

INVESTIGACIÓN ORIGINAL

DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v64n1.51379>

Síntomas gastrointestinales en pediatría ¿conducen siempre al verdadero diagnóstico?

*Gastrointestinal symptoms in pediatrics. Do they always lead to the correct diagnosis?*Wilson Daza^{1,2} • Silvana Dadán^{1,2} • Michelle Higuera²

Recibido: 18/06/2015 Aceptado: 28/08/2015

¹ Universidad El Bosque - Facultad de Medicina - Grupo de Investigación Gastronutriped - Bogotá, D.C. - Colombia.² Unidad de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica, Gastronutriped - Bogotá, D.C. - Colombia.Correspondencia: Wilson Daza. Unidad de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica, Gastronutriped. Calle 125 No. 20-59, Consultorio 105. Teléfono: +57 1 6123895. Bogotá, D.C. Colombia. Correo electrónico: dazawilson@unbosque.edu.co.[| Resumen |](#)

Antecedentes. Los síntomas gastrointestinales son motivo frecuente de consulta pediátrica. Escasos estudios abordan la relación entre motivos de consulta (MC) y enfermedades gastrointestinales.

Objetivos. Relacionar motivos de consulta con diagnósticos gastrointestinales definitivos (DGID) en pacientes pediátricos que acuden a una unidad de gastroenterología.

Materiales y métodos. Estudio retrospectivo realizado entre enero del 2009 y diciembre del 2013. Se evaluó la relación entre los 10 principales MC con sus cinco primeros DGID bajo la prueba de ji cuadrado y la prueba exacta de Fisher.

Resultados. Se reunieron 1171 pacientes. Los tres principales MC fueron dolor abdominal (DA) (12,3%), estreñimiento (12,1%) y reflujo gastroesofágico (8,4%). El Estreñimiento crónico funcional (ECF) (33,9%), la alergia alimentaria (AA), (17,3%) y la sospecha de AA (6,2%) constituyeron cerca del 50% de los DGID. El dolor abdominal, como motivo de consulta, se asoció con el diagnóstico de ECF, enfermedad ácido péptica (EAP) y AA; mientras que el estreñimiento como motivo de consulta se asoció con el diagnóstico de ECF, AA, sospecha AA e inercia colónica.

Conclusión. El estreñimiento se ubica entre los primeros motivos de consulta y es el primer diagnóstico gastrointestinal directo con una asociación significativa entre ambos. Los profesionales de la salud deben estar atentos para detectar y diagnosticar esta entidad.

Palabras clave: Diagnóstico; Signos y síntomas; Niño; Estreñimiento; Enfermedades gastrointestinales (DeCS).

Daza W, Dadán S, Higuera M. Síntomas gastrointestinales en pediatría ¿conducen siempre al verdadero diagnóstico? Rev. Fac. Med. 2016;64(1):27-34. Spanish. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v64n1.51379>.

Summary

Background. Gastrointestinal symptoms are common cause for pediatric consultation. There are very few studies that address the relationship between reasons for consultation (RC) and gastrointestinal diseases.

Objective. To relate reasons for consultation to gastrointestinal definitive diagnoses (GIDD) in pediatric patients attending a gastroenterology unit.

Materials and Methods. A retrospective study was performed between January 2009 and December 2013. The association of the top 10 RC with their first five GIDD under the Chi-square test and Fisher's exact test was analyzed.

Results. 1171 patients' info was collected. The main three RC were abdominal pain (AP) (12.3%), constipation (12.1%) and gastroesophageal reflux (8.4%). Chronic Functional Constipation (CFC) (33.9%), food allergy (FA) (17.3%) and FA suspicion (6.2%) were approximately the 50% of the GIDD. AP as RC was associated to the diagnosis of CFC, peptic ulcer disease (PUD) and FA. Constipation as a RC was associated to the diagnosis of CFC, FA, FA suspicion and colonic inertia.

Conclusions. Constipation is among the main MC and is the first DGID, with a significant association between each other. Professionals, especially pediatricians and family care

physicians, must pay close attention to the detection and diagnosis of this entity.

Keywords: Diagnosis; Signs and Symptoms; Child; Constipation; Gastrointestinal Diseases (MeSH).

.....
Daza W, Dadán S, Higuera M. [Gastrointestinal symptoms in pediatrics. Do they always lead to the correct diagnosis?] Rev. Fac. Med. 2016;64(1):27-34. Spanish. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v64n1.51379>.

