

**PROTOCOLO DE NORMAS DE ATENCION SEGUN NIVELES, CON
ENFOQUE INTEGRADOR DE LA ATENCION**

**MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO NORTE
HOSPITAL DE NIÑOS ROBERTO DEL RIO
C.A.E.: UNIDAD DE GASTROENTEROLOGIA
PROGRAMA DE APOYO A LA ATENCION PRIMARIA**

DOLOR ABDOMINAL RECURRENTE

DAR se define como la presencia de tres o más episodios de dolor abdominal durante al menos, un período de tres meses, siendo éste lo suficientemente intenso como para limitar las actividades y funciones del niño. Ocurre en un 10% - 15% de niños entre 4 y 16 años. Afecta por igual hombres y mujeres hasta los 9 años, posteriormente aumenta su incidencia en mujeres hasta una relación 1.5: 1 en la adolescencia.

En el 85%- 95% la causa es funcional, es decir, tiene clara relación con estrés familiar o escolar sin que exista ninguna causa estructural, infecciosa, inflamatoria o bioquímica que provoque el dolor.

Debido a que se desconoce la etiología y patogenia del dolor, y dado que no existe un marcador específico, muchas veces el DAR es un diagnóstico de exclusión; sin embargo, el diagnóstico puede y debe cumplir criterios específicos basados en una historia cuidadosa, buen examen físico y un mínimo de estudio de laboratorio.

Los niños que presentan DAR tienden a exhibir tres presentaciones clínicas:

- a) Dolor paroxístico periumbilical.*
- b) Dolor abdominal asociado a dispepsia.*
- c) Dolor abdominal asociado a alteración del tránsito.*

I.- NIVEL PRIMARIO

a) Diagnóstico:

Anamnesis:

Historia completa del paciente, especial énfasis a características del dolor: localización, calidad, frecuencia, duración, factores de alivio y/o exacerbación.

En el DAR el dolor es vago, periumbilical, opresivo o cólico, intensidad moderada, paroxístico (generalmente se presenta tan pronto el niño se despierta y se repite a lo largo del día por períodos breves y erráticos), inicio gradual intermitente, relación inconsistente con comidas, aunque en nuestro medio se asocia por razones culturales a comidas grasas, se intensifica con el stress (ausente fines de semana o vacaciones).

Rasgos de personalidad del niño (son pacientes tímidos e inseguros, socialmente inmaduros, de pocos amigos, con baja autoestima, muy sensibles al ambiente, con umbral de frustración bajo y umbral de sensibilidad aumentada a sus propios síntomas; poseen alto sentido de responsabilidad lo que los hace ser perfeccionistas y autoexigentes), rendimiento escolar, características y ambiente del grupo familiar.

Síntomas asociados: cefalea, dolor extremidades, palpitaciones, náusea, anorexia, meteorismo, palidez.

Por lo anteriormente mencionado, se desprende que el médico debe guiar el interrogatorio en forma dirigida y sagaz, respecto a todas las características que lo ayude a llegar al diagnóstico.

Examen físico:

En presencia de padres, debe incluir: examen neurológico, medición de presión arterial y tacto rectal si es necesario.

Según localización del dolor intentar realizar diagnóstico diferencial. *Si el dolor es en el hipocondrio derecho: cólico biliar; en la fosa ilíaca derecha: apendicitis aguda; en epigastrio: úlcera péptica y reflujo gastroesofágico; fosa ilíaca izquierda: constipación crónica; suprapúbico: cistitis.*

Exámenes de laboratorio:

Hemograma con VHS, orina completa y parasicológico seriado de deposiciones. Estos sirven para reforzar la impresión clínica y contribuyen a tranquilizar al paciente y su familia.

b) Terapéutico:

Explicar e informar a la familia.

Informar resultado exploración física y de laboratorio.

Explicar que dolor es real.

Tratar factores desencadenantes (intolerancia a la lactosa, constipación).

Seguimiento periódico.

Medicamentos no son necesarios.

c) Evolución esperada:

Establecido el diagnóstico de DAR, el seguimiento rara vez identifica una causa orgánica. En el 30%- 50% de los pacientes se resuelve completamente el dolor en las 2 a 6 semanas siguientes. Los padres aceptan la explicación de que el dolor no es orgánico, y que el manejo ambiental es efectivo. Sin embargo, el otro 50% va a persistir con el dolor .

d) Prevención secundaria:

Evitar estrés familiar, escolar y con pares.

