

Guía de Práctica Clínica

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL DOLOR ABDOMINAL AGUDO EN PEDIATRÍA EN CLÍNICA COLSANITAS

Carmen Rodríguez Cuellar¹, Galo Veintemilla Granados², Humberto Rivera Martínez¹, Jairo Moreno Cómez^{1,3}, Liliana Barrero Garzón⁴

¹MD. Especialista en pediatría. Clínica Pediátrica, Bogotá D.C., Colombia

²MD. Coordinador Cirugía Pediátrica. Clínica Pediátrica, Bogotá D.C., Colombia

³ Director Científico Clínica Pediátrica. Jefe Nacional del Departamento de Pediatría. Clínica Colsanitas

⁴ MD. Especialista en Epidemiología, Clínica Colsanitas

RESUMEN

Introducción: El dolor abdominal en pediatría es un problema común y un dilema diagnóstico. La mayoría son episodios benignos pero una pequeña proporción puede requerir de manejo quirúrgico que amerita de una intervención urgente. El amplio espectro de etiologías que se manifiestan como dolor abdominal hace que el diagnóstico sea un reto. **Objetivo:** Elaborar una guía de práctica clínica que oriente a profesionales de la salud en la identificación, métodos diagnósticos y alternativas de manejo del dolor abdominal agudo en pacientes pediátricos en Clínica Colsanitas. **Metodología:** Durante el primer trimestre de 2017 y siguiendo lineamientos nacionales, se conformó un grupo desarrollador de la guía (GDG) que diseñó 13 preguntas clínicas con la estrategia PICO. Se realizó la búsqueda de guías preexistentes en sitios reconocidos y en Medline sin resultados satisfactorios para su adopción. Un consenso no formal de expertos, con base en literatura actualizada, definió las recomendaciones para su escritura, socialización y aprobación institucional. **Resultados:** Se dio respuesta a las preguntas clínicas sobre el diagnóstico y tratamiento del dolor abdominal agudo acorde a las características de la población pediátrica atendida en la institución. No se realizaron revisiones sistemáticas de literatura para responder a las preguntas formuladas por el GDG. **Conclusión:** La presente guía de manejo del dolor abdominal en pediatría, ofrece una herramienta de información para orientar la toma de decisiones acorde con las necesidades institucionales y los recursos disponibles, contribuyendo al mejoramiento de la calidad en la atención y disminuyendo la variabilidad clínica injustificada.

Palabras clave: Dolor Abdominal; Niño; Guía de Práctica Clínica.

Recibido: 5 de mayo de 2017

Aceptado: 30 de mayo de 2017

Correspondencia: libarrero@colsanitas.com

CLINICAL PRACTICE GUIDELINES FOR THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF ACUTE PEDIATRIC ABDOMINAL PAIN AT THE COLSANITAS CLINIC

ABSTRACT

Introduction: Pediatric abdominal pain is a frequent problem and a diagnostic dilemma. Mostly it is benign but a certain percentage may require surgical management that warrants urgent intervention. The broad spectrum of etiologies that express as abdominal pain make it a challenging diagnosis. **Objective:** To prepare clinical practice guidelines to orient healthcare professionals in the identification, diagnostic methods, and alternatives for managing acute abdominal pain in pediatric patients at the Clínica Colsanitas. **Methodology:** During the first quarter of 2017 and in keeping with the national guidelines, a Guidelines Developer Team (GDT) was organized, that designed 13 clinical questions based on the PICO strategy. A search of pre-existing guidelines in reputable sites and in Medline was conducted, with no satisfactory results for the adoption of guidelines. An expert non-formal consensus based on the updated literature defined the recommendations for drafting, dissemination, and approval by the institution. **Results:** The clinical questions for the diagnosis and treatment of acute abdominal pain were answered, according to the characteristics of the pediatric population served at the institution. No systematic literature reviews were done to answer the questions asked by the GDT. **Conclusion:** These pediatric abdominal pain management guidelines serve as an informative tool to guide decision-making in accordance with the needs of the institution and the resources available, contributing to improving the quality of care and reducing unjustified clinical variability. **Key words:** Abdominal Pain; Child; Practice Guideline.

