



GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DEL DOLOR ABDOMINAL AGUDO NO TRAUMÁTICO

a. NOMBRE Y CÓDIGO:

Dolor abdominal agudo no traumático en pediatría
Código CIE 10: R10. 4

b. DEFINICIÓN

Es un síntoma y signo inespecífico de multitud de procesos que si bien puede ser originado por causas intraabdominales, también puede ser provocado por procesos extraabdominales o por enfermedades sistémicas. La definición empleada aquí se basa en la definición del dolor de la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor:

“Una sensación desagradable sensorial y emocional localizada en el abdomen, asociada con una lesión actual o potencial de los tejidos u órganos constituyentes o relacionados a aquel”.

Dolor Abdominal Agudo: se define como aquel que tiene una evolución de pocas horas, acompañado generalmente de síntomas gastrointestinales y de un compromiso variable del estado general. Se le entiende como sinónimo de abdomen agudo.

Abdomen Agudo Quirúrgico: Síndrome caracterizado por la presencia de dolor abdominal de inicio brusco, con importante repercusión del estado general y de necesidad quirúrgica para la resolución del mismo. Cuando la resolución no es oportuna evoluciona a peritonitis, que suele seguirse de shock, insuficiencia renal aguda, acidosis, insuficiencia respiratoria, sepsis y cifras elevadas de mortalidad.

2.1. ETIOLOGÍA

Sus causas son numerosas y diversas, con un espectro desde aquellas de manejo médico hasta las quirúrgicas, las cuales deben ser distinguidas lo más precozmente posible, ya que ponen en peligro la vida del niño, porque la evolución es más rápida que en los adultos.

Tabla 1. Causas de Dolor Abdominal en Niños

<p>Frecuentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cólico infantil (llanto prolongado del lactante). • Parasitosis • Estreñimiento • Trastorno alimentario • Infección del tracto urinario • Adenitis mesentérica • Apendicitis • Intususcepción 	<p>Infrecuentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hepatitis aguda • Cólico renal • Pielonefritis • Glomerulonefritis aguda • Parotiditis viral • Reflujo gastroesofágico • Úlcera péptica • Infección por Helicobacter pylori • Síndrome urémico hemolítico • Ingestión de fármacos: salicilatos, antiinflamatorios no esteroideos, corticoides, algunos antibióticos
---	---





	imipramina, fenitoina, preparaciones de hierro. <ul style="list-style-type: none"> • Diverticulitis de Meckel • Torsión testicular
Raros:	
<ul style="list-style-type: none"> • Púrpura de Henoch – Schonlein • Pancreatitis • Diabetes Mellitus • Enfermedad inflamatoria intestinal (Crohn) • Hemofilia • Anemia sickle cell • Colecistitis • Vólvulo secundario o malrotación 	

Tabla 2. Causas comunes de dolor abdominal agudo en niños según edad (*)

