

Prevalencia de motivos de consulta de primera vez en el Servicio de Gastroenterología infantil del Hospital General de Niños Pedro de Elizalde en el periodo 2009- 2011.

Dieguez A¹, Hermida V¹, Sanchez H², Quintana C³.

Resumen

Objetivo: Estimar la prevalencia de motivos de consulta de primera vez en el servicio de gastroenterología infantil en el periodo 2009-2011.

Materiales y Métodos: Diseño descriptivo. Fueron revisadas 1201 historias clínicas de primera vez realizadas entre 2009-2011, donde se obtuvo el motivo de consulta, edad y sexo.

Se distribuyeron las prevalencias según cinco grupos etarios. (Neonatos; Lactantes 1 mes- 23 meses; Infantes 2 años a 5 años y 11 meses; Escolares 6-12 años; Adolescentes más de 12 años).

Resultados: Del total de las consultas realizadas la media de edad fue de 66.9 meses, 48.3 % de las mismas fueron del sexo femenino y el 51.7% masculino; el 50% de los motivos de consulta correspondieron a: reflujo gastroesofágico (RGE), episodio de aparente amenaza de vida (ALTE), dolor abdominal recurrente (DAR), constipación y vómitos. La prevalencia del principal motivo de consulta por grupo etario fue el siguiente: En neonatos ALTE 23.8 %, lactantes RGE 26.4 %, infantes constipación 10.1 %, escolares DAR 18.5 %, adolescentes DAR 25.3 %.

Conclusión: La prevalencia de los motivos de consulta según grupo etario es concordante con los datos bibliográficos.

Palabras Claves: Prevalencia, consulta, episodio de aparente amenaza de vida, reflujo gastroesofágico.

Summary

Objectives: To estimate the frequency of queries first time in the Gastroenterology child in the period 2009-2011.

¹ Carrera de especialista en Gastroenterología infantil, Servicio de gastroenterología Hospital General de Niños Pedro de Elizalde.

² Médico de la División Coordinación y Arancelamiento Hospital General de Niños Pedro de Elizalde.

³ Jefe de Servicio de Gastroenterología infantil Hospital General de Niños Pedro de Elizalde.

Dirección Postal: Analia Dieguez. Servicio de Gastroenterología del Hospital General de Niños Pedro de Elizalde. E-mail: analia_dieguez@hotmail.com

Materials and Methods: Observational, retrospective and descriptive. 1201 medical records were reviewed for the first time carried out between 2009-2011, which was the reason for visit, age and sex. Prevalences were distributed according to five age groups. (Newborn, Infants 1 month-23 months, toddlers 2 years to 5 years and 11 months; childs 6-12 years, Teenagers over 12 years)

Results: Of all the consultations the mean age was 66.9 months, 48.3% of them were female and 51.7% male, 50% of the reasons for consultation were for: Gastroesophageal reflux (GER) episode apparent life-threatening (ALTE), recurrent abdominal pain (RAP), constipation and vomiting.

The prevalence of the main reason for consultation by age group was the following: Newborn 23.8 % ALTE, Infants 26.4 % GER, Toddlers 10.1 % constipation, Childs 18.5 % recurrent abdominal pain, teenagers 25.3 % recurrent abdominal pain.

Conclusion: The prevalence of the reasons for consultation by age group is consistent with literature data.

Keywords: Prevalence, consultation, episode apparent life-threatening, Gastroesophageal reflux.

Introducción

La Gastroenterología Pediátrica es una de las subespecialidades dentro de la Pediatría que más se acerca a la Pediatría General, las manifestaciones digestivas en los niños son una causa frecuente de consulta en la práctica diaria, se estima que constituyen del 2 al 4% de la consulta pediátrica. Los síntomas pueden ser atribuidos a causas orgánicas o funcionales, siendo estas últimas las más frecuentes; de hecho en menos del 10% de los casos se identifica una causa orgánica como origen de la sintomatología gastrointestinal.

En los últimos años venimos observando como algunas patologías gastroenterológicas se están haciendo cada vez más prevalentes, como es el caso de la constipación, el reflujo gastroesofágico y el dolor abdominal recurrente, etc.; lo que

confirma la necesidad de una actualización permanente y el manejo de distintos métodos complementarios^{1,2}. Muchas de las patologías gastrointestinales que padecen los niños pueden ser evaluadas y manejadas por el médico pediatra general; sin embargo, existen patologías crónicas y frecuentemente debilitantes que afectan a todo el aparato gastrointestinal con consecuencias importantes en el estado nutricional del paciente pediátrico, siendo necesarios el conocimiento y la experiencia del especialista.

