29
Tabla 4	Criterios Diagnósticos Del Síndrome De Intestino Irritable (Roma III)	38
Tabla 5	Signos De Alarma Considerados Potencialmente Relevantes En El Diagnóstico De Enfermedad Orgánica Versus Síndrome De Intestino Irritable	38
Tabla 6	Tratamiento del síndrome de intestino irritable	39
Tabla 7	Criterios Diagnósticos Para Dispepsia Funcional, Síndrome De Distress Postprandial, Y Síndrome De Dolor Epigástrico (Roma III)	40
Tabla 8	Criterios Diagnósticos Del Síndrome De Dolor Abdominal Funcional (Roma III)	42
Tabla 9	Criterios Diagnósticos Para Los Desórdenes Funcionales De La Vesícula Biliar Y El Esfínter De Oddi, Y Desorden Funcional Del Esfínter De Oddi Biliar (Roma III)	44
Tabla 10	Datos demográficos de pacientes que consultaron al servicio de Gastroenterología del HUN entre el 1º de julio de 2008 y el 1º de enero de 2009	52
Tabla 11	Impresión diagnóstica en la primera consulta de los pacientes con Dolor Abdominal Crónico	54
Tabla 12	Tipo del dolor en los pacientes con Dolor Abdominal Crónico	54

		Pág.
Tabla 13	Características del dolor según irradiación y ubicación en los pacientes con Dolor Abdominal Crónico	55
Tabla 14	Características del dolor según la relación con hora en el día, con las comidas, actividad física y mejoría con las deposiciones en pacientes con Dolor Abdominal Crónico	56
Tabla 15	Signos y síntomas asociados al dolor en pacientes con Dolor Abdominal Crónico	57
Tabla 16	Distribución de imágenes diagnósticas realizadas en pacientes con dolor abdominal crónico	58
Tabla 17	Gastritis y Tipo de Dolor	63
Tabla 18	Síndrome de Intestino Irritable y Tipo de Dolor	63
Tabla 19	Colecistitis Colelitiasis y Tipo de Dolor	64
Tabla 20	Gastritis y localización del dolor	64
Tabla 21	Síndrome de Intestino Irritable y Localización del Dolor	65
Tabla 22	Colelitiasis y localización del dolor	65
Tabla 23	Gastritis y Síntomas asociados a la causa de dolor abdominal Crónico	65
Tabla 24	Síndrome intestino irritable y Síntomas asociados a la causa de dolor abdominal crónico	66
Tabla 25	Colelitiasis y síntomas asociados a la causa de dolor abdominal Crónico	66

LISTA DE GRÁFICAS

		Pág.
Grafica 1	Distribución por grupo etareo del Dolor Abdominal en la consulta externa de Gastroenterología del HUN entre el 1º de julio de 2008 y el 1º de enero de 2009	53
Grafica 2	Causas de dolor abdominal en los pacientes que consultaron al servicio de Gastroenterología del HUN entre el 1º de julio de 2008 y el 1º de enero de 2009	58
Grafica 3	Distribución por frecuencia de las patologías específicas del subgrupo de causas inflamatorias del dolor abdominal	59
Grafica 4	Distribución por frecuencia de las patologías específicas del subgrupo de causas funcionales del dolor abdominal	59
Grafica 5	Distribución por grupo etario de las causas más comunes de dolor abdominal en la consulta externa de Gastroenterología del HUN entre el 1º de julio de 2008 y el 1º de enero de 2009	60
Grafica 6	Distribución por género de las causas más frecuentes de dolor abdominal en la consulta externa de Gastroenterología del HUN entre el 1º de julio de 2008 y el 1º de enero de 2009	61
Grafica 7	Distribución por tipo de dolor de las causas más frecuentes de dolor abdominal en la consulta de Gastroenterología del HUN entre el 1º de julio de 2008 y el 1º de enero de 2009	62
Grafica 8	Distribución por localización del dolor de las causas más Frecuentes de dolor abdominal en la consulta de Gastroenterología del HUN entre el 1º de julio de 2008 y el 1º de enero de 2009	62

LISTA DE ANEXOS

		Pág.
Anexo A	Instrumento de Recolección	75
Anexo B	Operacionalización de Variables	76

RESUMEN

Introducción: El dolor abdominal constituye una queja de presentación en el 1.5% de las visitas al servicio de consulta externa y cerca del 10% de todas las visitas al servicio de emergencias. Se estima que el 50% de los pacientes con dolor abdominal que son atendidos en las unidades de gastroenterología, tiene dolor abdominal crónico idiopático, o de etiología incierta. Para su estudio, frecuentemente se utilizan numerosas pruebas diagnósticas posicionando el dolor abdominal crónico como una patología que genera una importante demanda de recursos en el proceso de atención de la población consultante, resaltando el hecho de que el valor de la historia clínica y el examen físico, los cuales son, invariablemente, la parte más importante del proceso diagnóstico, han sido rara vez evaluados por métodos científicos.

Materiales y métodos: Se realiza un estudio descriptivo de corte trasversal, en el que se identificaron 108 casos durante un periodo de 6 meses, que permitirá establecer la prevalencia, etiología y características clínicas del dolor abdominal crónico de los pacientes que consultaron al servicio de gastroenterología del Hospital Universitario de Neiva

Resultados: La prevalencia de dolor abdominal crónico fue de 8%, siendo mayor en el grupo de mujeres a razón de 1:3, zona urbana. La etiología más frecuente la constituyen las causas inflamatorias con un 72%, seguidas por las funcionales con un 20%, las mecánicas con un 6%, y las cardiovasculares con un 2%. Las patologías específicas más frecuentes fueron la gastritis, el síndrome de intestino irritable (SII) y la colelitiasis; el 43% de los pacientes se ubicó en el intervalo de edad entre los 38 y 57 años con un promedio de edad de 46,3 años. El tipo de dolor más común fue el de tipo ardor.

Conclusión: Se encontró significancia estadística en la relación del dolor de tipo ardor con la gastritis, y para descartar la probabilidad de que se deba a SII. Así como para el dolor en epigastrio con la gastritis. Se estableció que la presencia de agrieras refuerza el diagnóstico de gastritis, así como la existencia de diarrea o distensión abdominal es significativa para diagnóstico de SII. Se concluyó que análisis comparativos entre las características del dolor descrito por los pacientes en la consulta inicial y el diagnóstico médico rindieron información clínicamente útil en la identificación de enfermedades abdominales. Sin embargo, y a pesar de que para algunos casos de dolor abdominal la toma de historia clínica fue altamente predictiva de la presencia o ausencia de enfermedad, no sustituyó nunca la necesidad de datos paraclínicos obtenidos mediante pruebas específicas para alcanzar el diagnóstico definitivo.

Palabras claves: Dolor abdominal crónico, causas, epidemiología, clínica del dolor.

ABSTRACT

Introduction: Abdominal pain is a presenting complaint in 1.5% of visits to the outpatient service, and about 10% of all visits to the emergency department. It is estimated that 50% of patients with abdominal pain who receive care in gastroenterology units, suffer from idiopathic chronic abdominal pain, or of uncertain etiology. For their study, doctors frequently use many diagnostic tests, positioning chronic abdominal pain as a disease that creates significant resource demands on the process of the population receiving care, highlighting the fact that the value of clinical history and physical examination, which are, invariably, the most important part of diagnostic process, have rarely been evaluated by scientific methods.

Materials and methods: This is a descriptive and cross-sectional study, which reviewed 108 patients, that will allow to establish which are the most common etiologic diagnosis of chronic abdominal pain, in patients who use the Gastroenterology service in the University Hospital of Neiva, during July 1 of 2008 at January 1 of 2009, and their most relevant clinical characteristics.

Results: The prevalence of chronic abdominal pain is 8%. The most frequent diagnostic groups were corresponding to inflammatory causes, with 72%, followed by the functional causes with 20%, the mechanical causes with 6% and cardiovascular causes with 2%. The most frequent specific pathologies were gastritis, irritable bowel syndrome and cholelithiasis, 43% of the patients were located in the age range between 38 and 57 years and the male / female ratio was 1:3.5; the age was +/- 46,3 year old.

Conclusion: Statistical significance for those who reported burning-type pain with gastritis, and to rule out the probability that is due to IBS, was successfully established. Just as epigastric pain with gastritis. Finally, it was established that the presence of heartburn reinforces the diagnosis of gastritis; and the presence of diarrhea or abdominal distension, are significant from the statistics, to infer a diagnosis of IBS.

In summary, it was concluded that comparative analysis between the characteristics of pain described by patients in the initial clinical visit and the medical diagnosis, yielded clinically useful information regarding the effectiveness of clinical history taking and physical examination to identify abdominal diseases. However, despite some cases of abdominal pain where the history-making was highly predictive of the presence or absence of disease, never replaced the need for paraclinical data obtained from specific tests to reach a definitive diagnosis.

Keywords: chronic abdominal pain, causes, epidemiology, abdominal pain clinic.

INTRODUCCION

El dolor, palabra que proviene del latín para significar pena o tormento, es el síntoma más frecuente referido por el paciente que padece una patología abdominal, y nos obliga siempre a buscar una lesión orgánica susceptible de manejo médico o quirúrgico. Para lograrlo es necesario un conocimiento anatómico y fisiológico mínimo sobre este síntoma, que dé sentido a la información que el paciente comunica.

Lo dicho antes cobra mayor relevancia en aquel que padece de dolor abdominal crónico, porque el cuadro clínico incluye condiciones psicológicas que dificultan la búsqueda de una vía nerviosa comprometida, por lo cual la mirada para el adecuado diagnóstico debe contar con criterios inter y transdisciplinarios (1).

El dolor abdominal constituye un desafío tanto para el médico de cuidado primario como para el especialista y equipos interdisciplinarios de los hospitales de referencia (2), ya que obliga a salirse del esquema del estímulo doloroso sobre un receptor periférico con transmisión de la señal por una vía nerviosa, para incluir el componente afectivo que está influido por factores genéticos, experiencia personal y la cultura que envuelve al paciente. (2)

Por otro lado, se estima que el 50% de los pacientes con dolor abdominal que son atendidos en las unidades de gastroenterología, tiene dolor abdominal crónico idiopático, o de etiología incierta (2). Para su estudio, frecuentemente se utilizan numerosas pruebas diagnósticas como endoscopias, colonoscopias, ecografías, tomografías, laparoscopias, etc., así como diversas intervenciones terapéuticas e incluso quirúrgicas, posicionando el dolor abdominal crónico como una patología que genera una importante demanda de recursos en el proceso de atención de la población consultante. Por esta razón, el armamentario diagnóstico con que cuenta el médico debe ser utilizado con criterio de estricta racionalidad, obedeciendo a la impresión diagnóstica obtenida con la historia clínica (3)

Para alcanzar un diagnóstico etiológico es necesario conocer y diferenciar las distintas entidades que cursan con dolor abdominal como síntoma principal o secundario, y realizar junto al paciente una historia clínica completa. Existen diversas maneras de clasificación del paciente con dolor abdominal crónico; una de ellas lo divide en tres grupos: pacientes con patologías orgánicas que explican los síntomas, pacientes con alteraciones fisiológicas que explican los síntomas, y aquellos sin alteraciones y con alto componente psicógeno (1).

En este sentido, se resalta la importancia del abordaje clínico a un paciente con dolor abdominal, al cual se llega mediante la preparación y la experiencia; sin embargo este objetivo excede los propósitos del trabajo expuesto a continuación, por lo cual este se limitará a estudiar los hallazgos clínicos obtenidos de un grupo de pacientes para ser distribuidos por grupos de etiologías con el fin de intentar establecer una orientación diagnóstica que permita ahorrar esfuerzos y tiempo a la hora de enfrentarse a un paciente que cursa con el hallazgo de dolor abdominal crónico.

1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

El dolor representa una de las preocupaciones del hombre desde el principio de la historia (2). No hay ninguna época en su historia en que éste no se haya enfrentado al problema del dolor, intentando darle una explicación, y sobre todo, de aliviarlo. En el estudio histórico de cualquier civilización encontraremos referencias al dolor. Escuelas enteras de fisiólogos, antropólogos, teólogos y psicólogos han contribuido a identificar los mecanismos biológicos y psicológicos del dolor, sin embargo seguimos estando muy lejos de su total comprensión (3)

En los últimos años se han producido avances prometedores tanto en el conocimiento de los mecanismos fisiopatológicos de los síndromes clínicos dolorosos, como en el conocimiento de los factores culturales y emocionales del individuo. Todo esto, unido al progreso farmacológico que han aportado nuevas sustancias y diferentes presentaciones de las ya conocidas, abre un nuevo horizonte en la lucha frente al dolor (3).

En la primera mitad del siglo XX, el estudio del dolor abdominal crónico se limitaba a las enseñanzas semiológicas de las diferentes escuelas europeas, que partiendo de una rigurosa anamnesis y un cuidadoso examen físico conducía a disquisiciones fisiopatológicas que pudieran explicar los hallazgos, y aun sin diagnóstico claro permitieran formular una hipótesis terapéutica no basada en la evidencia. Los resultados de este ejercicio no fueron los mejores, pero nos dejaron descripciones de signos y síntomas con una utilidad que un siglo después no podemos desconocer.(4)

No distaban mucho de las enseñanzas que dejaron Galeno en Grecia y posteriormente de Maimónides en Egipto, precursores de la Medicina Occidental, dotados de una gran imaginación y de una prodigiosa astucia clínica (3)

El dolor abdominal crónico siempre constituyó una de las primeras causas de consulta y su abordaje siempre fue complicado. Se consideraba que los dolores procedían de órganos intra-abdominales, y por falta de recursos diagnósticos, ante el fracaso terapéutico debía acudir de la experticia de los cirujanos. Así fue como nació la Gastroenterología, una ciencia cuya solución dependía del acto quirúrgico y así se mantuvo hasta la mitad del siglo XX. Algunos autores comenzaron a distinguir entre el dolor de origen visceral y el dolor de la pared abdominal, describiendo signos semiológicos que hicieran una diferenciación aproximadamente cierta.

Los gastroenterólogos de los años 70 tuvieron la fortuna de ser entrenados con esos conceptos que fueron desapareciendo con la introducción de nuevos síndromes explicativos del dolor abdominal crónico como el Colon Irritable, hoy denominado síndrome de Intestino Irritable basado en las explicaciones neuroendocrinas propias del fin de siglo. Se han desarrollado innumerables medicamentos para el control de los síntomas y de la enfermedad, sin haber logrado avances verdaderamente eficaces, como sí sucedió con las enfermedades viscerales, ejemplo clásico el de la enfermedad ulcerosa péptica, para la cual contamos hoy en día con herramientas diagnósticas de la mayor precisión y con conocimientos fisiopatológicos que llevarán a la erradicación de la enfermedad.

Sin embargo, en lo referente a los trastornos funcionales gastrointestinales, encontramos que estos han pasado de ser meros diagnósticos de exclusión, ha ser reconocidos como entidades clínicamente específicas con criterios diagnósticos precisos, solo desde hace pocos años (4).

Los primeros pasos en el desarrollo de los llamados “criterios de Roma” comenzaron en 1988 utilizando metodología Delphi. Estos criterios iniciales fueron modificados en varias ocasiones hasta publicarse en 1999 los “criterios de Roma II” en los que se habían incorporado nuevos conocimientos y más evidencias científicas. No obstante, el tiempo y su aplicación demostraron que tenían diversas limitaciones y que claramente podían ser mejorados. Con esta intención nacieron los “criterios de Roma III” que se han presentado en 2006 y que se recogen en el volumen de Abril de Gastroenterology así como en un libro publicado a tal efecto. El proceso de elaboración de los criterios de Roma III ha durado 5 años y han participado un total de 87 expertos sobre los distintos temas.

Con respecto del problema que nos aborda, encontramos que diferente de las técnicas imagenológicas tales como la ultrasonografía, el scannig de radionucleósidos, y la tomografía computarizada, el valor de la historia clínica y el examen físico, los cuales son, invariablemente, la parte más importante del proceso diagnóstico, han sido rara vez evaluados por métodos científicos. Recientemente, sin embargo, algunos investigadores han hecho uso de métodos epidemiológicos en la evaluación de estas habilidades clínicas básicas en la práctica clínica.

En 1997, publicado en el Journal de epidemiologia, aparece un estudio de este tipo que busca establecer la relación entre las regiones abdominales de dolor y enfermedades específicas, llevado a cabo en la clínica de medicina general del hospital Saga Medical School entre el 1º de abril de 1988 y el 31 de marzo de

1989, arrojando interesantes resultados que serán discutidos durante la presente investigación.

