

# Protocolo de actuación frente al dolor abdominal en urgencias de pediatría

M. López Campos<sup>(1)</sup>, I. Ros Arnal<sup>(1)</sup>, E. Sancho Gracia, V. Gómez Barrena<sup>(2)</sup>, C. Campos Calleja<sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup>Unidad de Gastroenterología Pediátrica. <sup>(2)</sup>Unidad de Urgencias de Pediatría. Hospital Universitario Miguel Servet (Zaragoza)

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor; 2014; 44: 11-16]

## RESUMEN

La protocolización de la patología en urgencias de pediatría es una herramienta que permite mejorar la calidad de la atención prestada. El dolor abdominal es uno de los síntomas más frecuentes de consulta en urgencias con un manejo complejo. Es un síntoma que puede aparecer en la mayoría de los trastornos intraabdominales y multitud de enfermedades extraabdominales. Es por ello que hemos realizado este protocolo de actuación en nuestro centro.

## PALABRAS CLAVE

Dolor abdominal, pediatría, protocolo.

## *Protocol for abdominal pain in pediatric emergencies*

## ABSTRACT

*Develop a protocol for pathology in pediatric emergencies is a tool to improve the quality of care provided. Abdominal pain is one of the most common symptoms in the hospital with complex management. It is a symptom that may appear on most intra-abdominal disorders and a multitude of extra-abdominal diseases. That is why we have made this protocol in our center.*

## KEY WORDS

*Abdominal pain, pediatric protocol.*

## INTRODUCCIÓN

La etiología del dolor abdominal es muy amplia, existen patologías muy frecuentes que pueden distribuirse en cualquier rango de edad; sin embargo, otras las podemos

clasificar por frecuencia según la edad del paciente (tabla I). El diagnóstico diferencial es esencial para orientar las pruebas complementarias a solicitar.

Tabla I. Etiología específica por edades.

<b>Entre 0-6 meses:</b>	Gastroenteritis aguda (GEA), reflujo gastroesofágico (RGE), cólico del lactante, alergia a las proteínas de leche de vaca, patología testicular o herniaria, intolerancias alimentarias, vólvulo.
<b>Entre 6-24 meses:</b>	Estreñimiento-GEA, reflujo gastroesofágico, invaginación intestinal.
<b>Entre 2-5 años:</b>	Estreñimiento-GEA, RGE, invaginación, infección del tracto urinario, divertículo de Meckel, adenitis mesentérica, apendicitis.
<b>Entre 6-14 años:</b>	Estreñimiento-GEA, RGE, enfermedad péptica, apendicitis, torsión testicular-ovárica, causa nefrourológica, síndrome del intestino irritable, dolor abdominal recurrente, patología ginecológica.

**Correspondencia:** Mónica López Campos  
Emilia Pardo Bazán, 16, 4.º C. 50018 Zaragoza  
e-mail: monicalopezmd@hotmail.com  
Recibido: enero de 2014. Aceptado: enero de 2014

## ACTITUD INICIAL EN URGENCIAS

Tras la evaluación inicial del paciente (triángulo de evaluación pediátrica, ABCDE) y una vez estabilizado el paciente, la orientación diagnóstica debe basarse en:

- a) **Anamnesis:** antecedentes personales, ritmo deposicional y apetito, síntomas acompañantes, menarquia, toma de analgesia o antibioterapia previa y características del dolor (forma de aparición y tiempo de evolución, localización, intensidad, tipo de dolor: cólico, constante..., irradiación del dolor y los agravantes-atenuantes asociados).
- b) **Exploración física:** inspección (actitud del paciente, coloración, hidratación, disnea/taquipnea, cicatrices abdominales, distensión abdominal, genitales...), auscultación abdominal (previa a la palpación), percusión abdominal (timpanismo/matidez y el dolor transmitido), palpación abdominal (incluyendo la palpación testicular y de orificios hemiarrios), exploración general.
- c) **Valorar los signos y síntomas de alarma:** dolor continuo de duración mayor a 6 horas, que despierta por la noche, aumenta al andar o saltar o se irradia a miembros o espalda, ruidos de lucha o silencio abdominal, presencia de masa pulsátil, taquipnea, alteración del nivel de conciencia, signos de hipoperfusión en piel y mucosas, distensión abdominal, hematomas o heridas, pérdida de peso progresiva.
- d) **Es importante descartar las posibles causas graves que se pueden clasificar por su localización (tabla II). A continuación se describe un breve resumen de cada una:**

