



Instituto Guatemalteco
de Seguridad Social

Dolor abdominal agudo en el paciente pediátrico

Elaborado por
Especialista en Pediatría

Guías de Práctica Clínica Basadas en Evidencia

No. **158**



**Guía de Práctica Clínica
Basada en Evidencia
(GPC-BE) No. 158
Dolor abdominal agudo en el
paciente pediátrico**

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
Subgerencia de Prestaciones en Salud
Comisión de guías de práctica clínica
basadas en evidencia

Este documento debe citarse como:

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS)
Subgerencia de Prestaciones en Salud
Comisión de guías de práctica clínica basadas en evidencia
(GPC-BE)
**GPC-BE No. 158 “Dolor abdominal agudo en el paciente
pediátrico”**
Edición 2023; págs. 72
IGSS, Guatemala.

Elaboración aprobada por:

Subgerencia de Prestaciones en Salud-IGSS
Oficio No. 12719 del 22 de noviembre de 2023

Revisión, diseño y diagramación:

Comisión de Guías de Práctica Clínica Basadas en Evidencia;
Subgerencia de Prestaciones en Salud.

IGSS- Guatemala

ISBN: 978-9929-795-65-5

Derechos reservados- IGSS-2024

Se autoriza la reproducción parcial o total de este documento por cualquier medio, siempre que su propósito sea para fines docentes y sin finalidad de lucro a todas las instituciones del sector salud, públicas o privadas.



MSc. Licenciado Edson Javier Rivera Méndez
Gerente

Doctor Francisco Javier Gódinez Jerez
Subgerente de Prestaciones en Salud



Grupo de desarrollo

Juan Carlos González Ordoñez

Especialista en pediatría

Jefe de Servicio Médico Emergencia Pediatría

Hospital General de Enfermedades



Comisión de guías de práctica clínica basadas en evidencia

Dr. Edwin Leslie Cambranes Morales

Jefe de Departamento Administrativo
Departamento de Medicina Preventiva

Dr. Edgar Campos Reyes

Departamento de Medicina Preventiva
Subgerencia de Prestaciones en Salud

Dra. Erika López Castañeda

Departamento de Medicina Preventiva
Subgerencia de Prestaciones en Salud

Dra. Ana Cristina Arévalo Díaz

Departamento de Medicina Preventiva
Subgerencia de Prestaciones en Salud



Declaración de conflicto de interés

Se declara que ninguno de los participantes en el desarrollo de esta guía tiene intereses particulares, es decir: económicos, políticos, filosóficos o religiosos que influyan en los conceptos vertidos en la misma.



Prólogo

¿En qué consiste la medicina basada en evidencia?

Podría resumirse como la integración de la experiencia clínica individual de los profesionales de la salud con la mejor evidencia proveniente de la investigación científica, una vez asegurada la revisión crítica y exhaustiva de esta. Sin la experiencia clínica individual, la práctica clínica rápidamente se convertiría en una tiranía, pero sin la investigación científica quedaría inmediatamente caduca. En esencia, pretende aportar más ciencia al arte de la medicina y su objetivo consiste en contar con la mejor información científica disponible, es decir, **la evidencia**, para aplicarla a la práctica clínica.

Por lo tanto, se puede afirmar que las **guías de práctica clínica basadas en evidencia** son documentos en los cuales se plasman las evidencias para ponerlas al alcance de todos los usuarios incluyedo médicos, paramédicos, pacientes y público en general.

Los grados de recomendación son criterios que surgen de la experiencia de expertos en conjunto con el **nivel de evidencia** y determinan la calidad de una intervención y el beneficio neto en las condiciones locales. (Ver Tabla 1)

El nivel de evidencia clínica es un sistema jerarquizado que valora la fortaleza o solidez de la evidencia asociada con los resultados obtenidos de

una intervención en salud. Se aplica a las pruebas o estudios de investigación, como puede verse en la tabla publicada por la Universidad de Oxford (Ver Tabla 2).

Tabla 1. Significado de los grados de recomendación

Grado de recomendación	Significado
A	Extremadamente recomendable.
B	Recomendable favorable.
C	Recomendación favorable, pero no concluyente.
D	Corresponde a consenso de expertos, sin evidencia adecuada de investigación.
√	Indica un consejo de buena práctica clínica sobre el cual el grupo de desarrollo acuerda.

Nota. Adaptado de Mella Sousa, M., Zamora Navas, P., Mella Laborde, M., Ballester Alfaro, J., & Uceda Carrascosa, P. (2012). Niveles de evidencia clínica y grados de recomendación. Revista de la Sociedad Andaluz de Traumatología y Ortopedia, 20(1/2), 59-72. Obtenido de https://www.repositoriosalud.es/bitstream/10668/1568/6/Mella_Niveles.pdf

Tabla 2. Niveles de evidencia*

Grado de recomendación	Nivel de evidencia	Fuente
A	1a	Revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorios.
	1b	Ensayo clínico aleatorio individual.
	1c	Eficacia demostrada por los estudios de práctica clínica y no por la experimentación. (All or none**)
B	2a	Revisión sistemática de estudios de cohortes.
	2b	Estudio de cohorte individual y ensayos clínicos aleatorios de baja calidad.
	2c	Investigación de resultados en salud, estudios ecológicos.
	3a	Revisión sistémica de estudios caso-control, con homogeneidad.
	3b	Estudios de caso control individuales.
C	4	Serie de casos, estudios de cohortes y caso-control de baja calidad.
D	5	Opinión de expertos sin valoración crítica explícita.

Nota. Adaptado de Mella Sousa, M., Zamora Navas, P., Mella Laborde, M., Ballester Alfaro, J., & UcedaCarrascosa, P. (2012). Niveles de evidencia clínica y grados de recomendación. Revista de la Sociedad Andalus de Traumatología y Ortopedia, 20(1/2), 59– 72. Obtenido de https://www.repositoriosalud.es/bitstream/10668/1568/6/Mella_Niveles.pdf

* Centro de Medicina basada en la evidencia de Oxford.

****All or none (Todos o ninguno):** Se cumple cuando todos los pacientes mueren antes de que el medicamento esté disponible, pero algunos ahora sobreviven; o cuando algunos pacientes mueren antes de que el medicamento esté disponible, pero ahora ninguno muere con el medicamento.

En las **Guías de Práctica Clínica publicadas por el IGSS**, el lector encontrará, al margen izquierdo de los contenidos, el **nivel de evidencia (1a hasta 5**, en números y letras minúsculas) de los resultados de los estudios que sustentan el **grado de recomendación de buena práctica clínica**, anotado en el lado derecho del texto (**letras A, B, C, D y √**, siempre en letras mayúsculas) basado en la tabla del Centro de Medicina Basada en la Evidencia de Oxford sobre los aspectos evaluados.

Las guías desarrollan cada temática seleccionada con el contenido de las mejores evidencias documentadas, obtenidas luego de revisiones sistemáticas exhaustivas en lo que concierne a estudios sanitarios, diagnósticos, terapéuticas farmacológicas y otros.

Las guías de práctica clínica no pretenden describir un protocolo de atención donde todos los puntos deban estar incorporados, sino mostrar un ideal para referencia y flexibilidad, establecido de acuerdo con la mejor evidencia existente.

Las guías de práctica clínica basadas en evidencia que se revisaron para la elaboración de esta guía fueron analizadas mediante el instrumento AGREE (por las siglas en inglés de Appraisal of Guidelines, Research and Evaluation for Europe), el cual evalúa tanto la calidad de la información aportada en el documento como la idoneidad de algunos aspectos de las recomendaciones, lo que permite ofrecer una valoración de los criterios de validez aceptados



en lo que hoy es conocido como **“los elementos esenciales de las buenas guías”**, incluyendo credibilidad, aplicabilidad clínica, flexibilidad clínica, claridad, multidisciplinariedad del proceso, actualización programada y documentación.

En el IGSS, el programa de elaboración de guías de práctica clínica se crea con el propósito de ser una herramienta de ayuda en el momento de tomar decisiones clínicas. En una guía de práctica clínica (GPC) no existen respuestas para todas las cuestiones que se plantean en la práctica diaria. La decisión final acerca de un particular procedimiento clínico, diagnóstico o tratamiento dependerá de cada paciente en concreto y de las circunstancias y valores que estén en juego. **De ahí, la importancia del propio juicio clínico.**

Este programa también pretende disminuir la variabilidad de la práctica clínica y ofrecer tanto a los profesionales de los equipos de atención primaria como a los del nivel especializado un referente en su práctica clínica con el cual poder compararse.