Objetivo:

Estimar la prevalencia de motivos de consulta de primera vez en el servicio de gastroenterología infantil del Hospital General de Niños Pedro de Elizalde en el periodo 2009-2011.

Marateriales y Métodos:

Es un estudio observacional, retrospectivo, descriptivo que incluyó la revisión de todas las historias clínicas de primera vez del servicio de gastroenterología del Hospital General de Niños Pedro de Elizalde, desde el 1 de mayo 2009 al 30 de abril 2011.

Criterios de inclusión: Se incluyeron historias clínicas de pacientes de 1 día de vida a 18 años de edad que consultaron por primera vez al servicio de gastroenterología infantil. La población estuvo constituida por 1201 historias clínicas de primera vez.

Criterios de exclusión: Se excluyeron aquellas historias clínicas que presentaban ausencia de datos sobre motivo de consulta, edad y sexo.

Registro de datos y análisis: La recolección de datos se realizó mediante la revisión de las historias clínicas registrando los motivos de consulta, edad y sexo, volcados a una planilla de Excel estimándose la prevalencia de las patologías más frecuentes divididas en cinco grupos etarios, neonatos, de 1 mes a 23 meses (lactantes), de 2 a 5 años y 11 meses (infantes), de 6 a 12 años (escolares) y mayores de 12 años (adolescentes).

Los motivos de consulta que aparecen en los gráficos se definieron de la siguiente manera:

Alteración de la deglución: Se entiende como la alteración de alguna de las fases deglutorias (oral, faríngea y esofágica), sospechada clínicamente o evaluada mediante estudio de videodeglución.

Atresia esofágica: Falta de continuidad de la luz de este órgano con variantes asociadas de fístula traqueoesofágica que afecta al feto y que se traduce en un cuadro característico en el recién nacido.

Bronquitis obstructiva crónica (BOR): Episo-

dios recurrentes de broncoespasmo, 2 o más episodios de sibilancias en un año, que se conoce también como Lactante Sibilante Recurrente el cual representa etiologías diversas³.

Colestasis: Situación en la cual existe un impedimento al flujo normal de la bilis, aumentando los valores de bilirrubina en sangre⁴.

Constipación: Disminución de la frecuencia de las evacuaciones intestinales a menos de 2 o 3 por semana, de consistencia aumentada, con o sin dolor anal, con o sin pérdida fecal involuntaria^{1,2}.

Diarrea aguda: Aumento de frecuencia de las deposiciones con disminución de la consistencia de las heces, en relación al hábito evacuatorio basal del individuo y cuya duración es menor a 14 días⁵.

Diarrea crónica: Pasaje anormal de 3 o más heces blandas o líquidas por día por mas de 4 semanas⁶.

Dolor abdominal agudo: Dolor localizado o difuso originado en forma repentina en la cavidad abdominal⁷.

Dolor abdominal recurrente (DAR): Es la presencia de dolor localizado en el abdomen, de intensidad suficiente como para interrumpir la actividad del niño, presentando 3 o más episodios, en un período de 3 meses⁸.

Encopresis: escape voluntario o involuntario de heces en niños con edad de desarrollo mayor a 4 años.

Epigastralgia: Sensación de dolor en epigastrio (supraumbilical).

Eventos de aparente amenaza a la vida (ALTE): Es aquel episodio inesperado y brusco que alarma al observador y representa para éste una situación de muerte inminente o real. Ocurre habitualmente en niños menores de un año y se caracteriza por la combinación de algunos de los siguientes signos: pausa respiratoria, ahogo o arcada; cambio de color (cianosis, palidez o rubicundez); alteraciones en el tono muscular⁹.

Falla del medro: Cuadro clínico que ocurre en lactantes y niños pequeños que presentan una curva inadecuada de peso y/o de talla^{10, 11}.

Hematemesis: Sangre expulsada por boca, generalmente con el vómito, que indica que la lesión es proximal al ligamento de Treitz¹².

Hepatomegalia: Aumento del tamaño del hígado detectado por palpación o como hallazgo en una ecografía abdominal.

Hipertransaminasemia: Elevación de las transaminasas por encima del valor de corte del laboratorio de nuestro hospital (TGO 1-37; UI TGP 1-40 UI).