Antecedentes

Los síntomas gastrointestinales constituyen una de las consultas más frecuentes en la atención primaria. Del 2 al 4% se presentan como manifestaciones únicas o bien multisistémicas; por tanto, son hallazgos comunes en la revisión por sistemas y pueden ser secundarios a entidades orgánicas o funcionales (1). Según los criterios ROMA III descritos en 2006, los trastornos gastrointestinales funcionales (TGIF) se definen como una combinación variable de síntomas gastrointestinales crónicos o recurrentes, dependientes de la edad, que no pueden explicarse por alteraciones estructurales o bioquímicas (2,3,4); estos son responsables de alrededor del 90% de los casos (1).

El dolor abdominal (DA) es un motivo de consulta común en pediatría. Moliner (2) señala que del 28 al 46% de los niños en edad escolar presentan DA semanal y solo en la minoría de los casos es posible identificar una causa orgánica. En un estudio previo realizado en la Unidad de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (GNP) de Bogotá, D.C., el DA fue la cuarta causa de las interconsultas recibidas entre 1997 y 2006 —5.2% de los casos— (5).

En los últimos años, patologías como el estreñimiento, el dolor abdominal, el síndrome de intestino irritable (SII), el reflujo gastroesofágico (RGE) y la alergia alimentaria (AA) son cada vez más prevalentes, lo que exige actualización y conocimiento de los signos y síntomas de alarma (5). Como estas entidades consiguen presentar síntomas comunes no patognomónicos pueden obstaculizar el diagnóstico acertado, retrasar el tratamiento oportuno y favorecer complicaciones futuras. Hay pocos estudios que permiten conocer el comportamiento epidemiológico de las enfermedades gastrointestinales a nivel mundial, aunque existen reportes del comportamiento individual de algunas de esas patologías (1,5).

El objetivo de este estudio fue conocer los principales MC y relacionarlos con los DGID en pacientes que acuden a un centro de referencia en gastroenterología y nutrición pediátrica —GNP—. Se espera que estos hallazgos beneficien a profesionales de la salud que atienden niños en poblaciones con características epidemiológicas similares, guiándoles en la

sospecha y el diagnóstico de las patologías gastrointestinales más frecuentes.

Materiales y métodos

Estudio retrospectivo realizado entre el primero de enero del 2009 y el 31 de diciembre del 2013 en la Unidad de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica de Bogotá, D.C., Colombia.

Se revisaron 1171 historias clínicas de pacientes que asistieron a consulta por primera vez o a consultas de seguimiento. Las variables de análisis fueron motivos de consulta y diagnósticos gastrointestinales definitivos. El MC se definió como la expresión verbal del acompañante o del paciente sobre los síntomas responsables para solicitar la revisión médica. Todos los pacientes fueron examinados y diagnosticados por el mismo gastroenterólogo pediatra bajo criterios establecidos internacionalmente.

Como los MC presentaban una amplia variedad, se agruparon en categorías para facilitar su análisis; se definieron las patologías gastrointestinales más frecuentes con base en los diagnósticos principales; se obtuvieron 113 MC y 89 DGID, que a su vez se reagruparon en las categorías que mejor los representaban resultando 15 MC y 15 DGID, y se analizaron los 10 principales MC con sus cinco primeros DGID.

Algunos de los motivos de consulta referidos por los acudientes fueron nombres de enfermedades, bien sea porque habían sido valorados previamente y acudían con estos pre diagnósticos o por sospecha de estas patologías ante los síntomas de los pacientes.

Los diagnósticos se clasificaron según el CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades-10); para las patologías que no contaban con un código que las lograra clasificar de manera precisa se tuvo en cuenta la denominación propuesta a nivel internacional por la Sociedad de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (ESPGHAN) y la Sociedad Norteamérica de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (NASPGHAN).

Para este estudio los datos se registraron en un formato validado en Microsoft Excel 2010 y posteriormente se exportaron al paquete estadístico EpiInfo® Versión 7.1.3. para su análisis, las variables categóricas se resumieron mediante distribuciones de frecuencias absolutas y relativas, los MC y los DGID se analizaron según género y se determinó la frecuencia de las patologías gastrointestinales en cada uno de los MC para definir si existía o no asociación usando la prueba de ji cuadrado o la prueba exacta de Fisher. Todas las asociaciones se consideraron estadísticamente significativas cuando fueron $p < 0.05$ a una sola cola.

