



1 DOLOR ABDOMINAL AGUDO (ABDOMEN AGUDO)^{1,2}: El dolor abdominal agudo (DAA) es una situación clínica definida por la presencia de síntomas abdominales, fundamentalmente dolor, de menos de un mes de evolución. El abdomen agudo (AA) se caracteriza por tener una evolución inferior a 48-72 horas, ser constante, intenso, acompañarse con frecuencia de vómitos, afectación del estado general y palpación abdominal dolorosa.

2 TRIÁNGULO DE EVALUACIÓN PEDIÁTRICO (TEP)³: En la práctica clínica, los pacientes presentan generalmente un triángulo de evaluación pediátrico (TEP) alterado a expensas de la apariencia (disfunción del SNC) por dolor o mala perfusión cerebral o del componente circulatorio (shock compensado). La afectación conjunta de la apariencia y la circulación (shock descompensado) es menos frecuente e indica mayor gravedad.

3 RECONOCIMIENTO, VALORACIÓN Y TRATAMIENTO DEL DOLOR⁴: La analgesia no impide un adecuado manejo y diagnóstico del paciente. Pueden utilizarse diferentes escalas de valoración en función de la edad y la colaboración del niño: FLACC, OPS, CRIES, Llanto, caras de Wong-Baker, numérica o analógica visual. El tratamiento debe ser multimodal que asocie medidas psicológicas, físicas y farmacológicas. En esta última, se deberá seleccionar la vía de administración (oral, intravenosa, subcutánea, intramuscular, intranasal, transmucosa o inhalatoria) según la situación clínica del paciente y la anamnesis dirigida (SAMPLE).

4 ESCALA AVPU⁵: Es un método convencional para evaluar el nivel de conciencia en pacientes, ya sea con lesiones o enfermedades. Categoriza la respuesta motora en base a respuestas simples a estímulos:

verbales, responde únicamente a estímulos dolorosos o no responde del todo. Los pacientes generalmente presentan un estado de alerta y en menor medida una respuesta a estímulos verbales.

5 SAMPLE³: Esta regla mnemotécnica puede utilizarse para obtener la historia clínica del paciente atendiendo a los siguientes componentes: inicio y tipo de signos y síntomas [dolor abdominal (localizado o generalizado, continuo o cólico e intensidad). El dolor abdominal inespecífico es leve, periumbilical y de tipo cólico mientras que un dolor persistente, de varias horas de evolución (>6 horas) e intensidad creciente orientará hacia patología orgánica. Si además, se encuentra localizado y fijo en una zona particular del abdomen, irá a favor de que la patología sea quirúrgica], fiebre, vómitos, alteración en el hábito intestinal (diarrea o estreñimiento), síntomas miccionales, tos, sangrado rectal o síntomas articulares]; alergias ambientales, alimentarias o farmacológicas; medicación en el momento actual; antecedentes personales (episodios anteriores similares, cirugías abdominales previas, traumatismos, alimentos consumidos, fecha de última regla en mujeres) incluido embarazo, parto, enfermedades previas y calendario vacunal; tiempo transcurrido desde la última ingesta de alimento o líquido incluida la leche materna; eventos relacionados con la enfermedad, lesión o ambas.

6 TRAUMATISMO⁵⁻⁷: El objetivo prioritario inicial es determinar si el paciente requiere una intervención quirúrgica urgente. El traumatismo abdominal cerrado se manifiesta habitualmente de manera sutil. La presencia de lesiones cutáneas (equimosis, hematomas o petequias), dolor, distensión abdominal o hematuria son signos muy sugestivos de lesión intra-abdominal y obligan a realizar una ecografía abdominal urgente ± TC con contraste, analítica de sangre y orina.

El traumatismo abierto debe ser valorado por el cirujano para explorar todas las heridas. El tratamiento será de soporte con fluidoterapia ± transfusión de concentrado de hemáties, analgesia, sondaje vesical (excepto sospecha de lesión uretral) e intervención quirúrgica si lo precisa.

