



RESOLUCION DIRECTORAL N° 000149-2024-GR.LAMB/GERESA/HRL-DE [215229646 - 8]

VISTO:

El Memorando N° 000171-2024-GR.LAMB/GERESA/HRL-DE [215229646-7] emitido por Dirección Ejecutiva, el Informe Técnico N° 000019-2024-GR.LAMB/GERESA/HRL-PL [215229646-5] de la Oficina de Planeamiento, y;

CONSIDERANDO:

Que, el artículo VI del Título Preliminar de la Ley N°26842, Ley General de Salud, establece, que es responsabilidad del estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad, con arreglos a los principios de equidad;

Que, la Ley N°29414, establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud, precisando el alcance de los derechos al acceso a la atención integral de la salud que comprende promoción, prevención, tratamiento, recuperación y rehabilitación; así como, el acceso a la información y consentimiento informado;

Que, Resolución Ministerial N°826-2021/MINSA, Aprueba las Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud, declaró que su objetivo es establecer las disposiciones relacionadas con las etapas de planificación, formulación o actualización, aprobación, difusión, implementación y evaluación de los Documentos Normativos, que expide el Ministerio de Salud, en el marco de sus funciones rectoras;

Que, a través del Resolución Secretarial N°063-2020-MINSA, se aprueban los "Lineamientos para la Implementación de la Gestión por Procesos en Salud", señalando que el objetivo es establecer los criterios técnicos para la gestión por procesos que faciliten la determinación, seguimiento, medición, análisis y mejora de los procesos y procedimiento del Ministerio de Salud y de los prestadores de los servicios de salud, que permita maximizar el buen uso de los recursos, para brindar productos y servicios óptimos y de calidad en beneficio de la población;

Que, de conformidad con el segundo párrafo del Artículo 5° del Reglamento Establecimientos de Salud, aprobado mediante Decreto Supremo N°013-2006-SA, establece que los establecimientos de salud, deben contar, en cada área, unidad o servicio, con manuales de procedimientos, guías de práctica clínica referidos a la atención de los pacientes, personal, suministros, mantenimiento, seguridad, y otros que sean necesarios, según sea el caso;

Que, el inciso s) del Artículo 37° del Reglamento Establecimientos de Salud, señala que son funciones del Director Médico y/o responsable de la atención de salud, de "disponer la elaboración del reglamento interno, guías de práctica clínica, y de los manuales de procedimientos dispuestos en el artículo 5° del presente reglamento";

Que, con Oficio N° 000147-2024-GR.LAMB/GERESA/HRL-OGC [215229646-4] de fecha 06 de marzo de 2024, el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad, remite a la Oficina de Planeamiento dos juegos de la "Guía de Práctica Clínica: Diagnóstico y Tratamiento de Dolor Abdominal Agudo en Pediatría" realizada de manera conjunta con los médicos del servicio de Pediatría según el formato establecido por el MINSA (NTS N°117-MINSA/DGSP-V01 "Norma Técnica de Salud para Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud", aprobada por la Resolución Ministerial N° 302-2015/MINSA). En el punto 6.1.3 del documento "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud", se menciona que las Guías Técnicas pueden ser del campo administrativo, asistencial o sanitario. Cuando se aboca al diagnóstico y tratamiento de un problema clínico recibe el nombre de Guía de Práctica Clínica (GPC) y su elaboración está regulada por la NTS N° 117-MINSA/DGSP-V.01. Asimismo, es preciso señalar que las Guías de Práctica Clínica (GPC) son documentos necesarios para uniformizar el acto médico, acortar tiempos en la atención asistencial, que pueden estar sujetos a auditorías tanto internas



RESOLUCION DIRECTORAL N° 000149-2024-GR.LAMB/GERESA/HRL-DE [215229646 - 8]

como externas y que son necesarios realizar con miras a ser un hospital acreditado; por lo que se solicita opinión técnica;