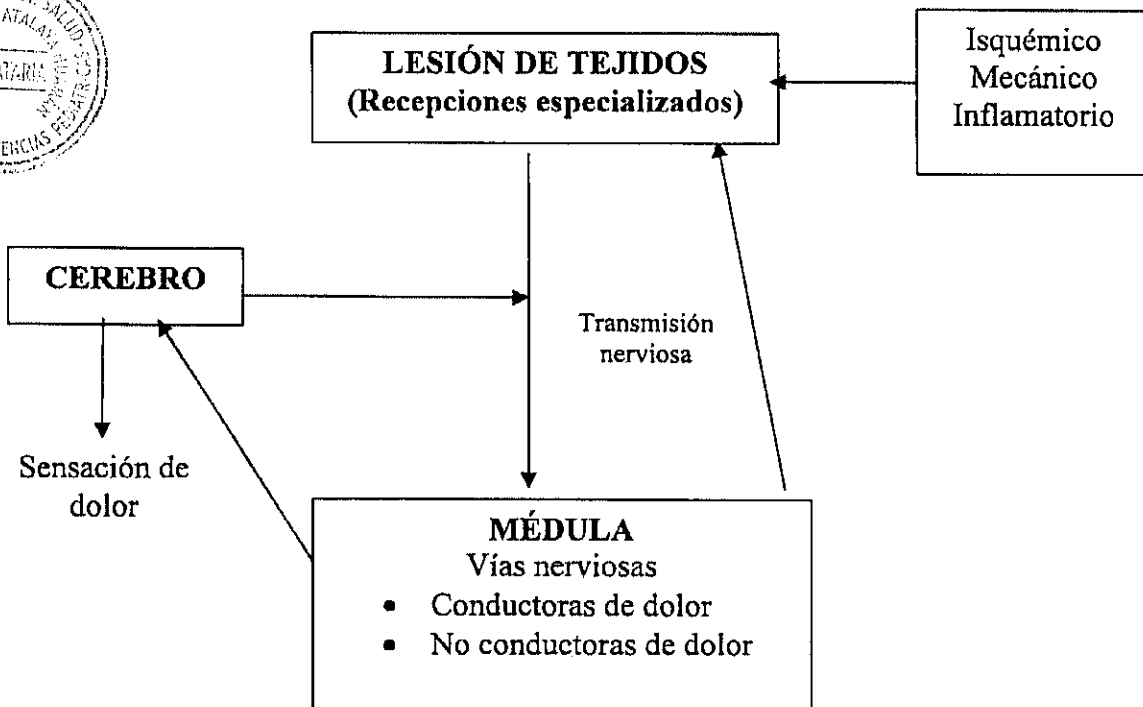
	INFANCIA (Menor de 2 años)	PREESCOLAR (2 – 5 años)	ESCOLAR (6 – 12 años)	ADOLESCENTE (Mayor de 12)
	<ul style="list-style-type: none"> • Apendicitis • Cólico • Constipación • Gastroenteritis • Hernia • Adenitis mesentérica • Hirschsprung • Intususcepción • Estenosis pilórica • Trauma • Vólvulo 	<ul style="list-style-type: none"> • Apendicitis • Constipación • Gastroenteritis • Hernia • Intususcepción • Parasitosis • Adenitis mesentérica • Infección urinaria • Trauma • No especificado 	<ul style="list-style-type: none"> • Apendicitis • Constipación • Gastroenteritis • Enfermedad inflamatoria del intestino • No especificado • Torsión testicular • Trauma 	<ul style="list-style-type: none"> • Apendicitis • Constipación • Dismenorrea • Gastroenteritis • Enfermedad inflamatoria del intestino • No especificado • Embarazo ectópico • Torsión testicular • Trauma tuvo ovario
	<ul style="list-style-type: none"> • Síndrome urémico hemolítico • Desordenes metabólicos • Neumonía • Sepsis • Intoxicación 	<ul style="list-style-type: none"> • Cetoacidosis diabética • Síndrome urémico hemolítico. • Neumonía • Sepsis • Faringitis estreptocócica. • Intoxicación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cetoacidosis diabética • Vasculitis • Colagenopatías • Síndrome urémico hemolítico • Neumonía • Sepsis • Faringitis estreptocócica. • Intoxicación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cetoacidosis diabética. • Vasculitis • Colagenopatías • Síndrome urémico hemolítico. • Abuso de drogas. • Neumonía. • Sepsis • Faringitis estreptocócica. • Intoxicación

(*) No incluye neonatos.





2.2. FISIOPATOLOGÍA



Un mismo tipo de lesión tisular puede causar dolor de distinta naturaleza o intensidad en distintos niños o al mismo niño en distintos momentos. La mielinización completa no es necesaria para la percepción del dolor.

El dolor abdominal puede tener diferentes desencadenantes y vías de propagación, así distinguimos:

- Dolor Visceral: Es un dolor de carácter sordo y de localización poco precisa, se puede acompañar de síntomas secundarios como náuseas, sudoración y palidez.
- Dolor Somático o Parietal: Es de mayor intensidad y de localización más precisa que el dolor visceral: se agrava con la tos y los movimientos del paciente.
- Dolor Referido: Se percibe en regiones anatómicas diferentes a la zona de estimulación y se produce porque esta zona de estimulación comparte segmento neuronal sensorial con el área dolorosa.