Proctorragia: Emisión de sangre por ano, cualquiera sea su origen digestivo¹².

Prolapso de pólipo: Protrusión del pólipo por el ano, generalmente con la defecación.

Reflujo gastroesofágico (RGE): Es el paso retrógrado involuntario del contenido gástrico hacia el esófago a través del esfínter esofágico inferior con o sin vómitos y/o regurgitaciones¹³.

Screening Celiacía: Se incluye en este motivo de consulta a todos aquellos pacientes que presenten relación de primer grado familiar con diagnóstico de enfermedad celíaca y/o enfermedad asociada (Diabetes, Hipotiroidismo, Enfermedad reumatológica, Síndrome de Down).

Vómitos: Es la expulsión brusca y forzada del contenido gástrico por la boca, a causa de movimientos coordinados del intestino delgado, estómago, esófago y diafragma, generalmente precedida de náuseas y síntomas vegetativos¹⁴.

Dentro del concepto "otros" se incluyeron motivos de consulta que luego serán nombrados únicamente por grupo etario.

Resultados:

Se analizaron 1201 historias clínicas, pero solo 1144 de las mismas cumplieron con los criterios de inclusión del presente trabajo. La n correspondiente a cada grupo etario fue: 67 neonatos, 533 lactantes, 59 infantes, 189 escolares y 296 adolescentes.

El promedio de edad fue de 66.9 meses. El 51.7% de los pacientes fueron de sexo masculino y el 49.3% femenino. El 50% de los motivos de consulta correspondieron a RGE, ALTE, DAR, Constipación y Vómitos.

En neonatos el principal motivo de consulta fue ALTE 23.8 % (IC95%= 8.64-12.26) siendo el 8.2% de sexo masculino y 15.6% sexo femenino. Dentro del concepto de "otros" 23.8% de este grupo etario se encuentra anemia, atresia de esófago, alteración de la deglución, hematemesis, hepatomegalia, hipertransaminasemia, intestino corto y proctorragia.

Correspondiente a lactantes el principal motivo de consulta fue RGE 26.4 % (IC95%= 13.04-17.27) siendo el 15.2 % masculino y 11.2 % femenino. El 24.5 % fueron "otros" dentro de los cuales se encontraron alergia a la proteína de vaca, anemia, atresia de esófago, ingestión de cáusticos, colestasis, cólicos, alteración de la deglución, diarrea crónica, diarrea aguda, eccema en piel, falla de medro, hematemesis, falla hepática, hepatomegalia, hipertrigliceridemia, hipertransaminasemia, ictericia, litiasis vesicular, llanto, prolapso de pólipo, screening de celiacía, tos e hipoproteinemia.

En infantes el principal motivo de consulta fue constipación 10.1 % (IC95%= 7.12-10.47) sien-

do 8.4 % masculino y 1.7 % femenino. En "otros" que fue 23.7 % se incluyó colestasis, cuerpo extraño, DAR, alteración de la deglución, disfagia, diarrea crónica, estenosis esofágica, laringitis, litiasis vesicular, hipertransaminasemia, tumor hepático, úlcera gástrica y vómitos.

Dentro del grupo de escolares el principal motivo de consulta fue DAR 18.5% (IC95%= 9.79-8.16) siendo 6.5% masculino y 12% femenino. El 25.4 % se agrupo dentro de "otros" donde se encontraron los siguientes motivos: Aerofagia, anemia, anorexia, atresia de esófago, ascitis, BOR, celiacía, colestasis, disfagia, diarrea aguda, diarrea crónica, epigastralgia, hepatomegalia, obesidad, melena, litiasis vesicular, pirosis, hematemesis y vómitos.

Con respecto al grupo de adolescentes el principal motivo de consulta fue DAR 25.3 % (IC95%= 9.79-8.16) siendo 9.6% masculino y 15.7% femenino. Dentro de "otros" que fue 25% se incluyeron anemia, ingestión de cáusticos, celiacía, disfagia, diarrea aguda, eccema en piel, encopresis, falla de medro, falla hepática, hematemesis, hepatomegalia, hipertrigliceridemia, ictericia, íleo, litiasis vesicular, náuseas, obesidad, pirosis, RGE, proctorragia, sobrepeso y vómitos. En tabla 1 se detallan los motivos de consulta restantes más prevalentes por grupo etario.