## Quirúrgicas

- *Torsión testicular o de ovario:* dolor testicular o hipogastrio intenso.
- *Obstrucción intestinal:* especial atención a niños previamente intervenidos.
- *Apendicitis:* dolor hipocondrio derecho  $\pm$  vómitos  $\pm$  fiebre. (Escala PAS, tabla III).
- *Invaginación intestinal:* crisis dolor/llanto intenso con hipotonía posterior.
- *Vólvulo intestinal:* mal estado general, vómitos, diarrea sanguinolenta, defensa abdominal.
- *Divertículo de Meckel:* melena, palidez, diarrea.
- *Perforación de víscera hueca:* dolor abdominal, vómitos, distensión abdominal, defensa.
- *Hernia abdominal estrangulada:* dolor, irritación, llanto intenso.

## No quirúrgicas

- *Pancreatitis:* dolor intenso «en barra» epigástrico-hipocondrio izquierdo irradiado a espalda, que aumenta con la ingesta, vómitos intensos.
- *Hepatitis:* dolor en hipocondrio derecho, síndrome constitucional, ictericia, acolia, coluria.
- *Cólico biliar:* dolor cólico en hipocondrio derecho o periumbilical, vómitos, ictericia.
- *Cólico renal:* dolor cólico en flancos o espalda, vómitos, sintomatología urinaria.
- *Masa abdominal:* descartar siempre neoplasias.

Tabla II. Causa grave según localización del dolor.

<b>Hipocondrio derecho</b>	Colecistitis o pancreatitis aguda, cólico biliar o nefrítico, úlcera duodenal, neumonía, pielonefritis aguda, herpes zóster, absceso hepático, apéndice retrocecal.
<b>Epigastrio</b>	Úlcera péptica, colecistitis aguda, pancreatitis aguda, vólvulo gástrico, esofagitis, gastritis por <i>Helicobacter P.</i>
<b>Hipocondrio izquierdo</b>	Vólvulo gástrico, neumonía, úlcera péptica, pancreatitis, pielonefritis, cólico nefrítico, rotura de bazo (traumatismo).
<b>Fosa ilíaca derecha</b>	Apendicitis, estreñimiento, hernia encarcerada, litiasis renal, diverticulitis de Meckel, adenitis mesentérica, salpingitis aguda, cólico nefrítico.
<b>Periumbilical</b>	Obstrucción intestinal, estreñimiento, apendicitis aguda, divertículo de Meckel.
<b>Hipogastrio</b>	Patología urogenital principalmente.
<b>FII</b>	Diverticulitis, hernia encarcerada, litiasis renal.
<b>Espalda</b>	Cólico nefrítico.
<b>Localización no concreta</b>	Invaginación intestinal, obstrucción intestinal, isquemia mesentérica, porfirias, gastroenteritis, intoxicación alimentaria, intoxicación por plomo.

Tabla III. Escala PAS.

		Valor
Síntomas	Migración del dolor	1
	Anorexia/acetona	1
	Náuseas/vómitos	1
Signos	Dolor cuadrante inferior derecho	2
	Blumberg positivo	1
	Elevación de la temperatura (>37,3°)	1
Laboratorios	Leucocitosis (>10.500)	2
	Neutrofilia (>75%)	1
Decisión:		
Negativo para apendicitis		0-4
Posible apendicitis		5-6
Probable apendicitis		7-8
Apendicitis		9-10

- *Cetoacidosis diabética*: dolor difuso, vómitos, decaimiento, deshidratación, hiperventilación. Antecedentes de poliuria, polidipsia, pérdida de peso.
- *Sistémicas*: en contexto de otras patologías.

e) Posteriormente continuaremos el diagnóstico valorando causas no graves.