No existen estudios de referencia Colombiana que hablen de dolor abdominal crónico.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El dolor abdominal constituye una queja común en el escenario del paciente ambulatorio, representando un reto debido a su complicado diagnóstico. Diversos procesos patológicos durante la edad adulta se acompañan del hallazgo clínico de dolor abdominal. Aunque la mayoría de los casos son benignos, un porcentaje del 10% de los pacientes en el escenario del servicio de urgencias, y un menor porcentaje de los casos ambulatorios, padecen una causa severa que amenaza sus vidas y requiere cirugía (5), por lo cual, es necesario un esmerado y lógico acercamiento al diagnóstico del dolor abdominal.

La prevalencia e incidencia del dolor abdominal crónico no se encuentra claramente determinada a nivel mundial ni a nivel nacional, debido a que no se reconoce como un síndrome clínico sino como fenómenos aislados, que han sido estudiados como patologías individuales. De allí la importancia de describir los indicadores antes mencionados a nivel local donde los casos de diagnóstico de dolor abdominal son frecuentes en el servicio de gastroenterología del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo, lugar de referencia para toda el área Surcolombiana, pero donde no se cuenta con el estudio suficiente para determinar el impacto que estas patologías tienen en la región.

Con este objetivo, el presente estudio pretende identificar la etiología y las características clínicas del dolor abdominal en la población adulta (> de 18 años) a fin de presentar un panorama más claro en la orientación diagnóstica de los pacientes que cursen con este hallazgo en particular.

3. JUSTIFICACIÓN

El dolor abdominal constituye una queja de presentación en el 1.5% de las visitas al servicio de consulta externa, y cerca del 10% de todas las visitas al servicio de emergencias (5). Muchos pacientes presentan dolor abdominal y otros síntomas que no son típicos de ningún proceso de enfermedad específico. Un diagnóstico específico puede no ser posible en cerca de uno de cada cuatro individuos que presenta dolor abdominal como síntoma principal. Además, dos grupos de pacientes merecen especial consideración: la población anciana (edad mayor a 65 años), y las mujeres en edad reproductiva.

Actualmente no hay antecedentes de estudios de dolor abdominal crónico en el Hospital Universitario y en Colombia no hay estudios que describan la patología del evento. Por esta razón, es importante la creación de bases de datos con valores estadísticos confiables en cuanto a la frecuencia de esta entidad clínica y de sus causas específicas que permitan hacer aproximaciones diagnósticas, y demostrar a las autoridades médicas de la necesidad del manejo adecuado de estas entidades.

Este fenómeno se hace aún más destacado si se tiene en cuenta que actualmente no se cuenta con datos previos que sustenten el razonamiento clínico basado en las posibilidades etiológicas que arroja la región Surcolombiana en particular.

Lo antes expuesto crea la necesidad de datos que favorezcan un esquema diagnóstico que parta del estudio y sospecha de las patologías más comunes y continuar según el orden de frecuencia. Este orden claro a la hora de tomar decisiones finalmente se vería representado en un beneficio económico y del perfil de morbimortalidad como resultado del mejoramiento de las pautas diagnósticas y la pertinencia de las intervenciones terapéuticas.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar la Prevalencia de dolor abdominal crónico en el servicio de Gastroenterología del Hospital Hernando Moncaleano Perdomo entre el 1º de julio de 2008 y el 1º de enero de 2009.

4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

Determinar las características socio-demográficas de los pacientes con dolor abdominal dentro de esta población.

Describir las características clínicas de los pacientes con dolor abdominal crónico del servicio de Gastroenterología del Hospital Universitario de Neiva entre el 1º de julio de 2008 y el 1º de enero de 2009.

Describir los hallazgos imagenológicos de los pacientes con dolor abdominal crónico del servicio de Gastroenterología del Hospital Universitario de Neiva entre el 1º de julio de 2008 y el 1º de enero de 2009.

Identificar la etiología del dolor abdominal crónico.

Describir los principales tipos de dolor en los pacientes con dolor abdominal crónico que consultaron a la institución.

Describir las localizaciones anatómicas mas frecuentes del dolor abdominal crónico en la población estudiada.

Identificar la sintomatología asociada en los pacientes con dolor abdominal crónico.

Identificar la correlación entre el diagnostico clínico y el imagenológico del dolor abdominal crónico.

5. MARCO TEORICO

El dolor abdominal constituye uno de los síntomas fundamentales en el diagnóstico de la patología digestiva, sin olvidar que, en ocasiones, depende de procesos extra digestivos e incluso extra abdominales.

Como se referencia ampliamente, el dolor abdominal se presenta en algún momento de la vida en cerca del 50% de los adultos, y la prevalencia varía de acuerdo a las regiones geográficas (6). Incluso, en estudios basados en poblaciones, se encontró que era, de hecho, *anormal* no reportar ninguna queja del tracto gastrointestinal; aproximadamente el 60% de las personas padecen síntomas crónicos gastrointestinales, aunque la mayoría no busca atención médica (7).

Clínicamente el dolor abdominal puede ser agudo o crónico. Es difícil definir con claridad este límite, pero se considera crónico (siendo este el tipo de dolor que nos interesa) al que se padece por un tiempo superior a tres meses. El dolor abdominal crónico (DAC) aparece en cualquier momento después de los 5 años de edad. Cerca del 10% de los niños requieren evaluación por DAC, y alrededor del 2% de la población adulta, predominantemente mujeres, sufren de DAC, específicamente (8).

El abordaje del paciente con dolor abdominal crónico o agudo no traumático es clínico, y exige del médico toda su capacidad humana y científica para lograr manejarlo (9).

Aunque la localización del dolor abdominal guía la evaluación inicial, algunos signos y síntomas asociados son predictivos de ciertas causas de dolor abdominal, y pueden ayudar a limitar los diagnósticos diferenciales.

Tabla 1. Causas de Dolor Abdominal por Localización

Abdomen superior derecho	Abdomen superior medio	Abdomen superior izquierdo
Coledocolitiasis Colecistitis aguda Colangitis Hepatitis Congestión hepática Neumonía Infarto miocárdico Apendicitis Pielonefritis	Enfermedad por RGE Esofagitis Hernia hiatal Gastritis Pancreatitis Úlcera péptica (gástrica o duodenal) Obst. del vaciamiento gástrico Coledocolitiasis Sínd. de la mesentérica superior Infarto del miocardio Apendicitis Aneurisma aórtico Disección aórtica	Ruptura esplénica Infarto esplénico Pancreatitis Neumonía Infarto del miocardio Úlcera gástrica Pielonefritis
Abdomen medio		
Obstrucción intestinal Gastroenteritis Síndrome de intestino irritable Malabsorción Perforación intestinal Peritonitis Isquemia mesentérica		
Abdomen inferior derecho	Abdomen inferior medio	Abdomen inferior izquierdo
Apendicitis Tiflitis Adenitis mesentérica Cólico ureteral Pielonefritis Enf. Inflamatoria intestinal Diverticulitis Enf. Inflamatoria pélvica Embarazo ectópico Ruptura de quiste ovárico Mittelschmerz Hernia estrangulada	Endometriosis Endometritis Enf. Inflamatoria pélvica Embarazo ectópico Ruptura de quiste ovárico Distensión vesical Cistitis Hernia estrangulada	Diverticulitis Cólico ureteral Pielonefritis Enf. Inflamatoria intestinal Enf. inflamatoria pélvica Embarazo ectópico Ruptura de quiste ovárico Mittelschmerz Hernia estrangulada

Esta es una guía general del dolor abdominal por localización. Cada recuadro representa una región del abdomen y las causas comunes del dolor en esa localización. En esta lista no se incluyen todas las causas posibles, y las regiones en las que se percibe el dolor, se superponen.

Tomado de Gerber J., Long V., Giardiello F. Approach to Abdominal Pain. Gastroenterology: Piccini& Nilsson:Sección V, 2nd ed, Chapter 30. 2006, Johns Hopkins University.

5.1 CAUSAS DEL DOLOR ABDOMINAL CRONICO.

Como ya se mencionó, existen diversas maneras de clasificación del paciente con dolor abdominal crónico; sin que se haya encontrado en la literatura revisada, un consenso claro al respecto. Una de ellas lo divide en tres grupos, sin embargo, a veces no es posible establecer netas diferencias entre estos (9):

1. Pacientes con patologías orgánicas o trastornos estructurales que explican los síntomas.
2. Pacientes con alteraciones fisiológicas o trastornos digestivos funcionales que explican los síntomas.

3. Aquellos sin alteraciones y con alto componente psicógeno.

En este último grupo son frecuentes quejas de debilidad y fatiga, depresión, ansiedad, insomnio, nerviosismo, irritabilidad e historias de violencia intrafamiliar o abuso sexual. A pesar de esto, siempre se debe iniciar el acercamiento diagnóstico buscando una patología orgánica que tratar.

Para efectos de la presente investigación, se intentará realizar un abordaje teórico de las causas de dolor abdominal crónico siguiendo la clasificación de Barden Kuo (tabla 3). Sin embargo, para graficar más armónicamente los resultados obtenidos, se empleará una clasificación consecuente con los hallazgos diagnósticos reportados durante la recolección de datos, la cual excluirá un número importante de las posibilidades diagnósticas incluidas en la clasificación ya mencionada, de la siguiente manera:

Tabla 2. Causas De Dolor Abdominal Crónico

Cardiovasculares	Aneurisma de Arteria Renal Cardiopatía Isquémica (Dolor torácico)
Inflamatorias	Colecistitis Colelitiasis Esófago de Barret Esofagitis Úlcera Gástrica Gastritis Prostatitis Dolor Pélvico Rectosigmoiditis Enfermedad Diverticular Colitis
Mecánicas	Bridas Dolor Post-Quirúrgico Neoplasia o Masa Intestinal Neoplasia Pancreática Neoplasia Biliar Neoplasia o Masa Pélvica Síndrome miofascial
Funcionales	Síndrome De Intestino Irritable Síndrome Del Esfínter de Oddi Enfermo

Casi todos los pacientes con DAC tuvieron una evaluación médica previa que no rindió un diagnóstico después de la anamnesis, y el examen físico y para clínico básicos. Tal vez el 10% de los pacientes tienen una enfermedad fisiológica oculta, el porcentaje restante padece un proceso funcional. Sin embargo, determinar si una anomalía particular (e.g., adhesiones, quiste ovárico, endometriosis) es la causa de los síntomas de DAC o un hallazgo incidental, puede ser difícil (8).

Tabla 3. Diagnóstico diferencial del dolor abdominal crónico o recurrente

Trastornos estructurales (orgánicos)	Trastornos funcionales gastrointestinales
Enfermedad ulcerosa péptica Cálculos biliares Pancreatitis crónica Cáncer digestivo Enfermedades inflamatorias intestinales Isquemia mesentérica Enfermedades inflamatorias pélvicas Endometriosis Adherencias abdominales Obstrucción intestinal	Síndrome de intestino irritable Dispepsia Síndrome de dolor abdominal funcional Síndrome del elevador del ano Dolor biliar (disfunción de la vesícula biliar o del esfínter de Oddi)

Tomado de Kuo B. Chronic Abdominal Pain.Feldman: Sleisenger&Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease, 8th ed.; Chapter 5, 2006. 99 – 107.

5.2 TRASTORNOS ESTRUCTURALES (ORGANICOS)

5.2.1 Enfermedad ulcerosa péptica y gastritis:

5.2.1.1 Presentación clínica: típicamente el paciente presenta dolor epigástrico o en el cuadrante superior izquierdo, que mejora (úlcera duodenal) o empeora con la alimentación. La anorexia, náuseas y vómito son más comunes con la úlcera gástrica. Al examen físico puede existir sensibilidad epigástrica. El examen rectal puede revelar sangre oculta o evidente. La peritonitis implica perforación y podría pronosticar compromiso hemodinámico. Sangrado gastrointestinal significativo, alto o bajo, puede estar presente crónica o agudamente.

5.2.1.2 Diagnóstico: si hay signos de peritonitis, se requiere inmediatamente una radiografía simple de abdomen o una tomografía computarizada (TAC) para descartar perforación. De lo contrario, se debe realizar una esofagogastroduodenoscopia mas biopsia (con tinción de Diff-Quik para Helicobacter pylori). Si existe sangrado, se debe realizar hemograma completo, pruebas de coagulación, y química sanguínea de rutina.

5.2.1.3 Manejo: en los casos crónicos o estables se administra un bloqueador H2 o un inhibidor de la bomba de protones, vía oral. En el caso de peritonitis, se debe manejar como emergencia quirúrgica. Si hay presencia de H. pylori, esta debe ser erradicada. Se debe descartar malignidad mediante la biopsia de úlcera gástrica.

5.2.2 Cálculos biliares:

5.2.2.1 Epidemiología y fisiopatología: la colelitiasis se encuentra presente en el 10 a 15% de todos los adultos. El exceso de colesterol, la saturación de la bilis, la nucleación de cristales de colesterol acelerada y la disminución de la motilidad de la vesícula biliar contribuyen a la formación de los cálculos (12). Los cálculos biliares se clasifican como cálculos de colesterol, pigmentos y mixtos. La prevalencia de cada tipo varía según la localización geográfica, estando los de colesterol y mixtos presentes en el 80% de los casos de los E.E.U.U.

5.2.2.2 Presentación clínica: la colelitiasis es asintomática en el 80% de las personas, sin embargo, 1 a 2% de los pacientes con colelitiasis presenta síntomas o desarrolla complicaciones cada año. Los factores de riesgo para desarrollar una colelitiasis sintomática incluyen anemia hemolítica, cálculos grandes (>2.5 cm de diámetro), y obesidad mórbida. La colelitiasis sintomática o colecistitis crónica típicamente se presenta con dolor constante en el cuadrante superior derecho o en epigastrio, dentro de la primera hora después de haber comido, y que dura de 20 minutos a varias horas.

5.2.2.3 Diagnóstico: la ultrasonografía es la modalidad imagenológica de elección ante la sospecha de colelitiasis, debido a su 95% de sensibilidad en la detección de cálculos biliares. En contraste, la TAC tiene una sensibilidad de solo el 20%.

5.2.2.4 Manejo: el tratamiento de elección para la litiasis biliar sintomática es la colecistectomía laparoscópica. La principal desventaja del procedimiento es la incidencia ligeramente mayor de lesión del conducto hepático común o biliar, cuando se compara con la colecistectomía abierta. Otras opciones de tratamiento incluyen litotripsia, terapia de disolución de las sales biliares, y colecistectomía percutánea, las cuales están reservadas para los pacientes que no son candidatos para la cirugía (10).

5.2.3 Pancreatitis crónica:

5.2.3.1 Definición y epidemiología: Es caracterizada y definida por el daño irreversible al páncreas, con evidencia histológica de inflamación, fibrosis, y destrucción del tejido exocrino (células acinares) y endocrino (islotos de Langerhans). La pancreatitis crónica puede ser demostrada en 0.04 a 5% de las autopsias (13). Las estimaciones de incidencia anual en varios estudios retrospectivos van desde 3 a 9 casos por cada 100.000 personas.

5.2.3.2 Presentación clínica: El dolor abdominal es el problema clínico más común y más significativo en los pacientes con pancreatitis crónica. El dolor severo disminuye el apetito y limita el consumo de alimentos, contribuyendo a la pérdida de peso y malnutrición. El dolor es comúnmente descrito como localizado en epigastrio, frecuentemente con irradiación a la espalda, es usualmente descrito como perforante, profundo y penetrante, y es frecuentemente asociado con náusea y vómito.

5.2.3.3 Diagnóstico: se debe iniciar con pruebas diagnósticas seguras y poco costosas y que sean capaces de detectar confiablemente enfermedad avanzada. Encajan en esta categoría el tripsinógeno sérico, elastasa fecal, y ultrasonografía abdominal. Si esto no conduce a un diagnóstico, se deben realizar pruebas más sensibles pero más arriesgadas o costosas. Una TAC de alta calidad usando tecnología multidetector y un protocolo pancreático es la mejor opción. Pruebas directas de función pancreática, si están disponibles, podrían ser usadas si los hallazgos de la TAC no hacen diagnóstico (14).

5.2.3.4 Manejo: La evaluación inicial del dolor se debe enfocar en identificar condiciones asociadas para las cuales existen terapias específicas. Estas condiciones incluyen pseudoquistes pancreáticos, compresión del conducto biliar o duodenal, carcinoma pancreático asociado y gastroparesia. Identificar a los pacientes con pancreatitis crónica de “conducto grande” y diferenciarlos de los pacientes que no tiene este hallazgo es muy útil a la hora de elegir la terapia del dolor (11).