INTRODUCCIÓN

El dolor abdominal en población pediátrica es frecuente y a menudo un dilema diagnóstico. Aunque la gran mayoría de estos episodios son benignos y autolimitados, una pequeña proporción de pacientes puede requerir de manejo quirúrgico o tener una condición potencialmente mortal que amerita de una intervención más urgente que los pacientes adultos con condiciones equivalentes, debido a que los pacientes pediátricos suelen tener menos reservas fisiológicas (1,2).

El amplio espectro de etiologías que se manifiestan como dolor abdominal agudo hace que el diagnóstico sea todo un reto. En la mayoría de los casos una historia clínica y el examen físico pueden estrechar el amplio diferencial; sin embargo, dependiendo de la edad del niño pueden requerirse de evaluaciones adicionales para delimitar las enfermedades que se presentan con síntomas similares. Incluso con la ayuda de los padres

o cuidadores puede ser difícil de obtener una historia clínica completa, por lo tanto, el diagnóstico se basa principalmente en la perspicacia clínica del médico (1).

Por lo anterior, la presente guía aborda el manejo del dolor abdominal agudo quirúrgico en pacientes pediátricos, con la cual se ofrece una herramienta de información que define estrategias que permiten orientar la toma de decisiones con base en la mejor evidencia disponible.

METODOLOGÍA

Siguiendo la metodología propuesta por la “Guía Metodológica para la elaboración de Guías de Práctica Clínica” del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) (3), se conformó un grupo desarrollador de la guía (GDG) integrado por un coordinador, un cirujano pediatra, dos pediatras y un epidemiólogo. El GDG discutió y definió el alcance y objetivos de la Guía de Práctica Clínica (GPC), y diseñó 13 preguntas clínicas siguiendo la metodología

PICO (Población, Intervención, Comparación, Desenlace). El epidemiólogo realizó la búsqueda de GPC preexistentes en sitios recopiladores y desarrolladores de GPC [National Guideline Clearinghouse (NGC), Turning Research Into Practice (Trip), Guidelines International Network (GIN), Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (Cenetec), Guía Salud de España, National Institute for Clinical Excellence (NICE), Scottish Intercollegiate Network (SIGN)], utilizando los términos “abdominal pain AND child”.

Se identificaron dos GPC relacionadas con dolor abdominal en niños que fueron excluidas para su adopción, por no contestar de manera satisfactoria ninguna de las preguntas planteadas (2,4).

Se realizó una búsqueda exploratoria no sistemática, en la Base de datos médica Medline con los términos de búsqueda (“Abdominal Pain”[Mesh] AND “Child”[Mesh] AND “Practice Guidelines as Topic”[Mesh]) OR “clinical practice guidelines”[All Fields], sin límite de fecha y sólo se incluyeron artículos en inglés. También se realizó una búsqueda en Google Scholar con los términos “abdominal AND pain AND guidelines AND child*”, sin resultados satisfactorios.

Al no encontrar GPC susceptibles para su adopción, fue necesario ampliar la búsqueda de literatura en sitios web de las siguientes Sociedades Científicas e Instituciones de Salud: Sociedad Colombiana de Pediatría, Sociedad Argentina de Pediatría, Sociedad Chilena de Pediatría, Sociedad Brasileira de Pediatría, Sociedad Española de Cirugía Pediátrica, American Academy of Pediatrics, Asociación Española de Pediatría, The Royal Children’s Hospital Melbourne, Seattle Children’s Hospital, Princess Margaret Hospital for Children; encontrando algunos protocolos de manejo de dolor abdominal en servicios de urgencias (5-10), que fueron utilizados para construir la presente GPC.

No se realizaron revisiones sistemáticas de literatura para responder a las preguntas formuladas por el GDG. Se realizó un consenso no formal de expertos basado en la revisión de evidencia científica disponible.

Con base en los documentos seleccionados, el GDG redactó las recomendaciones de diagnóstico y manejo una vez se logró consenso sobre la pertinencia, claridad

y aplicación en Clínicas Colsanitas porque respondían de forma clara a cada una de las preguntas formuladas. Las recomendaciones fueron discutidas en un consenso no formal donde participaron tres expertos clínicos. Luego de realizar los ajustes respectivos, el documento final fue presentado para revisión y aprobación de la Dirección Científica de la Clínica Pediátrica.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para la realización del estudio no se requirió consentimiento informado de acuerdo con las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud del Ministerio de Salud de la República de Colombia (11). El manejo de los datos se ajustó a estrictos parámetros de confidencialidad de acuerdo a las leyes vigentes.