Para el desarrollo de cada tema, se ha contado con el esfuerzo de los profesionales –especialistas y médicos residentes– que a diario realizan una labor tesonera en las diversas unidades de atención médica de esta institución, bajo la coordinación de la **Comisión de Guías de Práctica Clínica (GPC-BE)** que pertenece a los proyectos educativos de la **Subgerencia de Prestaciones en Salud**, con el invaluable apoyo de las autoridades del Instituto.

La inversión de tiempo y recursos es considerable, pues involucra muchas horas de investigación y trabajo con el fin de plasmar con sencillez y claridad los diversos conceptos, evidencias y recomendaciones que se dejan disponibles en cada uno de los ejemplares publicados.

Este esfuerzo demuestra la filosofía de servicio de esta institución, que se fortalece al poner al alcance de los lectores un producto elaborado con esmero y alta calidad científica, aplicable, práctico y de fácil revisión.

El **IGSS** tiene el privilegio de poner al alcance de sus profesionales, personal paramédico y de todos los servicios de apoyo, esta **Guía** con el propósito de colaborar en los procesos de atención a nuestros pacientes, en la formación académica de nuevas generaciones y de contribuir a la investigación científica y docente que se desarrolla en el diario vivir de esta Institución.

*Comisión de guías de práctica clínica, IGSS,
Guatemala, 2023*



Abreviaturas

AA	Apendicitis Aguda
AHA	American Heart Association
DAA	Dolor Abdominal Agudo
DAR	Dolor Abdominal Recurrente
EUA	Estados Unidos de América
FLACC	Cara, piernas, actividad, llanto y consuelo (siglas en inglés)
N-PASS	Escala del Dolor Neonatal
RM	Resonancia magnética
TEP	Triángulo de Evaluación Pediátrica
TC	Tomografía Computarizada



Índice

1. Introducción	1
2. Objetivos	3
3. Metodología	5
4. Contenido	9
5. Glosario	35
6. Referencias bibliográficas	41



1. Introducción

El dolor abdominal agudo (DAA) es un problema común en la práctica pediátrica y un desafío diagnóstico para los médicos. Esta condición puede estar motivada por un espectro muy amplio de etiologías, desde patologías abdominales hasta problemas extraabdominales y requiere una aproximación sistemática basada en la anamnesis, un examen físico riguroso y la utilización pertinente de estudios complementarios (Cartwright & Knudson, 2008).

Este tipo de dolor, que puede ir desde una molestia leve hasta un dolor intenso, la mayoría de estos episodios son benignos y autolimitados, pero una pequeña proporción de pacientes puede requerir manejo quirúrgico o tener una condición potencialmente mortal que amerita una intervención más urgente.

En los niños, las causas del dolor abdominal agudo pueden ser muy diferentes a las de los adultos debido a factores de edad, desarrollo y presentación sintomática. El tracto gastrointestinal de un niño, aunque funcionalmente similar al de un adulto, está en constante desarrollo y cambio (Asociación Española de Pediatría. 2019), (Pediatría Integral, 2019).

Esto puede llevar a la aparición de enfermedades y trastornos que son más comunes en ciertas etapas de la infancia o que son específicos de los niños.

Además, la capacidad de un niño para describir y localizar su dolor puede estar limitada por su

desarrollo cognitivo y comunicativo. También pueden presentar síntomas atípicos, como cambios en el comportamiento, el apetito o los hábitos de sueño, en lugar de, o además de, informar sobre el dolor.

Esta guía ofrece una revisión exhaustiva de la evaluación y el manejo del DAA en pacientes pediátricos. Propone un enfoque sistemático para la evaluación inicial, que incluye la anamnesis, el examen físico minucioso y el uso adecuado de pruebas diagnósticas complementarias. Asimismo, se examinan las causas más frecuentes de DAA en niños y se proporcionan recomendaciones basadas en evidencia científica para el manejo de estas afecciones.

El propósito principal de esta guía es asistir a los profesionales de la salud en la toma de decisiones informadas y basadas en evidencia para la evaluación y el tratamiento del DAA en niños. Al hacerlo, se espera mejorar los resultados de los pacientes y reducir las complicaciones. Sin embargo, esta guía no debe sustituir el criterio clínico del profesional de la salud. Cada paciente es único y las decisiones de manejo deben ser personalizadas para adaptarse a las circunstancias individuales de cada niño.



2. Objetivos

General

Orientar a los profesionales de la salud en la identificación, métodos diagnósticos y alternativas de manejo del dolor abdominal agudo en pacientes pediátricos.

Específicos

- Formular un plan de evaluación y manejo del dolor abdominal agudo en el paciente pediátrico.
- Identificar los signos de alarma en los pacientes con dolor abdominal agudo.



3. Metodología

Definición de preguntas

General

¿Cuál es la definición del dolor abdominal agudo en pediatría?

Específicas

- ¿Cómo se clasifica el dolor abdominal agudo en pediatría?
- ¿Cuál es la etiología del dolor abdominal agudo en pediatría?
- ¿Qué características clínicas se deben indagar en la anamnesis de pacientes pediátricos con dolor abdominal agudo?
- ¿Cuáles son las características más relevantes que se pueden encontrar al examen físico de un paciente pediátrico con dolor abdominal agudo?
- ¿Cómo evaluar la magnitud del dolor según la edad en pacientes pediátricos con dolor abdominal agudo?
- ¿Cuáles son los criterios que pueden sugerir gravedad en pacientes pediátricos con dolor abdominal agudo?
- ¿Qué estudios podrían ayudar a aclarar la etiología del dolor abdominal agudo en pacientes pediátricos?

- ¿Cuáles son las estrategias terapéuticas generales para el manejo del dolor abdominal agudo en pacientes pediátricos?
- ¿Cuáles son los criterios de hospitalización en pacientes pediátricos con dolor abdominal agudo?
- ¿Cuáles son los criterios de egreso de pacientes pediátricos con dolor abdominal agudo?

Criterios de inclusión de los estudios

- Estudios con base científica confiable, en idioma español e inglés, con fechas de publicación: 2004 a 2023.
- Estudios retrospectivos, analíticos, revisión sistemática de la literatura, artículos de revisión y consenso de expertos.

Criterios de exclusión de los estudios

1. Artículos y publicaciones que impliquen algún costo.

Estrategia de búsqueda: Consultas electrónicas a las siguientes referencias: Google académico, www.pubmed.com, www.bjm.com, www.cochrane.org, www.clinicalevidence.com, www.hinary.org

Otras fuentes bibliográficas: revistas internacionales, libros de texto, Guías de Práctica Clínica, entre otras.

Palabras clave: dolor abdominal agudo, dolor abdominal recurrente, clasificación de dolor

abdominal, abdomen quirúrgico, abdomen no quirúrgico, escalas de dolor.

Población diana: pacientes pediátricos beneficiarios que asisten a las Unidades Médicas del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

Usuarios de la guía: profesionales médicos generales, residentes y especialistas, personal de enfermería y paramédico.

Implicaciones para la práctica: diagnóstico preciso: La GPC enfatiza la importancia de una evaluación cuidadosa y precisa de la etiología del dolor abdominal agudo en pacientes pediátricos para evitar diagnósticos erróneos o retrasos en el tratamiento.

Identificación de signos de gravedad: proporcionar pautas claras para identificar signos de gravedad en pacientes pediátricos con dolor abdominal agudo, lo que ayudará a priorizar la atención y el tratamiento de aquellos que requieren una intervención inmediata.

Estrategias terapéuticas basadas en evidencia: la GPC promueve el uso de estrategias terapéuticas respaldadas por evidencia sólida, garantizando un tratamiento efectivo y seguro para los pacientes pediátricos con dolor abdominal agudo.

Monitorización y seguimiento: la GPC establece recomendaciones para la monitorización y seguimiento de los pacientes pediátricos con dolor abdominal agudo, incluyendo criterios de ingreso, traslado a unidad de cuidado crítico y egreso.

Consideración de factores etarios: reconocer las diferencias en la presentación clínica y manejo del dolor abdominal agudo en pacientes pediátricos de diferentes grupos de edad, adaptando las estrategias según sea necesario.

Actualización periódica: se deben incluir pautas para la revisión y actualización periódica de la GPC, garantizando que se mantenga al día con la evidencia y las mejores prácticas en el manejo del dolor abdominal agudo en pacientes pediátricos.