Resultados

De 1171 pacientes, el 51.84% pertenecía al género masculino, 42.95% eran lactantes, 23.40% escolares y 21.35% preescolares. Los motivos de consulta más frecuentes reportados en

la Unidad de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (Gastronutriped) fueron DA, RGE —más prevalentes en género femenino— y estreñimiento — más prevalente en género masculino— con un tercio del total de los MC (32.8%) (Tabla 1).

Tabla 1. Motivos de consulta más frecuentes en la Gastronutriped según género, 2009-2013.

Motivo de consulta	Masculino		Femenino		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Dolor abdominal	70	11.5	74	13.2	144	12.3
Estreñimiento	79	13.0	63	11.2	142	12.1
Reflujo gastroesofágico	47	7.7	52	9.2	99	8.4
Inapetencia	46	7.5	46	8.2	92	7.9
Diarrea	53	8.7	36	6.4	89	7.6
Vómito	43	7.0	41	7.3	84	7.2
Bajo peso	28	4.6	36	6.4	64	5.5
Alergia alimentaria	26	4.3	25	4.4	51	4.4
Rectorragia	22	3.6	27	4.8	49	4.2
Fibrosis quística	18	3.0	21	3.7	39	3.3
Sobrepeso	17	2.8	22	3.9	39	3.3
Diarrea crónica	13	2.1	3	0.5	16	1.4
Epigastralgia	4	0.7	12	2.1	16	1.4
Dermatitis	6	1.0	8	1.4	14	1.2
Cólico	6	1.0	4	0.7	10	0.8
Otros	131	21.5	92	16.2	223	19.0
Total	609	100	562	100.00	1171	100.00

Fuente: Elaboración propia.

El ECF, la AA y la sospecha de AA fueron los principales diagnósticos gastrointestinales definitivos, reuniendo el 57.4% del total de estos. En el género femenino se encontraron frecuencias relativas más altas de ECF y de AA, mientras que en el género masculino fue mayor la sospecha de AA (Tabla 2).

Al analizar la distribución de los cinco DGID más frecuentes con relación a los diferentes MC, se observó que el DA se asoció estadísticamente con los diagnósticos de

ECF, AA, EAP y el SII. Por otro lado, el estreñimiento como motivo de consulta se asoció con ECF, AA, sospecha de AA e inercia colónica (Tabla 3).

Los DGID más comunes para todos los MC fueron ECF y AA. El ECF se asoció estadísticamente con la mayoría de los motivos, exceptuando vómito ($p=0.12$), bajo peso ($p=0.06$) y rectorragia ($p=0.08$), mientras que la AA se asoció con DA ($p<0.001$), estreñimiento ($p<0.001$), vómito ($p=0.02$), alergia alimentaria ($p<0.001$) y rectorragia ($p<0.001$) (Tabla 3).

Tabla 2. Diagnósticos gastrointestinales definitivos más frecuentes en la Gastronomipedia según género, 2009-2013.

Patología	Masculino		Femenino		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Estreñimiento crónico funcional	183	30.2	214	37.8	397	33.9
Alergia alimentaria	97	16.0	105	18.5	202	17.2
Sospecha de alergia alimentaria	48	7.9	25	4.4	73	6.2
Trastorno de la conducta alimentaria	35	5.7	29	5.1	64	5.4
Enfermedad por reflujo gastroesofágico	27	4.4	21	3.7	48	4.1
Enfermedad ácido péptica	20	3.3	27	4.7	47	4.0
Diarrea persistente síndrome post enteritis	25	4.1	19	3.3	44	3.7
Fibrosis quística	20	3.3	20	3.5	40	3.4
Diarrea crónica inespecífica–funcional	19	3.1	8	1.4	27	2.3
Reflujo gastroesofágico	14	2.3	8	1.4	22	1.8
Síndrome de malabsorción	9	1.4	4	0.7	13	1.1
Síndrome de intestino irritable	3	0.5	7	1.2	10	0.8
Obesidad	4	0.6	5	0.8	9	0.7
Deficiencia de hierro	4	0.6	3	0.5	7	0.6
Diarrea aguda	5	0.8	2	0.3	7	0.6
Otros	92	15.2	69	12.1	161	13.7
Total	605	100	566	100.00	1171	100.00

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 3. Diagnósticos gastrointestinales definitivos según motivos de consulta en la Gastronomipedia, 2009-2013.