Que, con Informe Técnico N° 000019-2024-GR.LAMB/GERESA/HRL-PL [215229646-5] de fecha 29 de febrero de 2024 el Jefe de la Oficina de Planeamiento, concluye que realizada la respectiva revisión, este despacho considera que la Guía de práctica clínica DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE DOLOR ABDOMINAL AGUDO EN PEDIATRÍA, se encuentra elaborado y estructurado teniendo en cuenta las Normas para la elaboración de documentos normativos del Ministerio de Salud, aprobado con Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA. Que, en el Manual de Operaciones - MOP de la Gerencia Regional de Salud; según Art. 56, numeral 3) el Hospital Regional Lambayeque, propone a la Gerencia Regional de Salud documentos técnicos normativos y guías de práctica clínica, en lo que corresponda al hospital regional, acorde a su nivel de atención y nivel de complejidad;

Que, la Guía de Práctica Clínica: Diagnóstico y Tratamiento Médico de Dolor Abdominal Agudo en Pediatría, tienen por objetivo general establecer una secuencia diagnóstica y terapéutica en pacientes pediátricos con dolor abdominal agudo. Así mismo su finalidad es implementar una atención segura y de calidad en los pacientes con dolor abdominal agudo, con la finalidad de establecer precozmente la causa del dolor y definir un tratamiento oportuno ofreciendo el máximo beneficio y el mínimo riesgo para los usuarios de las prestaciones en salud, así como la optimización y racionalización de recursos;

Que, mediante Memorando del visto la Dirección Ejecutiva dispone emitir el Acto Resolutivo de la aprobación de GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO MÉDICO DE DOLOR ABDOMINAL AGUDO EN PEDIATRÍA;

Que, el artículo 72 del numeral 72.2 del Texto Único Ordenado de la Ley 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, dispone que toda entidad es competente para realizar las tareas materiales internas necesarias para el eficiente cumplimiento de su misión y objetivos, así como para la distribución de las atribuciones que se encuentren comprendidas dentro de su competencia;

Estando a lo actuado, con la visación de la Unidad de Asesoría Jurídica, así como en el uso de las facultades conferidas a la Unidad Ejecutora Hospital Regional Lambayeque mediante Ordenanza Regional N° 009-2011-GR.LAMB/CR, el Decreto Regional N°043-2013-GR.LAMB/PR, así como la Resolución Ejecutiva Regional N° 000012-2023-GR.LAMB/GR [4438363-3];

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO.- APROBAR la GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO MÉDICO DE DOLOR ABDOMINAL AGUDO EN PEDIATRÍA del Hospital Regional Lambayeque, la mismo que en 20 (veinte) folios forma parte de la presente resolución.

ARTICULO SEGUNDO.- NOTIFICAR el presente acto resolutivo a las instancias correspondientes y **AUTORIZAR** la publicación en la página Web Institucional para su conocimiento y fines.

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y PUBLÍQUESE

Firmado digitalmente
CARLOS MARTIN PRETEL NAZARIO
DIRECTOR DEL HOSPITAL REGIONAL LAMBAYEQUE
Fecha y hora de proceso: 12/03/2024 - 14:31:23



RESOLUCION DIRECTORAL N° 000149-2024-GR.LAMB/GERESA/HRL-DE [215229646 - 8]

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico archivado por Gobierno Regional Lambayeque, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 de D.S. 070-2013-PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 026-2016-PCM. Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas a través de la siguiente dirección web: <https://sisgedo3.regionlambayeque.gob.pe/verifica/>

VoBo electrónico de:

- UNIDAD DE ASESORIA JURIDICA
KELLY EMPERATRIZ MARINO AGUILAR
JEFE DE LA UNIDAD DE ASESORÍA JURIDICA
12-03-2024 / 13:01:29

MEMORANDO N° 000171-2024-GR.LAMB/GERESA/HRL-DE [215229646 - 7]

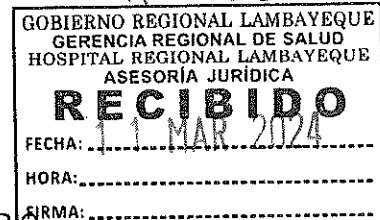
KELLY EMPERATRIZ MARINO AGUILAR
JEFE DE LA UNIDAD DE ASESORIA JURÍDICA
UNIDAD DE ASESORIA JURIDICA - HRL