5.2.4 Enfermedades inflamatorias intestinales (EII):

5.2.4.1 Colitis Ulcerativa:

5.2.4.1.1 Epidemiología: La incidencia y prevalencia de la Colitis Ulcerativa (CU) en los Estados Unidos es de 7.3 y 116 por 100.000 habitantes, respectivamente. La incidencia de la Enfermedad de Crohn es de 7 en 100.000 habitantes, y la prevalencia es de 104 en 100.000 (15). La edad máxima de inicio para ambas enfermedades está entre los 15 y 25 años, con un segundo pico máximo menor entre las edades de 40 y 60 años. Los hombres y las mujeres son afectados igualmente.

5.2.4.1.2 Presentación clínica: La presentación típica de la CU es diarrea con sangre caracterizadas por deposiciones frecuentes, escasas y sueltas, y

comúnmente asociadas a tenesmo. Sin embargo, los síntomas dependen de la severidad y la localización de la enfermedad. En su presentación, aproximadamente un tercio de los pacientes padecen enfermedad moderada a severa. La CU severa o fulminante es caracterizada por más de 10 deposiciones sanguinolentas al día, cólico abdominal severo, anemia severa, fiebre alta, hipoalbuminemia, y pérdida de peso.

5.2.4.2 Enfermedad de Crohn:

5.2.4.2.1 Presentación clínica: los síntomas predominantes son diarrea, dolor abdominal, y pérdida de peso, frecuentemente asociada a fiebre baja y malestar. La Enfermedad de Crohn afecta más frecuentemente al íleon y el colon (40%) pero podría estar confinada al íleon distal (30%) o limitada al colon (25%) (16). El curso clínico puede seguir tres patrones: inflamación, perforación y fistulización, y estenosis o estrechamiento. El tipo inflamatorio involucra diarrea causada por múltiples factores, incluyendo aumento de la secreción y disminución de la reabsorción de fluidos como resultado de la inflamación del íleon o el colon.

5.2.4.2.2 Diagnóstico:

Pruebas de laboratorio: estudios de las deposiciones, incluyendo leucocitos fecales, cultivos, y screening de parásitos y toxina del *Clostridium difficile* deben ser obtenidos de pacientes con sospecha de EII, para descartar una causa infecciosa. Los marcadores serológicos: anticuerpo antineutrofílico perinuclear citoplásmico (P-ANCA) y anticuerpo anti- *Saccharomyces cerevisiae* (ASCA) podrían ayudar a distinguir entre CU y Enfermedad de Crohn, especialmente en casos indeterminados.

Endoscopia: Colonoscopia con ileoscopia y biopsia: es la herramienta primaria para el diagnóstico de la EII y para determinar la magnitud de la enfermedad.

Estudios fluoroscópicos: las series dedicadas al intestino delgado y al tracto gastrointestinal superior, son particularmente importantes en la detección de la Enfermedad de Crohn proximal al íleon terminal y no accesible por ileoscopia.

Imágenes radiográficas: placas simples son útiles en la evaluación de la sospecha del megacolon tóxico o la obstrucción del intestino delgado. Los estudios contrastados son particularmente valiosos en la definición de estrechamientos, fístulas, y tumores. La TAC abdominal con medio de contraste puede ser usada para identificar abscesos, micro-perforaciones, colecciones de fluidos, o engrosamiento colónico.

5.2.4.2.3 Manejo: La EII es manejada predominantemente en el escenario de un paciente ambulatorio. Los pacientes hospitalizados con EII tienden a tener manifestaciones más severas de la enfermedad. El objetivo del tratamiento es conseguir la remisión y, posteriormente, mantener este estado con una variedad de agentes. En general, la primera línea de tratamiento de ambas enfermedades, CU y Enfermedad de Crohn, consiste en el uso de derivados del 5-ASA. Los esteroides son frecuentemente usados en exacerbaciones agudas, y los inmunomoduladores son usados para mantener la remisión en enfermedad refractaria severa.

5.2.5 Isquemia mesentérica:

5.2.5.1 Presentación clínica: Subyaciendo a estados de hipercoagulabilidad, pueden estar presentes potenciales fuentes embólicas (fibrilación auricular o endocarditis), o enfermedad vascular (incluyendo aterosclerosis y vasculitis). El dolor post-prandial sugiere angina abdominal. El infarto es anunciado por la aparición de dolor constante y severo. Los pacientes típicamente experimentan dolor abdominal difuso, con frecuencia fuera de proporción con relación a los hallazgos físicos.

5.2.5.2 Diagnóstico: Los pacientes pueden tener leucocitosis con desviación a la izquierda, acidosis metabólica (ácido láctico), y niveles elevados de amilasa, deshidrogenasa láctica, o quinasa de creatina con isquemia persistente. Radiografías simples pueden revelar íleo, engrosamiento de la pared intestinal, o neumatosis intestinal. La TAC tiene una sensibilidad del 64% y una especificidad del 92% para isquemia intestinal (17). La angiografía mesentérica continua siendo el gold standard, pero la angiografía mediante TAC, y mediante resonancia magnética están emergiendo como alternativas no invasivas.

5.2.5.3 Manejo: la terapia es de soporte, con corrección de la acidosis metabólica, antibióticos, fluidos endovenosos, y colocación de una sonda nasogástrica para descompresión. Se debe iniciar anticoagulación con heparina endovenosa, a menos que exista sangrado o infarto, o la cirugía sea inminente.

5.2.6 Enfermedad pélvica inflamatoria

5.2.6.1 Definición y epidemiología: Es una infección frecuentemente polimicrobiana de los órganos pélvicos que resulta en morbilidad significativa. Dos microorganismos transmitidos sexualmente, *N. gonorrhoeae* y *C. trachomatis*,

causan EPI aguda en muchos de los casos. Anualmente, la EPI aguda ocurre en el 1% a 2% de todas las mujeres jóvenes y sexualmente activas. Es la infección seria más común entre las mujeres de 16 a 25 años.

5.2.6.2 Presentación clínica: se presenta con una amplia variedad de signos y síntomas clínicos no específicos incluyendo dolor pélvico, sensibilidad en anexos, fiebre y descargas vaginales. De esta manera, el diagnóstico de EPI aguda es impreciso. La severidad de la presentación clínica de la EPI aguda varía desde síntomas apenas perceptibles hasta peritonitis difusa y enfermedad que amenaza la vida.

5.2.6.3 Diagnóstico: La visualización directa vía laparoscopia es el método más preciso para el diagnóstico de EPI aguda. En muchas presentaciones de EPI aguda, la laparoscopia o laparotomía esta fuertemente indicada, tales como el shock séptico inminente, abdomen agudo quirúrgico, y en un diagnóstico diferencial complicado en una mujer post-menopáusica. Actualmente, la laparoscopia es usada de manera infrecuente; la mayoría de las pacientes reciben terapia ambulatoria.

5.2.6.4 Manejo: los dos objetivos más importantes de la terapia médica de la EPI aguda son la resolución de los síntomas y la preservación de la función tubárica. La terapia antibiótica se debe iniciar tan pronto es obtenido el tamizaje de Enfermedades de Transmisión Sexual y el diagnóstico es sugerido (18).

5.2.7 Endometriosis:

5.2.7.1 Presentación clínica: afecta a mujeres pre-menopáusicas con crecimiento de tejido endometrial fuera del útero. Muchas de estas mujeres, si no la mayoría, son sintomáticas. Los síntomas de presentación son, más comúnmente, dolor pélvico e infertilidad. Típicamente, el dolor empeora con la menorrea (dismenorrea) y las relaciones sexuales (dispareunia). También se puede presentar sangrado uterino anormal. En el examen pélvico se pueden palpar nódulos dolorosos en el fondo de saco, o a lo largo de los ligamentos útero-sacros. La manipulación del útero puede ser sensible y dolorosa, y puede haber presencia de masas anexiales.

5.2.7.2 Diagnóstico: la laparoscopia, con o sin biopsia, es la modalidad diagnóstica de elección. Sin embargo, frecuentemente el diagnóstico es presumido con base en una historia clínica y hallazgos al examen físicos consistentes, y

confirmado con la respuesta a la terapia empírica. El CA-125 sérico se encuentra elevado con frecuencia, pero no es específico para endometriosis. Las imágenes generalmente no son útiles.

5.2.7.3 Manejo: el tratamiento esta dirigido a controlar el dolor y lograr la fertilidad. El dolor puede ser manejado con anti-inflamatorios no esteroideos, terapia hormonal o cirugía. La histerectomía total con salpingo-ooforectomía bilateral es curativa con respecto al dolor, en mujeres en quienes la fertilidad no es deseada (19).

5.2.8 Adherencias abdominales

5.2.8.1 Definición y Epidemiología: las adherencias intra-abdominales son cuerdas o membranas de tejido fibroso que pueden estar atadas a los diferentes órganos intra-abdominales, algunas veces conectándolos juntos. El desarrollo de adherencias intra-peritoneales post-operatorias es común, especialmente luego de laparotomías, y son exacerbadas por infecciones intra-abdominales, isquemia y la presencia de cuerpos extraños, incluyendo material de sutura.

5.2.8.2 Presentación clínica: las adherencias abdominales pueden causar dolor pélvico, infertilidad y obstrucción intestinal. Para describir con precisión la extensión de las adherencias peritoneales durante la investigación clínica, se han desarrollado varios sistemas de puntuación. La mayoría de los sistemas de puntuación disponibles incorporan la localización de la adherencia, la vascularidad y el tipo (espesor). Sin embargo, los sistemas actuales de puntuación sufren de una falta de validación de los resultados.

5.2.8.3 Diagnóstico y manejo: un procedimiento quirúrgico repetido es requerido para la evaluación. Se ha sugerido, anecdóticamente, que los procedimientos desarrollados por laparoscopia, diferente de los realizados por laparotomía, podría ser menos probables que fueran seguidos por la formación de adherencias pélvicas post-operatorias. Estudios sugieren que el desarrollo de adherencias de novo puede ocurrir menos frecuentemente después de la cirugía laparoscópica, pero la confirmación de esta hipótesis va a requerir estudios controlados apropiados (20).

5.2.9 Obstrucción intestinal:

5.2.9.1 Presentación clínica: anorexia, náuseas, vómito (especialmente en obstrucción más proximal), dolor abdominal tipo cólico y constipación o diarrea son sus síntomas más comunes.

Los pacientes pueden tener historia de hernia, cirugía abdominal (adhesiones), EII, cáncer, obstrucción previa, pérdida de peso no intencional, trauma, o alteraciones en la coagulación (hematoma).

Al examen físico el abdomen se encuentra distendido, y los ruidos intestinales pueden estar ausentes, o aumentados de tono y tintineantes, como en la obstrucción del intestino delgado. Una masa puede ser palpada al examen rectal o abdominal.

5.2.9.2 Diagnóstico: la radiografía abdominal puede ayudar a diferenciar la obstrucción del intestino grueso de la del intestino delgado. En la obstrucción del intestino delgado la radiografía simple muestra sombras centrales de gas, ausencia de gas en el intestino grueso, niveles hidroaéreos, y distensión intestinal proximal a la obstrucción. Un diámetro cecal mayor a 10 cm aumenta la preocupación por necrosis intestinal y perforación, y debe inducir a considerar la descompresión intestinal o la intervención quirúrgica. Si existe una elevada sospecha de obstrucción, los rayos X deben ser seguidos por una TAC abdominal (21).

5.2.9.3 Manejo: los pacientes deben ser mantenidos sin vía oral, y tratados con descompresión mediante sonda nasogástrica, fluidos endovenosos abundantes y reposición de electrolitos. Evidencias de estrangulación, necrosis, u obstrucción completa (especialmente colónica) o de asa cerrada, constituyen una emergencia quirúrgica. Es mucho más probable que la obstrucción parcial responda al manejo no quirúrgico, en relación con la obstrucción completa. La cirugía deberá ser considerada si la obstrucción parcial no mejora dentro de las 24 horas de observación. El tratamiento específico debe ser dirigido a la causa subyacente.

5.3 TRASTORNOS FUNCIONALES GASTROINTESTINALES

Habrá que recabar la atención del médico para un grupo heterogéneo de trastornos digestivos que afectan a un 25% de la población y representan un 44% de las

consultas en este nivel. Es pues, una patología con implicaciones socio-sanitarias importantes.

Se definen como una combinación variable de síntomas gastrointestinales persistentes o recidivantes no explicables por anomalías estructurales o metabólicas. Existen síntomas atribuibles a, prácticamente, todo el aparato digestivo, desde la orofaringe al ano (22).

Considerando la ausencia de marcadores biológicos para esta enfermedad, se han desarrollado criterios de síntomas positivos para el diagnóstico a través de la anamnesis como patrón para la inclusión de pacientes en estudios clínicos. El diagnóstico, en la mayoría de los casos, deberá estar basado en hallazgos positivos y con menor frecuencia como resultado de exclusión.

En el 2006, una importante serie de artículos fueron publicados en *Gastroenterology*, resumiendo las nuevas recomendaciones del Roma III para la clasificación y el tratamiento de todos los trastornos funcionales gastrointestinales (TFG). Estos fueron seguidos después en el 2006 por la publicación de la tercera edición del libro *Roma III: Los Trastornos Funcionales Gastrointestinales*. Este volumen comprende más de 1000 páginas, presentando de la manera más comprensiva, el conocimiento actualmente disponible con respecto a estas condiciones. El Roma III es un proceso de consenso basado en la revisión de la literatura y sintetizado por un comité, luego de lo cual se publican las recomendaciones. La importancia del proceso Roma III yace en la síntesis cuidadosa del conocimiento actual por parte de expertos de todo el mundo, el cual ha requerido 5 años para su finalización (7).

5.3.1 Síndrome De Intestino Irritable

5.3.1.1 Definición y epidemiología: el SII está caracterizado por la presencia de discomfort abdominal o dolor asociado a alteraciones en las deposiciones. La sensación de hinchazón o la distensión abdominal visible están frecuentemente presentes en los pacientes con SII pero no son considerados síntomas esenciales para el diagnóstico (23). Los criterios de Roma (I, II y III) fueron creados siguiendo un proceso formal de consenso para proporcionar un standard para la investigación clínica. A pesar de los limitados datos sobre su validez, se propuso subsecuentemente que los criterios de Roma fueran usados en la práctica clínica.

Tabla 4. Criterios Diagnósticos Del Síndrome De Intestino Irritable (Roma III)

Los criterios diagnósticos* para el SII son dolor abdominal recurrente o discomfort al menos 3 días/meses en los últimos 3 meses asociados con 2 o más de los siguientes:
<ol style="list-style-type: none"> 1. Mejora con la deposición 2. El inicio se asocia a un cambio en la frecuencia de las deposiciones 3. El inicio se asocia a un cambio en la forma (aparición de las deposiciones)

*Los criterios se completan con mínimo 3 meses de síntomas (continuos), iniciados al menos 6 meses antes del establecimiento del diagnóstico.

Tomado de Talley N. Functional Gastrointestinal Disorders in 2007 and Rome III: Something New, Something Borrowed, Something Objective. Reviews in Gastroenterological Disorders, vol 7 N° 2 (2007) 97-105.

5.3.1.2 Características clínicas: el SII no debe ser diagnosticado en la ausencia de discomfort abdominal o dolor (23). El dolor o discomfort en SII es típicamente aliviado por la deposición. El dolor frecuentemente está pobremente localizado, incrementa y declina, puede ser agravado por la alimentación, y puede ocurrir en cualquier parte del abdomen, aunque su localización más típica es el abdomen inferior; puede estar referido a diferentes áreas del abdomen, al tórax o la espalda. Los pacientes con SII experimentan constipación, diarrea, o constipación y diarrea alternantes; típicamente los síntomas intestinales son variables e intermitentes (23).

5.3.1.3 Diagnóstico: Se puede establecer con base en la historia clínica y en la ausencia de cualquiera de los signos de alarma. En este contexto, el paciente que responde a la prueba empírica de la terapia para SII no requiere ninguna evaluación diagnóstica posterior. Aquellos que no responden, deben someterse a una evaluación más extensa, dependiendo de los síntomas predominantes.