Limitaciones en la revisión de la literatura

Plataformas con costo para el acceso a artículos.

Tiempo para reuniones del grupo por actividades laborales.

Estudios basados en evidencia en población guatemalteca.

Fecha de actualización, revisión y año de publicación de esta guía

Elaboración septiembre 2023

Revisión noviembre 2023

Publicación 2024

4. Contenido

Definición

¿Cuál es la definición del dolor abdominal agudo en pediatría?

Existen diferentes conceptos:

1. El dolor abdominal agudo o abdomen agudo es un cuadro clínico de presentación repentina, caracterizado por dolor intenso y persistente, al que se debe diferenciar del dolor abdominal recurrente (DAR), que en general no necesita un tratamiento inmediato o necesario. (Flores, 2013).
2. Presencia de dolor abdominal de instauración reciente, constante e intenso, que suele acompañarse de vómitos, afectación del estado general y palpación abdominal dolorosa (Pediatría Integral, 2019).
3. El dolor abdominal agudo (DAA) es una situación clínica definida por la presencia de síntomas abdominales, fundamentalmente dolor, de menos de un mes de duración (Asociación Española de Pediatría, 2016).
4. Se conoce como abdomen agudo al proceso patológico caracterizado por dolor abdominal como principal síntoma, de inicio reciente, carácter progresivo, con repercusión sistémica y que requiere de un rápido diagnóstico y tratamiento (Gómez, 2017).

5. El dolor abdominal agudo suele anunciar una urgencia que amenaza la vida y origina un problema en el diagnóstico clínico que requiere una decisión inmediata o diferida (González Ramírez, 1998).
6. El abdomen agudo comprende todas aquellas situaciones clínicas donde el síntoma principal es la sensación dolorosa intensa abdominal de instauración reciente, que puede ser la presentación de patologías respiratorias y cardiovasculares importantes. (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2015).

En la definición que se presenta a continuación se han agrupado los aspectos más relevantes y singulares que determinan el dolor abdominal agudo en pediatría:

“El dolor abdominal agudo en pediatría se refiere a un cuadro clínico repentino caracterizado por una intensa sensación de malestar abdominal en niños. Puede manifestarse como un dolor agudo, persistente e intenso, acompañado a menudo de síntomas como vómitos, afectación del estado general y sensibilidad dolorosa en la palpación abdominal.

Se considera una condición que requiere una evaluación sistemática, basada en una anamnesis detallada y un examen físico exhaustivo. Aunque la mayoría de los episodios de dolor abdominal agudo en niños son autolimitados y benignos, un pequeño porcentaje de casos puede presentar una urgencia que amenaza la vida, requiriendo una evaluación y manejo



inmediatos. La identificación temprana de las causas subyacentes es crucial para iniciar un tratamiento oportuno y prevenir complicaciones graves.”

Dado el espectro de etiologías posibles, el diagnóstico de esta condición puede ser un desafío considerable. Generalmente, una anamnesis detallada y un examen físico exhaustivo pueden reducir la amplitud del diagnóstico diferencial. Sin embargo, en función de la edad del paciente pediátrico, pueden ser necesarias evaluaciones adicionales para excluir enfermedades con presentaciones clínicas similares. A pesar de la utilidad de la información proporcionada por los padres o cuidadores, en ocasiones puede ser arduo obtener una anamnesis completa, lo que hace que el diagnóstico se apoye fuertemente en el juicio clínico del médico. (The American College of Emergency Physicians, 2007), (The American Academy of Pediatrics, 2013), (The European Society of Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition, 2012).

El manejo del dolor abdominal agudo puede requerir una intervención médica o quirúrgica de emergencia, por lo tanto, requiere una toma de decisiones clínicas basada en la mejor evidencia disponible.

Clasificación

¿Cómo se clasifica el dolor abdominal agudo en pediatría?

Existen diversas clasificaciones, pero nos enfocaremos en las dos más importantes (Kim, J.S, 2013), (American Academy of Pediatrics, 2013), (The Royal College of Paediatrics and Child Health, 2014), (Hijaz, N. M., & Friesen, C. A., 2017):

1. Según la etiología del dolor: desde el punto de vista de las características del dolor, el dolor abdominal agudo puede ser de origen visceral, somatoparietal o referido según el tipo de receptores del dolor comprometidos:
 - Los receptores viscerales se encuentran en la superficie serosa, la mucosa de los órganos abdominales y en el mesenterio. El dolor visceral habitualmente es difuso y mal localizado. Se describe como un cólico intermitente y puede presentar manifestaciones vagas (palidez, sudoración, sensación de desvanecimiento).
 - Los receptores somatoparietales se encuentran en la piel, el músculo y el peritoneo parietal. El dolor es bien localizado, punzante, intenso y constante.
 - El dolor referido generalmente se localiza en el mismo dermatoma cutáneo del órgano afectado, es bien localizado pero distante al lugar afectado.
2. Según la necesidad de intervención
 - Abdomen agudo no quirúrgico
 - Abdomen agudo quirúrgico

Etiología

El dolor abdominal puede estar causado por una amplia gama de causas quirúrgicas y no quirúrgicas, de origen abdominal, extraabdominal o funcional.

No debemos olvidar la posibilidad de un origen traumático; normalmente el accidente habrá sido advertido y referido en la anamnesis, sin embargo, una causa no despreciable de DAA es el maltrato.

Las causas de dolor abdominal varían en función de la edad del paciente (Tabla 3) y también según la localización del dolor (Tabla 4).

Tabla 3. Etiologías más frecuentes según la edad

Recién nacido	Lactantes	2-12 años	Adolescentes
• Malrotación o vólvulo • Atresias intestinales • Ileo o tapón meconial • Enterocolitis necrotizante • GEA • Enfermedad de Hirschsprung • Hernia diafragmática • ITU	• Cólico del lactante • GEA • Estreñimiento • Invaginación intestinal • Hernia incarcerada • Neumonía • Divertículo de Meckel • Pielonefritis • Torsión testicular • Intolerancia a las PLV	• GEA • Estreñimiento • DAR • ITU • Linfadenitis mesentérica • Apendicitis aguda • Neumonía • Ulcus • Pancreatitis colecistitis • Traumatismo abdominal • Faringoamigdalitis • Cetoacidosis diabética • Peritonitis primaria	Se añade: • Patología génito-urrológica (dis-menorrea, EPI, torsión ovárica/testicular, embarazo ectópico ...) • Enfermedad inflamatoria intestinal

GEA: gastroenteritis aguda; ITU: infección del tracto urinario; PLV: proteínas de la leche de vaca, DAR: dolor abdominal recurrente; EPI: enfermedad inflamatoria pélvica.

Tomado de: Oliva Rodríguez-Pastor, S., Pedrero Segura, E., & García Requena, E. (2015). Estado actual del dolor abdominal agudo en urgencias de pediatría. *Revista española de pediatría*, 71, 272-280

Tabla 4. Diagnóstico diferencial según localización del dolor abdominal

Epigástrico	Cuadrante superior derecho	Cuadrante superior izquierdo
• RGE • Gastritis • Úlcera gástrica/duodenal • Pankreatitis • Vólculo gástrico/intestino delgado	• Hepatitis • Colecistitis/coleliriasis/cólico biliar • Colangitis • Neumonía LID • Enfermedad renal/tracto urinario	• Esplenomegalia • Infarto esplénico • Traumatismo esplénico • Neumonía LII • Enfermedad renal/tracto urinario
Hipogástrico	Cuadrante inferior derecho	Cuadrante inferior izquierdo
• Estreñimiento • Espasmo colon • Colitis • ITU/afectaciones urológicas • EPI	• Apendicitis • Estreñimiento • Obstrucción intestinal • Adenitis mesentérica • Enfermedad de Crohn • Invaginación • Torsión ovárica/testicular • Embarazo ectópico	• Estreñimiento • Espasmo colónico • Colitis • Torsión ovárica/testicular • Embarazo ectópico • Hernia • Vólculo sigmoideo
Periumbilical	Generalizado	Localización variada
• Dolor abdominal funcional • Estreñimiento • Apendicitis inicial • Pankreatitis • Vólculo • PSH • Hernia umbilical incarcerada	• Gastroenteritis • Estreñimiento • Dolor funcional • Cólico • FAA estreptocócica • Inflamación intestinal • Cetoacidosis diabética • PSH • Porfiria • Crisis anemia falciforme • Migraña abdominal • Síndrome vómitos cíclicos • Fiebre mediterránea familiar	• Trauma • Enfermedad celiaca

RGE: reflujo gastro-esofágico; ITU: infección del tracto urinario; LID: lóbulo inferior derecho; LII: lóbulo inferior izquierdo; EPI: enfermedad pélvica inflamatoria; PSH: púrpura de Schönlein-Henoch.