7 AA⁸⁻¹⁰: La exploración física debe ser general con la valoración del abdomen en su totalidad: inspección [cicatrices (cirugías previas), bultomas (hernia incarcerada), hematomas (traumatismos)], auscultación [aumento (gastroenteritis aguda, especialmente las enteroinvasivas) o disminución de los ruidos hidroaéreos (obstrucción, peritonitis o íleo)], percusión [timpanismo (obstrucción o perforación intestinal) o matidez (visceromegalias)] y palpación [signos apendiculares (psoas, Rovsing, Blumberg) y de patología de la vesícula biliar (Murphy), masas (invaginación intestinal, abscesos, tumores) y visceromegalias (secuestro esplénico o crisis hemolítica en pacientes con anemia falciforme)].

Es conveniente realizar pruebas radiológicas o de laboratorio para completar su evaluación. La ecografía abdominal es la técnica de elección si se sospecha una apendicitis aguda o una invaginación mientras que la radiografía abdominal es útil en la obstrucción o perforación intestinal. La analítica de sangre en una apendicitis no es imprescindible y en una invaginación se realizará solo si el paciente presenta mal estado general o signos de deshidratación. En el resto de cuadros clínicos: torsión testicular/ovárica (ecografía doppler), colecistitis/colangitis (ecografía abdominal y analítica de sangre), pancreatitis (analítica de sangre ± ecografía abdominal), cólico nefrítico (sedimento de orina ± analítica de sangre ± ecografía abdominal), hepatitis aguda (analítica de sangre ± ecografía abdominal), tumores (ecografía abdominal y analítica de sangre), embarazo ectópico (ecografía abdominal y prueba de

embarazo), hernia incarcerada (no son necesarias pruebas), divertículo de Meckel (pruebas diferidas).

8 DAA: La exploración física debe ser general con la valoración del abdomen en su totalidad (cólico del lactante, adenitis mesentérica, gastroenteritis aguda, estreñimiento) ± tacto rectal y los genitales como en la sospecha de abdomen agudo pero si la exploración es normal, se deberá buscar otra causa del dolor incluyendo área ORL (faringoamigdalitis aguda, otitis), tórax (neumonía, asma) o cutánea [púrpura de Schönlein Henoch (PSH), ictericia en crisis hemolíticas, en patología aguda de la vesícula biliar o hepatitis, palidez por sangrado secundario a un traumatismo o un tumor, hematomas en localizaciones no habituales debidos a una leucemia, hemofilia o maltrato]. En niñas con secreción vaginal y en todos los casos con sospecha de abuso sexual, es importante la inspección del ano y los genitales externos.

Las pruebas complementarias se realizarán en función de los hallazgos en la anamnesis y la exploración física: faringoamigdalitis aguda (valorar test rápido antigénico del estreptococo β-hemolítico del grupo A o cultivo faríngeo), neumonía (radiografía/ecografía de tórax), infección urinaria –ITU– (tira reactiva de orina y urocultivo), enfermedad inflamatoria intestinal –EII– (analítica de sangre ± ecografía abdominal), adenitis mesentérica (ecografía abdominal), síndrome hemolítico urémico –SHU– (sedimento de orina y analítica de sangre), PSH (sedimento de orina), asma (radiografía de tórax si auscultación asimétrica o hipoxemia a pesar del tratamiento y/o en casos graves), embarazo (test de embarazo), enfermedad de Hirschprung –EH– (pruebas diferidas) y en el resto de entidades no será necesario hacer pruebas complementarias: cólico del lactante, gastroenteritis aguda, estreñimiento funcional, dolor abdominal funcional, dismenorrea.

9 CRITERIOS DE INGRESO

Se debe considerar la observación en Urgencias en los siguientes casos:

- Invaginaciones resueltas con enema tras una observación de 4-6 horas si los pacientes presentan buen estado general, tolerancia oral adecuada, fácil acceso a atención sanitaria y padres o tutores capaces de entender la información y de reconocer un empeoramiento del paciente.
- Pacientes subsidiarios de recibir una rehidratación intravenosa rápida con adecuada tolerancia oral posterior sin signos de deshidratación.