Tabla 5. Signos De Alarma Considerados Potencialmente Relevantes En El Diagnóstico De Enfermedad Orgánica Versus Síndrome De Intestino Irritable

Historia clínica	Examen físico
Inicio de síntomas luego de los 50 años	Sangre oculta o evidente en el examen rectal
Pérdida de peso	Signos de anemia
Sangre en las deposiciones	Masa abdominal
Fiebre	Signos de obstrucción intestinal
Síntomas nocturnos (despierta al paciente del sueño)	Signos de malabsorción
Diarrea persistente	Signos de disfunción tiroidea
Constipación severa crónica	Artritis (activa)
Vómito recurrente	Dermatitis herpetiforme o piodermia gangrenosa
Disfagia progresiva	

Historia de viaje a zonas con enfermedades parasitarias endémicas
Historia familiar de cáncer de colon, EII, o sprue celiaco

Adaptado de Olden KW: Diagnosis of irritable bowel syndrome. Gastroenterology 122:1701, 2002.

5.3.1.4 Manejo: Los pacientes con SII frecuentemente perciben que su médico tiene una creencia médica altamente negativa a cerca del desorden, y esta percepción, per se, impide un cuidado adecuado. Una buena relación médico-paciente se ha encontrado asociada con reducción en el uso de los servicios médicos.

Tabla 6. Tratamiento del síndrome de intestino irritable

Paso	Severidad	Nivel de atención	Aspectos clínicos y psicológicos	Manejo
1	Leve	Primero	Temor de enf. seria, ansiedad, inquietud, estrés	Diagnóstico positivo; explicación; confianza, manejo dietario, seguimiento regular
2	Moderada	Segundo	Incertidumbre respecto al diagnóstico; alteración del estilo de vida	Reforzar las medidas anteriores Manejo del estrés; drogas dirigidas a quejas específicas, e.g., agentes anticolinérgicos (dolor), tegaserod (constipación, dolor), loperamida (diarrea)
3	Severa	Tercero	Enf. psiquiátrica coexistente; posible beneficio secundario, discapacidad, dolor crónico	Evitar exceso de pruebas; antidepresivos tricíclicos a bajas dosis, o ISRS; alosetron (diarrea severa); tratar la depresión, ansiedad; remitir a clínica del dolor

Adaptado de Drossman DA, Thompson WG: The irritable bowel syndrome: Review and a graduated multicomponent treatment approach. Ann Intern Med 116:1009, 1992.

ISRS: inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina

5.3.2 Dispepsia

5.3.2.1 Definición y epidemiología: de acuerdo con los criterios de Roma II, la dispepsia se define como la *sensación de dolor o discomfort en el centro del abdomen superior*. El comité del Roma III concluyó que no existe la dispepsia funcional; sino que esta era un síndrome heterogéneo, y que agrupar estas condiciones en un mismo nivel continuaría generando confusión. A pesar de esto,

el comité decidió retener la dispepsia funcional como un término sombrilla enfatizando su limitada utilidad. Con base en estudios conducidos a nivel mundial, la prevalencia de la dispepsia en un periodo de 3 a 12 meses es de aproximadamente el 25%, con un rango del 8% al 41%. La prevalencia de la dispepsia puede ser ligeramente mayor en mujeres que en hombres y parece que decrece con la edad (24).

5.3.2.2 Presentación clínica: la dispepsia no es un solo síntoma, sino una constelación de síntomas, diferentes en cada paciente, que surge de diversas condiciones. El término también puede incluir distensión, saciedad temprana, plenitud postprandial, náusea, anorexia, reflujo, regurgitación y pirosis (eructos). Las causas identificables usuales son la úlcera péptica y la enfermedad por reflujo gastro-esofágico (ERGE); raramente, el cáncer gástrico lo es. La mayoría de las úlceras pépticas están asociadas con dispepsia, pero la mayoría de los pacientes con dispepsia no tienen úlcera péptica.

5.3.2.3 Diagnóstico: el comité identificó el *Síndrome De Dolor Epigástrico* en pacientes con dolor o ardor epigástrico, y el *Síndrome De Distress Postprandial* en pacientes con síntomas relacionados con las comidas (incapacidad de terminar una comida normal, saciedad temprana, y llenura postprandial) (4).

Tabla 7. Criterios Diagnósticos Para Dispepsia Funcional, Síndrome De Distress Postprandial, Y Síndrome De Dolor Epigástrico (Roma III)

Dispepsia funcional:
<ul style="list-style-type: none"> a. Uno o más de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> a. Plenitud postprandial molesta b. Saciedad temprana c. Dolor epigástrico d. Ardor epigástrico b. No evidencia de enf. estructural (aun con EVDA) que probablemente explicaría los síntomas.
Síndrome De Distress Postprandial: debe incluir uno o ambos de los siguientes:
<ul style="list-style-type: none"> 1. Plenitud postprandial molesta, luego de comidas de cantidad normal, por lo menos varias veces por semana 2. Saciedad temprana que impide terminar una comida regular, por lo menos varias veces por semana <p><i>Criterios de soporte:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Puede presentarse distensión abdominal superior o náusea postprandial o eructos excesivos 2. Puede coexistir el Síndrome De Dolor Epigástrico
Síndrome De Dolor Epigástrico: debe incluir todos los siguientes:
<ul style="list-style-type: none"> 1. Dolor o ardor localizado en epigastrio de severidad moderada, al menos una vez por semana 2. El dolor es intermitente 3. No generalizado ni localizado en otras regiones abdominales o torácicas 4. No aliviado por la deposición o el paso de flatos 5. Criterios insuficientes para desórdenes de la vesícula biliar o el esfínter de Oddi <p><i>Criterios de soporte</i></p> <ul style="list-style-type: none"> 1. El dolor puede ser de tipo ardor pero sin componente retroesternal

2. El dolor es comúnmente inducido o aliviado por la ingestión de comidas pero puede ocurrir durante el ayuno
3. Puede coexistir el Síndrome De Distress Postprandial

Tomado de Talley N. Functional Gastrointestinal Disorders in 2007 and Rome III: Something New, Something Borrowed, Something Objective. Reviews in Gastroenterological Disorders, vol 7 N° 2 (2007) 97-105.

En la evaluación de pacientes con dispepsia que no han sido sometidos previamente a una investigación diagnóstica (“dispepsia no investigada”), los médicos deben decidir si el primer paso deben ser los estudios diagnósticos, especialmente la endoscopia de vías digestivas altas (EVDA) o el establecimiento de un tratamiento empírico. La endoscopia se debe realizar en todos los pacientes dispépticos con signos de alarma con el fin de excluir malignidad gástrica o esofágica. Los signos de alarma incluyen pérdida de peso imprevista (generalmente de al menos 7 libras), disfagia progresiva, emesis persistente, sangrado gastrointestinal evidente u oculto, anemia inexplicable, ictericia, linfadenopatía, y una masa abdominal palpable.

5.3.2.4 Manejo: los pacientes con dispepsia leve o intermitente deben responder a la educación, la confianza y los cambios dietarios. La terapia farmacológica se debe reservar a quienes no mejoraron luego de dichos cambios en el estilo de vida. A los pacientes que no han sido estudiados previamente se les deben realizar pruebas para infección por *h. pylori*, y tratamiento si esta es positiva. A los pacientes con reflujo y dispepsia se les debe administrar un ensayo terapéutico durante 2 a 4 semanas con un inhibidor de la bomba de protones. La terapia anti-secretoria crónica deberá ser reservada para pacientes con recaídas repetidas.

5.3.3 Síndrome de dolor abdominal funcional

5.3.3.1 Definición y epidemiología: el síndrome de dolor abdominal funcional (SDAF) es un trastorno peculiar que se caracteriza por dolor abdominal crónico recurrente o continuo poco relacionado con la función digestiva. El dolor del SDAF se debe a la amplificación por el SNC (es decir, ausencia de regulación descendente) de las señales aferentes reguladoras de entrada que de este modo se hacen conscientes. En un estudio estadounidense, el SDAF afectaba al 2% de la muestra (principalmente mujeres) y era considerablemente menos frecuente que el SII (9%).

5.3.3.2 Presentación clínica: por lo general el paciente con SDAF tiene una edad media y suele ser mujer. El problema suele tener 10 o más años de evolución, el dolor es intenso y a menudo el peor que ha sufrido en toda su vida; puede ser generalizado y difuso o, en algunas ocasiones, localizado. Pronto se aprecia que

el dolor ocupa un lugar predominante en la vida del paciente, es constante y no cambia con la comida o la defecación. Es frecuente el antecedente de pérdidas irresolubles, cirugía como histerectomía u ostomía, aborto o muerte fetal, maltrato físico o abuso sexual.

5.3.3.3 Diagnóstico: una exploración física sin hallazgos de trastornos abdominales crónicos, así como una batería ordinaria de pruebas de laboratorio normal, indican claramente que la enfermedad del paciente no se debe a una enfermedad orgánica. Estos pacientes que reúnen los criterios sintomáticos de SDAF y sin otras causas de dolor abdominal crónico, deben conducir al médico a establecer el diagnóstico de SDAF.

Tabla 8. Criterios Diagnósticos Del Síndrome De Dolor Abdominal Funcional (Roma III)

Al menos 6 meses de:
<ol style="list-style-type: none">1. Dolor abdominal continuo o casi continuo2. Relación nula u ocasional del dolor con fenómenos fisiológicos (e.g. comida, deposición, menstruación)3. Pérdida de funcionalidad cotidiana4. Dolor irreal (e.g. simulación)5. Criterios insuficientes para otros trastornos funcionales gastrointestinales que justificarían el dolor abdominal.

Tomado de Kuo B. Chronic Abdominal Pain. Feldman: Sleisenger&Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease, 8th ed.; Chapter 5, 2006. 99 – 107.

5.3.3.4 Manejo: la contribución más importante para un tratamiento eficaz es establecer una relación satisfactoria con el paciente con SDAF. El médico debe disipar las dudas del paciente de modo claro y objetivo, y después, el médico y el paciente deben ponerse de acuerdo en el tratamiento. El uso de antidepresivos para regular hacia abajo la hipersensibilidad visceral ha sido exitoso en varios ensayos clínicos. Para los pacientes que tienen historia de abuso sexual u otro tipo de ambiente psicosocial traumático, la psicoterapia puede ser particularmente útil (11).

5.3.4 Dolor biliar:

5.3.4.1 Disfunción De La Vesícula Biliar (Disquinesia)

5.3.4.1.1 Definición: a la luz de la distribución de las fibras musculares en el árbol biliar, no sorprende que la dismotilidad biliar, o los problemas clínicos relacionados con la motilidad, se enfoquen en la vesícula biliar o el esfínter de Oddi.

5.3.4.1.2 Diagnóstico: los pacientes que experimentan dolor típicamente biliar sin evidencia de litiasis biliar deberán someterse a estudios imagenológicos de la vesícula durante una infusión de colecistoquinina. Aunque se puede presentar dolor durante la infusión, la colecistoquinina también estimula la motilidad intestinal, de manera que es improbable que la producción de dicho dolor sea diagnóstica de dolor biliar.

5.3.4.1.3 Tratamiento: ha sido reportado que el retraso del vaciamiento de la vesícula biliar es un predictor de alivio del dolor después de la colecistectomía, aunque estos hallazgos son aun controversiales.

5.3.4.2 Disfunción Del Esfínter de Oddi:

5.3.4.2.1 Definición y epidemiología: la disfunción del esfínter de Oddi (DEO) es un desorden obstructivo benigno, no calculoso, que ocurre a nivel del esfínter de Oddi (EO). La patogénesis de la DEO se relaciona con la obstrucción pasiva en el EO causada por fibrosis, inflamación o ambas, o con la obstrucción activa causada por el espasmo del músculo esfinteriano. Estos dos mecanismos de obstrucción funcional no son mutuamente exclusivos.

5.3.4.2.2 Características clínicas: la DEO constituye una posible causa de las siguientes condiciones clínicas: 1. Persistencia o recurrencia de dolor biliar en la ausencia de anomalías estructurales luego de la colecistectomía, 2. Pancreatitis recurrente idiopática, y 3. Dolor biliar en pacientes con vesícula biliar intacta pero sin colelitiasis (el último estudio y la asociación clínica más controversial). Aunque la DEO ha sido diagnosticada en todos los grupos de edad, es más común en las mujeres de edad media. El dolor es típicamente biliar: es severo y ocurre en el epigastrio o el cuadrante superior derecho y podría irradiarse a la espalda o a la escápula u hombro derecho. El dolor es episódico, dura más de 30 minutos, y ocurre al menos una vez al año.

5.3.4.2.3 Diagnóstico: la CPRE con manometría deberá ser reservada para aquellas personas que presenten síntomas severos o debilitantes. La manometría del EO (MEO) se realiza usualmente durante la CPRE, aunque también se puede realizar en la sala de cirugía o mediante acceso subcutáneo.

Tabla 9. Criterios Diagnósticos Para Los Desórdenes Funcionales De La Vesícula Biliar Y El Esfínter De Oddi, Y Desorden Funcional Del Esfínter De Oddi Biliar (Roma III)

<p>Desorden Funcional De La Vesícula Biliar Y El Esfínter De Oddi: deben incluir episodios de dolor localizado en el epigastrio y/o cuadrante superior derecho y TODOS los siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Episodios que duran 30 minutos o más 2. Síntomas recurrentes que ocurren en intervalos diferentes 3. El dolor aumenta hasta un nivel continuo 4. El dolor es moderado a severo, y es suficiente para interrumpir las actividades diarias del paciente y conducirlo a un departamento de emergencias 5. El dolor no es aliviado por los movimientos intestinales 6. El dolor no es aliviado por los cambios posturales 7. El dolor no es aliviado por los antiácidos 8. Exclusión de otras enfermedades estructurales que puedan explicar los síntomas
<p><i>Criterios de soporte:</i> el dolor puede presentarse con uno o más de los siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Náusea y vómito asociados 2. Irradiarse a la espalda y/o a la región subescapular derecha 3. Despertar del sueño en la mitad de la noche
<p>Desorden Funcional Del Esfínter De Oddi Biliar: deben incluir TODOS los siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Criterios para el desorden funcional de la vesícula biliar o el esfínter de Oddi 2. Amilasa/lipasa normales
<p><i>Criterios de soporte</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Transaminasas séricas, fosfatasa alcalina o bilirrubina conjugada elevadas, relacionadas temporalmente a al menos 2 episodios de dolor.

Tomado de Talley N. Functional Gastrointestinal Disorders in 2007 and Rome III: Something New, Something Borrowed, something Objective. Reviews in Gastroenterological Disorders, vol 7 N° 2 (2007) 97-105.

5.3.4.2.4 Manejo: Una dieta baja en grasas es recomendada para reducir la estimulación pancreático-biliar. Un ensayo terapéutico con relajantes del músculo liso parece estar garantizado. Históricamente, la esfinterotomía quirúrgica biliar y la esfinteroplastia fueron usadas exitosamente en la ablación del EO. Sin embargo, las técnicas endoscópicas actualmente han reemplazado ampliamente la cirugía abierta. La respuesta a la colecistectomía es variada.

5.4 OTRAS CAUSAS DE DOLOR ABDOMINAL

5.4.1 Diverticulitis

5.4.1.1 Presentación clínica: pacientes que reportan dolor en el cuadrante inferior izquierdo (rara vez en el cuadrante inferior derecho), frecuentemente con historia de síntomas similares en el pasado. Son comunes las náuseas, el vómito,

y los hábitos intestinales alterados. Al examen físico, están presentes sensibilidad y ocasionalmente, una masa palpable en el cuadrante inferior izquierdo. Una apariencia tóxica, con sensibilidad de rebote localizada o difusa y defensa muscular, sugieren perforación.

5.4.1.2 Diagnóstico: Usualmente se presenta con leucocitosis. Aire libre en la radiografía simple de abdomen indica perforación. La TAC puede demostrar engrosamiento focal, colección de fluido, perforación, fistula, u obstrucción.

5.4.1.3 Manejo: El tratamiento inicial incluye antibióticos orales, y una dieta de líquidos claros. Si no se consigue mejoría, se debe suspender la vía oral e iniciar antibióticos endovenosos. La consulta quirúrgica está indicada para la perforación, absceso, obstrucción o fistula.

5.4.2 Dolor de la pared abdominal

5.4.2.1 Presentación clínica: depende de la causa específica. Causas notables incluyen hernias, trauma o cirugía, tensión muscular o desgarro, compresión de la raíz del nervio cutáneo, e irritación miofascial. El dolor de la pared abdominal también puede ser secundario a la radiculopatía del nervio torácico (T7 a T12), incluyendo herpes zoster.

5.4.2.2 Diagnóstico: las hernias (de las cuales las hernias inguinales son las más comunes, con un predominio hombre/mujer de 10:1) son predisuestas por la tensión, el embarazo, la obesidad, cirugía previa, y ascitis. Típicamente el dolor está bien localizado y se relaciona con la posición o la actividad, pero no con las comidas o los movimientos intestinales. El signo de Carnett es sugestivo pero no diagnóstico del dolor de la pared abdominal. Áreas discretas de sensibilidad local pueden estar presentes. Las hernias, las cicatrices incisionales, o el trauma pueden ser evidentes.