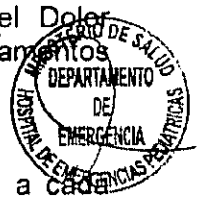
2.3. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

De acuerdo a la NCHS (National Center for Health Statistics), el Dolor abdominal agudo es la causa más frecuente de atención en los Departamentos de Emergencia (de todas las edades).

c. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

Por su carácter multicausal los riesgos asociados están en relación a cada patología de fondo.

d. DIAGNÓSTICO





Los diagnósticos varían significativamente con el grupo etareo (Tabla 2). En niños muy pequeños y aquellos que no cooperan, es con frecuencia difícil de obtener una anamnesis y examen físico completos.

Cada niño tiene una percepción y tolerancia diferentes del dolor abdominal, y ésta es una de las razones por la que la evaluación diagnóstica del dolor abdominal (sobre todo crónico) resulte complicada. Un niño con dolor abdominal funcional (sin etiología orgánica demostrable) puede sentirse tan mal como si la causa del mismo fuera orgánica. Esta distinción es muy importante durante la evaluación médica, ya que constituye la referencia principal para el estudio diagnóstico y el tratamiento del paciente. Cuanto más específico sea el dolor y más sugiera un diagnóstico concreto, más probabilidades existen de un dolor orgánico.

Una cuidadosa obtención de los datos de anamnesis constituye el método más eficaz para el abordaje diagnóstico, siendo esto más relevante en la práctica clínica ambulatoria. La información disponible proviene de los padres o cuidadores y su calidad y confiabilidad depende de diversos factores, entre ellos el grado de instrucción y el tiempo que dedican efectivamente al cuidado del niño.

Es esencial obtener una historia completa del dolor, vómitos, movimientos intestinales, síntomas urinarios y actividad sexual (Tabla 3).

Tabla 3 Componentes de la historia de un niño con dolor abdominal

Dolor	Vómitos	Motilidad intestinal	Urinarios	Sexual
Inicio	Color	Historia de	Disuria	Menstruación
Localización	Volumen	constipación	Urgencia	Fecha de la
severidad	Frecuencia	Frecuencia	Frecuencia	última regla.
Calidad	Carácter	Consistencia	Color	Flujo vaginal.
Carácter	Duración	Color		Sangre
Irradiación	Severidad	Relación con		Actividad
Patrón	Relac. con	dolor		sexual
Factores agravantes	dolor			Protección
Factores calmantes	Nausea			Historia de
Impacto en la	Apetito			enfermedades
actividad				de transmisión
Intervenciones				sexual.

* Cuando sea aplicable.

El examen físico debe ser completo, tomando en cuenta que hay procesos extraabdominales y sistémicos que causan dolor abdominal, algunas características diferenciales se detallan en el Anexo 01. Incluye la apariencia general, la actitud del niño y otros hallazgos extraabdominales. Se debe valorar el estado general del niño, estado de nutrición e hidratación, nivel de conciencia, actitud, coloración de la piel.

El dolor abdominal puede manifestarse en infantes y niños pequeños de la siguiente manera:

- Irritabilidad
- Taquipnea, quejido o retracción
- Taquicardia
- Flexión de caderas





PERÚ

Ministerio
de Salud

Hospital de
Emergencias Pediátricas



- Modo de sentarse o marcha anormal.

El examen abdominal incluye:

- a. Inspección: posición del niño, movilidad con la respiración, simetría, distensión, hiperperistalsis, hernias, cicatrices, masas, circulación colateral, etc.
- b. Auscultación: ruidos intestinales y soplos.
- c. Percusión: Dolor, timpanismo, matidez.
- d. Palpación: dolor a la palpación superficial o profunda (defensa voluntaria o involuntaria), visceromegalia, rigidez, rebote, masa, signos (Blumberg, Murphy, Mc. Burney, Rovsing, psoas, obturador).

Considerar otros exámenes de ser pertinentes (Tacto rectal, examen vaginal).

Algunas características que permiten identificar un abdomen agudo quirúrgico se detallan en el Anexo 02.

Asimismo un conjunto de preguntas que permiten valorar esta patología se detalla en el Anexo 03.

4.1. SIGNOS DE ALARMA:

- Dolor abdominal continuo, de gran intensidad.
- Distensión abdominal severa.
- Ausencia de ruidos intestinales.
- Signos de deshidratación.
- Compromiso del estado de conciencia del niño (letargia)
- Pared abdominal rígida.