Motivo de consulta	Diagnóstico	Frecuencia de diagnóstico según motivo de consulta	Porcentaje	Valor p*
Dolor abdominal	Estreñimiento crónico funcional	97/144	67.3	<0.001
	Enfermedad ácido péptica	15/144	10.4	<0.001
	Diarrea persistente	4/144	2.8	0.35
	Síndrome de intestino irritable	4/144	2.8	0.02†
	Alergia alimentaria	3/144	2.1	<0.001†
Estreñimiento	Estreñimiento crónico funcional	107/142	75.3	<0.001
	Alergia alimentaria	11/142	7.7	0.001
	Trastorno de la conducta alimentaria	5/142	3.5	0.18
	Sospecha de alergia alimentaria	4/142	2.8	0.04†
	Inercia colónica	3/142	2.1	0.002†
Reflujo gastroesofágico	Alergia alimentaria	21/99	21.2	0.27
	Enfermedad por reflujo gastroesofágico	21/99	21.2	<0.001
	Estreñimiento crónico funcional	19/99	19.2	0.001
	Reflujo gastroesofágico	13/99	13.1	<0.001
	Sospecha de alergia alimentaria	10/99	10.1	0.09
Inapetencia	Trastorno de la conducta alimentaria	36/92	39.1	0.001
	Estreñimiento crónico funcional	20/92	21.7	0.01
	Alergia alimentaria	14/92	15.2	0.59
	Sospecha de alergia alimentaria	5/92	5.4	0.30
	Deficiencia de hierro	3/92	3.2	0.01

Diarrea	Diarrea persistente	21/89	23.6	<0.001
	Alergia alimentaria	15/89	16.8	0.91
	Estreñimiento crónico funcional	10/89	11.2	<0.001
	Sospecha de alergia alimentaria	9/89	10.1	0.11
Vómito	Alergia alimentaria	22/84	26.2	0.02
	Estreñimiento crónico funcional	22/84	26.2	0.12
	Sospecha de alergia alimentaria	12/84	14.3	0.002
	Enfermedad por reflujo gastroesofágico	10/84	11.9	<0.001
	Enfermedad ácido péptica	6/84	7.1	0.12
Bajo peso	Estreñimiento crónico funcional	15/64	23.4	0.06
	Sospecha de alergia alimentaria	15/64	23.4	<0.001
	Alergia alimentaria	11/64	17.2	0.98
	Trastorno de la conducta alimentaria	8/64	12.5	0.01
	Síndrome de malabsorción	3/64	4.7	0.03
Alergia alimentaria	Alergia alimentaria	33/51	64.7	<0.001
	Estreñimiento crónico funcional	6/51	11.8	0.001
	Enfermedad por reflujo gastroesofágico	3/51	5.9	0.34
	Diarrea aguda	2/51	3.9	0.03
Rectorragia	Alergia alimentaria	31/49	63.2	<0.001
	Estreñimiento crónico funcional	11/49	22.4	0.08
	Colestasis	1/49	2.0	0.22
	Diarrea persistente	1/49	2.0	0.44
Fibrosis quística	Fibrosis quística	37/39	94.9	<0.001
	Enfermedad celíaca	1/39	2.6	0.18
	Estreñimiento crónico funcional	1/39	2.6	<0.001

*Prueba de ji cuadrado. †Corrección con la prueba exacta de Fischer. Fuente: Elaboración propia.

Discusión

Los diagnósticos relacionados con causas gastrointestinales en el 2011 ocuparon lugares importantes en el perfil de morbilidad según el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, acorde con datos provenientes de los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS) de consulta externa. Dentro de las diez primeras causas de morbilidad figuran diarrea, gastroenteritis de presunto origen infeccioso y parasitosis de origen intestinal, otros dolores abdominales y no especificados (6).

En el presente estudio, a diferencia de lo observado en los RIPS, los diagnósticos más frecuentes son ECF, AA y sospecha de AA. Las discrepancias pueden acontecer porque los datos nacionales reúnen información proveniente de consulta general, de pediatría y de la consulta sub-especializada. El tipo de patologías remitidas y diagnosticadas en la consulta sub-especializada es diferente; por tanto, en los datos generales se diluye el impacto de la consulta especializada de gastroenterología.

Los estudios sobre motivos de consulta y diagnóstico gastrointestinal en pediatría son escasos, aunque se encuentran trabajos respecto de las manifestaciones y el comportamiento de patologías GI de manera individual (5).