ALCANCE Y OBJETIVO

La presente guía va dirigida a pacientes menores de 16 años con sospecha o diagnóstico de dolor abdominal agudo. No incluye recomendaciones para pacientes con dolor abdominal crónico ni pacientes adultos.

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

RECOMENDACIONES

Pregunta 1. ¿Cuál es la definición del dolor abdominal agudo en pediatría?

El dolor abdominal agudo es todo dolor abdominal de comienzo súbito, generalmente intenso, que requiere de un diagnóstico y tratamiento urgente. Es un síntoma que puede deberse a diversas patologías subyacentes en diferentes órganos o sistemas. En la mayoría de los casos es autolimitado y secundario a una enfermedad benigna; sin embargo, el reto para los médicos es identificar las condiciones potencialmente fatales que requieren intervenciones urgentes (7,8).

Pregunta 2. ¿Cómo se clasifica el dolor abdominal agudo en pediatría?

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 (7,9).

3. ¿Cuál es la etiología del dolor abdominal agudo en pediatría?

El dolor abdominal en niños puede ser causado por una amplia variedad de condiciones clínicas o quirúrgicas y algunas pueden comprometer la vida si no son atendidas oportunamente, como en el caso de una hemorragia, obstrucción o perforación intestinal o de órganos intraabdominales (7).

El examen repetido del paciente es útil para determinar la persistencia o mejoría y evolución de los signos abdominales. Algunos niños tendrán un diagnóstico, sin embargo un número significativo de pacientes quedarán con diagnóstico de “dolor abdominal inespecífico” (*Opinión de expertos de Clínica*).

Los padres de neonatos a menudo acuden preocupados por la percepción de “dolor abdominal” en el niño, lo que implica considerar un diagnóstico diferencial muy amplio (*Opinión de expertos de Clínica*).

Las principales causas de dolor abdominal según grupo etario se resumen en la Tabla 1.

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

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

- Características del dolor: localización, inicio, duración, circunstancias que exacerban los síntomas.
- Presencia de vómito y sus características
- Patrón de evacuación intestinal
- Síntomas urinarios
- Fiebre
- Dolor genital y síntomas urinarios
- Síntomas respiratorios
- Actividad sexual y problemas ginecológicos
- Antecedentes quirúrgicos

TABLA 1. PRINCIPALES CAUSAS DE DOLOR ABDOMINAL AGUDO EN NIÑOS SEGÚN GRUPO ETARIO			
0 - 1 AÑO	2 - 5 AÑOS	6 - 11 AÑOS	12 - 18 AÑOS
<ul style="list-style-type: none"> - Cólico del lactante, bebé irritable - Enterocolitis por megacolon o Hirschprung - Constipación - ITU - Invaginación - Vólvulo - Hernia inguinal estrangulada - Divertículo de Meckel 	<ul style="list-style-type: none"> - Gastroenteritis - Apendicitis - Constipación - ITU - Neumonía - Invaginación - Vólvulo - Trauma - Faringitis - Adenitis Mesentérica - Púrpura de Henoch Schönlein 	<ul style="list-style-type: none"> - Apendicitis - Constipación - Gastroenteritis - Dolor funcional - ITU - Trauma - Faringitis - Neumonía - Adenitis mesentérica - Púrpura de Henoch Schönlein - Patología Ovario - Cetoacidosis Diabética 	<ul style="list-style-type: none"> - Apendicitis - Gastroenteritis - Constipación - Dismenorrea, ovulación dolorosa - Enfermedad Inflamatoria pélvica - Embarazo ectópico - Torsión ovario/testículo - EI (Enfermedad inflamatoria intestinal) - Colelitiasis/colecistitis - ITU - Pancreatitis

Adaptado de: Manual de Gastroenterología Infantil, 2015 (9). Disponible en: http://www.gastroenterologia.sochipe.cl/subidos/catalogo3/manual_gastro.pdf

- Historia social (factores estresantes familiares o escolares, patrón de sueño, entre otros)
- Otros antecedentes patológicos (8).

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

- En la evaluación del niño con dolor abdominal es importante la observación clínica permanente y repetida durante la valoración médica (7).
- 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 (7).
- 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 (7).
- 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 (7).

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

Se recomienda emplear la Escala del dolor Neonatal N-PASS para pacientes lactantes (Tabla 2).