Tomado de: Oliva Rodríguez-Pastor, S., Pedrero Segura, E., & García Requena, E. (2015). Estado actual del dolor abdominal agudo en urgencias de pediatría. *Revista española de pediatría*, 71, 272-280



La causa más frecuente de DAA en la edad pediátrica tiene su origen en la patología digestiva, siendo la apendicitis aguda (AA) la causa que origina el mayor número de intervenciones quirúrgicas.

Dentro de los diagnósticos de mayor relevancia y atendiendo a la edad de presentación, la invaginación intestinal superaría a la AA en el niño menor de 2 años.

Epidemiología

Mundial

El dolor abdominal agudo es una de las quejas más frecuentes en la población pediátrica y representa entre el 5 y el 10% del total de consultas en servicios de urgencias a nivel mundial. (Romero-Serrano, S., Pardo-González, S., & Capacho-Quintana, D. 2022).

En estudios observacionales, se ha encontrado que aproximadamente el 22% de los niños atendidos en urgencias por dolor abdominal requieren algún tipo de intervención (cirugías o tratamiento con antibióticos), alrededor del 9% necesitan procedimientos quirúrgicos y el 1% presenta patologías que amenazan gravemente la vida. (Herrera-Toro, N. 2018)

En Estados Unidos de América (EUA) se estima que más de siete millones de pacientes acuden al servicio de urgencias por dolor abdominal, representando el 6.5% de todas las consultas. En México, comprende aproximadamente el 30% del total de las consultas de urgencias y constituye entre el 13 y el 40% de todas

las emergencias posiblemente quirúrgicas cuando se trata de dolor abdominal agudo no específico. (García-Valenzuela, S.E., et al. 2017)

Nacional

Departamental

A nivel departamental existe un estudio dirigido específicamente a la caracterización del estudio de dolor abdominal agudo en pediatría, con una correlación clínica-quirúrgica, realizado en el Hospital Nacional de Cuilapa durante los años 1993-1997. Este estudio revela una correlación de tipo lineal simple del cuadro de dolor abdominal agudo, lo que demuestra el grado de relación existente entre el diagnóstico clínico de ingreso y el diagnóstico quirúrgico posterior de los pacientes que consultaron por este cuadro. El número total de pacientes incluidos fue de 102, de los cuales 36 pertenecían al sexo femenino y los 66 restantes al sexo masculino; siendo la edad más afectada de 5 a 12 años. La causa más frecuente fue el cuadro de apendicitis aguda, seguido por el de obstrucción intestinal. (González Ramírez, L. A. 1998).

Institucional

A nivel institucional no se cuenta con estudios de caracterización sobre el dolor abdominal agudo en el paciente pediátrico, pero existe evidencia de estudios dirigidos a patologías específicas como el estudio realizado en 2015 en el Hospital General de Enfermedades (IGSS zona 9) sobre las características clínicas y epidemiológicas de pacientes pediátricos

con apendicitis aguda donde se analizó los datos clínicos y quirúrgicos de pacientes pediátricos con dolor abdominal agudo que se sometieron a una apendicectomía. Los resultados mostraron que, durante el período de enero de 2014 a octubre de 2015, el 22.36% de los pacientes estaban en la fase supurativa, el 19.74% en la fase gangrenosa y el 34.22% en la fase perforada.

El estudio encontró que los pacientes fueron operados después de más de 24 horas, momento en el que ya habían progresado a la fase perforada, lo que llevó a un aumento de las complicaciones tempranas y tardías. El estudio concluyó que el diagnóstico temprano de la apendicitis aguda en pacientes pediátricos es crucial para prevenir complicaciones y reducir el tiempo de hospitalización. (Pérez Noj, L.N. 2017)

Cuadro Clínico

Evaluación y estabilización inicial

Lo primero que debe tenerse en cuenta en la valoración del dolor abdominal en niños es identificar las condiciones que amenazan la vida del paciente y que requieren intervenciones emergentes. A continuación, se presenta un enfoque de los niños con abdomen agudo desde la anamnesis hasta la implementación de ayudas diagnósticas.

La obtención de una historia detallada, la evaluación de los signos vitales y la evaluación inicial de la apariencia general del paciente pueden ayudar a la clasificación entre pacientes críticamente enfermos

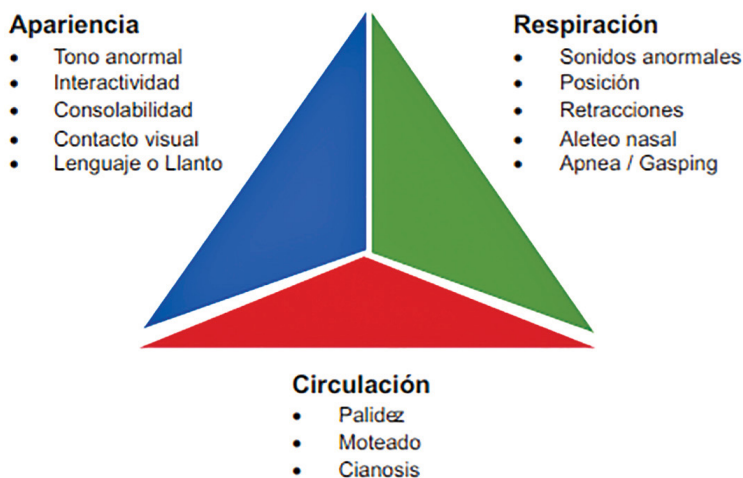
que necesitan un procedimiento urgente y aquellos que están clínicamente estables.

2c

El consenso integrado por varias entidades pediátricas, en el 2012, concluyó que, para la valoración inicial del paciente pediátrico, se debe de empezar con el triángulo de evaluación pediátrica (TEP). La finalidad de esta herramienta, es realizar una evaluación rápida utilizando solo pistas visuales y auditivas; no requiere ningún equipo y toma unos segundos (en promedio 70) para llevarla a cabo. Esto permite establecer la gravedad de la condición del niño, determinar la urgencia de las intervenciones, reconocer su fisiopatología en un 90% de los casos y realizar un manejo adecuado. (Jairo Bejarano, 2012)

B

Figura 1. Triángulo de Evaluación Pediátrica



Fuente: Alarcón, J., & Beltrán Gulloso, J.A. (2015). TRIANGULO DE EVALUACION PEDIATRICA. Gastrohnap, 17(3 S1), S45+. <https://link.gale.com/apps/doc/A586469618/IFME?u=anon-ba5ee9f1&sid=googleScholar&xid=72c13e2b>

Figura 2. Interpretación de la Relación del Triángulo de Evaluación Pediátrica (TEP) y sus componentes

Componente	Estable	Alteración neurológica	Alteración respiratoria	Alteración hemodinámica	Falla respiratoria	Choque descompensado hipotensivo	Falla cardiopulmonar
Apariencia	Normal	<i>Anormal</i>	Normal	Normal	<i>Anormal</i>	<i>Anormal</i>	<i>Anormal</i>
Respiratoria	Normal	Normal	<i>Anormal</i>	Normal	<i>Anormal</i>	Normal	<i>Anormal</i>
Circulación	Normal	Normal	Normal	<i>Anormal</i>	Normal	<i>Anormal</i>	<i>Anormal</i>

Fuente: Univ. Méd. ISSN 0041-9095. Bogotá (Colombia), 54 (1): 69-78, enero marzo, 2013. Modificado IGSS 2014.

Con base al TEP determinar si el paciente es Estable o Inestable, causas urgentes y no urgentes.

Paciente Inestable o Causa Urgente

A. Estabilizar y Tratar ***

(Seguir las Guías de Práctica Clínica Basadas en Evidencia, IGSS publicadas) para el manejo de patologías específicas.

B. Trasladar ***

De acuerdo al caso ingresar o bien el traslado a unidades de mayor complejidad.

*** De acuerdo a la capacidad de resolución de cada unidad

Lo anterior sirve de base para lograr clasificar entre pacientes críticamente enfermos que necesitan atención urgente y aquellos que están clínicamente estables.

Los pacientes sospechosos de diagnósticos no urgentes pueden ser reevaluados de forma segura en momentos posteriores sin un mayor riesgo de morbilidad.