5.4.2.3 Manejo: la inyección de anestésicos locales en los puntos gatillo (una vez las enfermedades estructurales han sido descartadas) puede ser diagnóstica y terapéutica. Con excepción de la hernia estrangulada, la cual constituye una emergencia quirúrgica, la mayoría de estas condiciones no amenazan la vida.

5.4.3 Porfiria:

Los síntomas de presentación incluyen dolor abdominal tipo cólico, vómito y diarrea o constipación, mialgias proximales, neuropatías periféricas, alteración del estado de consciencia, y diaforesis. Los pacientes frecuentemente tienen íleo, con distensión abdominal. El tratamiento con Hemin (un análogo del sustrato de la hemo-oxigenasa) deberá ser considerado. La terapia es, de otra forma, de soporte. Se deben evadir los agentes exacerbantes.

5.4.4 Adenitis Mesentérica:

Puede presentarse con dolor abdominal o sensibilidad (generalmente en el cuadrante inferior derecho, causado por nódulos linfáticos aumentados de tamaño), fiebre, náusea y diarrea aguda; y frecuentemente es diagnosticada erróneamente como apendicitis. La adenitis mesentérica frecuentemente es causada por infecciones virales, pero puede ser secundaria a gastroenteritis bacteriana, y estar asociada con faringitis estreptocócica. Cuando la infección es causada por *Yersinia* spp, puede presentarse con anomalías de las articulaciones y la piel (eritema nodoso y multiforme). El curso de la enfermedad generalmente es auto-limitado, y el cuidado es de soporte.

5.4.5 Síndrome de Budd-Chiari

La trombosis de la vena hepática se presenta con dolor abdominal, ascitis, hepatomegalia, y falla hepática (10).

6. DISEÑO METODOLÓGICO

6.1 TIPO DE ESTUDIO

Para cumplir con los objetivos del trabajo de investigación, se realizó un estudio descriptivo de corte transversal de asociación.

Con lo anterior se permitirá establecer la prevalencia de periodo, las características clínicas más relevantes y los diagnósticos etiológicos más frecuentes de dolor abdominal crónico de los pacientes adultos que consultaron al servicio de gastroenterología del Hospital Universitario de Neiva, desde el 1º de julio de 2008 al 1º de enero de 2009.

6.2 UBICACIÓN

La investigación se realizó en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de la ciudad de Neiva; institución con servicios de salud de alta complejidad. El servicio de gastroenterología ubicado en el primer piso de la institución atiende toda la consulta externa relacionada con patología gastrointestinal. Cuenta con un gastroenterólogo, una enfermera, y una auxiliar de enfermería. Atienden pacientes del área rural y urbana de los departamentos de Huila, Caqueta y Putumayo, principalmente de la población subsidiada y vinculada del sistema de salud.

El horario de atención es de 8 a.m. a 12 a.m. y de 2 p.m. a 5 p.m

6.3 POBLACIÓN

En la presente investigación la población corresponde a pacientes mayor o igual a 18 años que consultaron al servicio de gastroenterología por dolor abdominal en cualquier localización como síntoma principal durante la consulta inicial de gastroenterología, sin importar sexo ni procedencia durante el período de tiempo comprendido entre el 1º de Julio del 2008 y el 1º de Enero del 2009.

6.4 DEFINICION DE CASO

Se tomo como caso los pacientes mayor o igual a 18 años que consultaron al servicio de gastroenterología por dolor abdominal crónico que duro mas de tres meses en cualquier localización, como síntoma principal durante la consulta inicial de gastroenterología, sin importar sexo ni procedencia durante el período de tiempo comprendido entre el 1º de Julio del 2008 y el 1º de Enero del 2009.

6.4.1 Criterios de inclusión:

Pacientes mayor o igual a 18 años.

Sexo masculino o femenino.

Consulta primera vez al servicio de gastroenterología.

Dolor abdominal crónico mayor o igual a tres meses de evolución.

Dentro del periodo de 1 de Julio de 2008 hasta el 1 de Enero de 2009.

Que tenga diagnostico definitivo por parámetros imagenologicos, laboratorios.

6.4.2 Criterio de exclusión

Paciente menor de 18 años

Consulta al servicio de gastroenterología por segunda o mas veces.

Dolor abdominal menor de 3 meses de evolución.

Que este fuera del periodo comprendido para el estudio.

Que no tenga diagnostico definitivo por parámetros imagenologicos, laboratorios.

6.5 SELECCIÓN DE LA MUESTRA

La selección de la muestra se realizó de manera no probabilística, por conveniencia.

Para el calculo de la muestra se estimo una proporción de dolor abdominal crónico de acuerdo a la literatura y a la casuística de la institución entre el 10% de la consulta de gastroenterología con un nivel de confianza esperado para nuestro estudio mayor del 95% y un margen de error < 5%.

Se necesito una muestra no inferior a 93 pacientes y de acuerdo al número de consultas de gastroenterología, se espero recolectar el número de pacientes durante la consulta en un periodo de cinco meses.

6.6 PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION

6.6.1 Instrumento de recolección

Como instrumento se utilizó un cuestionario que contiene las variables determinadas previamente, el cual fue diligenciado por el investigador. El formato consiste en preguntas abiertas que pretenden obtener información de las características demográficas y en preguntas cerradas con las opciones relacionadas con las demás variables del estudio.

6.6.2 Recolección de la Información

Se realizo en dos fases.

La primera fase consistió en la entrevista a los pacientes con criterio de caso para dolor abdominal crónico. Esta fue realizada durante la primera consulta del paciente. El objetivo era tener la mayor información posible durante la primera consulta del paciente y de complemento a variables que muy difícilmente se podrían encontrar luego de buscar la historia clínica.

La segunda fase se desarrollo con el seguimiento a las historias clínicas de los pacientes con dolor abdominal crónico, con lo que se pretendía complementar el formato con variables que durante la fase inicial no estarían presentes, como el diagnostico definitivo.

El diagnóstico definitivo fue basado en los resultados de las pruebas de sangre, orina, técnicas imagenológicas y por biopsia entre otras.

Las enfermedades malignas fueron diagnosticadas por biopsia y/o técnicas de imagen como la ecografía y la tomografía computarizada. Las úlceras gástricas, pépticas y duodenales por endoscopia y biopsia. Las adherencias intestinales post-operatorias, la diverticulitis y la colitis ulcerativa por colonoscopia y TAC. Las enfermedades del hígado, el tracto biliar y del páncreas por CPRE, ultrasonografía y análisis de sangre. Las enfermedades cardiovasculares fueron diagnosticadas por ecografía, TAC, rayos X y electrocardiograma (ECG). Las enfermedades del útero y del ovario se diagnosticaron por ecografía. Respecto a la gastritis, enteritis aguda, el síndrome de intestino irritable y los problemas psicomaticos por pruebas de sangre, rayos X, y técnicas de imagen. La neuralgia y enfermedades

músculo-esqueléticas sin lesiones específicas de la piel se determinaron sobre el seguimiento de los resultados.

6.6.3 Tabulación y sistematización de la información

Se garantizó el diligenciamiento completo de los cuestionarios y se ingresaron en una base de datos EPI INFO versión 3.5.1 de 2008.

Las causas de dolor abdominal crónico fueron clasificadas siguiendo la clasificación Braden Kuo (11), con adaptaciones dirigidas a la representación gráfica armoniosa de los resultados. (Esta clasificación se expone en el marco teórico).

6.7 ANALISIS DE LA INFORMACION

Los datos obtenidos durante los procedimientos de recolección de información fueron analizados mediante medidas estadísticas descriptivas univariadas de tendencia central (media, mediana y moda) y de dispersión (varianza y desviación estándar) y de edades por grupo etareos aplicando distribuciones de frecuencia para las variables cualitativas nominales, y luego un análisis bivariado con la aplicación de prueba de hipótesis para diferencia de proporciones para cada una de las variables y el resultado final.

También se emplearon análisis de regresión logística para establecer asociación entre algunas variables.

En la significancia estadística se empleó Chi cuadrado para variables cualitativas y T student para cuantitativas.

Los resultados fueron representados en gráficas y tablas utilizando el Software graph prism versión 4.

6.8 CONTROL DE VARIABLES DE CONFUSION Y SESGOS

Teniendo en cuenta que el presente estudio es de tipo descriptivo, y no busca plantear explicaciones, ni establecer causalidad, no se considera que existan variables de confusión que puedan alterar los resultados. Sin embargo, se pueden presentar sesgos de medición derivados del observador como es la subjetividad. Con el fin de controlar esta situación, se recurrió a la definición clara de los objetivos del estudio y a la elaboración de un formulario específico y esquemático que se diligenció correctamente previa instrucción a los colaboradores.

Para evitar sesgos de medición en la primera etapa de recolección de la información derivados del registro de los datos, esta fue manejada por parte del investigador y fueron almacenados en medio computarizado.

Para su análisis debieron cumplir con los requisitos establecidos por la encuesta electrónica, la cual se estructuró de manera clara y lógica, permitiendo el acceso ágil y oportuno a la información.

Los instrumentos incompletos o por falta de seguimiento del paciente fueron excluidos del análisis de datos final, con el fin de controlar los sesgos de información.

6.9 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para el desarrollo del presente trabajo se tendrán en cuenta todas las reglamentaciones establecidas en la Resolución N° 008430 de 1993 emanada por el Ministerio de la Protección Social, en la cual se determinan las normas científicas y administrativas para la investigación en salud, obteniéndose la información precisada, a partir de las historias clínicas del departamento de archivo del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva, con salvaguarda del secreto profesional y protección de los sujetos de los cuales no se revelarán nombres ni número de historias clínicas que pudieran permitir el reconocimiento de dichos pacientes.

7. RESULTADOS

Un total de 1367 pacientes consultaron al servicio de gastroenterología en el periodo establecido. 217 presentaron dolor abdominal, de los cuales 108 pacientes cumplían criterios para caso de dolor abdominal crónico 49,8% (108/217).

La prevalencia de dolor abdominal crónico fue del 8% del total de las consultas de gastroenterología (108/1367). La prevalencia por genero fue de 8,4% en mujeres (84/1002) y de 6,6% en hombres (24/365).

Dentro de los hallazgos socio-demográficos se observó que el 72% de los casos (78/108) procedían del área urbana y el 28% restante (30/108 casos) del área rural. *Tabla 10*

La edad promedio en el total de los pacientes con dolor abdominal crónico fue de $46 \pm 15,6$; en hombres fue de $51 \pm 16,7$ y en mujeres fue menor, de $45 \pm 15,1$. *Tabla 10*

El tiempo de evolución del dolor abdominal crónico fue mas frecuente entre 1 a 5 años con el 55%, seguido de mas de cinco años de evolución (27%), y 3 a 11 meses el 22%. El promedio para cada uno de los tiempos fue de $6,7 \pm 1,4$ meses en el tiempo de evolución de >3 a 11 meses, en los de 1 a 5 años $2,6 \pm 1,25$ años y los mayores de cinco años con un tiempo promedio de $12,1 \pm 4,5$ años

En la distribución por género, las mujeres representaron el grupo con más afectación por dolor abdominal crónico correspondiendo al 78% del total de los casos (84/108), con una relación hombre/mujer de 1 : 3.5. *Tabla 10*

De acuerdo con la profesión, en el grupo de las mujeres la profesión más frecuente fue ama de casa 76%, trabajador 16%. En el grupo de los hombres el 87,5% fueron trabajadores y solo un 15,5% pertenecían a cesantes. *Tabla 10*

Tabla 10. Datos demográficos de pacientes que consultaron al servicio de Gastroenterología del HUN entre el 1º de julio de 2008 y el 1º de enero de 2009

	Femenino	Masculino	Total
Edad X	45 \pm 15,1	51 \pm 16,7	46,3 \pm 15,6
Procedencia			
Rural	23(27,4)	7(29)	30
Urbano	61(72,6)	17(71)	78
**Profesión			
Ama de Casa	64 (76)	-	64

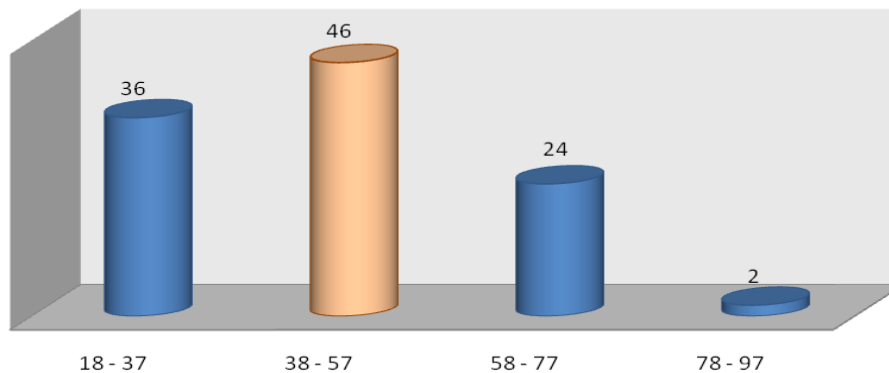
Cesante	5(6)	3(15,5)	8	
Estudiante	2(2)	-	2	
Trabajador	13(16)	21(87,5)	34	
Tiempo Evolucion dolor				X(DS)
>3-11 meses	16 (19)	6(25)	22(20)	6,7±1,4
1-5 años	45(53,5)	14(58,4)	59(55)	2,6±1,25
>5 años	23(27,5)	4(16,6)	27 (25)	12,1±4,5
Total	84 (78)	24(22)	108	

Fuente Base de datos Epi info Dolor Abdominal Crónico

**p: 0,00001 Chi: 50

De acuerdo con la edad, la distribución por grupo etareo en los pacientes con dolor abdominal crónico fueron 18 a 37 años 33% (36/108) de 38 a 57 años 43% (46/108), de 58 a 77 años 22% (24/108). Solo 2 pacientes de la muestra (2%) tuvieron más de 77 años. Se observa que la tendencia más frecuente es en los grupos etareos jóvenes. *Grafica 1.*

Grafica 1. Distribución por grupo etareo del Dolor Abdominal en la consulta externa de Gastroenterología del HUN entre el 1º de julio de 2008 y el 1º de enero de 2009



Fuente Base de datos Epi info Dolor Abdominal Crónico

De acuerdo con la Impresión diagnóstica en la primera consulta del paciente por dolor abdominal crónico, las principales correspondieron a síndrome dispéptico 26%, dolor abdominal a estudio 24%, síndrome colon irritable 15%, gastritis 13%, enfermedad por reflujo 5% entre otras.

Tabla 11. Impresión diagnóstica en la primera consulta de los pacientes con Dolor Abdominal Crónico

DIAGNOSTICO INICIAL	Frecuencia	Porcentaje
Síndrome dispéptico	28	26%
Dolor abdominal a estudio	26	24%
Síndrome intestino irritable	16	15%
Gastritis *Helicobacter P.	14	13%
Enfermedad por reflujo	6	5%
Colelitiasis colecistitis	4	3%
Síndrome Miofacial	3	3%
Colitis ulcerativa	2	2%
Tumor de Cervix	2	2%
Cáncer Gástrico	1	1%
Diarrea Crónica	1	1%
Neoplasia y Síndrome constitucional	1	1%
Dolor Toracico	1	1%
Enfermedad diverticular	1	1%
Cáncer de vesícula biliar	1	1%
Masa pélvica	1	1%
Total	108	100,00

Fuente Base de datos Epi info Dolor Abdominal Crónico

De acuerdo con las características clínicas del dolor abdominal crónico, según el tipo de dolor, el más frecuente entre los pacientes de ambos géneros fue el de tipo ardor con 47%, seguido del tipo cólico 29%, tipo sordo 22% y punzada el 2%. No hubo diferencias en los tipos de dolor cuando se comparo por genero. *Tabla 12*

Tabla 12. Tipo del dolor en los pacientes con Dolor Abdominal Crónico

TIPO DE DOLOR	Femenino		Masculino		Total	
	n	Prevalencia	n	Prevalencia	n	Prevalencia acumulada
Ardor	39	46%	12	50%	51	47%
Cólico	26	31%	5	21%	31	29%
Punzada	2	2%	0	0%	2	2%
Sordo	17	20%	7	29%	24	22%
Total	84	100%	24	100%	108	100%

Fuente Base de datos Epi info Dolor Abdominal Crónico

De acuerdo con las características clínicas del dolor abdominal crónico, según la irradiación del dolor, el 50% fue irradiado a un sitio específico; los sitios más frecuentes de irradiación fueron la espalda 34,3% y el tórax 11%. De acuerdo a la ubicación anatómica del dolor, el sitio más frecuente fue el epigastrio 58%, generalizado 11%. No hubo diferencias en los tipos de dolor cuando se comparó por género. *Tabla 13*

Cuando se revisó la localización del dolor en las principales causas de dolor abdominal crónico, se observó que la ubicación más frecuentemente descrita correspondió al localizado en epigastrio con un 58% (n: 63), seguido por dolor generalizado con el 11% (n: 12) y en el flanco izquierdo con el 6,5% (n: 7). Estos fueron seguidos por el dolor en hipogastrio (5,6%), hipocondrio derecho (4,6%), mesogastrio e hipocondrio izquierdo (3,7%), flanco derecho (2,7%), y las fosas ilíacas derecha e izquierda (2% respectivamente).