Una revisión mundial respecto de los cincuenta principales motivos de consulta en pediatría describe: DA, vómito, diarrea aguda, diarrea prolongada, estreñimiento, anorexia, entre otros (7); estos hallazgos, con excepción de la anorexia y a pesar de que ellos abordan la pediatría en forma global, coinciden con lo encontrado en el presente estudio.

Respecto a la relación entre los principales DGID y MC, se encontró que el ECF es el principal en 33.9% de los pacientes. Esta cifra resulta relativamente superior a lo descrito en la literatura, donde el estreñimiento representa del 15 al 25% de las consultas en gastroenterología pediátrica (8-10). Lo anterior se asocia a que la GNP es un centro de referencia y llegan pacientes que tienen consultas extrainstitucionales previas con diagnósticos presuntivos diferentes.

Asimismo, se encontró que el ECF se asoció con la mayoría de los motivos de consulta, principalmente con el DA, el estreñimiento como tal, el RGE, la inapetencia, la diarrea, el bajo peso y la AA; todos síntomas descritos en la literatura disponible (9,11-12). Es de anotar que las manifestaciones clínicas del ECF son múltiples; el dolor abdominal que mejora después de la evacuación, la saciedad precoz, el ensuciamiento anal y la halitosis pueden hacer sospechar de esta entidad. La inapetencia, el bajo peso y la encopresis —a veces mal interpretada como diarrea, cuando en realidad se refiere al escurrimiento fecal a consecuencia del estreñimiento— no son MC comúnmente asociados con el estreñimiento y pueden desviar la sospecha hacia otras patologías, generando demoras en el diagnóstico y tratamiento. De hecho, las características de las deposiciones constituyen el aspecto más relevante para definir la entidad.

Los profesionales, y especialmente los que están en formación, deben entrenarse respecto a la importancia de indagar sobre las características de las deposiciones. Este aspecto evita el sobrediagnóstico así como el subdiagnóstico, tal como ocurre en lactantes con disquezia intestinal, interpretada como estreñimiento por muchos cuidadores y profesionales de la salud, y con trastornos en la maduración de la motilidad intestinal, como la inercia colónica (13).

En cuanto al estreñimiento crónico funcional, existe una amplia variedad de investigaciones sobre las manifestaciones clínicas siendo limitada la que aborda los MC. Los profesionales de la salud deben estar atentos para diagnosticar esta entidad; asimismo, es necesario prevenirla, dada su alta probabilidad en este tipo de población, fomentando adecuados estilos de vida, ejercicio físico y propiciando una alimentación balanceada, ingesta de agua y fibra.

Al igual que para el estreñimiento, son múltiples las manifestaciones clínicas de la alergia alimentaria que pueden conllevar a diagnósticos presuntivos erróneos, dilatando el diagnóstico, el tratamiento y la resolución (14).

La AA resultó como diagnóstico definitivo importante en el estudio y se relacionó con DA, estreñimiento, vómito y rectorragia como motivos de consulta. De hecho, según la literatura, tanto el vómito como la rectorragia son manifestaciones relacionadas con este DGID (15).

El estreñimiento como motivo de consulta y su relación con la alergia alimentaria como diagnóstico gastrointestinal definitivo es poco referido en la literatura, sin embargo esta puede ser una manifestación de la AA (15). Dehghani *et al.* (14) evaluaron niños con estreñimiento crónico que no mejoraban con el manejo convencional, encontrando que el 80% de los casos respondían cuando se les implementaba manejo para AA, con exclusión de

alérgenos alimentarios. Es decir, un estreñimiento que no mejora podría ser, posiblemente, una manifestación de AA (15,16).

Por otro lado, se encontró una relación entre la consulta por bajo peso y la sospecha de AA, aspecto que coincide con estudios que han identificado que los niños con alergia alimentaria tienen bajo peso para la edad, más evidente aún en pacientes sensibilizados a múltiples alimentos (17-19).

Ahora bien, los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) como DGID se asociaron con los MC inapetencia y bajo peso, hallazgos que coinciden con lo descrito en la literatura. La inapetencia es un síntoma común de consulta, secundario mayoritariamente a alteraciones de la conducta alimentaria (20-21).

En el presente estudio, la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) y el RGE fueron de relevancia dentro de los DGID y se relacionaron significativamente con los MC de RGE y vómito. La ESPGHAN distingue la anemia, la hematemesis o melena, la disfagia, la irritabilidad y el retraso pondo-estatural como síntomas de la ERGE (22). Por el contrario, no se encontraron estas manifestaciones como motivos de consulta frecuentes asociados con esta patología.