Historia clínica

2a

Los pacientes pediátricos con dolor abdominal agudo a menudo presentan una historia de inicio repentino de dolor, que puede ser generalizado o localizado en una región específica del abdomen. El dolor puede ser constante o intermitente y puede estar asociado con otros síntomas como náuseas, vómitos, diarrea, fiebre, pérdida de apetito y cambios en los hábitos intestinales. Es importante obtener una historia detallada del paciente, incluyendo la duración, la localización, la intensidad del dolor y cualquier factor que lo alivie o lo empeore. (American

Family Physician, 2016)

B

¿Qué características clínicas se deben indagar en la anamnesis de pacientes pediátricos con dolor abdominal agudo?

2b

En la anamnesis de pacientes pediátricos con dolor abdominal agudo, se deben indagar tres componentes principales: el dolor en sí mismo, los síntomas asociados y las condiciones predisponentes. (Paediatric acute

care guideline, 2017)

B

Se recomienda indagar algunos aspectos específicos que pueden ayudar a aclarar la etiología del dolor, como:



- Edad del paciente
- Características del dolor: localización, inicio, duración, factores precipitantes, circunstancias que exacerban los síntomas.
- Síntomas asociados: presencia de vómito y sus características, fiebre, dolor genital, síntomas urinarios, síntomas respiratorios.
- Patrón de evacuación intestinal
- Antecedentes quirúrgicos
- Antecedentes traumáticos
- Otros antecedentes patológicos
- Historia social (factores estresantes familiares o escolares, patrón de sueño, entre otros)
- Actividad sexual y problemas ginecológicos
- Revisión exhaustiva por sistemas (Hijaz, N.M., & Friesen, C.A, 2017)

Examen físico

2a

Un examen físico cuidadoso es esencial para un diagnóstico preciso en niños con dolor abdominal agudo. El examen físico debe incluir una evaluación cuidadosa del abdomen para identificar cualquier signo de distensión, sensibilidad, rigidez o masas palpables. El examen de los genitales externos, testículos, ano y recto debe incluirse como parte de la evaluación del dolor abdominal. Además, el

B

examen pélvico es importante en las adolescentes sexualmente activas. Los signos vitales del paciente, como la frecuencia cardíaca y la presión arterial, también deben ser monitoreados de cerca. (Macaluso C., McNamara R. M., 2012) (en acompañamiento del tutor u responsable y personal de enfermería)

¿Cuáles son las características más relevantes que se pueden encontrar al examen físico de un paciente pediátrico con dolor abdominal agudo?

Según Kim (2013) y Villavicencio, J., et al. (2021), en la evaluación del niño con dolor abdominal, es crucial:

- En la evaluación del niño con dolor abdominal es importante la observación clínica permanente y repetida durante la valoración médica.
- El examen físico debe iniciar con la valoración de la apariencia general, teniendo en cuenta que los pacientes con irritación peritoneal habitualmente se resisten al movimiento y aquellos con dolor visceral cambian de posición frecuentemente debido al cólico y al discomfort.
- Evaluar el estado hemodinámico para descartar hipovolemia y deshidratación.

- La fiebre puede sugerir un proceso infeccioso o inflamatorio activo y la taquipnea que puede sugerir neumonía.
- Ubicar el lugar de mayor dolor e iniciar la palpación del abdomen desde el área no dolorosa hacia la de mayor dolor. Es importante determinar si hay signos de irritación peritoneal, defensa muscular voluntaria, distensión, presencia o no de ruidos intestinales, masas o megalias.
- Es necesario valorar siempre la zona genital e inguinal (en acompañamiento del tutor o responsable y personal de enfermería)

1a

¿Cómo evaluar la magnitud del dolor según la edad en pacientes pediátricos con dolor abdominal agudo?

A

Se recomienda emplear la Escala del Dolor Neonatal N-PASS para pacientes lactantes debido a que pocas escalas incluyen aspectos fisiológicos como signos vitales o patrón respiratorio, así también es efectiva para la valoración del dolor prolongado en recién nacidos a término y pretérmino y además es válida para neonatos con ventilación mecánica, (ver Tabla 5). (Stokowski L.A. 2008), (Hummel P, et al 2008), (Hummel P., et al 2010), (Reavey D.A, et al 2014), (Hillman BA, et al 2015)

Tabla 5. Escala neonatal para el dolor, agitación y sedación (N-PASS) para menores de 1 año

CRITERIO DE EVALUACIÓN	SEDACIÓN		SEDACIÓN / DOLOR		DOLOR / AGITACIÓN	
	-2	-1	0 / 0	1	2	
Llanto Irritabilidad	No llora con estímulos dolorosos.	Gime o llora con pocos estímulos dolorosos.	Sin sedación. Sin signos de dolor.	Irritable o con ataques de llanto. Se le puede tranquilizar (consolar).	Llanto continuo, silencioso o agudo. No se tranquiliza (inconsolable).	
Comportamiento	No se despierta con estímulos. No se mueve.	Se despierta un poco con estímulos. Se mueve muy poco.	Sin sedación. Sin signos de dolor.	Inquieto, se retuerce. Se despierta seguido.	Se arquea y patea Está despierto todo el tiempo o se despierta un poco. No se mueve (no está sedado).	
Expresión facial	Tiene la boca relajada Sin expresión.	Poca expresión con estímulos.	Sin sedación. Sin signos de dolor.	Demuestra dolor esporádicamente	Demuestra dolor continuamente.	
Tono muscular de brazos y piernas	Sin reflejo de agarre o reflejo palmar. Tono lánguido (flacidez).	Reflejo de agarre o palmar débil. Menor tono muscular.	Sin sedación. Sin signos de dolor.	Ocasionalmente, los dedos de los pies y los puños apretados o abre y separa los dedos de la mano. No tiene el cuerpo tenso.	Los dedos de los pies y los puños apretados o abre y separa los dedos de la mano. Tiene el cuerpo tenso.	
Signos vitales: Ritmo cardíaco y respiratorio, presión arterial, saturación de oxígeno (SaO2)	No hay cambio con estímulos. Hipoventilación o apnea.	Variación menor del 10% de los valores iniciales, con estímulos.	Sin sedación. Sin signos de dolor.	Aumento del 10% a 20% por encima de los valores iniciales. SaO2 a 76% a 85% con estímulos: aumento rápido.	Aumento de más del 20% de los valores iniciales. SaO2 menor o igual a 75% con estímulos: aumento lento. Resistencia al respirador.	

Adaptado de: Assessing Children's Pain. Seattle Children's Hospital. Disponible en: <http://www.seattlechildrens.org/clinics-programs/pain-medicine/resources/>

Se recomienda emplear la Escala del Dolor FLACC (cara, piernas, actividad, llanto y consuelo, siglas en inglés) para la evaluación del dolor, en pacientes de 1 a 3 años. (Stevens B, et al, 2013), (Seattle Children's Hospital Research Foundation 2017), (Shomaker K, et al, 2015)

2a

Tabla 6. Escala de Dolor FLACC para niños de 1 a 3 años de edad

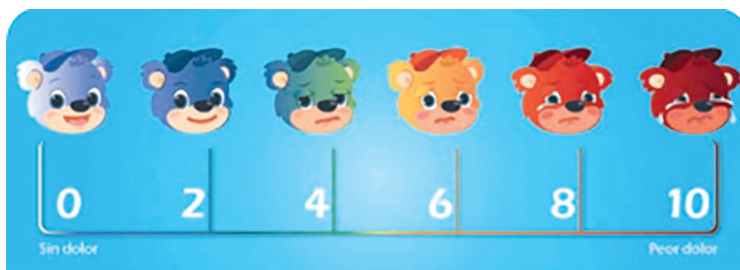
B

CRITERIO DE EVALUACIÓN	0	1	2
Cara	No tiene expresión ni sonríe.	Ocasionalmente hace muecas o frunce el ceño, pero está retraído y desinteresado.	Frunce el ceño con frecuencia, aprieta los dientes constate o frecuentemente, le tiembla el mentón.
Piernas	Posición normal o relajada.	Molesto, inquieto, tenso.	Patea o levanta las piernas.
Actividad	Acostado en silencio, posición normal y se mueve con facilidad.	Se retuerce, da muchas vueltas, tenso.	Se arquea, se pone rígido o se sacude.
Llanto	No llora (despierto o dormido).	Gime y se queja de vez en cuando.	Llora sin parar, grita o solloza y se queja constantemente.
Consuelo	Tranquilo, relajado.	Se tranquiliza cuando le tocan, abrazan o le hablan; se le puede distraer.	Es difícil consolarlo o tranquilizarlo.