Se recomienda emplear la Escala del Dolor FLACC (*cara, piernas, actividad y consuelo, siglas en inglés*)

TABLA 2. 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 lo 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 (flaccidez).	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: Ritmos 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 (10). Disponible en: <http://www.seattlechildrens.org/clinics-programs/pain-medicine/resources/>

para la evaluación del dolor, en pacientes de 1 a 3 años (Tabla 3).

TABLA 3. ESCALA DE DOLOR FLACC PARA NIÑOS DE 1 A 3 AÑOS DE EDAD			
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 constata 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 lo puede distraer.	Es difícil consolarlo o tranquilizarlo.

Adaptado de: Assessing Children's Pain. Seattle Children's Hospital (10). Disponible en: <http://www.seattlechildrens.org/clinics-programs/pain-medicine/resources/>

Se recomienda emplear la **Escala Oucher para la evaluación del dolor, en pacientes mayores de 3 años**, de acuerdo con la Política institucional de “Hospital sin dolor” (Figura 1).

FIGURA 1. Escala Oucher para la evaluación del dolor en niños mayores de 3 años



Se recomienda emplear la Escala numérica análoga para la evaluación del dolor, en pacientes mayores de 7

años, de acuerdo con la Política institucional de “Hospital sin dolor” (Figura 2).

FIGURA 2. Escala numérica análoga para la evaluación del dolor en mayores de 7 años



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

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
- Choque asociado al dolor abdominal
- Dolor abdominal localizado
- Signos de irritación peritoneal (8).

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

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 (8).

Se sugiere la toma de hemograma y uroanálisis en pacientes con dolor abdominal de origen no claro. La medición de glucosa sérica y electrolitos ayuda a eva-

luar el estado de hidratación y el balance ácido-básico en pacientes con riesgo de hipovolemia (7).

Se recomienda realizar una prueba sérica de embarazo en todas las mujeres en edad reproductiva con dolor abdominal agudo (7).

En la Tabla 4 se resumen las indicaciones y las ayudas diagnósticas que se pueden utilizar en determinados casos en pacientes pediátricos con dolor abdominal (8).

TABLA 4. AYUDAS DIAGNÓSTICAS A CONSIDERAR EN NIÑOS CON DOLOR ABDOMINAL AGUDO	
PARACLÍNICO A CONSIDERAR	INDICACIONES POSIBLES
Hemograma	Sepsis, peritonitis
Hemocultivo	Sepsis, peritonitis
Coprocultivo	Deposición con sangre
Electrolitos, urea, creatinina, gases arteriales	Vómito no controlado, deshidratación severa, cetoacidosis diabética
Pruebas de función hepática	Hepatitis, colecistitis, trauma abdominal
Amilasa	Pancreatitis, trauma abdominal
Rayos X de abdomen	Obstrucción intestinal, peritonitis, estreñimiento no es una indicación
Ecografía abdominal	Estenosis pilórica, intususcepción, apendicitis, problemas ginecológicos, colecistitis, colelitiasis, cólico renal, masa abdominal (posible tumor)
TAC abdominal	Trauma abdominal, masa (posible tumor)
Orina inicial para Chlamydia y Neisseria gonorrhoeae	Adolescente sexualmente activo

Adaptado de: Paediatric acute care guideline. Acute abdominal pain. Princess Margaret Hospital for Children. Emergency Department Guideline (8). Disponible en: <http://kidshealthwa.com/guidelines/abdominal/>

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

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 anormalidades hidroelectrolíticas. Debe corregirse la hipoxemia según sea el caso e iniciar antibióticos empíricos si hay sospecha de infección de origen abdominal (7).

En niños que cumplan con algún criterio de gravedad de los descritos previamente requerirán de interconsulta quirúrgica e intervención urgente (7).

Intervenciones adicionales serán determinadas según el cuadro clínico y la evolución del paciente (Figura 3 y 4).

10. ¿Cuáles son los criterios de remisión a Cuidado Intensivo?