**Digestivas**

- *Estreñimiento*: dolor cólico, de predominio periumbilical.
- *Gastroenteritis aguda*: dolor difuso, vómitos, diarrea, fiebre (ver protocolo).
- *Enfermedad péptica / Reflujo gastroesofágico*: dolor en hemiabdomen superior; en los niños el dolor es más difuso y no se asocia de forma tan clara con las comidas.
- *Adenitis mesentérica*: dolor abdominal periumbilical o flanco derecho intermitente no progresivo en intensidad, antecedente de cuadro viral previo o concomitante.
- *Intolerancias alimentarias*: vómitos, diarrea, sangre en heces, distensión, flatulencia excesiva, estancamiento ponderal.
- *Cólico del lactante*: llanto excesivo, en niños aparentemente sanos entre las 2 semanas y los 3 meses de edad. El niño se muestra inquieto, molesto, con rubefacción facial y flexión de rodillas. No fiebre, no vómitos, no rechazo de tomas, no estancamiento

ponderal, exploración normal. Aparece bruscamente, dura unas horas y recurre en días sucesivos permaneciendo asintomático entre los episodios.

**No digestivas**: infecciones ORL, neumonía, ITU, patología ginecológica.

**EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS**

En la mayoría de los casos no será necesario realizarlas. Debemos evitar la realización de exploraciones complementarias que en muchos casos resultan innecesarias.

**Radiología**

*RX de abdomen simple*: no hay justificación para la realización de forma rutinaria. Indicada ante la sospecha de obstrucción intestinal, peritonitis o perforación de víscera hueca.

*RX de tórax*: si se sospecha neumonía, neumoperitoneo o alteración diafragmática.

*Ecografía abdominal*: cuando se sospeche invaginación intestinal, patología ovárica, cólico nefrítico, hidronefrosis, pancreatitis o colecistitis; ante la presencia de una masa a la palpación abdominal y en aquellos casos de abdomen agudo de etiología no aclarada con exámenes previos.

*Tomografía axial computarizada (TAC)*: ante cuadro urgente en el que el resto de exámenes complementarios no aclaren la etiología (traumatismo abdominal).

## Analítica

*Hemograma:* si hay sospecha de sangrado, procesos inflamatorios e infecciosos, sepsis... *Bioquímica:* glucemia, urea y creatinina (para valorar la repercusión renal), electrolitos (cetoacidosis diabética), amilase y lipasa (pancreatitis), GPT y GOT (colecistitis aguda), bilirrubina (ictericia). PCR. *Coagulación:* preoperatorio, sepsis, patología hepática. *Tira reactiva/sedimento:* hematuria, infección urinaria (piuria), pancreatitis (amilasuria). *ECG:* en pacientes con riesgo importante de enfermedades cardiovasculares.

## TRATAMIENTO

Debemos intentar establecer un tratamiento etiológico, aunque hay que ser cautos en el tratamiento si no tenemos claro el diagnóstico. La analgesia del abdomen agudo es un tema controvertido, por el temor de enmascarar la etiología. Los últimos estudios la apoyan desde el inicio. Ante toda sospecha de patología quirúrgica se recomienda consultar con el servicio de cirugía.

### Individualizar en función de la etiología

–*Estreñimiento:* en general tratamiento por su pediatra de Atención Primaria. Si es necesario, en niños mayores de 12 meses, es de elección el polietilenglicol. Y menores de 12 meses suele ser suficiente con el estímulo rectal. En condiciones ideales no se debe emplear la medicación rectal salvo que fracase la oral. La principal ventaja de la vía rectal es que su efecto es más rápido.

–*Gastroenteritis:* hidratación adecuada y analgesia.

–*Cólicos del lactante:* no hay medicación con eficacia probada. Maniobras posturales.

–*Cólicos (biliar, renal):*

- Cólico biliar: dieta absoluta, fluidoterapia intravenosa y analgesia (evitar opiáceos). En casos leves es suficiente con AINE; en casos moderados o graves asociar tratamiento antibiótico.

- Cólico renal: analgesia, hidratación (sin hiperhidratación) e ingreso. La primera línea de analgesia son los AINE, asociándose metamizol de rescate si fuese necesario. Si no logran controlar el dolor, debería considerarse la necesidad de opioides como el tramadol intravenoso.