4.2. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Dolor Abdominal de Manejo Médico

- Intoxicación alimentaria
- Diarrea aguda infecciosa
- Parasitosis
- Gastritis
- Infección urinaria
- Cólico renal
- Adenitis mesentérica secundaria a infecciones virales
- Neumonía basal
- Hepatitis
- Dolor abdominal recurrente

Pseudoabdomen Agudo

- Intoxicación por plomo (saturnismo)
- Fiebre reumática
- Pancreatitis
- Síndrome urémico hemolítico
- Púrpura de Henoch – Schonlein
- Cetoacidosis diabética
- Leucemia
- Porfiria intermitente aguda.
- Anemia drepanocítica (crisis falciforme)
- Peritonitis primaria (nefrosis, cirrosis, infecciosa)





e. EXÁMENES AUXILIARES

5.1. DE LABORATORIO:

Usualmente se pueden identificar la mayoría de las etiologías sin la necesidad de exámenes auxiliares.

- Hemograma: Un recuento leucocitario normal es visto en aproximadamente el 10% de paciente con apendicitis y leucocitosis en 60% de pacientes sin ella.
- Hemoglobina – hematocrito
- Examen completo de orina: Un 25% de pacientes con apendicitis tienen recuento leucocitario en orina >5.
- Parasitológico y reacción inflamatoria.

Si existe probabilidad de abdomen agudo quirúrgico se debe solicitar: tiempo de coagulación y sangría, grupo sanguíneo y factor Rh.

5.2. DE IMÁGENES

- Radiografía de abdomen simple, de pie y decúbito dorsal: Es útil en pacientes seleccionados sin un diagnóstico claro, para evaluar: niveles hidroaéreos, cantidad de heces, impactación fecal, neuroperitoneo.
- Ecografía abdominal: Limitado, por la disponibilidad y por la experiencia del radiólogo. En casos seleccionados puede ser útil para evaluar patologías de vesícula biliar, páncreas, trompas, ovarios, renales, masa apendicular, líquido libre en cavidad abdominal e invaginación intestinal.
- Tomografía axial computarizada de abdomen: Considerarla si se sospecha de masa intraabdominal, patología retroperitoneal, trauma abdominal cerrado.

La relación de exámenes auxiliares dependerá de la patología de fondo, dentro de otros exámenes a considerar se encuentran el enema baritado, la laparoscopia, la paracentesis y lavado peritoneal.

f. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

- En principio, en lo posible, evitar el uso de analgésicos o antiespasmódicos hasta que no se tenga identificada la causa etiológica.
- Si el dolor es severo se recomienda usar opiodes (según guías de dolor).
- No están indicados antiinflamatorios no esteroides, antimicrobianos, laxantes, enemas. Evitar la ingesta de alimentos y líquidos si el cuadro sugiere abdomen agudo quirúrgico.