De acuerdo con el Modelo de atención de urgencias pediátricas de la Institución, los criterios relacionados con dolor abdominal agudo para ingreso a la Unidad de Cuidado Intensivo son:

Prioridad 1:

- a. Deterioro agudo del estado de conciencia
- b. Inestabilidad hemodinámica, SIRS severo o estado de shock, que amerita infusión de vasoactivos y/o expansión de volemia
- c. Indicación de monitoreo invasivo
- d. Insuficiencia renal aguda con complicaciones metabólicas o hídricas graves
- e. Acidemia metabólica, pH < 7,2, hasta control
- f. Cirugía mayor abdominal

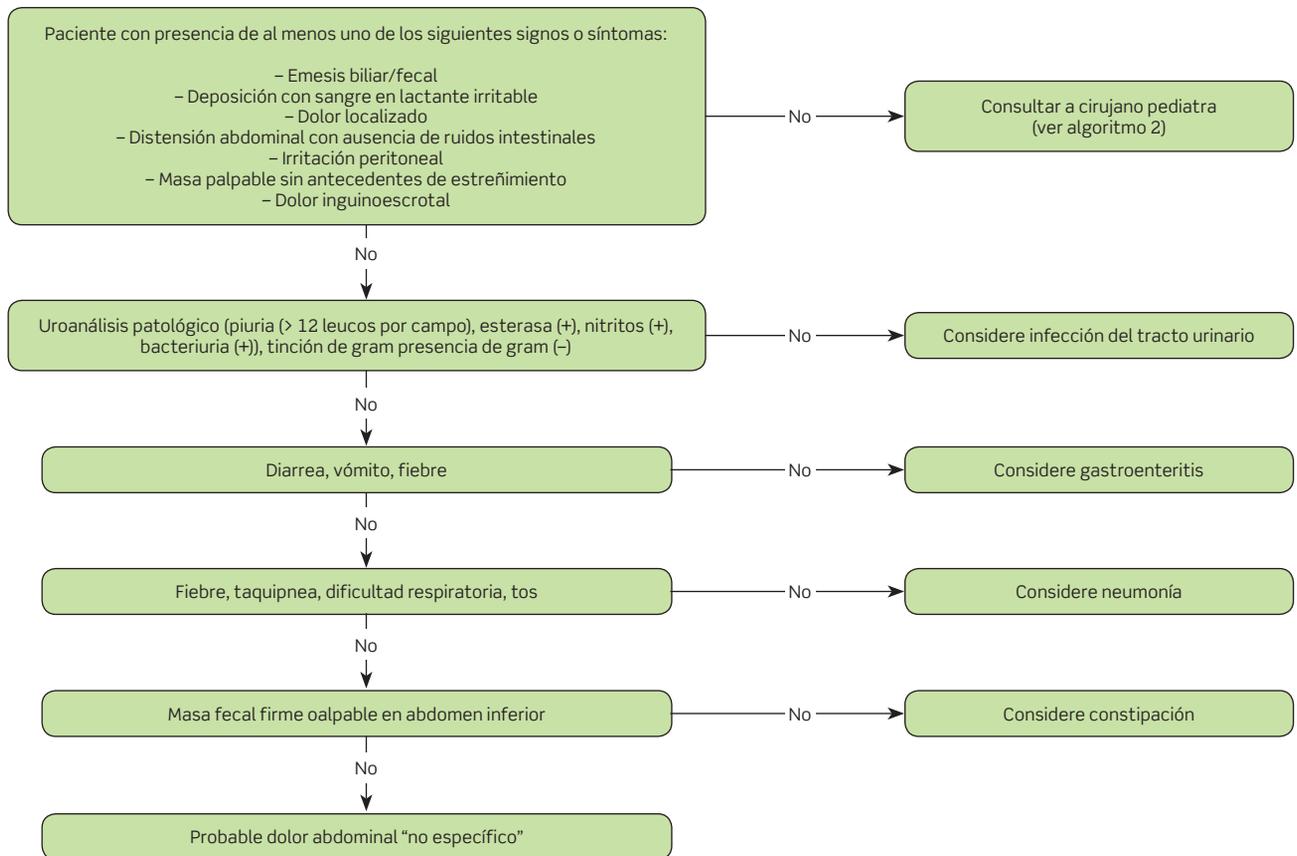
Prioridad 2:

- a. Deshidratación grado II o mayor, con o sin trastorno hidroelectrolítico.

Prioridad 3:

- a. Pacientes críticamente enfermos, inestables, con baja posibilidad de recuperación, con una enfermedad de base que limita su recuperación, pero que se con-

FIGURA 3. Algoritmo de manejo general del dolor abdominal agudo en pacientes pediátricos



Adaptado de: The Royal Children's Hospital Melbourne. Clinical Practice Guidelines. Abdominal pain (6)

sidera que la condición intercurrente es mejorable, por tanto, se benefician de la estancia en la UCIP.

