



ORIGINAL

Retraso diagnóstico en la enfermedad inflamatoria intestinal pediátrica. Descripción y estudio de los factores de riesgo



J.V. Arcos-Machancoses, E. Donat-Aliaga, B. Polo-Miquel, E. Masip-Simó, C. Ribes-Koninckx y A. Pereda-Pérez*

Unidad de Gastroenterología y Hepatología Pediátrica, Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia, España

Recibido el 5 de mayo de 2014; aceptado el 29 de mayo de 2014

Disponible en Internet el 23 de septiembre de 2014

PALABRAS CLAVE

Retraso diagnóstico;
Enfermedad
inflamatoria
intestinal;
Atención primaria

Resumen

Introducción: El retraso diagnóstico (RD) de la enfermedad inflamatoria intestinal pediátrica (EII-P) puede conllevar la aparición de complicaciones y una menor respuesta al tratamiento. Estudiar el RD y los factores que lo condicionan ayudaría a implementar medidas correctoras y mejorar la evolución de la enfermedad.

Pacientes y métodos: Un total de 53 casos (31 de enfermedad de Crohn [EC], 19 de colitis ulcerosa [CU] y 3 EII-P no clasificadas) entre 2000 y 2012 se evaluaron de forma retrospectiva a través de la información recogida en las historias clínicas de atención primaria y las de un Servicio de Gastroenterología infantil de un hospital terciario. La variable respuesta principal fue el tiempo entre el primer contacto médico-paciente y el diagnóstico.

Resultados: El tiempo mediano de RD fue de 12 semanas (rango intercuartílico 5-24). Sin embargo, un 26,3% de las CU y un 25,8% de las EC presentaron un RD superior a un año. Ninguno de los factores de riesgo estudiados se asoció significativamente a un RD relevante pero los niños de menor edad presentaron una tendencia a un mayor RD.

Conclusiones: Aunque el RD mediano de la EII-P parece aceptable, existe una proporción importante de niños con unas características clínicas heterogéneas y unos tiempos diagnósticos considerables. Se debería profundizar en el análisis de las oportunidades perdidas de diagnóstico.

© 2014 Publicado por Elsevier España, S.L.U. on behalf of Asociación Española de Pediatría.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: aperedap@outlook.com (A. Pereda-Pérez).

KEYWORDS

Diagnostic delay;
Inflammatory bowel
disease;
Primary care

Description and study of risk factors for the diagnostic delay of pediatric inflammatory bowel disease

Abstract

Introduction: Diagnostic delay of inflammatory bowel disease in children might be responsible for complications and a poor response to treatment. The study of diagnostic delay and its determining factors may help implement corrective measures and improve the prognosis of the disease.

Patients and methods: A retrospective study of the information collected from primary care medical records and that from the pediatric gastroenterology service at a tertiary hospital between 2000 and 2012 was carried out on 53 patients: 31 with Crohn's disease, 19 with ulcerative colitis, and 3 with unclassified pediatric inflammatory bowel disease. The main response variable was the interval from the first physician-patient contact to diagnosis.

Results: The median time to diagnosis was 12 weeks (interquartile range 5-24). However for 26.3% of the ulcerative colitis cases and 25.8% of the Crohn's disease cases, the interval was longer than 1 year. There was a more marked delay trend in Crohn's disease cases, but it was not statistically significant. None of the evaluated risk factors was associated with a relevant diagnostic delay, although it tended to be longer in younger children.

Conclusions: Whereas the median delay for pediatric inflammatory bowel disease seems to be acceptable, the diagnostic time spans are considerable for a large proportion of children with heterogeneous clinical characteristics. Further research into lost diagnostic opportunities needs to be carried out.

© 2014 Published by Elsevier España, S.L.U. on behalf of Asociación Española de Pediatría.

Introducción

La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) tiene una edad de inicio habitual en torno a los 20-30 años y, por lo tanto, se considera una enfermedad del adulto joven. Sin embargo, existe un grupo de pacientes cuyo comienzo se produce en la edad pediátrica, que, en función de las series publicadas, se estima en torno al 20-25%¹.

En los últimos 20 años se ha observado un aumento de la incidencia de enfermedad de Crohn (EC), mientras que el número de diagnósticos de colitis ulcerosa (CU) se mantiene estable o en descenso. Este fenómeno parece afectar también a los casos infantiles². El diagnóstico de EII, particularmente en este grupo etario, puede representar un reto considerable por el solapamiento de los síntomas con los de los trastornos funcionales y por la variabilidad de su expresión.

En pacientes adultos, se ha descrito que la afectación ileal aislada en la EC y la toma de antiinflamatorios y el sexo masculino en la CU constituyen un factor de riesgo para retraso diagnóstico (RD)³. Existe poca información al respecto de qué características del paciente contribuyen a un mayor RD en niños con EII. Algunos análisis basados en registros europeos concluyen que los niños de menor edad, y también los que presentan enfermedad ileal en EC, son los que más tarde se diagnostican⁴.

Se trata de un grupo de enfermedades crónicas e incurables y se ha demostrado que el retraso en el inicio del tratamiento implica una menor respuesta al mismo y una evolución hacia una mayor gravedad⁵⁻⁸. Cerca del 20% de los menores de 16 años diagnosticados de EC presentan retraso en el crecimiento o talla baja. En la CU, la proporción es de un 5-10%⁹. El tratamiento farmacológico y nutricional

permite recuperar peso y talla pero también existen pruebas de que el RD prolongado puede influir en la talla final alcanzada por los niños con EC y favorecer la extensión proximal de la CU¹⁰. Además, el diagnóstico de EII en un niño o adolescente tiene un impacto negativo no solo en el aspecto físico, sino también en el psicológico, el familiar y el social¹¹.

Por estos motivos, se considera que el diagnóstico precoz es un elemento crucial del buen manejo de la EII pediátrica. Nos proponemos estudiar el tiempo de RD en los pacientes de nuestro medio con el objetivo de describir sus principales etapas, identificar los principales factores que lo condicionan y proponer actitudes correctoras.

Pacientes y métodos

Se plantea un estudio retrospectivo con el objetivo principal de describir el RD de la EII-P en nuestro medio. Pretendemos definir la brecha temporal entre los principales hitos asistenciales: T1, tiempo entre el inicio de la sintomatología y la primera consulta médica; T2, tiempo entre derivación al hospital y primera visita por un médico especialista en gastroenterología infantil; T3, tiempo entre primera visita en el hospital y la primera endoscopia digestiva, y T4, tiempo entre primera visita médica y diagnóstico referido explícitamente en la historia clínica (HC) y apoyado por presentación clínica, datos de laboratorio, endoscopia digestiva e histopatología. Se definió RD como equivalente a T4 y se consideró que el RD fue relevante si el T4 era superior al percentil 75 de cada grupo diagnóstico: CU, EC y colitis EII no clasificada (EII-noC).

Los objetivos secundarios fueron identificar el ámbito de trabajo y el nivel de especialización del primer médico

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4141259>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4141259>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)