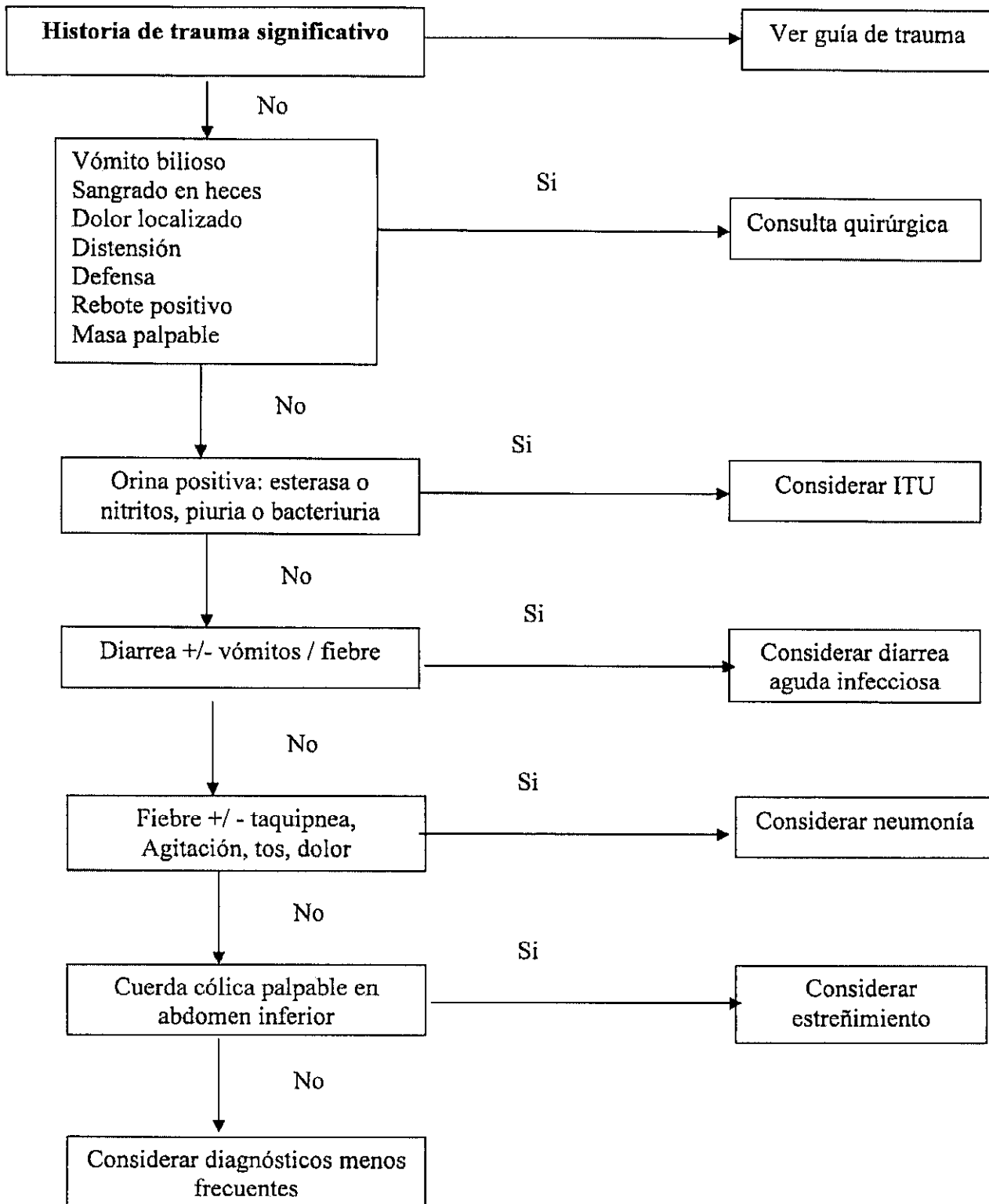


PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital de Emergencias Pediátricas

DIAGRAMA DEL FLUJO DE MANEJO





g. COMPLICACIONES

Entre las principales se encuentran:

- Apendicitis perforada
- Peritonitis
- Sepsis
- Shock hipovolémico – séptico
- Isquemia – necrosis

h. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

En caso de ser recibido el paciente en un establecimiento de nivel I, debe realizarse la evaluación del caso en base a su capacidad resolutive de existir la sospecha de un abdomen agudo quirúrgico, debe referirse el paciente a un establecimiento de mayor nivel, preferentemente que cuente con un cirujano pediatra.