Se debe considerar la hospitalización en los siguientes casos:

- Todos los pacientes, independientemente de la patología que presenten, con afectación del estado general, signos clínicos de bacteriemia o sepsis.
- Pacientes con una invaginación intestinal que no cumplan los criterios de observación domiciliaria, no hayan tenido una reducción exitosa con enema, hayan requerido una intervención quirúrgica o tengan una recurrencia de la invaginación intestinal.
- Pacientes en los que fracasa la hidratación por vía oral y la rehidratación intravenosa rápida.
- Pacientes con mal control del dolor.
- Colecistitis, colangitis y pancreatitis. Colelitiasis con signos de infección.
- Cólico nefrítico sin tolerancia oral o candidatos a cirugía.
- Debut EII.
- Sospecha de EH.
- Sospecha de divertículo de Meckel.
- ITU en menores de 2 meses y/o pacientes con uropatía obstructiva y sospecha de pielonefritis.

- Neumonía bacteriana en menores de 6 meses y/o patología de base con mayor riesgo de complicaciones (cardiopatías congénitas, drepanocitosis, enfermedades metabólicas, inmunodepresión); neumonía con criterios de gravedad (hipoxemia, taquipnea, quejido, tiraje en lactantes, deshidratación); derrame pleural > 1 cm y/o con repercusión clínica.
- PSH con sangrado gastrointestinal o daño renal.

Se recomienda la hospitalización en una Unidad de Cuidados Intensivos en:

- Todos los cuadros quirúrgicos, se valorará el ingreso según centro en Unidad de Reanimación Postquirúrgica.
- SHU.
- EII con complicaciones asociadas.
- Pacientes con cualquier patología que presenten deterioro del nivel de conciencia, inestabilidad hemodinámica o insuficiencia respiratoria grave persistente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Benito Fernández J. Dolor abdominal agudo. En: Casado Flores J, Serrano González A, eds. *Urgencias y tratamiento del niño grave*. 3ª ed. Madrid: Ergon; 2015. p. 1262-69.
2. Astobiza E. Dolor abdominal. En: Benito J, Mintegi S, Sánchez J, eds. *Diagnóstico y tratamiento de Urgencias pediátricas*. 5ª ed. Madrid: Panamericana; 2011. p. 435-45.
3. Ronald A. *Pediatric Assessment*. En: Fuchs S; Yamamoto L; American Academy of Pediatrics; American College of Emergency Physicians. *APLS: the pediatric emergency medicine resource*. 5ª ed. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning; 2012.

4. Andersen R, Langius-Eklöf A, Nakstad B, et al. The measurement properties of pediatric observational pain scales: a systematic review of reviews. *Int J Nurs Stud.* 2017; 73: 93-101.
5. Arbra CA, Vogel AM, Plumlee L, et al. External validation of a 5-variable clinical prediction rule for identifying children at very low risk for intra-abdominal injury following blunt abdominal trauma. *J Trauma Acute Care Surg.* 2018; 85: 71-7.
6. Capraro AJ, Mooney D, Waltzman ML. The use of routine laboratory studies as screening tools in pediatric abdominal trauma. *Pediatr Emerg Care.* 2006; 22: 480-4.
7. Holmes JF, Lillis K, Monroe D, et al. Identifying children at very low risk of clinically important blunt abdominal injuries. *Ann Emerg Med.* 2013; 62: 107-116.e2.
8. Di Saverio S, Podda M, De Simone B, et al. Diagnosis and treatment of acute appendicitis: 2020 update of the WSES Jerusalem guidelines. *World J Emerg Surg.* 2020; 15: 27.
9. Lipsett SC, Bachur RG. Current approach to the diagnosis and Emergency Department management of appendicitis in children. *Pediatr Emerg Care.* 2017; 33: 198-205.
10. Waseem M, Rosenberg HK. Intussusception. *Pediatr Emerg Care.* 2008 24: 793-800.