El concepto "otros" para todos los grupos etarios correspondió aproximadamente a un 25% de los motivos de consulta.

Discusión

En el presente estudio, se analizaron los motivos de consulta de primera vez en pacientes neonatos hasta adolescentes que concurren al servicio de gastroenterología del Hospital General de Niños Pedro de Elizalde.

Estos motivos fueron diferenciados en cinco grupos etarios debido a las diferentes patologías prevalentes en cada uno de ellos.

Se puede observar que en el grupo de neonatos el motivo de consulta más frecuente fue ALTE y secundariamente RGE. Dentro del grupo de lactantes se invierten en frecuencia estos dos motivos, pasando a ser RGE el de mayor prevalencia, seguido por ALTE.

La apnea, es uno de los efectos más graves del reflujo, puede ser la causa de parte de la mortalidad infantil que ocurre por el llamado síndrome de muerte súbita y de un porcentaje de casos de ALTE¹⁵. Sin embargo, los estudios realizados han tenido dificultades para demostrar una relación temporal en la ph-metría con los episodios de RGE, pero sí una desregulación primaria de la respiración, aunque las apneas se han rela-

MOTIVO DE CONSULTA	NEONATOS		1 A 23 MESES		24 A 71 MESES		72 A 143 MESES		144 O MÁS MESES	
	CASOS	%	CASOS	%	CASOS	%	CASOS	%	CASOS	%
ALTE	16	23.88	102	19.14	-	-	-	-	-	-
RGE	13	19.40	141	26.45	3	5.08	8	4.23	-	-
COLESTASIS	8	11.94	-	-	-	-	-	-	-	-
VÓMITOS	6	8.96	68	12.76	4	6.78	-	-	-	-
CONSTIPACIÓN	4	5.97	31	5.82	6	10.17	29	15.34	29	9.80
HIPERTRANSAMINASEMIA	4	5.97	-	-	-	-	10	5.29	19	6.42
BOR	-	-	40	7.50	2	3.39	-	-	-	-
PROCTORRAGIA	-	-	20	3.75	3	5.08	19	10.05	-	-
HEMATEMESIS	-	-	-	-	5	8.47	-	-	-	-
DOLOR ABDOMINAL	-	-	-	-	4	6.78	7	3.70	12	4.05
FALLA DE MEDRO	-	-	-	-	4	6.78	10	5.29	-	-
HEPATOMEGALIA	-	-	-	-	4	6.78	-	-	-	-
ATRESIA ESOFÁGICA	-	-	-	-	3	5.08	-	-	-	-
DIARREA AGUDA	-	-	-	-	3	5.08	-	-	-	-
PROLAPSO DE PÓLIPO	-	-	-	-	2	3.39	-	-	-	-
SCREENING CELIAQUÍA	-	-	-	-	2	3.39	-	-	27	9.12
DAR	-	-	-	-	-	-	35	18.52	75	25.34
ALTERACION DE LA DEGLUCION	-	-	-	-	-	-	9	4.76	24	8.11
ENCOPRESIS	-	-	-	-	-	-	8	4.23	-	-
DIARREA CRONICA	-	-	-	-	-	-	6	3.17	21	7.09
EPIGASTRALGIA	-	-	-	-	-	-	-	-	15	5.07
OTROS	16	23.88	131	24.58	14	23.73	48	25.40	74	25
TOTAL	67	100	533	100	59	100	189	100	296	100

ALTE: Evento de aparente amenaza a la vida.

RGE: Reflujo gastroesofágico.

BOR: Bronquitis obstructiva crónica.

DAR: Dolor abdominal recurrente.

cionado temporalmente en niños despiertos, en posición supina y en el período posprandial inmediato¹⁵. La asociación entre síndrome de muerte súbita y RGE es motivo de controversia

La regurgitación ocurre normalmente en el 75 % de los lactantes a los 4 meses de vida y puede persistir en un 15% en niños a los 7 meses de edad. El RGE fisiológico tiene su máxima expresión entre el primero y cuarto mes de vida y resuelve espontáneamente entre los 12 y 18 meses de edad^{13,16}.