- b. Paciente con enfermedad de base que puede o no limitar su recuperación, que requiere de monitoria y cuidado intensivo de enfermería para procedimiento o tratamiento intercurrente.

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

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 (8).

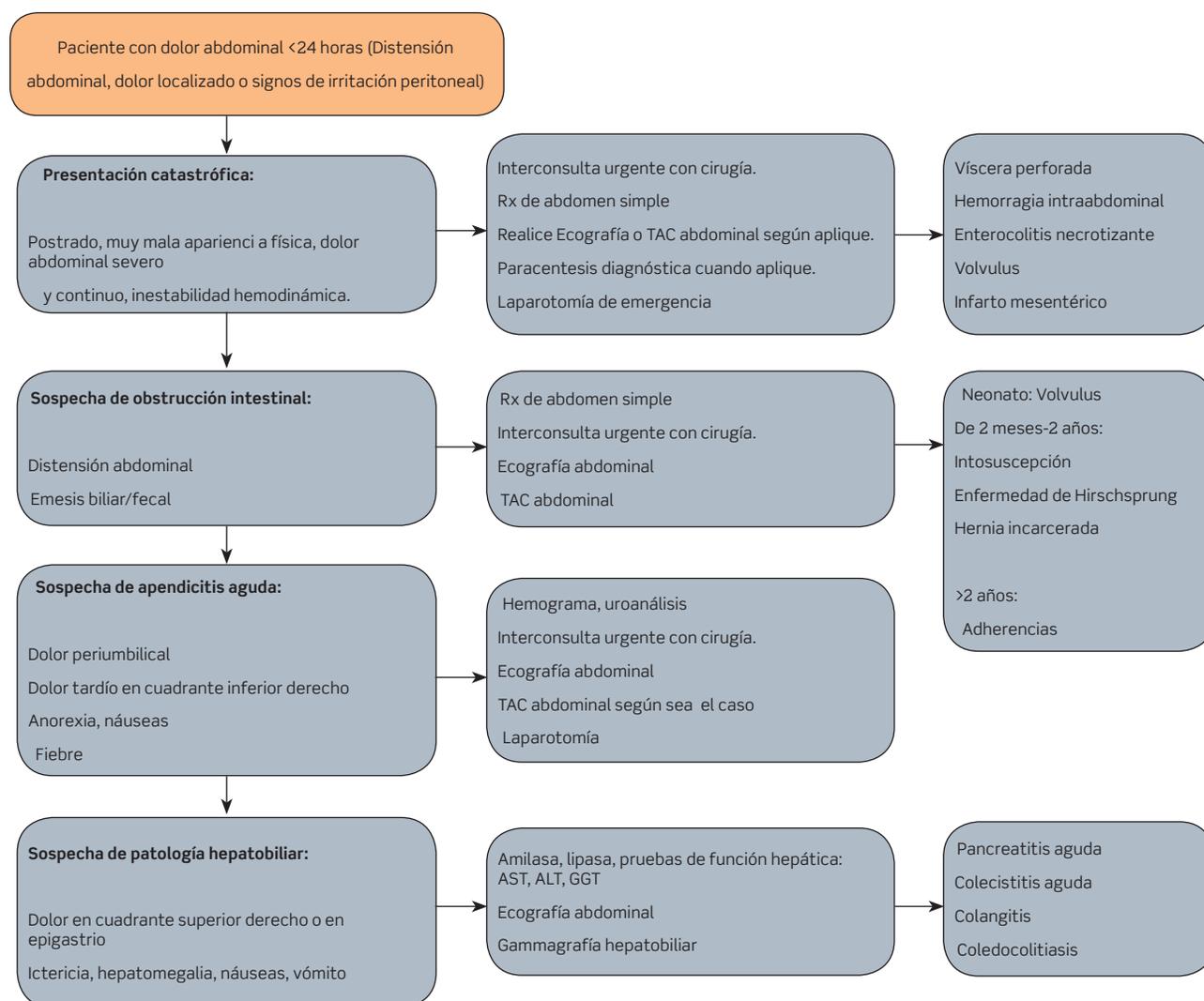
12. ¿Cuáles son los criterios de egreso de pacientes pediátricos con dolor abdominal agudo?