La AA fue un MC en pacientes diagnosticados con ERGE, aunque no se encontró una asociación estadísticamente significativa entre ambos. No obstante, tal como lo describen Salvatore *et al.* (23), la enfermedad por reflujo gastroesofágico y la alergia a la proteína de leche de vaca (APLV) ocurren frecuentemente en niños menores de un año de edad (50%) y en algunos casos la ERGE no solo se asocia con esta alergia sino que es inducida por ella; de la misma forma, los síntomas primarios de ERGE están vinculados con APLV.

El DA como MC se asoció estadísticamente con los DGID de ECF, EAP, SII y AA. El dolor abdominal es un motivo frecuente de consulta en pediatría general (2 a 4%), en los servicios de urgencia (10%) y en consultas de gastroenterología infantil (25%) según estudios internacionales (24).

La EAP y el SII ocuparon el sexto y decimosegundo lugar, respectivamente, como DGID, y en ambos casos se asociaron estadísticamente con el DA como MC. En concordancia con lo anterior, se describe que el dolor abdominal es una manifestación clínica de las mismas (25). Síntomas como dolor abdominal, náuseas u otros síntomas dispépticos son inespecíficos y pueden derivarse de diferentes causas (25). En cuanto al SII, la máxima expresión clínica podría ser el DA con o sin estreñimiento, que alterna con diarrea y distensión abdominal (26).

En esta investigación se observó que la diarrea como MC se asoció estadísticamente con el DGID de diarrea

persistente. Posiblemente porque la GNP es un centro de referencia en gastroenterología pediátrica, en donde acuden pacientes remitidos por pediatras u otros profesionales de la salud con diarreas complicadas como la persistente. Una de las principales causas de diarrea persistente es el síndrome postenteritis, cuyas manifestaciones clínicas se confunden con otras entidades como AA, enfermedad celiaca o enfermedades infecciosas gastrointestinales (27,28).

Las manifestaciones de la fibrosis quística son múltiples, dentro de ellas se encuentran las gastrointestinales de aparición temprana en edad neonatal como ictericia prolongada e íleo meconial. Otras manifestaciones son diarrea prolongada o crónica, malabsorción, esteatorrea, prolapso rectal, anemia, desnutrición e hiponatremia, entre otras (29, 30). En este estudio, la fibrosis quística como DGID ocupó el octavo lugar presentando asociación estadísticamente significativa con la FQ como MC.

La obesidad infantil se empodera como diagnóstico principal, aunque no como motivo de consulta. En este estudio aparece en decimotercer lugar como diagnóstico y podría reflejar la tendencia mundial y local (31).

Al observar el amplio espectro de MC y su asociación con los DGID se puede inferir que el motivo no siempre se corresponde con el diagnóstico verdadero o más probable, tal como se refleja en el presente estudio. Los motivos de consulta dolor abdominal, RGE, estreñimiento, inapetencia, diarrea, vómito y bajo peso resultaron el DGID para ECF y AA, diagnósticos que comprenden más del 50% de los diagnósticos de la GNP.

Múltiples factores se han asociado con los cambios epidemiológicos de las patologías gastrointestinales a nivel mundial. La vía del parto, prácticas como la lactancia materna y su duración, el uso de fórmulas infantiles, la introducción precoz o tardía de la alimentación complementaria, el consumo excesivo de bebidas azucaradas y de alimentos industrializados, el uso indiscriminado de antibióticos, la higiene excesiva y el sedentarismo han modificado la prevalencia de distintas patologías gastrointestinales (5,8,18).

Los cambios en el comportamiento de las patologías gastrointestinales y la asociación o no de los MC con el diagnóstico definitivo permiten confirmar la importancia del análisis del perfil de la consulta especializada en centros de referencia de gastroenterología pediátrica; con esta confirmación se define el comportamiento de las patologías a nivel local y nacional y los parámetros de utilidad en la práctica clínica y en la estructuración del plan académico en pediatría con la inclusión de los temas relevantes en gastroenterología para los residentes de pediatría.

Conclusiones

Los motivos de consulta más frecuentes fueron DA, RGE, estreñimiento, inapetencia, diarrea, vómito y bajo peso. Estos MC se asociaron más frecuentemente con ECF y AA como DGID y comprenden más del 50% de los diagnósticos.