ASUNTO: EMITIR ACTO RESOLUTIVO PARA LA APROBACIÓN DE LA "GUIA DE PRACTICA CLÍNICA: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE DOLOR ABDOMINAL AGUDO EN PIDIATRIA"

REFERENCIA: OFICIO N° 000207-2024-GR.LAMB/GERESA/HRL-OGC [215229646 - 6]

Visto los documentos de la referencia, sírvase emitir el acto resolutivo para aprobación de "Guía de Práctica Clínica: Diagnóstico y Tratamiento de Dolor Abdominal Agudo en Pediatría"

Atentamente;



Firmado digitalmente
CARLOS MARTIN PRETEL NAZARIO
DIRECTOR DEL HOSPITAL REGIONAL LAMBAYEQUE
Fecha y hora de proceso: 11/03/2024 - 12:59:05

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico archivado por Gobierno Regional Lambayeque, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 de D.S. 070-2013-PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 026-2016-PCM. Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas a través de la siguiente dirección web: <https://sisgado3.regionlambayeque.gob.pe/verifica/>

HOSPITAL REGIONAL LAMBAYEQUE

POR: ABOG.

PASE A: CARLA ORTIZ CASTAÑEDA

- | | |
|---------------------------|----------------------------|
| 1- Aprobación | 9- Según Solicitado |
| 2- Atención | 10- Tomar Nota y Devolver |
| 3- Su Conocimiento | 11- Archivar |
| 4- Opinión | 12- Atención Inmediata |
| 5- Informe | 13- Preparar Contestación |
| 6- Por Corresponderte | 14- Proyecto de Resolución |
| 7- Para Conversar | 15- Ver Observación |
| 8- Acompañar Antecedentes | 16- Transcribir |

OBSERVACIÓN: _____

11 MAR 2024

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL REGIONAL LAMBAYEQUE

Abog. Kelly Marino Aguilar
JEFE DE LA UNIDAD DE ASESORIA JURIDICA

OFICIO N° 000207-2024-GR.LAMB/GERESA/HRL-OGC [215229646 - 6]

CARLOS MARTIN PRETEL NAZARIO
DIRECTOR DEL HOSPITAL REGIONAL LAMBAYEQUE
DIRECCION EJECUTIVA - HRL

ASUNTO: SOLICITO ACTO RESOLUTIVO PARA LA "GPC: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE DOLOR ABDOMINAL AGUDO EN PEDIATRÍA"

REFERENCIA: INFORME TECNICO 000019-GR.LAMB/GERESA/HRL-P

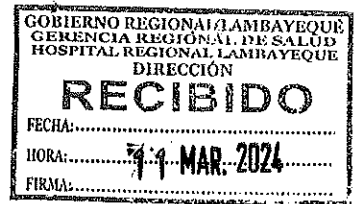
Mediante el presente expreso mi cordial saludo y, a la vez, solicito acto resolutorio para la "Guía de Práctica Clínica: Diagnóstico y Tratamiento de Dolor Abdominal Agudo en Pediatría" realizada de manera conjunta con los médicos del servicio de Pediatría según el formato establecido por el MINSA (NTS N°117-MINSA/DGSP-V01 "Norma Técnica de Salud para Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud", aprobada por la Resolución Ministerial N° 302-2015/MINSA):

Asimismo, el documento cuenta con opinión técnica favorable de la Oficina de Planeamiento.

Se adjunta:

1. Guía de Práctica Clínica (02 juegos en físico)

Atentamente;



Firmado digitalmente
ABEL EDUARDO CHAVARRY ISLA
JEFE DE LA OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD - HRL
Fecha y hora de proceso: 06/03/2024 - 11:21:26

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico archivado por Gobierno Regional Lambayeque, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 de D.S. 070-2013-PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 026-2016-PCM. Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas a través de la siguiente dirección web: <https://sisgedo3.regionlambayeque.gob.pe/verifica/>