–*Pancreatitis:* se procederá a ingreso para iniciar dieta absoluta y tratamiento. Fluidoterapia: administración de líquidos vía intravenosa. Analgesia: de elección metamizol y meperidina. Evitar: morfina.

- La antibioterapia precoz es un tema controvertido que se reserva para pancreatitis graves cubriendo Gram negativos y anaerobios.

–*Hepatitis:* reposo, analgesia y dieta blanda rica en hidratos de carbono. Nunca corticoides.

–*Enfermedad péptica o sospecha de reflujo:* inhibidores de la bomba de protones.

–*Adenitis mesentérica, patología ginecológica no quirúrgica:* analgesia.

–*Tratamiento específico de las patologías diagnosticadas (neumonía, amigdalitis, ITU...).*

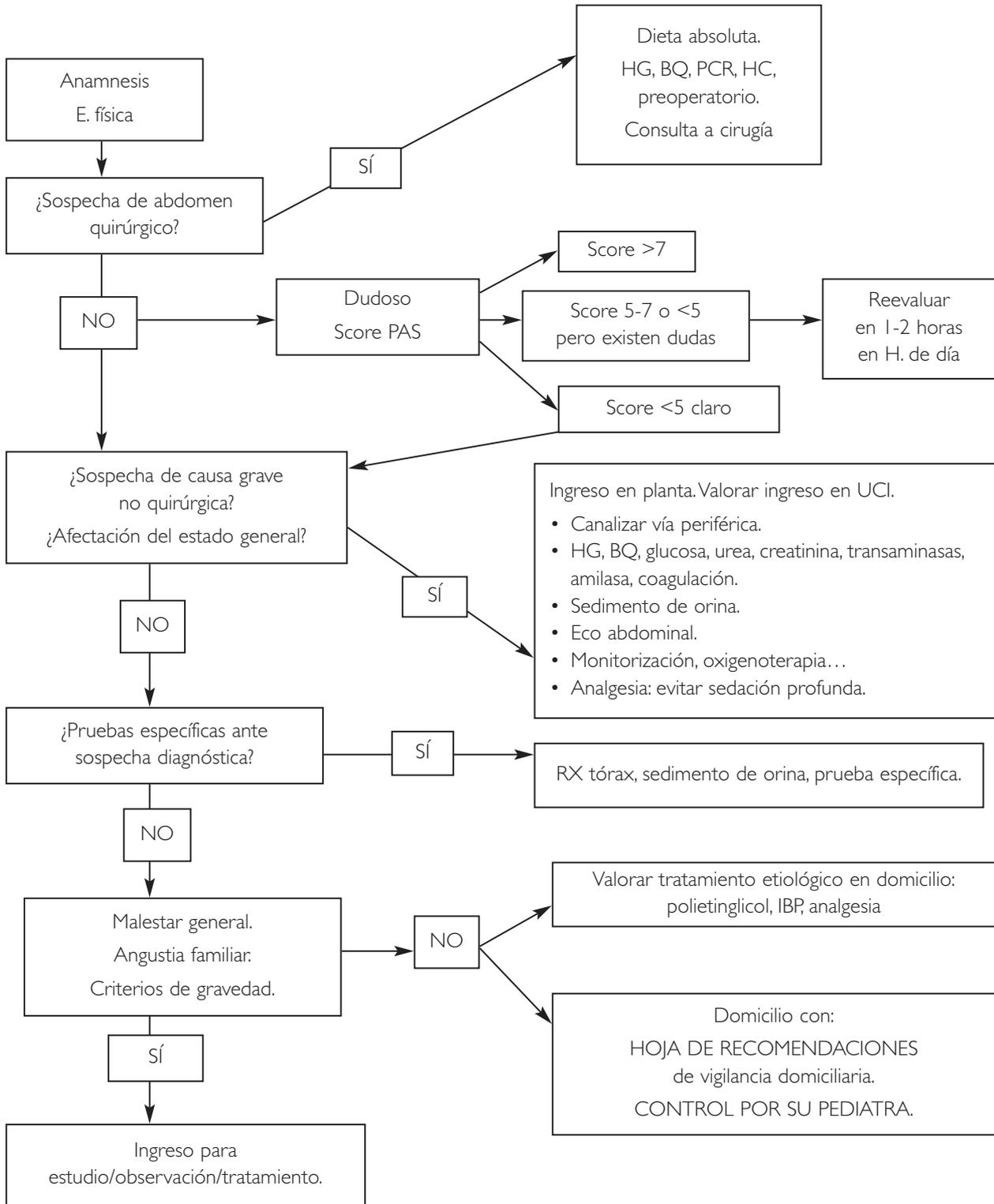
## CRITERIOS DE INGRESO EN HOSPITAL

- Patología quirúrgica: mantener en ayunas hasta ser valorado por cirujano.
- Patología grave o potencialmente grave.
- Afectación del estado general o dolor intenso.
- Angustia familiar.
- Remitido para ingreso desde Centro de Salud.

## CRITERIOS DE EVOLUCIÓN DEL PROTOCOLO

Criterio	Indicador	Excepciones	Estándar
Constancia de tiempo de dolor continuo y si despierta por la noche	N.º historias con criterio/ n.º total de historias revisadas		100%
Constancia de evaluación por S. Cirugía si sospecha de abdomen quirúrgico	N.º historias con criterio/ n.º total de historias revisadas		100%
Realización RX abdomen fuera de indicación	N.º historias con criterio/ n.º total de historias revisadas		<5%
Constancia de entrega Hoja Información Padres y/o tutores	N.º de historias con criterio/ n.º total de historias revisadas	Si la tiene ya, indicarlo	100%

ALGORITMO



## BIBLIOGRAFÍA

1. Plunkett A, Beattie RM. Recurrent abdominal pain in childhood. *J R Soc Med*. 2005;98:101-6.
2. Chogle A, Saps M. Environmental Factors of Abdominal Pain. *Pediatric Annals* 2009;38(7):396-400.
3. González M, Corona F. Recurrent or chronic abdominal pain in children and adolescents. *Rev Med Clin* 2011;22(2):177-83.