Corregir intolerancia a la lactosa y constipación.

e) Referencia:

Si persiste el DAR luego de 6 semanas con exámenes de laboratorio normales.

II.- NIVEL SECUNDARIO

a) Especificaciones de plazos para resolver los cuadros de derivación inmediata:

Si el diagnóstico de DAR es corroborado, se refuerza impresión clínica y se dan 4 -6 semanas de plazo de resolución. Si existe otra patología se inicia de inmediato el estudio.

b) Diagnóstico :

Anamnesis : se revisa nuevamente carácter del dolor; síntomas asociados, ambiente familiar, escolar y social; personalidad del paciente.

Puede existir otra patología asociada en las siguientes situaciones: dolor localizado fuera de la zona umbilical; alteración del tránsito asociado con dolor abdominal; presencia de vómitos; episodios de dolor brusco y aislado; dolor que despierta de noche; irradiación a la espalda, hombro, escápula, extremidad inferior; baja ponderal o detención del crecimiento; sangramiento rectal; Síntomas constitucionales; incontinencia fecal intermitente; dormir luego de episodio de dolor; historia familiar de úlcera péptica o enfermedad inflamatoria.

Examen físico:

Hacer diagnóstico diferencial según localización con los mismos cuadros previamente descritos. Se agregan: en fosa ilíaca derecha Enfermedad de Crohn; y en flanco izquierdo Colitis Ulcerosa.

Exámenes de laboratorio:

La realización de otras pruebas depende de los hallazgos clínicos:

-Endoscopia gastroduodenal a aquellos niños con antecedentes de hemorragia digestiva alta o historia clínica muy sugerente de úlcera péptica.

-Estudios radiológicos baritados - de los cuales se suele abusar en la práctica clínica - no son necesarios. Se realizan frente a la sospecha de alteración anatómica del tracto digestivo como: malformaciones (duplicación intestinal, diafragmas, malrotaciones) o enfermedad inflamatoria crónica.

-Ultrasonografía en sospecha de quiste del colédoco , de hidronefrosis o cálculos vesiculares.

c) *Terapéutico* :

Indicaciones generales: reposo en período de dolor no mayor a 3 horas, calor local (líquidos calientes, calor local o baño de agua caliente).

Indicaciones específicas: en ocasiones se requiere de la administración de drogas como ansiolíticos, antiespasmódicos, etc., los que pueden actuar por efecto farmacológico específico o como placebo.

Se puede optar por una Psicoterapia formal cuando los problemas psicológicos del niño y de la familia superan la capacidad de intervención terapéutica del médico.

Otras entidades clínicas específicas tienen su enfoque terapéutico propio.

d) *Evolución esperada:*

El 50% se resuelve.

e) *Prevención secundaria:*

En los controles sucesivos el médico debe reafirmar su apoyo inicial y proporcionar respuesta a numerosas interrogantes que pueden surgir. En general en estas visitas sucesivas el paciente y la familia están más relajados y confiados frente a la intervención terapéutica. Es útil que los controles sean hechos durante o inmediatamente después del período de vacaciones escolares, para poder documentar si existe o no relación con este factor.

f) *Referencia:* a nivel terciario no corresponde.

g) *Contrarreferencia:*

Podrán continuar en centro primario los pacientes en que se certifique el diagnóstico de DAR y se descarte otra patología asociada, manteniendo su psicoterapia formal en caso necesario.

Bibliografía :

- 1) J. Timothy Boyle, MD, Recurrent Abdominal Pain: An Update, Pediatrics in Review, 18 (9) 310 - 321, September 1997.
- 2) Walker Smith. J, Chronic and Recurrent Abdominal Pain, Practical Pediatric Gastroenterology . Second Edition, Decker Inc. , 24 – 35, 1996.
- 3) Jeffrey S. Hyams , Characterization of Symptoms in Children with Recurrent Abdominal Pain , J – Pediatr- Gastroenterol –Nutr. 20: 209 – 214,1995.
- 4)Tim F. Oberlander , MD , Recurrent Abdominal Pain During Childhood , Pediatrics in Review ,14 (8) : 313 – 319, 1993.
- 5) Guiraldes E, Clinical and Psychological characterization of children and adolescents with Recurrent Abdominal Pain , Rev- Med- Chil . , 123 (11): 1341-8, 1995.