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 tanto el paciente como los cuidadores conozcan la conducta y los signos de alarma para reconsultar inmediatamente a urgencias (6).

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).

FIGURA 4. Algoritmo de manejo del dolor abdominal agudo quirúrgico en pacientes pediátricos



Adaptado de: Kim JS. Acute Abdominal Pain in Children. *Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr.* 2013 Dec;16(4):219-224 (7)

- Cuidadores y paciente, cuando sea el caso, adecuadamente instruidos en el manejo ambulatorio.

13. ¿Cuáles son las intervenciones de enfermería que podrían mejorar la calidad de la atención de los pacientes pediátricos con dolor abdominal?

Las valoraciones de enfermería deben incluir toma completa de signos vitales, incluyendo la valoración del dolor según las escalas descritas (8) y pesar al paciente.

Se recomienda la administración temprana de analgésicos cuando esté indicado (8).

Se recomienda el uso de medidas no farmacológicas para el manejo del dolor abdominal como terapia de distracción, técnicas de relajación y el uso de paquetes de calor (8).

CONCLUSIONES

La presente guía de manejo del dolor abdominal en pediatría, ofrece una herramienta de información para

orientar la toma de decisiones acorde con las necesidades institucionales y los recursos disponibles, contribuyendo al mejoramiento de la calidad en la atención y disminuyendo la variabilidad clínica injustificada.

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen a los Jefes y Coordinadores de Servicio Clínico que participaron activamente en la revisión de las recomendaciones clínicas.

CONFLICTO DE INTERESES

Ninguno de los autores declara algún conflicto de interés en la realización del presente trabajo.

FINANCIACIÓN

Este estudio fue realizado con recursos propios de la institución.

REFERENCIAS

1. BMJ, Best Practice. Assessment of abdominal pain in children. Reino Unido: BMJ Publishing Group Limited; [acceso 1 de febrero de 2017]. Disponible en: <http://bestpractice.bmj.com/best-practice/monograph/787.html>
2. NSW Ministry of Health. Clinical Practice Guidelines. Infants and Children: Acute Management of Abdominal Pain 2013. Australia: NSW Government; [acceso 1 de febrero de 2017]. Disponible en: http://www1.health.nsw.gov.au/pds/ActivePDSDocuments/PD2013_053.pdf
3. Guía Metodológica para la elaboración de Guías de Práctica Clínica con Evaluación Económica en el Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano, Versión completa final. Marzo de 2014. Colombia: [acceso 6 de febrero de 2017]. Disponible en: http://gpc.minsalud.gov.co/recursos/Documentos%20compartidos/Guia_Metodologica_Web.pdf
4. Clinical Practice Guideline. The recognition and assessment of acute pain in children. Royal College of Nursing, 2009. Reino Unido: [acceso 6 de febrero de 2017] Disponible en: <https://www.evidence.nhs.uk/Search?q=guidelines+on+management+of+abdominal+pain+in+children>
5. Asociación Española de Pediatría. Protocolos de Urgencias Pediátricas. Abdomen agudo en el niño. España: [acceso 8 de febrero de 2017] Disponible en: <http://www.aeped.es/documentos/protocolos-urgencias-pediaticas>
6. The Royal Children's Hospital Melbourne. Clinical Practice Guidelines. Abdominal pain. Australia: [acceso 13 de febrero de 2017] Disponible en: http://www.rch.org.au/clinicalguide/guideline_index/Abdominal_pain/
7. Kim JS. Acute Abdominal Pain in Children. *Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr.* 2013 Dec;16(4):219-224
8. 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/>
9. Alarcón T, Faúndez R, Godoy M, et al. Manual de Gastroenterología Infantil. Aspen Labs, 2015. Chile: [acceso 13 de febrero de 2017]. Disponible en: http://www.gastroenterologia.sochipe.cl/subidos/catalogo3/manual_gastro.pdf
10. Assessing Children's Pain. Seattle Children's Hospital. Estados Unidos: [acceso 13 de febrero de 2017] Disponible en: <http://www.seattlechildrens.org/clinics-programs/pain-medicine/resources/>
11. Ministerio de Salud de Colombia. Resolución 8430 del 4 de octubre de 1993. Colombia: [acceso 11 de marzo de 2017]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCION%208430%20DE%201993.pdf