En el grupo de infantes se observó una gran dispersión en los motivos de consulta, siendo la constipación el más frecuente. La constipación o estreñimiento es una patología muy frecuente en la práctica diaria, constituyendo el 3% de las visitas al pediatra general y el 25% al especialista². Se debe a causas funcionales en más del 90% de los casos, siendo raras las causas orgánicas². La familia no reconoce prioritariamente este problema y la consulta se hace en forma tardía. Exis-

MOTIVO	Casos	Gastroenterología			Total Hospital		
		Porcentaje	IC 95%		Porcentaje	IC 95%	
			Límite Inferior	Límite Superior		Límite Inferior	Límite Superior
RGE	172	15,03%	13,04%	19,27%	0,02677%	0,02676%	0,02677%
ALTE	118	10,31%	8,64%	12,26%	0,01836%	0,01835%	0,01837%
DAR	112	9,79%	8,16%	11,70%	0,01743%	0,01742%	0,01744%
CONST	99	8,65%	7,12%	10,47%	0,01541%	0,01540%	0,01541%
VOMITOS	92	8,04%	6,56%	9,81%	0,01432%	0,01431%	0,01433%
PRT	55	4,81%	3,67%	6,25%	0,00856%	0,00855%	0,00857%
DGL	54	4,72%	3,60%	6,16%	0,00840%	0,00839%	0,00841%
BOR	45	3,93%	2,92%	5,27%	0,00700%	0,00699%	0,00701%
TGOP	44	3,85%	2,84%	5,17%	0,00685%	0,00684%	0,00686%
DRC	41	3,58%	2,62%	4,88%	0,00638%	0,00637%	0,00639%
FALLA DE MEDRO	39	3,41%	2,47%	4,68%	0,00607%	0,00606%	0,00608%
SCREENCEL	38	3,32%	2,39%	4,58%	0,00591%	0,00591%	0,00592%
DRR	27	2,36%	1,59%	3,46%	0,00420%	0,00419%	0,00421%
DA	25	2,19%	1,45%	3,26%	0,00389%	0,00388%	0,00390%
COLESTASIS	23	2,01%	1,31%	3,05%	0,00358%	0,00357%	0,00359%
HEMAT	20	1,75%	1,10%	2,74%	0,00311%	0,00310%	0,00312%
EPI	19	1,66%	1,03%	2,63%	0,00296%	0,00295%	0,00297%
ENCO	13	1,14%	0,63%	1,99%	0,00202%	0,00201%	0,00203%
HEPATOM	12	1,05%	0,57%	1,88%	0,00187%	0,00186%	0,00188%
ATRESIA	10	0,87%	0,44%	1,66%	0,00156%	0,00155%	0,00156%
ICTERICIA	10	0,87%	0,44%	1,66%	0,00156%	0,00155%	0,00156%
ERRONEA	9	0,79%	0,38%	1,55%	0,00140%	0,00139%	0,00141%
ALV	7	0,61%	0,27%	1,32%	0,00109%	0,00108%	0,00110%
DISFAGIA	6	0,52%	0,21%	1,20%	0,00093%	0,00093%	0,00094%
ANEMIA	5	0,44%	0,16%	1,08%	0,00078%	0,00077%	0,00079%
COLICOS	5	0,44%	0,16%	1,08%	0,00078%	0,00077%	0,00079%
PIROSIS	5	0,44%	0,16%	1,08%	0,00078%	0,00077%	0,00079%
LITIAS VES	4	0,35%	0,11%	0,96%	0,00062%	0,00061%	0,00063%
PROLAP DE POLIPO	3	0,26%	0,07%	0,83%	0,00047%	0,00046%	0,00048%
CAUSTICOS	2	0,17%	0,03%	0,70%	0,00031%	0,00030%	0,00032%
CEL	2	0,17%	0,03%	0,70%	0,00031%	0,00030%	0,00032%
ECCEMA EN PIEL	2	0,17%	0,03%	0,70%	0,00031%	0,00030%	0,00032%
FALLA HE	2	0,17%	0,03%	0,70%	0,00031%	0,00030%	0,00032%
HALLAZGO	2	0,17%	0,03%	0,70%	0,00031%	0,00030%	0,00032%
HIPERTRIGLICERIDEMIA	2	0,17%	0,03%	0,70%	0,00031%	0,00030%	0,00032%
MELENA	2	0,17%	0,03%	0,70%	0,00031%	0,00030%	0,00032%
OBESIDAD	2	0,17%	0,03%	0,70%	0,00031%	0,00030%	0,00032%
SOBREPESO	2	0,17%	0,03%	0,70%	0,00031%	0,00030%	0,00032%
AEROFAGIA	1	0,09%	0,00%	0,57%	0,00016%	0,00015%	0,00016%
ANOREXIA	1	0,09%	0,00%	0,57%	0,00016%	0,00015%	0,00016%
ASCITIS	1	0,09%	0,00%	0,57%	0,00016%	0,00015%	0,00016%
CUERPO EXT	1	0,09%	0,00%	0,57%	0,00016%	0,00015%	0,00016%
ESTENOSIS ESOF	1	0,09%	0,00%	0,57%	0,00016%	0,00015%	0,00016%
HIPOPROTEINEMIA	1	0,09%	0,00%	0,57%	0,00016%	0,00015%	0,00016%
ILEO	1	0,09%	0,00%	0,57%	0,00016%	0,00015%	0,00016%
INTESTINO GRUESO	1	0,09%	0,00%	0,57%	0,00016%	0,00015%	0,00016%
LARING	1	0,09%	0,00%	0,57%	0,00016%	0,00015%	0,00016%
LLANTO	1	0,09%	0,00%	0,57%	0,00016%	0,00015%	0,00016%
NAUSEAS	1	0,09%	0,00%	0,57%	0,00016%	0,00015%	0,00016%
TOS	1	0,09%	0,00%	0,57%	0,00016%	0,00015%	0,00016%
TUMORHEPA	1	0,09%	0,00%	0,57%	0,00016%	0,00015%	0,00016%
ULCERAG	1	0,09%	0,00%	0,57%	0,00016%	0,00015%	0,00016%
TOTAL GASTRO	1.144	100,00%			0,17803%		
TOTAL HOSPITAL	642.605						