El dolor abdominal es el principal motivo de consulta y se relaciona con ECF, EAP, SII y AA como diagnóstico gastrointestinal definitivo. El estreñimiento estuvo entre los primeros MC y es el primer DGID, existiendo una asociación estadísticamente significativa entre estreñimiento como MC y como DGID; este también se relacionó con ECF, AA, sospecha de AA e inercia colónica.

Múltiples MC tuvieron como diagnóstico definitivo al ECF; el estreñimiento es el único DGID que se asocia con la mayoría de los motivos de consulta.

La AA como DGID se asoció estadísticamente con los MC dolor abdominal, estreñimiento, vómito, AA y rectorragia.

La descripción y el reconocimiento de los síntomas gastrointestinales de cada patología gastrointestinal permiten a los profesionales de la salud optimizar el diagnóstico y el uso de los recursos, y por ende asegurar un tratamiento oportuno y adecuado.

Conflicto de intereses

Ninguno declarado por los autores.

Financiación

Este trabajo se desarrolló con el apoyo financiero de la Unidad de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica Gastronutriped.

Agradecimientos

Ninguno declarado por los autores.

Referencias

1. **Velasco-Benítez CA, Guerrero-Lozano R, Daza-Carreño W.** La gastroenterología pediátrica en Colombia. *Revistas Gastrohnap*. 2011;13(3):173-5.
2. **Moliner MC.** Abordaje práctico de los trastornos funcionales gastrointestinales. Introducción. In: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2010. Madrid: Exlibris Ediciones; 2010. p. 277-278.
3. **Hyman PE, Milla PJ, Benninga MA, Davidson GP, Fleisher DF, Taminiou J.** Childhood functional gastrointestinal disorders: neonate/toddler. *Gastroenterology*. 2006;130(5):1519-26. <http://doi.org/br2wj2>.