Adaptado de: Assessing Children's Pain. Seattle Children's Hospital. Disponible en: <http://www.seattlechildrens.org/clinics-programs/pain-medicine/resources/> (Stevens B, et al, 2013), (Seattle Children's Hospital Research Foundation 2017), (Shomaker K, et al, 2015)

Se recomienda emplear la Escala Oucher para la evaluación del dolor, en pacientes mayores de 3 años. Dentro de esta escala existen dos modalidades: fotográfica (empleada en niños de 3 a 12 años) y de puntuación numérica de 0 a 10 (empleada en niños mayores de 8 años). (Pardo C, et al 2006), (Stevens B, et al 2012)

Figura 3. Escala Oucher para la evaluación del dolor en niños mayores de 3 años



Tomada de: Pardo C. et al. Monitorización del dolor: Recomendaciones del grupo de trabajo de analgesia y sedación de la SEMICYUC

Figura 4. Escala numérica análoga para la evaluación del dolor

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sin dolor										Máximo dolor

Tomada de: Pardo C. et al. Monitorización del dolor: Recomendaciones del grupo de trabajo de analgesia y sedación de la SEMICYUC

¿Cuáles son los criterios que pueden sugerir gravedad en pacientes pediátricos con dolor abdominal agudo?

Conforme a lo referido por Villavicencio, J., et al. (2021) y la Pediatric acute care guideline (2017), dentro de los signos clínicos que pueden sugerir

que el dolor abdominal pueda ser secundario a una enfermedad grave se incluyen:

- Dolor abdominal severo o que se vuelva constante
- Dolor abdominal que se irradia a la espalda o al hombro.
- Dolor abdominal que se acompaña de fiebre, taquicardia, taquipnea, hipotensión o shock.
- Dolor abdominal que se acompaña de vómitos persistentes, diarrea con sangre o moco o estreñimiento.
- Dolor abdominal localizado o que se acompaña de distensión abdominal, masas palpables o signos de irritación peritoneal.
- Dolor abdominal que se presenta en pacientes con antecedentes de cirugía abdominal previa o enfermedades crónicas.

La anamnesis, junto con la exploración física general, prestando especial atención a los signos de patología abdominal, ayuda a dirigir el estudio diagnóstico y a evitar pruebas complementarias innecesarias.

Exámenes auxiliares

En el dolor abdominal el diagnóstico puede ser incierto a pesar de una evaluación inicial exhaustiva. El uso de laboratorios e imágenes diagnósticas puede ayudar a establecer el diagnóstico específico, sin embargo, estas no son requeridas en todos los

pacientes, están condicionadas por el cuadro clínico y la sospecha diagnóstica y su finalidad es excluir condiciones médicas o quirúrgicas graves.

¿Qué paraclínicos podrían ayudar a aclarar la etiología del dolor abdominal agudo en pacientes pediátricos?

Con base a las recomendaciones de Kim JS, (2013), la American Academy of Pediatrics, (2013) y Princess Margaret Hospital for Children (2017):

Laboratorios

- Hemograma completo:
 - Los leucocitos aumentados sugieren infección o inflamación como apendicitis, aunque su normalidad no excluye dichos procesos. No obstante leucocitos más de 20,000 suele deberse a cuadros quirúrgicos, abscesos y neumonía lobar.
 - La hemoglobina suele tomarse para controles sucesivos, anemia o morfología anormal sugiere hemoglobinopatías (anemia falciforme) y síndrome urémico hemolítico.
- Bioquímico:
 - Glucosa, electrolitos, creatinina, gases venosos, ayuda a evaluar el estado de hidratación y el balance ácido-básico en pacientes con riesgo de hipovolemia (**vómito no controlado, deshidratación severa, acidosis metabólica**)

- Transaminasas, amilasa, lipasa, proteína C reactiva, velocidad de sedimentación. Hipertransaminasemia o hiperamilasemia orientan a hepatitis, colecistitis o pancreatitis.
- Examen de orina completo: ante la sospecha de infección urinaria, litiasis renal.

En el caso que estemos frente a un cuadro quirúrgico se pedirá exámenes complementarios como perfil de coagulación, grupo y factor RH. (Paediatric acute care guideline, 2017)

Imágenes

Hay varias modalidades de imagen disponibles para evaluar el dolor abdominal agudo en niños, incluyendo radiografías abdominales, ecografía, tomografía computarizada (TC) y resonancia magnética (RM). La elección de la modalidad de imagen depende de la edad del paciente, los síntomas y las sospechas diagnósticas.

- Ecografía abdominal:
 - Es una herramienta de diagnóstico útil y no invasiva para evaluar una variedad de afecciones abdominales en niños, incluyendo la apendicitis, la intususcepción, la torsión ovárica y la colecistitis aguda.
 - La precisión diagnóstica de la ecografía depende en gran medida de la habilidad

del operador y puede variar ampliamente en función de la experiencia y la formación del profesional.

En el caso de sospecha de apendicitis aguda, se aconseja que esta prueba vaya precedida por una valoración por parte de cirugía pediátrica, ya que el diagnóstico de la misma es fundamentalmente clínico y se reservarán las pruebas de imagen para los casos dudosos.

- **Radiografía de tórax/abdomen:** su uso es en pacientes seleccionados que se sospeche de patología pulmonar, perforación visceral u obstrucción intestinal.
- **Tomografía:** esta técnica de imagen nos brinda más información ante un dolor atípico, con una sensibilidad y especificidad del 98% para la apendicitis aguda. La desventaja de esta prueba es la radiación y puede requerir sedación. Muy útil si hay dudas diagnósticas y excesivo gas intestinal en la exploración ecográfica.
- **Resonancia magnética:** sería ideal para el diagnóstico de patología abdominal quirúrgica; la ventaja sobre la tomografía es que no expone a radiación ionizante y no es necesario el uso de contraste; sin embargo, es impráctica en situaciones de emergencia debido a que requiere mucho tiempo y que el paciente permanezca inmóvil razón de requerir sedación.

Recomendaciones de buena práctica clínica

- Hacer uso de las ayudas diagnósticas de laboratorio y de imagen necesarias para diagnóstico pronto y definitivo.
- Se recomienda el manejo multidisciplinario cuando considere dolor abdominal de tipo quirúrgico.
- Clasificar a los pacientes según los criterios de diagnóstico y severidad para poder escoger el tipo de manejo a seguir.
- Diagnosticar tempranamente a los pacientes para reducir las tasas de morbilidad y mortalidad.
- Ante la sospecha de dolor abdominal agudo quirúrgico o del paciente inestable o de atención urgente deberá ser referido a un centro de atención especializada para resolver el problema en mención de la manera más adecuada.

✓

¿Cuáles son las estrategias terapéuticas generales para el manejo del dolor abdominal agudo en pacientes pediátricos?

Medidas generales y preventivas

- Colocar al paciente en una posición adecuada, con cuidador acompañante.
- Las terapias no farmacológicas como la distracción y las intervenciones cognitivo-conductuales son eficaces en reducir el dolor en los niños.

- Los niños postrados y con apariencia de enfermos (deshidratados, muy quejumbrosos) requieren manejo urgente.
- El tratamiento definitivo del DAA se individualizará en función de la etiología. Sin embargo, hasta esclarecer el origen del dolor, es importante dejar al niño en ayunas.
- El tratamiento debe ser dirigido de acuerdo con la causa del dolor abdominal. Se debe iniciar siguiendo las recomendaciones de la AHA para pacientes pediátricos: atendiendo vía aérea (A), respiración (B) y circulación (C).
- En caso de pérdida de volumen intravascular se deberá iniciar reanimación hídrica y verificar la necesidad de corrección de las anomalías hidroelectrolíticas.
- Debe corregirse la hipoxemia según sea el caso.
- Administrar analgesia. Hay numerosos estudios que confirman que la analgesia adecuada al grado de dolor, no retrasa el diagnóstico del paciente e incluso facilita la exploración adecuada del niño. Sin embargo, es fundamental que los médicos evalúen cuidadosamente a cada paciente y determinen la causa subyacente del dolor antes de administrar analgésicos.
- Pacientes con alta sospecha quirúrgica deben recibir rápidamente una evaluación por el cirujano pediatra y/o interconsultar a Ginecología o Urología de acuerdo al caso.