Tabla 13. Características del dolor según irradiación y ubicación en los pacientes con Dolor Abdominal Crónico

IRRADIADO	Frecuencia	Porcentaje
Espalda	37	34,3
Espalda + extremidades	2	1,9
Espalda + tórax	1	0,9
Extremidades	1	0,9
Tórax	12	11,1
No Irradiado	55	50,9
Total	108	100,0

LOCALIZACION DEL DOLOR	Frecuencia	%
Epigastrio	63	58,3
Fosa iliaca derecha	2	2
Fosa iliaca izquierda	2	2
Flanco derecho	3	2,8
Flanco izquierdo	7	6,5

Generalizado	12	11,1
Hipocondrio derecho	5	4,6
Hipocondrio izquierdo	4	3,7
Hipogastrio	6	5,6
Mesogastrio	4	3,7
Total	108	100,0

Fuente Base de datos Epi info Dolor Abdominal Crónico

De acuerdo a las características del dolor relacionado con una hora específica del día, el 49,1% refirieron que el dolor fue continuo, en el 16,7% fue intermitente, en el 11,1% se relacionaba con las horas de la noche. Según la relación con las comidas, el 44,4% refirió que el dolor era preprandial y el 40,7% refirió no haber tenido relación. El 22% de los pacientes refirieron encontrar relación del dolor con la actividad física, y el 50% de los pacientes presentaron mejoría con la deposición o flatos. *Tabla 14*

Tabla 14. Características del dolor según la relación con hora en el día, con las comidas, actividad física y mejoría con las deposiciones en pacientes con Dolor Abdominal Crónico

Hora del día	n	porcentaje
Continuo	53	49,1
Intermitente	18	16,7
Noche	12	11,1
Mañana	10	9,3
Tarde	7	6,5
Tarde+noche	5	4,6
Mañana+noche	2	1,9
Mañana+tarde	1	0,9
Relación con comidas	n	porcentaje
Postprandial	48	44,4
No	44	40,7
Preprandial	11	10,2
Durante	3	2,8
Pre-postprandial	2	1,9
Relación actividad física	22	20%
Mejora con deposición y flatos	54	50
Total	108	100

Fuente Base de datos Epi info Dolor Abdominal Crónico

En la sintomatología asociada a dolor abdominal crónico se evidencio que el 76% de los pacientes presentaron distensión abdominal, seguido de agrieras en el 40%, estreñimiento en el 33% y perdida de peso en el 28% de los pacientes. Tabla 15

En el grupo de las mujeres, estas refirieron sintomatología de dispareunia en el 19%, trastornos de la menstruación en el 12% y flujo vaginal en el 11%. Tabla 15.

En el manejo previo a la consulta inicial, el 67% de los pacientes refirieron haber recibido manejo farmacológico. El 32% tenían como antecedente cirugías previas de las cuales el 51,4% (18/35) consistían en cirugías ginecológicas perteneciente al grupo de las mujeres.

Tabla 15. Signos y síntomas asociados al dolor en pacientes con Dolor Abdominal Crónico

n: 108	Frecuencia	Porcentaje
Distensión abdominal	82	76%
Agrieras	43	40%
Estreñimiento	36	33%
Perdida de peso	30	28%
Diarrea	19	18%
Emesis	18	17%
Hematoquexia	12	11%
Melenas	9	8%
Hematemesis	6	6%
Mujeres n: 84		
Dispareunia	16	19%
Trastorno de la menstruación	12	14%
Flujo Vaginal	9	11%

Fuente Base de datos Epi info Dolor Abdominal Crónico

Un total de 149 imágenes fueron realizadas en los pacientes Para el diagnostico definitivo del dolor abdominal crónico. La endoscopia de vías digestivas altas (EVDA) fue realizada en el 43,6% de los pacientes, la Ecografía en el 25,5%, la Colonoscopia en el 21,5%, la Tomografía en el 8,7% y por ultimo la radiografía en el 0,67% del total de los pacientes.

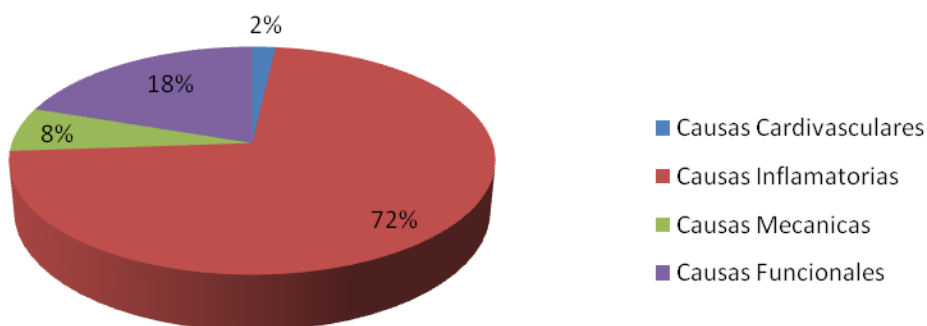
Tabla 16. Distribución de imágenes diagnosticas realizadas en pacientes con dolor abdominal crónico

Grupo	Diagnóstico	Rx	Ecografía	Endoscopia	Colonosc.	TAC
CV	Aneurisma Renal	-	1	1	-	1
	Dolor torácico	1	1			
Inflam.	Colecistitis-Colelitiasis	-	13	5	2	-
	Esófago de Barret	-	1	1	-	-
	Esofagitis	-	-	2	-	-
	Gastritis	-	13	48	3	5
	Prostatitis	-	-	-	-	-
	Dolor Pélvico	-	-	1	-	1
	Rectosigmoiditis	-	-	-	1	-
	Enf. Diverticular	-	-	1	5	-
	Colitis	-	1	1	4	-
Mec.	Bridas	-	-	-	1	1
	Dolor Post-Qx	-	-	-	-	-
	Masa Abdominal	-	1	-	-	-
	Ca de Páncreas	-	-	1	-	1
	Ca Vesícula Biliar	-	1	-	-	-
	Masa Pélvica	-	-	-	-	1
	Síndrome miofascial	-	2	1	1	-
Func.	SII	-	3	3	15	3
	Sx Esf. de Oddi Enf.	-	1	-	-	-
		1 (0,67%)	38 (25,5%)	65 (43,6%)	32(21,5%)	13 (8,7%)

Fuente Base de datos Epi info Dolor Abdominal Crónico

De acuerdo con la etiología del dolor abdominal crónico, los diagnósticos más frecuentes en la población estudiada correspondieron a las causas inflamatorias en el 72% (80 casos) seguida por las causas funcionales en un 18% (22 casos), las causas mecánicas (8%) y cardiovasculares (2%). Grafica 2.

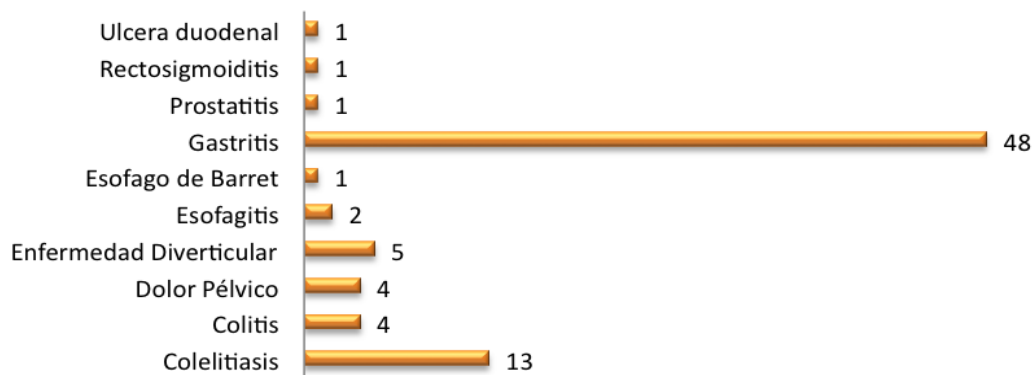
Grafica 2. Causas de dolor abdominal en los pacientes que consultaron al servicio de Gastroenterología del HUN entre el 1º de julio de 2008 y el 1º de enero de 2009



Fuente Base de datos Epi info Dolor Abdominal Crónico

Dentro de las causas inflamatorias, la patología más diagnosticada de este subgrupo fue la gastritis con 48 casos (60%), de los cuales 30 casos se asociaron a *Helicobacter pylori* (62%) y 6 a reflujo gastroesofágico (12%); con el hallazgo coexistente de Aneurisma de la arteria renal, esofagitis, Carcinoma de cabeza de páncreas y síndrome de intestino irritable en un caso para cada patología (2% para cada uno). Para el caso del *H. pylori*, uno de los pacientes presentó además esteatosis hepática. Después de la gastritis, la causa inflamatoria más frecuente fue la colecistitis-colelitiasis con 13 casos (17%), seguida por la enfermedad diverticular (6%), la colitis (6%), el dolor pélvico (6%) y la esofagitis, ulcera duodenal, rectosigmoiditis, prostatitis y esófago de Barret en el menor de los casos. *Grafica 3*

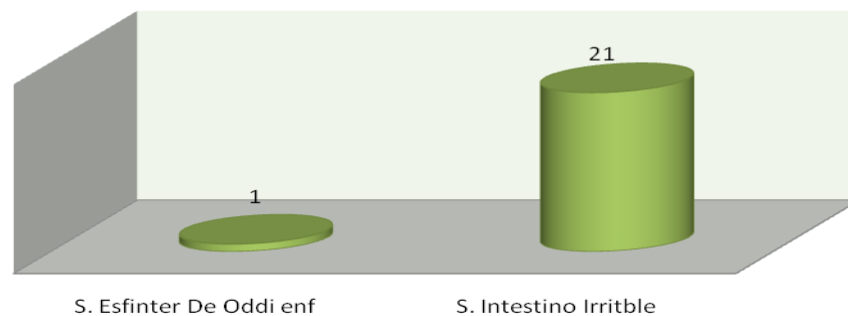
Grafica 3. Distribución por frecuencia de las patologías específicas del subgrupo de causas inflamatorias del dolor abdominal



Fuente Base de datos Epi info Dolor Abdominal Crónico

Del grupo de causas funcionales de dolor, el 95% (21 casos) fue debido a Síndrome de Intestino Irritable, con un caso asociado a gastritis, y el 5% (1 caso) al síndrome del Esfínter de Oddi Enfermo. *Grafica 4*

Grafica 4. Distribución por frecuencia de las patologías específicas del subgrupo de causas funcionales del dolor abdominal

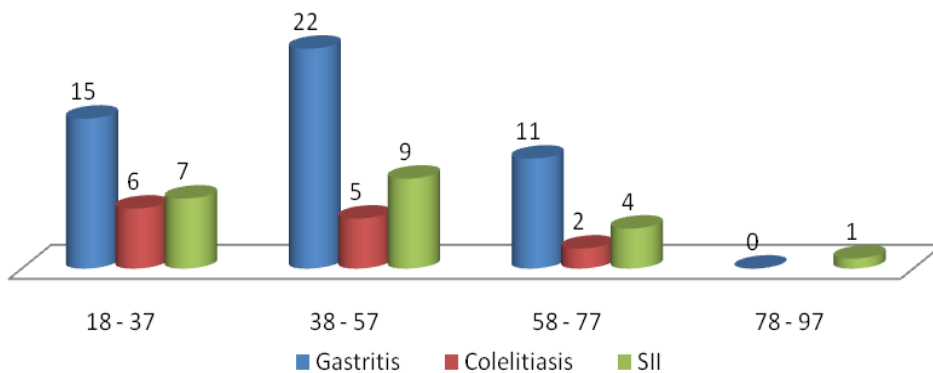


Fuente Base de datos Epi info Dolor Abdominal Crónico

Dentro de los subgrupos restantes (causas mecánicas y cardiovasculares) se presentó un caso de Cáncer de Vesícula Biliar, 3 casos de Síndrome Miofacial, un caso de Dolor Torácico, un caso Enfermedad por Bridas, entre otros.

Es de resaltar que no se identificaron causas infecciosas como (Citomegalovirus, TBC peritoneal, Virus del Ebstein Barr, Virus de la Hepatitis, Leishmaniosis Visceral, Malaria), ni metabólicas (Diabetes, Porfiria, Insuficiencia Adrenal, Uremia, Hipercalcemia), farmacológicas (Esteroides, Azatriopina, Pentamidina) o neurogénicas (Herpes Zoster, Epilepsia Abdominal, Tumor o proceso infeccioso medular, Compresión de una raíz nerviosa) como diagnóstico etiológico final durante la recolección de datos.

Grafica 5. Distribución por grupo etario de las causas más comunes de dolor abdominal en la consulta externa de Gastroenterología del HUN entre el 1º de julio de 2008 y el 1º de enero de 2009.



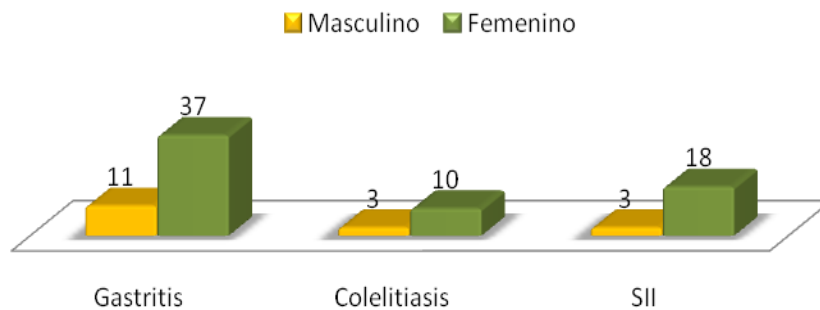
Fuente Base de datos Epi info Dolor Abdominal Crónico
P > 0.05

Con relación al género y las causas específicas más frecuentes dolor abdominal crónico en la población estudiada (Gastritis, Colelitiasis, SII), encontramos que para la gastritis y el SII, el grupo etario en el cual se documentó el mayor número de casos fue entre los 38 y 57 años con 22 y 9 pacientes (46% y 43%) respectivamente, seguidos por el grupo entre los 18 y 37 años. *Grafica 5. P > 0.05*

La Colelitiasis se presentó con más frecuencia en la población entre los 18 y 37 años 6 casos 46%. *Grafica 5. P > 0.05*

Con relación al género y las causas específicas más frecuentes entre los pacientes que consultaron por dolor abdominal crónico (Gastritis, Colelitiasis, SII), encontramos que en el grupo de las mujeres la causa más prevalente fue la gastritis 44% (37/84), seguida de SII 21,4% (18/84) y Colelitiasis 12%. Para el grupo de los hombres, al igual que las mujeres la causa más prevalente fue gastritis 46% (11/24) seguida de Colelitiasis 12,5% (3/24) y SII 12,5% (3/24). *Grafica 6. Chi: 35,2. p: 0,03*

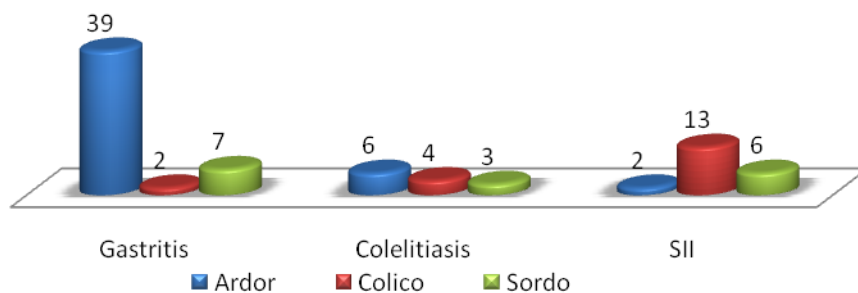
Grafica 6. Distribución por género de las causas más frecuentes de dolor abdominal en la consulta externa de Gastroenterología del HUN entre el 1º de julio de 2008 y el 1º de enero de 2009