ten tres periodos fundamentales del inicio de la clínica: cambio de lactancia materna a fórmula e introducción de sólidos, control de esfínteres e incorporación a la vida escolar^{17,18}. Se observa un pico de incidencia entre los 2 y 4 años^{17,18}.

Un estudio realizado en más de 4000 niños menores de dos años constata una prevalencia de constipación del 2.9% en niños de un año que asciende al 10.8 % a los dos años de edad¹⁸. Coincidiendo con el control de esfínteres y con la edad de escolarización puede llegar al 34%¹⁸. En nuestro trabajo se observó que la constipación se presenta como motivo de consulta en un porcentaje del 5.8 % en los pacientes correspondientes al grupo de lactantes, presentando un ascenso de la prevalencia al 10.1 % en el grupo de infantes, edad coincidente con el control de esfínteres. La prevalencia continúa ascendiendo hasta llegar a 15.3 % en el grupo de escolares, que corresponde a la edad de escolarización. Observamos una similitud entre lo observado en este trabajo y los datos presentados por la bibliografía.

La encopresis frecuentemente acompaña a la constipación y habitualmente se consulta de manera tardía, en el grupo de escolares se observa que representó el 4.2 % de la prevalencia como motivo de la primera consulta.

Por medio de estudios clínicos se evidenció que había niños con trastornos funcionales que quedaban fuera de los diagnósticos establecidos, fue por ello que en las modificaciones publicadas en 2006 como criterios de Roma III, se incluyó la disquinesia infantil como otra entidad definida como al menos 10 minutos de esfuerzo y llanto antes de la emisión de heces blandas en menores de 6 meses, muchas veces interpretada como constipación^{1,2}. Consideramos que esta entidad puede corresponder a la prevalencia de 5.8 % encontrada en el grupo de lactantes.

Analizando el grupo de escolares y adolescentes se identifica el DAR como principal de motivo de consulta siendo el 18.5 % y 25.3 % respectivamente.

El dolor abdominal crónico puede clasificarse como orgánico o inorgánico en función de si se identifica una causa de dolor. El dolor abdominal recurrente resulta una patología con alta prevalencia tanto en la atención primaria como en la consulta del especialista que corresponde a una afección frecuente en la infancia y adolescencia, que no puede explicarse por una base estructural y bioquímica².

Las imprecisiones en su definición han originado controversias y errores en el diagnóstico⁸. Actualmente el término DAR ha sido remplazado por los nuevos consensos de trastornos gastrointestinales funcionales para niños mayores de cuatro años en cuatro entidades: la dispepsia funcional, el síndrome de intestino irritable, la migraña abdominal y el dolor abdominal funcional².