- Colocación de sonda naso/orogástrica (dependiendo de la edad del paciente) si presenta vómitos incoercibles o presenta obstrucción intestinal.
- Iniciar antibióticos empíricos si hay sospecha de infección de origen abdominal. (Sinert R, Blackstock U., 2008), (Kim M, 2002), Kim J.S., 2013)

Intervenciones adicionales serán determinadas según el cuadro clínico y la evolución del paciente.

¿Cuáles son los criterios de hospitalización en pacientes pediátricos con dolor abdominal agudo?

- Paciente inestable o de atención urgente deberá ser referido a un centro de atención especializada para resolver el problema en mención de la manera más adecuada.
- Ante la sospecha de dolor abdominal agudo quirúrgico.
- Si el diagnóstico no es claro se puede considerar una conducta expectante en el área de observación u hospitalización, que permita exámenes físicos repetidos y la toma de laboratorios pertinentes según la evolución clínica. (Paediatric acute care Guideline. 2017)

¿Cuáles son los criterios de egreso de pacientes pediátricos con dolor abdominal agudo?

Con base a los criterios publicados por The Royal Children's Hospital Melbourne (2017) los niños con

dolor abdominal agudo no específico después de una historia clínica, un examen físico completo y pruebas diagnósticas dentro de límites normales; siempre que el paciente y los cuidadores conozcan la conducta y los signos de alarma para reconsultar inmediatamente a urgencias.

Niños con dolor abdominal resuelto o secundario a otra patología sin indicación quirúrgica, que cumpla los siguientes criterios:

- Tolerancia adecuada a la vía oral.
- Ausencia de criterios de alarma (taquicardia, fiebre, vómito o disnea).
- Cuidadores y paciente, cuando sea el caso, adecuadamente instruidos en el manejo ambulatorio.



5. Glosario

Anamnesis	En la anamnesis de pacientes pediátricos con dolor abdominal agudo, se deben indagar tres componentes principales: el dolor en sí mismo, los síntomas asociados y las condiciones predisponentes. Se recomienda indagar aspectos como la edad del paciente, características del dolor, síntomas asociados, patrón de evacuación intestinal, antecedentes quirúrgicos y traumáticos, historia social, actividad sexual y problemas ginecológicos, entre otros.
Cuadro clínico	En la evaluación y estabilización inicial del dolor abdominal en niños, se debe considerar primero la identificación de las condiciones que amenazan la vida del paciente. Se presenta un enfoque desde la anamnesis hasta la implementación de ayudas diagnósticas, incluyendo el uso del triángulo de evaluación pediátrica (TEP) para una evaluación rápida y establecer la gravedad de la condición del niño. Se clasifica entre pacientes críticamente enfermos que necesitan un tratamiento urgente y aquellos clínicamente estables.

Criterios de egreso

Los criterios de egreso en pacientes pediátricos con dolor abdominal agudo incluyen: niños con dolor abdominal agudo no específico después de una historia clínica, un examen físico completo y pruebas diagnósticas dentro de límites normales, siempre y cuando los pacientes y los cuidadores estén informados sobre la conducta y los signos de alarma para reconsultar a urgencias. Además, los niños con dolor abdominal resuelto o secundario a otra patología sin indicación quirúrgica deben mostrar tolerancia adecuada a la vía oral, ausencia de criterios de alarma (taquicardia, fiebre, vómito o disnea) los cuidadores y el paciente deben estar debidamente instruidos en el manejo ambulatorio.

Criterios de gravedad

Los signos clínicos que sugieren gravedad en pacientes pediátricos con dolor abdominal agudo incluyen dolor intenso y constante, irradiación del dolor a la espalda o al hombro, fiebre, taquicardia, taquipnea, hipotensión, shock, vómitos persistentes, diarrea con sangre o moco, estreñimiento, distensión abdominal, masas palpables, signos de

irritación peritoneal, antecedentes de cirugía abdominal previa o enfermedades crónicas. La anamnesis y el examen físico son fundamentales para dirigir el estudio diagnóstico y evitar pruebas innecesarias.

Criterios de hospitalización

Los criterios de hospitalización en pacientes pediátricos con dolor abdominal agudo incluyen: paciente inestable o de atención urgente que requiere ser referido a un centro especializado, sospecha de dolor abdominal agudo quirúrgico y casos en los que el diagnóstico no es claro, se considera una conducta expectante en el área de observación u hospitalización para realizar exámenes físicos repetidos y pruebas diagnósticas pertinentes según la evolución clínica.

Dolor abdominal agudo en pediatría

Se refiere a una presentación clínica caracterizada por una percepción intensa de malestar abdominal repentino en niños, que puede tener diversas causas tanto en el abdomen como en otros sistemas del cuerpo. Aunque la mayoría de los casos son benignos y autolimitados, una minoría puede ser potencialmente mortal y requerir intervención urgente.

Estrategias terapéuticas

Las estrategias terapéuticas generales para el manejo del dolor abdominal agudo en pacientes pediátricos incluyen medidas generales y preventivas como la posición adecuada del paciente, terapias no farmacológicas, reanimación hídrica en casos de pérdida de volumen intravascular, administración de analgesia según la evaluación cuidadosa de la causa subyacente del dolor, colocación de sonda naso/orogástrica en casos de vómitos incoercibles u obstrucción intestinal y administración de antibióticos empíricos si hay sospecha de infección abdominal.

Evaluación del dolor según la edad

En la evaluación del dolor abdominal agudo en pacientes pediátricos, se recomienda el uso de diferentes escalas de evaluación según la edad. La Escala del dolor Neonatal N-PASS es adecuada para lactantes y la Escala del Dolor FLACC se recomienda para niños de 1 a 3 años. Para niños mayores de 3 años, se sugiere el uso de la Escala Oucher, que se presenta en dos modalidades: fotográfica para niños de 3 a 12 años y una puntuación numérica de 0 a 10 para niños mayores de 8 años.



Exámenes auxiliares

En la evaluación del dolor abdominal agudo en pacientes pediátricos, se emplean varios exámenes complementarios, como análisis de laboratorio y pruebas de imagen. Los análisis de laboratorio incluyen hemograma completo, pruebas bioquímicas como glucosa y electrolitos, enzimas hepáticas, amilasa, lipasa, proteína C reactiva, velocidad de sedimentación y examen de orina completo. Las pruebas de imagen incluyen ecografía abdominal, radiografía de tórax y abdomen, tomografía computarizada y resonancia magnética, según la sospecha diagnóstica y la edad del paciente.

Examen físico

El examen físico minucioso es crucial en el diagnóstico de niños con dolor abdominal agudo. Se deben evaluar signos de distensión, sensibilidad, rigidez y masas palpables en el abdomen. Además, se debe incluir la evaluación de genitales externos, testículos, ano y recto, así como un examen pélvico en adolescentes sexualmente activas. El monitoreo de signos vitales como la frecuencia cardíaca y la presión arterial también es esencial.

Historia clínica

Los pacientes pediátricos con dolor abdominal agudo suelen tener una historia de inicio repentino de dolor, que puede ser generalizado o localizado. Puede estar asociado con síntomas como náuseas, vómitos, diarrea, fiebre, pérdida de apetito y cambios en los hábitos intestinales. Se debe obtener una historia detallada, incluyendo duración, localización e intensidad del dolor, así como otros factores que puedan aliviarlo o empeorarlo.

Triángulo de Evaluación Pediátrica (TEP)

Herramienta de evaluación rápida que se utiliza para determinar la gravedad de la condición de un niño en la valoración inicial. Consiste en una evaluación visual y auditiva que no requiere equipos y toma unos segundos en llevarse a cabo. Se utiliza para reconocer la fisiopatología en la mayoría de los casos y facilitar un manejo adecuado.



6. Referencias bibliográficas

- Alarcón, J., & Beltrán Gullos, J. A. (2015). TRIANGULO DE EVALUACION PEDIATRICA. Gastrohup, 17(3 S1), S45+. <https://link.gale.com/apps/doc/A586469618/IFME?u=anon~ba5ee-9f1&sid=googleScholar&xid=72c13e2b>
- Alonso C, J.A., de la Torre E., M. Diagnóstico y tratamiento del dolor abdominal agudo (abdomen agudo) en urgencias. Protoc diagn ter Pediatr 2020;1: 197-213. Asociación española de pediatría. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/16_abdomen_agudo.pdf.
- American Family Physician. (2016). Acute Abdominal Pain in Children. Retrieved from <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2016/0515/p830.html>
- Asociación Española de Pediatría. (2016). Diagnóstico y tratamiento del dolor abdominal agudo (abdomen agudo) en Urgencias.
- Asociación Española de Pediatría. (2019). Diagnóstico y tratamiento del dolor abdominal agudo (abdomen agudo) en Urgencias. https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/16_abdomen_agudo.pdf
- Becker, G., Blum, H. (2019). Pathophysiology and Clinical Manifestations of Gastrointestinal Disorders in Children. Pediatrics in Review, 40(2), 60-71.