Fuente Base de datos Epi info Dolor Abdominal Crónico
Chi: 35,2. p: 0,03

De acuerdo al tipo de dolor registrado en las causas principales de dolor abdominal crónico en los pacientes que consultaron al servicio de gastroenterología se obtuvieron los siguientes resultados: para la gastritis el 81% (39/48) refirió dolor tipo ardor, similar al caso de la colelitiasis con el 46% (6/13). Para el SII el tipo de dolor más frecuente fue el cólico con un 62% (13/21), seguido por el de tipo sordo con el 29% (6/21). *Grafica 7 Chi 2 129,8. p: 0,01.*

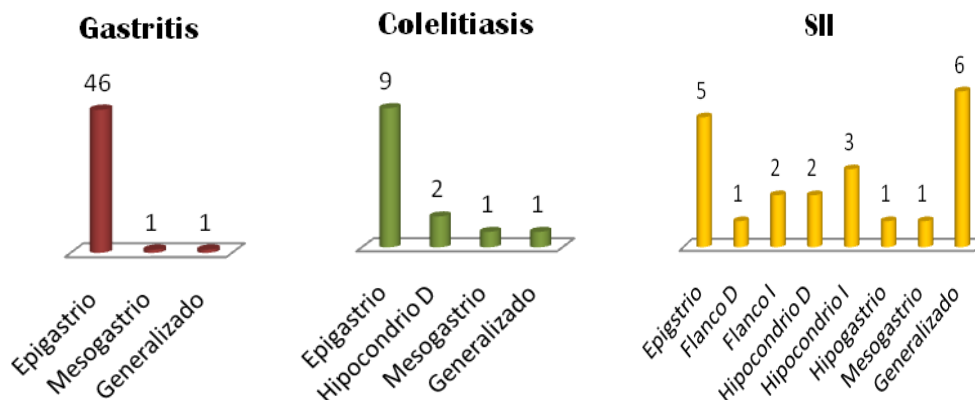
Grafica 7. Distribución por tipo de dolor de las causas más frecuentes de dolor abdominal en la consulta de Gastroenterología del HUN entre el 1º de julio de 2008 y el 1º de enero de 2009



Fuente Base de datos Epi info Dolor Abdominal Crónico
Chi: 129,8. p: 0,01

De acuerdo a la localización del dolor registrado en las causas principales de dolor abdominal crónico en los pacientes que consultaron al servicio de gastroenterología se obtuvieron los siguientes resultados: La localización más frecuente de dolor para la gastritis fue en epigastrio 95% (46/48), igual que para la Colelitiasis con el 70% (9/13). Para el SII la localización más frecuente fue el generalizado 29% (6/21) seguido del dolor en epigastrio con el 24% (5/21). *Grafica 8. Chi: 401. p: 0,00001*

Grafica 8. Distribución por localización del dolor de las causas más Frecuentes de dolor abdominal en la consulta de Gastroenterología del HUN entre el 1º de julio de 2008 y el 1º de enero de 2009



Fuente Base de datos Epi info Dolor Abdominal Crónico
**Chi: 401. p: 0,00001*

En el análisis de regresión logística de las principales causas de dolor abdominal crónico, con el tipo de dolor referido por los pacientes se encontró que la probabilidad que el dolor tipo ardor sea factor predictor de la gastritis es de 17,3 veces más con el que no lo tuviera. Se logró establecer significancia estadística con una P: 0,00000001, lo cual permitiría inferir que, si bien la presencia de esta característica no hace diagnóstico, su ausencia desestimaría la probabilidad de que el dolor se deba a gastritis.

Así mismo, para el caso de la presencia del dolor de tipo cólico, esta tendría el efecto contrario que el anterior (OR: 0.05, p: 0.000000001). Su presencia desestimaría la probabilidad de que el dolor se deba a gastritis. No se estableció relación entre el dolor de tipo sordo con el hallazgo de gastritis. *Tabla 17*

Tabla 17. Gastritis y Tipo de Dolor

Tipo de dolor	OR (IC 95%)	Chi cuadrado	P < 0.05
Ardor	17,3 (6,4 – 51.7)	40.1	0,000000001
Cólico	0.05 (0.01 – 0.22)	25.05	0.00000005
Sordo	0.53 (0.18 – 1.53)	1.65	0.19

Fuente Base de datos Epi info Dolor Abdominal Crónico

Cuando se aplicó el mismo análisis al SII, se logró establecer significancia estadística para la presencia de dolor de tipo ardor como ayuda para descartar la probabilidad de que el dolor abdominal se deba a esta patología (OR: 0.08, p: 0.0001). El dolor de tipo cólico tiene más de 6 veces la probabilidad de asociación como síntoma de diagnóstico de síndrome de intestino irritable. El dolor sordo no tiene relevancia en el diagnóstico final de SII. *Tabla 18*

Tabla 18. Síndrome de Intestino Irritable y Tipo de Dolor

Tipo de dolor	OR (IC 95%)	Chi cuadrado	P < 0.05
Ardor	0.08 (0.01 – 0.40)	14.87	0.0001
Cólico	6.23 (2.2– 19,7)	14.04	0.0001
Sordo	1.53 (0.45 – 5.04)	0.61	0.43

Fuente Base de datos Epi info Dolor Abdominal Crónico

En el análisis de regresión logística del diagnóstico de Colelitiasis y el tipo de dolor, no se encontró significancia en ninguno de los tipos de dolor. *Tabla 19*

Tabla 19. Colecistitis Colelitiasis y Tipo de Dolor

Tipo de dolor	OR (IC 95%)	Chi cuadrado	P < 0.05
Ardor	0,95 (0,26 – 3,47)	0.01	0,93
Cólico	1.12 (0.26 – 4.47)	0,03	0,86
Sordo	1.06 (0.21 – 4,75)	0.01	0,93

Fuente Base de datos Epi info Dolor Abdominal Crónico

De acuerdo con los análisis de regresión logística en relación con la causa de dolor abdominal crónico y la localización anatómica del dolor; en el diagnóstico de gastritis se estableció relación estadísticamente significativa de esta con el dolor localizado en epigastrio (*OR de 58.1 y una p: 0.00000001*), lo cual implica que si la presencia de dolor en esta localización no hace diagnóstico, la ausencia de esta característica podría ayudar a excluir la posibilidad de gastritis. No se estableció relación clínica ni estadísticamente importante entre la gastritis y las otras localizaciones. *Tabla 20*

Tabla 20. Gastritis y localización del dolor

Localización	OR (IC 95%)	Chi cuadrado >5	P < 0.05
Epigastrio	58.1 (11,74 – 390)	49.9	0.00000001
Mesogastrio	0.30 (0.01 – 3,0)	1.27	0.26
Generalizado	0.09 (0.00 – 0.76)	7.13	0.007

Fuente Base de datos Epi info Dolor Abdominal Crónico

Para el SII, se estableció significancia estadística en el caso de la presencia de dolor epigástrico en un paciente con SII, lo cual disminuiría las probabilidades de que el dolor abdominal del paciente se deba a esta patología (OR: 0.16, p: 0,0001). El dolor generalizado y el dolor localizado en el hipocondrio izquierdo fueron estadísticamente significativos OR 5,4 (p < 0,05). Los hallazgos no fueron concluyentes para el resto de localizaciones (p: > 0.05 para todos los casos). *Tabla 21*

Tabla 21. Síndrome de Intestino Irritable y Localización del Dolor

Localización del dolor	OR (IC 95%)	Chi cuadrado	P < 0.05
Epigastrio	0.16 (0.04 – 0.52)	12.78	0.0001
Generalizado	5.4 (1.31 – 22.57)	8.0	0.004
Hipocondrio I	14,3(1.21 – 380)	8,0	0.004
Flanco D	2.13 (0.0 – 32)	0.38	0.53
Flanco I	1.73 (0.21 – 11.33)	0.4	0.52
Hipocondrio D	3.14 (0.49 – 20.22)	1.5	0.13
Hipogastrio	0.87 (0.09 – 7.91)	0.17	0.69
Mesogastrio	1.49 (0.14 – 15.13)	0.11	0.56

Fuente Base de datos Epi info Dolor Abdominal Crónico

Para los pacientes con diagnostico de Colelitiasis, no se evidencio significancia estadística. *Tabla 22*

Tabla 22. Colelitiasis y localización del dolor

Localización	OR (IC 95%)	Chi cuadrado >5	P < 0.05
Epigastrio	2.16 (0,67 – 10,92)	2,4	0.1
Hipocondrio Derecho	5,58 (0.57 – 48,6)	3,87	0.05
Mesogastrio	2,56 (**)	0,66	0.41

** Limite no valido

Fuente Base de datos Epi info Dolor Abdominal Crónico

Al comparar el diagnóstico final con la presencia de algunos síntomas clínicos asociados, recopilados durante la anamnesis, se obtuvieron los datos tabulados a continuación:

Tabla 23. Gastritis y Síntomas asociados a la causa de dolor abdominal Crónico

Síntomas asociados	OR (IC 95%)	Chi cuadrado	P < 0.05
Agrieras	4.20 (1.72 – 10,4)	12.3	0.0004
Distensión abdominal	1.71 (0.63 – 4,74)	1.34	0.24
Emesis	3.45 (1.07 – 11.55)	5.55	0.01

Fuente Base de datos Epi info Dolor Abdominal Crónico

En la gastritis, se estableció que la presencia de agrieras en un paciente con dolor abdominal refuerza el diagnóstico de gastritis de manera estadísticamente significativa, con un OR de 4.20 y una p. 0.0004. Sin embargo, aunque la presencia de distensión abdominal fue frecuente (en el 80% de los casos), esta no es útil para el diagnóstico de gastritis, debido a que lo fue en todas las patologías diagnosticadas (p: 0.24). La emesis al igual que las agrieras se convirtió en factor predictor como síntoma asociado a la gastritis $p < 0,05$. *Tabla 23*

Tabla 24. Síndrome intestino irritable y Síntomas asociados a la causa de dolor abdominal crónico

Síntomas asociados	OR (IC 95%)	Chi cuadrado	P < 0.05
Diarrea	3.41 (1.13 – 10.26)	3.76	0.03
Estreñimiento	2.73 (0,93 – 8.06)	3.26	0.07
Distensión abdominal	3,62 (1.72 – 24,75)	3.02	0.008

Fuente Base de datos Epi info Dolor Abdominal Crónico

Con relación a los síntomas asociados al diagnóstico de SII, se encontró significancia en la diarrea y la distensión abdominal como síntomas relevantes en el contexto de esta patología. El estreñimiento no presentó significancia estadística en este análisis. *Tabla 24*

Tabla 25. Colelitiasis y síntomas asociados a la causa de dolor abdominal Crónico

Síntomas asociados	OR (IC 95%)	Chi cuadrado	P < 0.05
Agrieras	1,91 (0,52 – 7,08)	1,21	0.27
Distensión abdominal	0.31 (0.08 – 1.19)	2.69	0.1
Emesis	0.53 (0.02 – 4.62)	0.35	0.55

Fuente Base de datos Epi info Dolor Abdominal Crónico

La Colelitiasis no tuvo síntomas específicos que tuvieran significancia estadística para predecir la posibilidad de presencia o ausencia de esta patología. *Tabla 25*

8. DISCUSION

Para empezar diremos que, a pesar de la revisión de bibliografía médica especializada en bases de datos reconocidos y confiables (Medline –MDconsult - Biblioteca Fundación Cardioinfantil), no se logró establecer a ciencia cierta la prevalencia o incidencia de dolor abdominal crónico de cualquier etiología en la literatura internacional, ni en la regional; sin embargo, en nuestro estudio la prevalencia fue del 8% del total de las consultas de gastroenterología.

Como se describe en la literatura, el dolor abdominal crónico representa un hallazgo de mayor frecuencia en las mujeres especialmente durante la edad reproductiva (8). En nuestro estudio la prevalencia fue superior a la de los hombres (8,4%), en la comparación del género con las causas más diagnosticadas, la edad promedio fue de $45 \pm 15,1$ con una relación hombre/mujer establecida en este estudio de 1: 3.5. En el sentido de las causas más diagnosticadas, se podría decir que para la región de influencia del Hospital Universitario de Neiva, en el 72% de los casos, el paciente que se queja de dolor abdominal crónico, padecerá una causa inflamatoria del mismo, seguido por un 20% de pacientes a quienes se les diagnosticará una causa funcional.

El hallazgo socio-demográfico de la procedencia de los pacientes, con un predominio evidente de la zona urbana (72%), podría explicarse por la relación espacial del Hospital con la población de la ciudad, la cual tiene mayor accesibilidad a este.

Con relación a las patologías específicas, cabe resaltar que la gastritis representó el diagnóstico etiológico más frecuente en la población estudiada con un 44% de todos los casos analizados y el 80% de todas las causas inflamatorias definidas, seguida por el Síndrome de Intestino Irritable, presente en el 19% de todos los pacientes, siendo consecuente con el hallazgo de Satio y asociados quienes notaron en Olmsted, Minnesota, que la prevalencia de SII variaba desde el 8% al 22% dependiendo, por supuesto, de los criterios de diagnóstico usados (Manning o Roma) (25). Para efectos de esta investigación se emplearon los criterios de Roma III. De manera similar, en el estudio de Yamamoto W., Kono H., Maekawa M., and Fukui T., denominado The Relationship Between Abdominal Pain Regions and Specific Diseases: An Epidemiologic Approach to Clinical Practice, publicado en el Journal de epidemiologia en el año 1997, la frecuencia de gastritis se estableció en 23%, siendo el mayor porcentaje de las patologías específicas, y en 56% para las causa de enfermedad gastroduodenal. Sin embargo el SII sólo se presentó en el 3.2% de los casos con una proporción del 13% de las enfermedades del intestino (26).

Al analizar el tipo de dolor referido por el paciente y la localización de este, encontramos que la característica ardor fue la más frecuente 47% (n: 51), seguida por el tipo cólico 29% (n: 31). Con relación a la localización del dolor, este se ubico más frecuentemente en epigastrio 58% (n: 53) y fue generalizado en el 11% (n: 12).

En el análisis de regresión logística se concluyó que en el paciente que padece de dolor abdominal de tipo ardor, existe un bajo riesgo de que su enfermedad se relacione con el SII (OR: 0.08, p: 0.0001), mientras que el referir un dolor de diferente característica a la descrita, disminuye la posibilidad de que el paciente sufra de gastritis (OR: 17.3 p< 0.05). Así mismo, para el dolor de tipo cólico, su presencia desestimaría la posibilidad de que el dolor se deba a gastritis (OR: 0.05, p< 0.05).

Datos más interesantes y correlacionables se obtuvieron de cruzar el diagnóstico final con la localización del dolor. Así, para el caso de la gastritis, la localización en epigastrio favorece estadísticamente el diagnóstico, aun cuando nunca significará un criterio diagnóstico por sí solo (OR: 58.1, p< 0.05). En el estudio de *Yamamoto W. y Co/s.* los autores buscaron establecer la relación entre las regiones abdominales de dolor y enfermedades específicas, concluyendo que, debido a la alta sensibilidad (0.84) del dolor epigástrico en términos de enfermedad gastroduodenal (gastritis como causa específica más frecuente con el 56%), la ausencia de dolor epigástrico es útil para descartar dicha enfermedad. Por otro lado, establecieron que la alta especificidad (>0.92) del dolor periumbilical hace posible diagnosticar confiadamente enfermedad intestinal. En los resultados de nuestro estudio la presencia de dolor en epigastrio disminuye la posibilidad que el dolor se deba a SII (OR: 0.16 p< 0,05). Sin embargo la localización en hipocondrio izquierdo y dolor abdominal generalizado fueron, de igual manera, concluyentes para el SII (p< 0.05).

Al relacionar la existencia de algunos síntomas asociados recopilados durante la anamnesis, con el diagnóstico etiológico; se obtuvo que para la gastritis, la presencia de agrieras favorece el diagnóstico con una significancia estadística de OR: 4.2 (p< 0.0004). A pesar de que la distensión abdominal se presentó en el 80% de los casos de gastritis, esta no fue útil para reforzar el diagnóstico 1,71 (0,63-4,74) p: 0,24. Así mismo, aunque la emesis fue infrecuente (26%), su presencia en el diagnóstico de gastritis fue significativa OR: 3,45 (1,07-11,55) p<0,05. En la literatura estudiada se encontró que la anorexia, náuseas y emesis son más comunes con la úlcera gástrica (10).