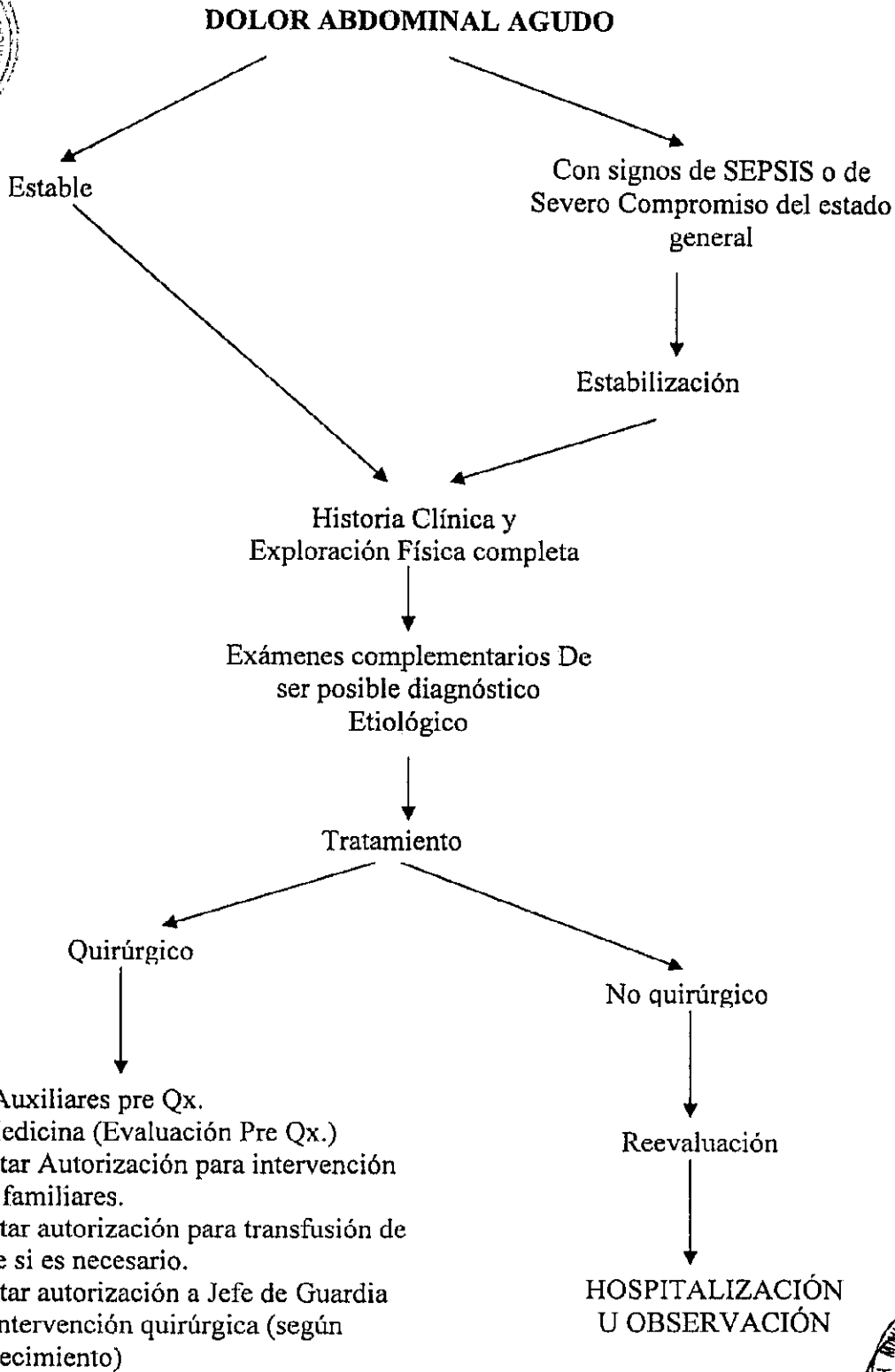
En los establecimientos de nivel II, debe evaluarse el caso, de requerir tratamiento quirúrgico o cuidados intensivos y no contar con dichos servicios debe transferirse al paciente a un establecimiento de nivel III.

Una vez tratado el cuadro de fondo y estando estable el paciente debe ser contrarreferido a su establecimiento de salud de origen con las recomendaciones necesarias para su seguimiento.





i. FLUXOGRAMA





j. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Nelson. Tratado de Pediatría. 16ª Edición 2001. Mc Graw – Hill Interamericana Editores. Pag:- 1213 – 1214.
2. Robinson, MJ. Robertson. D.M. Practical Pediatrics. 5ª Edición 2003. Churchill Livingstone. Pág. 666 – 669.
3. Plata Rueda, Ernesto. El Pediatra Eficiente. Editorial Panamericana 1990.
4. Gellis & Kagan's Current Pediatric Therapy. W.B. Saunders 1993.
5. Schwartz. Sl. Ellis. H. Husser W.C. Operaciones Abdominales 8a Edición. Editorial Médica Panamericana S.A. 1986.
6. Lobo E. Fernández J.M. Manual de Urgencias Quirúrgicas. Editorial IM& C 1997.
7. Pera, C. CIRUGÍA., Fundamentos, indicaciones y opciones técnicas. Editorial Salvat. 1968.