4. **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. <http://doi.org/bqqnq7>.
5. **Mora D, Daza W, Dadán S.** Comportamiento epidemiológico de las enfermedades digestivas pediátricas en una unidad de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica de Bogotá-Gastronutriped (1997-2006) [tesis]. Bogotá, D.C.: Universidad El Bosque; 2010.
6. Ministerio de Salud y Protección Social, Dirección de Epidemiología y Demografía, Grupo ASIS. Análisis de situación de salud de poblaciones diferenciales relevantes. Bogotá, D.C.: MinSalud; 2013 [cited 2015 Dec 25]. Available from: <https://goo.gl/f4zZA8>.
7. **Fernández-Cuesta MA, El-Osman A, Gómez-Ocaña JM, Revilla-Pascual E, eds.** Las cincuenta principales consultas en pediatría de atención primaria. Madrid: Trigraphis S. L.; 2008
8. **Mugie SM, Benninga MA, Di Lorenzo C.** Epidemiology of constipation in children and adults: A systematic review. *Best Pract. Res. Clin. Gastroenterol.* 2011;25(1):3-18. <http://doi.org/b5twbn>.
9. **Daza W, Dadán S.** Estreñimiento. In: Plata-Rueda E, Leal-Quevedo FJ, editors. *El pediatra eficiente*. 7th ed. Bogotá, D.C.: Editorial Médica Panamericana; 2013. p. 436-453.
10. **Tabbers MM, Di Lorenzo C, Berger MY, Faure C, Langendam MW, Nurko S, et al.** Evaluation and treatment of functional constipation in infants and children: Evidence-based recommendations from ESPGHAN and NASPGHAN. *J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.* 2014;58(2):258-74. <http://doi.org/bcgp>.
11. **Di Lorenzo C, Colletti RB, Lehmann HP, Boyle JT, Gerson WT, Hyams JS, et al.** Chronic Abdominal Pain in Children: a Technical Report of the American Academy of Pediatrics and the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition. *J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.* 2005;40(3):249-61. <http://doi.org/brj66c>.
12. **Camarero-Salces C, Rizo-Pacual J.** Diagnóstico y tratamiento del estreñimiento en el niño. *Inf. Ter. Sist. Nac. Salud.* 2011;35(1):13-20.
13. **Dinning PG, Di Lorenzo C.** Colonic dysmotility in constipation. *Best. Pract. Res. Clin. Gastroenterol.* 2011;25(1):89-101. <http://doi.org/ckzgdn>.
14. **Dehghani SM, Ahmadbou B, Haghghat M, Kashef S, Imanieh M, Soleimani M.** The Role of Cow's Milk Allergy in Pediatric Chronic Constipation: A Randomized Clinical Trial. *Iran. J. Pediatr.* 2012;22(4):468-74.
15. **Fiocchi A, Brozek J, Schunemann H, Bahna SL, von Berg A, Beyer K, et al.** World Allergy Organization (WAO) Diagnosis and Rationale for Action against Cow's Milk Allergy (DRAC-MA) Guidelines. *World Allergy Organ J.* 2010;3(4):57-161. <http://doi.org/bm3xrd>.
16. **Irastorza I, Ibañes B, Delgado-Sanzonetti L, Maruni N, Vitoria JC.** Cow's-milk-free diet as a therapeutic option in childhood chronic constipation. *J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.* 2010;51(2):171-6. <http://doi.org/bcx7w7>.
17. **Flammarion S, Santos C, Guimber D, Jouannic L, Thumelle C, Gottrand F, et al.** Diet and nutritional status of children with food allergies. *Pediatr. Allergy Immunol.* 2011;22(2):161-5. <http://doi.org/fsz68x>.
18. **Cho HN, Hong S, Lee SH, Yum HY.** Nutritional status according to sensitized food allergens in children with atopic dermatitis. *Allergy Asthma Immunol. Res.* 2011;3(1):53-7. <http://doi.org/ct48j9>.
19. **Daza W, Dadán S, Rojas AM.** Alergia alimentaria en la infancia. Programa de Educación Continuada (Precop), Sociedad Colombiana de Pediatría. 2014; 13(3): 49-58. Disponible en: https://scp.com.co/precop-old/pdf/3_5.pdf [Cited 2015 Dec 25].
20. **Pedreira-Massa JL.** Los trastornos de la conducta alimentaria: visión desde la psicopatología del desarrollo "mi hija/o no ME come nada". Barcelona: Centre Londres 94; 1999 [cited 2015 Dec 20]. Available from: <http://goo.gl/hKGVqT>.
21. **Bravo P, Hodgson MI.** Trastornos alimentarios del lactante y preescolar. *Rev. Chil. Pediatr.* 2011;82(2):87-92. <http://doi.org/d3f4b2>.
22. **Armas-Ramos H, Ferrer-González JP, Ortigosa-Castillo L.** Re-flujo gastroesofágico en niños. In: Peña-Quintana L, Armas-Ramos H, Sánchez-Valverde F, Camarena-Grande C, Gutiérrez-Junquera C, Moreno-Villares JM, coords. *Protocolos diagnóstico-terapéuticos de gastroenterología, hepatología y nutrición pediátrica SEGHNPAEP*. Madrid: Ergos; 2010. p. 161-170.
23. **Salvatore S, Vandeplas Y.** Gastroesophageal reflux and cow milk allergy: is there a link? *Pediatrics.* 2002;110(5):972-84. <http://doi.org/bst545>.
24. **Errázuriz G, Corona F.** Dolor abdominal de origen orgánico en niños y adolescentes. *Rev Med Clin. Condes.* 2011;22(2):168-75.
25. **Koletzko S, Jones NL, Goodman KJ, Gold B, Rowland M, Cadranel S, et al.** Evidence-based guidelines from ESPGHAN and NASPGHAN for Helicobacter pylori infection in children. *J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.* 2011;53(2):230-43. <http://doi.org/bnh3pd>.
26. **Ramírez JA.** Asociación de depresión y ansiedad en pacientes con síndrome de intestino irritable. *Rev. Gastroenterol. Mex.* 2007;72(1):29-33.
27. **Oprea V, Ciomaga IM, Burlea M.** Epidemiological events in the postenteritis syndrome in children. *Medical Interventions.* 2011;1(1):18-23.
28. **Fagundes-Neto U.** Persistent Diarrheas: Still a Serious Public Health Problem in Developing Countries. *Curr. Gastroenterol. Rep.* 2013;15(9):345. <http://doi.org/bcgp>.
29. **Daza W, Dadán S.** Fibrosis Quística. In: Plata-Rueda E, Leal-Quevedo FJ, editors. *El pediatra eficiente*. 7th ed. Bogotá, D.C.: Editorial Médica Panamericana; 2013. p. 240-254.
30. **Vásquez C, Aristizábal R, Daza W.** Fibrosis quística en Colombia. *Neumología Pediátrica.* 2010;5(1):44-50.
31. **Obesidad Infantil.** Bogotá, D.C.: Asociación Colombiana de Endocrinología, Ministerio de Salud; 2014. [cited 2015 Dec 25]. Available from: <https://goo.gl/EzMkAe>.