Al establecer la relación entre los síntomas asociados y el diagnóstico de SII, se obtuvo que la diarrea presenta una probabilidad estadísticamente significativa de que su presencia se deba a SII OR: 3,41 p: 0,03 con una asociación más fuerte con la distensión abdominal OR: 3,62 p: 0.008, teniendo en cuenta además, por supuesto, los criterios clínicos y paraclínicos dispuestos para su diagnóstico. El SII está caracterizado por la presencia de discomfort abdominal o dolor asociado a alteraciones en las deposiciones. La sensación de hinchazón o la distensión abdominal visible están frecuentemente presentes en los pacientes con SII pero no son considerados síntomas esenciales para el diagnóstico (22). En un estudio clásico del reino unido, Manning y asociados reportaron por primera vez que seis síntomas eran los más frecuentes en aquellos que subsecuentemente fueron diagnosticados con SII, aunque sólo cuatro fueron estadísticamente significativos en el reporte inicial. Estudios posteriores mostraron que estos síntomas eran específicos, pero no sensibles, para identificar el SII y fueron de gran valor diagnóstico en mujeres.

Sin embargo, y a pesar que los análisis matemáticos fueron irrefutables, podemos decir que los hallazgos clínicos obtenidos de los pacientes durante la primera consulta médica no son en ningún caso, más que inclinaciones hacia una sospecha diagnóstica, sin lograr sustituir la necesidad de estudios paraclínicos específicos. Además, es necesario tener en cuenta que estos datos son extrapolables a la población que sólo presenta una patología gastrointestinal responsable de sus síntomas, excluyendo a aquellos que presentan diagnósticos coexistentes; en esta población el análisis resultaría más tedioso, probablemente sin arrojar resultados importantes, debido a que la presencia de más de una enfermedad en la misma región, representa una variable de confusión difícil de controlar desde el punto de vista epidemiológico.

9. CONCLUSIONES

El dolor abdominal crónico es una entidad muy frecuente en las consulta en el servicio de gastroenterología hospital universitario; su prevalencia fue de 8%. Las mujeres fueron quienes mas frecuentaron la consulta por esta patología 78%, la relación hombre/mujer fue de 1:3.5. Así mismo, cuando se distribuyen las patologías más frecuentes por género, se obtiene un resultado similar, con predominio siempre del género femenino. Este hallazgo es consecuente con la literatura estudiada.

La edad promedio fue de $46 \pm 15,6$; siendo mayor en el grupo de los hombres $51 \pm 16,7$. El grupo de edad entre los 38 y 57 años aportó el mayor número de pacientes al estudio (43%). La mayoría de los pacientes pertenecían al área urbana (72%). De acuerdo a la evolución del dolor abdominal crónico, el 55% tenían un periodo de evolución de 1 a 5 años.

La etiología inflamatoria fue la más frecuente en los pacientes que consultaron por dolor abdominal crónico, con un 72%, seguida por las causas funcionales con el 20%, existiendo entre ellas una diferencia importante. La patología más frecuente fue la gastritis con el 44% de los diagnósticos finales, seguida por el síndrome de colon irritable con el 19%, y la colecistitis-colelitiasis con el 12%, resultados consecuentes con la literatura internacional consultada, para las tres patologías.

Respecto al análisis de regresión logística, se logró establecer significancia estadística para aquellos que refirieron dolor de tipo ardor con gastritis, lo cual permitiría inferir que la *ausencia* de este hallazgo desestimaría la probabilidad de que el dolor se deba a esta patología OR: 17,3 ($p < 0.05$). Así mismo, para el caso de la presencia del dolor de tipo cólico, esta tendría el efecto contrario al anterior OR: 0,05 ($p < 0.05$). De igual manera, se logró establecer significancia estadística para la presencia del dolor de tipo ardor como ayuda para descartar la probabilidad de que el dolor abdominal se deba a SII OR: 0,08 ($p < 0,05$).

Para el caso de la localización del dolor, si bien la *ausencia* de dolor localizado en epigastrio podría ayudar a excluir la posibilidad de gastritis OR: 58 ($p < 0.05$), la presencia del mismo disminuiría las probabilidades de que el dolor abdominal del paciente se deba a SII OR: 0,06 ($p: 0,01$).

Por último, se estableció que la presencia de agrieras en un paciente con dolor abdominal refuerza el diagnóstico de gastritis de manera estadísticamente

significativa OR: 4,2 ($p < 0.05$) así como la existencia de diarrea o distensión abdominal en un paciente con dolor abdominal, es significativa desde la estadística, para inferir un diagnóstico de SII OR: 3,4 ($p < 0.05$).

En resumen, concluimos que análisis comparativos entre las características del dolor descrito por los pacientes en la visita clínica inicial y el diagnóstico médico rindieron información clínicamente útil en cuanto a la eficacia de la toma de historia clínica, y el examen físico en la identificación de enfermedades abdominales. Sin embargo, y a pesar de que para algunos casos de dolor abdominal la toma de historia clínica fue altamente predictiva de la presencia o ausencia de enfermedad, no sustituyó nunca la necesidad de datos paraclínicos obtenidos mediante pruebas específicas para alcanzar el diagnóstico definitivo.

Estudios de este tipo podrían ser útiles para definir con autoridad epidemiológica, que la historia clínica de pacientes con algunos dolores abdominales es altamente predictiva de la presencia o ausencia de enfermedad, permitiendo la incorporación de estos hallazgos en los protocolos de manejo locales, con la posibilidad de impactar en las demandas económicas del sistema, sin afectar la calidad de la atención y la probabilidad de curación de los pacientes.

Finalmente, respecto a los posibles sesgos que pudieron comprometer la validez del presente estudio, resultaría de utilidad incluir en estudios posteriores una mayor población de muestra que permitiera analizar los datos igualmente en las patologías menos frecuentes. Por otra parte, un análisis más profundo de los hallazgos clínicos con relación al diagnóstico final podría arrojar resultados más relevantes a la hora de evaluar estadísticamente la importancia de la historia clínica en el estudio del dolor abdominal crónico.

BIBLIOGRAFIA

1. MCFADDEN D. Dolor Abdominal. En: Zinder M, et al (eds). Operaciones Abdominales. 10 ed. Stamford: Appleton and Lange, 1997: 351-359.
2. SPARKES V, Prevost T, Hunter JO. Derivation and identification of questions that act as predictors of abdominal pain of musculoskeletal origin. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2003; 15: 1021-7.
3. BONICA JJ. The Management of Pain. (2ª edición). Philadelphia: Lea & Phebiger, 1990.
4. ARCHILA PE. Dolor abdominal crónico. Esencia de la práctica gastroenterológica. *Rev Col Gastroenterol* ; Vol 22, No 4, Bogotá Oct./Dec 2007.
5. KAMIN RA, Nowicki TA, Courtney DS, Powers RD. Pearls and pitfalls in the emergency department evaluation of abdominal pain. *Emerg Med Clin North Am.* 2003; 21(1): 61-72
6. BICANOVSKY L, Lagman R, Davis M, Walsh D. Managing Nonmalignant Chronic Abdominal Pain and Malignant Bowel Obstruction. *Gastroenterol Clin N Am* 35 (2006) 131–142.
7. TALLEY N. Functional Gastrointestinal Disorders in 2007 and Rome III: Something New, Something Borrowed, Something Objective. *Reviews in Gastroenterological Disorders*, vol 7 N° 2 (2007) 97-105.
8. GREENBERGER Norton J. Chronic and Recurrent Abdominal Pain. *Gastroenterol Clin N Am* 35 March (2008) 112–130.
9. JHONSON CD. Upper abdominal pain: Gall Bladder. *Brit Med Journal.* 2001; 323 (7322); 1170-1173.
10. GERBER J., Long V., Giardiello F. Approach to Abdominal Pain. *Gastroenterology: Piccini&Nilsson: Sección V, 2nd ed, Chapter 30.* 2006, Johns Hopkins University.
11. KUO B. Chronic Abdominal Pain. *Feldman: Sleisenger & Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease, 8th ed.; Chapter 5,* 2006. 99 – 107.
12. JOHNSTON DE, Kaplan MM: Pathogenesis and treatment of gallstones. *N Engl J Med* 1993; 328(6):412-421.
13. UYS CJ, Bank S, Marks IN: The pathology of chronic pancreatitis in Cape Town. *Digestion* 1973; 9:454.

14. CONWELL DL, Zuccaro Jr G, Vargo JJ, et al: An endoscopic pancreatic function test with synthetic porcine secretin for the evaluation of chronic abdominal pain and suspected chronic pancreatitis. *Gastrointest Endosc* 2003; 57:37.
 15. FARROKHYAR R, Swarbrick ET, Irvine EJ: A critical review of epidemiological studies in inflammatory bowel disease. *Scand J Gastroenterol* 2001; 36:2.
 16. FARMER RG, Hawk WA, Turnbull RBJ: Clinical patterns in Crohn's disease: a statistical study of 615 cases. *Gastroenterology* 1975; 68:627.
 17. TAOUREL PG, et al: Acute mesenteric ischemia: diagnosis with contrast-enhanced CT. *Radiology* 1996; 199:632.
 18. KATZ VL, Lentz G, Lobo RA, Gershenson D. Pelvic Inflammatory Disease. *Comprehensive Gynecology*, Chapter 23, 5th ed 2007; 876-884.
 19. OLIVE DL, Pritts EA: Treatment of endometriosis. *N Engl J Med* 2001; 345:266-275.
 20. FALCONE. Adhesion Prevention. *Clinical Reproductive Medicine and Surgery*, 1st ed. Chapter 52, 2007; 930-945.
 21. SURI S, et al: Comparative evaluation of plain films, ultrasound and CT in the diagnosis of intestinal obstruction. *Acta Radiol* 1999; 40:422.
 22. DUCONS JA, Landers A. Trastornos funcionales digestivos. En Montoro Huguet MA. *Principios básicos en gastroenterología*. Edika Med 1997: 103-113.
 23. DROSSMAN DA, Corraziari E, Talley NJ, et al: Rome II: The Functional Gastrointestinal Disorders , 2nd ed. McLean, VA, Degnon, 2000.
 24. AGREUS L: Natural history of dyspepsia. *Gut* 2002; 50:iv2
 25. SAITO YA, Talley NJ, Melton LJ III, et al: The effect of new diagnostic criteria for irritable bowel syndrome on community prevalence estimates. *Neurogastroenterol Motil* 2003; 15:687.
- YAMAMOTO W., Kono H., Maekawa M., and Fukui T. The Relationship Between Abdominal Pain Regions and Specific Diseases: An Epidemiologic Approach to Clinical Practice. *J Epidemiol*, 1997; 7: 27-32.

ANEXOS

Anexo A. Instrumento de Recolección

Historia Clínica:

Nombre:		Edad:	
Sexo:	F: _____ M: _____	Teléfono:	
Procedente:	Rural: _____ Urbano: _____	Profesión:	

TIEMPO EVOLUCION DOLOR		
DIAS:	MESES:	AÑOS:

TIPO DE DOLOR:				
ARDOR:	COLICO:	SORDO:	PUNZADA:	PESADEZ:

IRRADIACION		
ESPALDA:	TORAX:	EXTREMIDADES:

UBICACIÓN DEL DOLOR		
GENERALIZADO:	SUPRAPUBICO:	PERIUMBILICAL:
HIPOCONDRIOD:	EPIGASTRIO:	HIPOCONDRIOD:
FLANCO D:	MESOGASTRIO:	FLANCO I:
FID:	HIPOGASTRIO:	FII:

DIARREA	
SI:	NO:

ESTREÑIMIENTO	
SI:	NO:

RELACION CON LAS COMIDAS: SI: _____ NO: _____		
PREPRANDIAL:	DURANTE:	POSTPRANDIAL:

RELACION ACTIVIDAD FISICA	
SI:	NO:

HORA DEL DIA			
MAÑANA:	TARDE:	NOCHE:	CONTINUO:

EMESIS	
SI:	NO:

DISPAREUNIA	
SI:	NO:

FLUJO VAGINAL	
SI:	NO:

RELACION CON EL HABITO INTESTINAL	
MEJORA CON DEPOSICIONES Y FLATOS:	NO RELACION:

DISTENSION ABDOMINAL	
SI:	NO:

MELENAS:	
SI:	NO:

TRATAMIENTOS PREVIOS		
SI:	NO:	CUALES: FARMACOLOGICOS: NO FARMACOLOGICOS: (QX. CASEROS. FARMACOLOGICOS NO RECETADOS)

RELACION CICLO MENSTRUAL	
SI:	NO:

HEMATEMESIS	
SI:	NO:

PERDIDA DE PESO	
SI:	NO:

HEMATOQUECIXIA	
SI:	NO:

AGRIERAS	
SI:	NO:

CIRUGIAS PREVIAS		
SI:	NO:	GINECOLOGICAS: _____ NO GINECOLOGICAS: _____

COMORBILIDADES:	DIABETES: HTA:	COLON IRRITABLE: HIPOTIROIDISMO:
------------------------	-------------------	-------------------------------------

EXAMENES	
EVDA	
COLONOSCOPIA	
ECOGRAFIA	
RX	
TAC	
OTRO	

REMISION A OTRO SERVICIO		
FISIATRIA:	GINECOLOGIA:	CIRUGIA GENERAL:
UROLOGIA:	PSIQUIATRIA:	OTRO:

Anexo B. Operacionalización de variables

Tabla 9. Operacionalización de Variables

Variable	Sub variables	Definición	Categoría	Nivel de medición	Indicadores
Características Demográficas					
Edad		Edad en años definida por cédula de ciudadanía	Número de años	Razón	Porcentaje
Sexo		Sexo definido como hombre o mujer por la presencia de genitales externos masculinos o femeninos	Hombre Mujer	Nominal	Promedio Razón hombre/mujer
Procedencia		Lugar donde ha residido los últimos seis meses. Definir procedencia de zona urbana o rural	Zona urbana o rural	Nominal	Frecuencia Porcentaje
Ocupación		Actividad que desempeña para ganarse la vida	Ama de casa Cesante Estudiante, Trabajador	Nominal	Porcentaje
Características del Dolor					
Tiempo de evolución		Tiempo transcurrido desde el inicio del dolor hasta la fecha de la consulta	Días	Razón	Porcentaje
			Meses		
			Años		
Tipo de dolor		Naturaleza del dolor, sensación descrita como dolorosa	Ardor	Nominal	Porcentaje
			Cólico	Nominal	Porcentaje
			Punzada	Nominal	Porcentaje
			Sordo	Nominal	Porcentaje
Ubicación del dolor		Localización del dolor dentro de las regiones abdominales	Epigastrio	Nominal	Porcentaje
			Hipocondrio D	Nominal	Porcentaje
			Hipocondrio I	Nominal	Porcentaje
			Mesogastrio	Nominal	Porcentaje
			Flanco D	Nominal	Porcentaje
			Flanco I	Nominal	Porcentaje
			Hipogastrio	Nominal	Porcentaje
			Fosa Ilíaca D	Nominal	Porcentaje
			Fosa Ilíaca I	Nominal	Porcentaje
Generalizado	Nominal	Porcentaje			
Síntomas asociados		Síntomas clínicos asociados a la patología	Agrieras	Nominal	Frecuencia
			Emesis	Nominal	Frecuencia
			Distensión abd	Nominal	Frecuencia
			Diarrea	Nominal	Frecuencia
			Estreñimiento	Nominal	Frecuencia
Diagnóstico Final					
Diagnóstico final		Patología causal de la sintomatología definida por medios clínicos y paraclínicos	Ca Vesícula Biliar	Nominal	Porcentaje
			Coleditiasis	Nominal	Porcentaje
			Colitis	Nominal	Porcentaje
			Dolor pélvico	Nominal	Porcentaje
			Dolor post-Qx	Nominal	Porcentaje
			Dolor torácico	Nominal	Porcentaje
			Enf diverticular	Nominal	Porcentaje

			Enf por bridas	Nominal	Porcentaje
			Esófago de Barret	Nominal	Porcentaje
			Gastritis	Nominal	Porcentaje
			Masa abdominal	Nominal	Porcentaje
			Masa pélvica	Nominal	Porcentaje
			Prostatitis	Nominal	Porcentaje
			Rectosigmoiditis	Nominal	Porcentaje
			Sx del esfínter de Oddi enfermo	Nominal	Porcentaje
			SII	Nominal	Porcentaje
			Ca cabeza de páncreas	Nominal	Porcentaje
			Sx miofascial	Nominal	Porcentaje
			Úlcera duodenal	Nominal	Porcentaje
			Aneurisma renal	Nominal	Porcentaje