Conclusión

Se analizaron 1144 historias clínicas del Servicio de Gastroenterología del Hospital General de Niños Pedro de Elizalde del periodo 2009-2011. La prevalencia en el principal motivo de consulta de primera vez fue en neonatos ALTE 23.8 %, lactantes RGE 26.4 %, infantes constipación 10.1 %, escolares DAR 18.5 %, adolescentes DAR 25.3 %, coincidiendo con los datos bibliográficos.

Los trastornos gastrointestinales son motivos de consulta muy frecuentes tanto para el pediatra, como residente de pediatría y gastroenterólogos que implican un reto diagnóstico que requiere el adecuado conocimiento y entendimiento de estas condiciones clínicas. Es fundamental conocer las patologías, para evitar la realización innecesaria de imágenes y laboratorio y así mismo realizar el tratamiento más apropiado para cada paciente. Conocer los motivos de consulta realizados por primera vez en el servicio de gastroenterología permite reconocer la necesidad del seguimiento del paciente por el especialista o la orientación para continuar el seguimiento por su pediatra de cabecera.

Bibliografía

1. Hyman PE, Milla PJ, Benninga MA, Davidson GP, Fleisher DF, Taminiou J. Childhood functional gastrointestinal disorders: neonate/toddler. *Gastroenterology* 2006;130(5):1519-26.
2. Rasquin A, Di Lorenzo C, Forbes D, Guiraldes E, Hyams JS, Staiano A, et al. Childhood functional gastrointestinal disorders: child/adolescent. *Gastroenterology* 2006;130(5):1527-37.
3. Orenstein DM, Bronquiolititis. En Behrman RE, Kliegman RM, Arvin AM, eds. *Nelson Tratado de*

- Pediatría. 15ª edición. México: 1999. Cap. 338.p. 1521-1523.
4. **Stormon MO, Doney SF, Kamath KR, et al.** The changing pattern of diagnosis of infantile cholestasis. *J Paediatr Child Health*.2001;37:47-50.
 5. **Sociedad Argentina de Pediatría.** Criterios de diagnóstico y tratamiento de la diarrea aguda en la infancia. Consenso Nacional 2006. Disponible en <http://www.sap.org.ar/docs/profesionales/consensos/diarreagu.pdf>.
 6. **Keating JP.** Chronic diarrhea. *Pediatr Rev* 2005; 26(1): 5-14.
 7. **Boyle JT.** Abdominal pain. En: Walker W, Durie PR, Hamilton JR, Walker Smith JA, Watkins W eds. *Pediatric Gastrointestinal disease*. 3ª edición. Toronto: BC Decker, 2000. p. 129-149.
 8. **American Academy of Pediatrics Subcommittee on Chronic Abdominal Pain; North America Society for Pediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition.** Chronic abdominal pain in children. *Pediatrics*.2005; 115:812-815.
 9. **Sociedad Argentina de Pediatría.** Recomendaciones sobre eventos de aparente amenaza a la vida. *Archi. Argenti. Peditr.* 2001; 99(3): 257-262.
 10. **Fomon SJ, Nelson SE.** Malnutrition, failure to thrive and obesity. En: Fomon SJ, ed. *Nutrition of normal infants*. St. Louis: CV Mosby; 1993. p.63-66.
 11. **Spencer NJ.** Failure to think about failure to thrive. *Arch Dis Child*. 2007; 92:95-6.
 12. **Faubion WA, Perrault J.** Gastrointestinal bleeding. En: *Pediatric Gastrointestinal Disease*. Walker, Durie, Hamilton, Walker-Smith, Watkins (eds.) 3rd. Ed. Mosby; Ontario: 2000. p.164-178.
 13. **Dodge J.** Gastroesophageal reflux in infants. *Acta Paediatr*.1999; 88:359-60.
 14. **Johnson HD, Laws JW.** The cardia in swallowing, eructation, and vomiting. *Lancet*. 1966; 2(7476)1268-73.
 15. **Amin R.** Gastroesophageal reflux and infant apnea. *J Pediatr*. 2000; 137:298-300.
 16. **H. Armas Ramos.** Reflujo gastroesofágico y esofagitis en niños. En: F. Argüelles M. *Tratado de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica*. Océano, España, 2011, pág. 163-164.
 17. **Van der Berg MM, Benninga MA, Di Lorenzo C.** Epidemiology of childhood constipation: A systematic review. *Am J Gastroenterol*. 2006;101:2401-09.
 18. **Loening-Baucke V.** Prevalence, symptoms and outcome of constipation in infants and toddlers. *J Pediatr*. 2005;146:359-63.