4. Rodríguez L, Faúndez R, Maure D. Chronic Abdominal Pain in children. *Rev Child Pediatr* 2012;83(3):279-89.
5. Sojo Aguirre A, Silva García G. Dolor abdominal crónico y recurrente en el niño y adolescente. En: Argüelles F, et al. Tratado de gastroenterología, hepatología y nutrición pediátrica aplicada de la SEGHN. 3.ª edición. Madrid: Ergon; 2012. p. 43-53.
6. López Rodríguez MJ, Espín Jaime B, Bedate Calderón P. Estreñimiento y encopresis. En: L. Peña Quintana. Tratado de gastroenterología, hepatología y nutrición pediátrica aplicada de la SEGHN. 3.ª edición. Madrid: Ergon; 2012. p. 253-64.
7. Berbel Tornero O, Clemente Yago F, García Rodríguez C, Pereda Pérez A. Dolor abdominal crónico y recurrente. En: SEGHN-AEP. Protocolos diagnósticos-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. 2.ª ed. Madrid: Ergon; 2010. p. 29-30.
8. Cushing CC, Friesen CA, Schurman JV. Collaboration with medical professionals in clinical practice: Pediatric abdominal pain as a case example. *Fam Syst Health* 2012;30(4):279-90.
9. Loughborough W. Development of a plain radiograph requesting algorithm for patients presenting with acute abdominal pain. *Quant Imaging Med Surg* 2012;2(4):239-44.
10. Levy RL, Van Tilburg MA. Functional abdominal pain in childhood: Background studies and recent research trends. *Pain Res Manag* 2012;17(6):413-7.
11. Calvo Romero C. Mesa redonda. La prevención y el tratamiento del cólico del lactante. *Bol pediatr* 2010;50:197-202.
12. Ordóñez Álvarez FA, Ibáñez Fernández A, Martínez Suárez V, Málaga Guerrero S, Santos Rodríguez F; Cólico nefrítico. *Bol pediatr* 2008;48: 3-7.
13. Romero Hombrebueno MN, Prieto Bozano G, Molina Arias M. Anamnesis, exploración física y pruebas complementarias. En: J. Guerrero Fernández, et al. Manual de Diagnóstico y Terapéutica en Pediatría. 5.ª edición. Madrid: Publicación de libros médicos, S. L. U; 2010. p. 797-806.