- Cartwright, S. L., & Knudson, M. P. (2008). Evaluation of acute abdominal pain in adults. *American Family Physician*, 77(7), 971-978. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18441863/>
- Flores, J. L. (2013). Dolor abdominal en niños. *Revista Boliviana de Pediatría*, 52(1), 71-77. http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1024-06752013000100012&script=sci_arttext
- García Valenzuela, S.E., Bonilla Catalán, P.V., Quintero-García, B., Trujillo-Bracamontes, F.S., Ríos-Beltrán, J.D., Sánchez Cuén, J.A., & Valdez Avilés, D. (2017). Abdomen agudo quirúrgico. Un reto diagnóstico. *Cirujano General*, 39(3), 157-163.
- Gómez, J. A. (2017). Abdomen agudo: proceso patológico caracterizado por dolor abdominal como principal síntoma, de inicio reciente, carácter progresivo. *Revista Médica de Risaralda*, 23(1), 71-78. <http://www.scielo.org.co/pdf/muis/v31n1/0121-0319-muis-31-01-00071.pdf>
- González Ramírez, L. A. (1998). Dolor abdominal agudo en pediatría: correlación clínico-quirúrgica, diagnóstico y tratamiento (Tesis de pregrado). Universidad de San Carlos de Guatemala, Guatemala. <https://biblioteca.medicina.usac.edu.gt/tesis/pre/1998/105.pdf>



Herrera Toro, N. (2018). Enfoque del abdomen agudo en Pediatría. MÉD.UIS, 31(1), 71-78. doi: 10.18273/revmed.v31n1-2018009

Hijaz, N. M., & Friesen, C. A. (2017). Acute abdominal pain in children: Evidence-based approach to management. Pediatric Health, Medicine and Therapeutics, 8, 203-211. <https://doi.org/10.2147/PHMT.S115947>

Hillman B. A, Tabrizi MN, Gauda EB, Carson KA, Aucott SW. The Neonatal Pain, Agitation and Sedation Scale and the bedside nurse's assessment of neonates. J Perinatol 2015 Feb;35(2):128-131.)

Hummel P, Lawlor-Klean P, Weiss MG. Validity and reliability of the N-PASS assessment tool with acute pain. J Perinatol 2010 Jul;30(7):474-478.

Hummel P, Puchalski M, Creech SD, Weiss MG. Clinical reliability and validity of the N-PASS: neonatal pain, agitation and sedation scale with prolonged pain. J Perinatol 2008 Jan;28(1):55-60.

Jairo Bejarano, M. G. (2012). Evaluación inicial del paciente pediátrico ¿Cómo se debe realizar? Univ Med,54(1): 69-78

Kim J, S. Acute Abdominal Pain in Children. Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr. 2013 Dec;16(4):219-224

- Kim, M. Straiti, R.T, Sato TT. A randomized clinical trial of analgesia in children with acute abdominal pain. *Acad Emerg Med* 2002; 9 (4): 281-7
- Macaluso C., McNamara R. M. "Evaluation and Management of Acute Abdominal Pain in the Emergency Department", *International Journal of General Medicine*, 2012, p789-797. <https://doi.org/10.2147/IJGM.S25936>
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (2015). Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Dolor Abdominal Agudo en Pediatría. <https://www.mspas.gob.gt/index.php/2016-02-17-22-35-44/guias-de-practica-clinica/area-de-la-salud-de-la-madre-y-el-nino/137-guia-de-practica-clinica-para-el-diagnostico-y-tratamiento-de-dolor-abdominal-agudo-en-pediatria>
- Oliva Rodríguez-Pastor, S., Pedrero Segura, E., & García Requena, E. (2015). Estado actual del dolor abdominal agudo en urgencias de pediatría. *Revista española de pediatría*, 71, 272-280
- Pardo C. Chamorro C, and Grupo de trabajo de analgesia y sedación de la SEMICYUC. Monitorización del dolor: Recomendaciones del grupo de trabajo de analgesia y sedación de la SEMICYUC. [Internet] *Med Intensiva* 2006 [citado el 11 de febrero de 2007] Disponible



en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912006000800004

Paediatric acute care guideline. Acute abdominal pain. Princess Margaret Hospital for Children. Emergency Department Guideline. Western Australia: [acceso 13 de febrero de 2017] Disponible en: <http://kidshealthwa.com/guidelines/abdominal/>

Pediatría Integral. (2019). Dolor abdominal agudo. <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2019-01/dolor-abdominal-agudo/>

Pérez Noj, L.N. (2017). Características clínicas y epidemiológicas de pacientes pediátricos menores de 7 años con apendicitis aguda (Tesis de maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Pediatría). Escuela de Estudio de Posgrado de la Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos de Guatemala.

Reavey DA, Haney BM, Atchison L, Anderson B, Sandritter T, Pallotto EK. Improving pain assessment in the NICU: a quality improvement project. *Adv Neonatal Care* 2014 Jun;14(3):144-153.

Romero-Serrano, S., Pardo-González, S., & Capacho-Quintana, D. (2022). Infarto omental como causa inusual de dolor abdominal: un reporte de caso. *MÉD.UIS*, 35(1), 43-48. doi: 10.18273/revmed.v35n1-2022004

Seattle Children's Hospital Research Foundation.
Evaluación del dolor del niño. Métodos para
evaluar la intensidad del dolor. [Internet] 2013
[citado el 7 de febrero de 2017] Disponible en:
<http://www.seattlechildrens.org/searchresults.aspx?&term=flacc>

Sinert R, Blackstock U. Analgesia in patients with
acute abdominal pain: to withhold or not to
withhold? Ann Emerg Med. 2008; 52: 563-6.

Stevens B, Harrison D, Rashotte J, Yamada J, Abbott
L, Coburn G et al. Pain assessment and
intensity in hospitalized children in Canada.
American Pain Society 2012;13(9):857-65)

Stevens B, Yamada J, Estabrooks C, Stinson J,
Campbell F, Scott S et al. Pain in hospitalized
children: effect of a multidimensional
knowledge translation strategy on pain
process and clinical outcomes. International
Association for the Study of Pain – Elsevier
2013;155(1):60-68.

Shomaker K, Dutton S, Mark M. Pain prevalence and
treatment patterns in a US children's hospital.
Hospital Pediatrics 2015;5(7): 363-70)

Stokowski LA. Validation of the N-PASS. Adv
Neonatal Care 2008 Apr;8(2):75.

The American Academy of Pediatrics: Clinical
Practice Guideline: Acute Abdominal
Pain in Children. Pediatrics. 2013;132(3):
e1010-e1024



The American College of Emergency Physicians: Clinical Policy: Critical Issues in the Diagnosis and Management of Pediatric Acute Abdominal Pain. Ann Emerg Med. 2007;49(1):1-23.

The European Society of Paediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition (ESPGHAN): Guidelines for the diagnosis and management of acute abdominal pain in children. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2012;55(4):465-472.

The Royal College of Paediatrics and Child Health: Acute abdominal pain in children: a clinical practice guideline. Arch Dis Child. 2014;99(1):104-114.

The World Health Organization: Acute Abdominal Pain in Children: A Guide to Diagnosis and Management. Geneva: World Health Organization; 2012.

Thompson, J. E., & Vila, P. M. (2019). Acute abdominal pain in children. American Family Physician, 99(8), 488-500.

Univ. Méd. ISSN 0041-9095. Bogotá (Colombia), 54 (1): 69-78, enero marzo, 2013. Modificado IGSS 2014

Villavicencio J., Moreno J., Rivas, K., Peredo, A., Yrazabal, D., & Chinchá, F. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de dolor abdominal agudo en pediatría. Instituto Nacional de Salud del Niño – San Borja 2021



7a. Avenida 22-72 Zona 1
Centro Cívico, Ciudad de Guatemala
Guatemala, Centroamérica
PBX: 2412-1224



ISBN: 978-9929-795-65-5