- OGC:
- FASE A:
- | | |
|------------------------|----------------------------|
| 1- Aprobación | 9- Según Solicitado |
| 2- Atención | 10- Tomar Nota y Devolver |
| 3- Su Conocimiento | 11- Archivar |
| 4- Opinión | 12- Atención Inmediata |
| 5- Informe | 13- Preparar Contestación |
| 6- Por Corresponderte | 14- Proyecto de Resolución |
| 7- Para Conversar | 15- Ver Observación |
| Acompañar Antecedentes | 16- Transcribir |

OBSERVACIÓN:

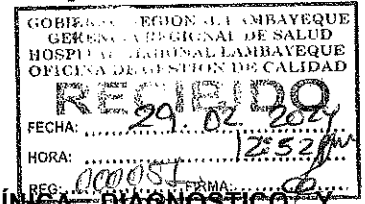
CHICLAYO, 7 MAR 2024 del

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL REGIONAL LAMBAYEQUE
CARLOS MARTIN PRETEL NAZARIO
CMP. 45554 RNE: 21188
DIRECTOR

folios: 45f

INFORME TECNICO N° 000019-2024-GR.LAMB/GERESA/HRL-PL [215229646 - 5]

ABEL EDUARDO CHAVARRY ISLA
JEFE DE LA OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD - HRL
OFICINA GESTION DE LA CALIDAD HRL - HRL



ASUNTO: INFORME SOBRE GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE DOLOR ABDOMINAL AGUDO EN PEDIATRÍA DEL SERVICIO DE PEDIATRÍA.

REFERENCIA: OFICIO N° 000147-2024-GR.LAMB/GERESA/HRL-OGC [215229646 - 4]

Es grato dirigirme a Usted para saludarle, y al mismo tiempo de acuerdo a lo solicitado en el documento de la referencia, informar lo siguiente

I.- ANTECEDENTES

- Que, con OFICIO N° 000147-2024-GR.LAMB/GERESA/HRL-OGC [215229646 - 4] se remite a la Oficina de Planeamiento dos juegos de la "Guía de Práctica Clínica: Diagnóstico y Tratamiento de Dolor Abdominal Agudo en Pediatría" para su opinión técnica.
- Mediante OFICIO N° 000087-2024-GR.LAMB/GERESA/HRL-DAC [215229646 - 3], se remite Guía de Práctica Clínica (GPC) de Diagnóstico y Tratamiento de Dolor Abdominal Agudo en Pediatría, con el visto correspondiente solicitado.
- Con SOLICITUD N° 000005-2024-GR.LAMB/GERESA/HRL-OGC [215229646 - 2] la Oficina de Gestión de la Calidad, solicita visto para la Guía de Práctica Clínica de Diagnóstico y Tratamiento de dolor abdominal agudo en Pediatría, realizada según el formato establecido por el MINSA (NTS N° 117-MINSA/DGSP-V01 "Norma Técnica de Salud para Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud", aprobada por la Resolución Ministerial N° 302-2015/MINSA).
- Que, según OFICIO 000001-2024-GR.LAMB/GERESA/HRL-DAC-VMA [215229646 - 1] se remite la Guía de Práctica Clínica de Pediatría con el visto correspondiente solicitado.

II.- BASE LEGAL

- Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud
- Ley N° 27444, Ley de Procedimiento Administrativo General.
- NTS N°117-MINSA/DGSP-V01 "Norma Técnica de Salud para Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud", aprobada por la Resolución Ministerial N° 302-2015/MINSA.
- R. M. N° 826-2021/MINSA Normas para la elaboración de documentos normativos del Ministerio de Salud

III.- ANALISIS

Se procede a evaluar acorde a la normatividad la estructura en concreto con que cuenta la información del documento técnico presentado.

Mediante Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA que, aprueba las " Normas para la elaboración de documentos normativos del Ministerio de Salud", teniendo como objetivo general: Establecer las disposiciones relacionadas con las etapas de planificación, formulación o actualización, su aprobación, difusión, implementación y evaluación de los documentos normativos que se expide.

Que, la Guía de práctica clínica "DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE DOLOR ABDOMINAL AGUDO EN PEDIATRÍA" del servicio de Pediatría del departamento de Areas Clínicas del Hospital Regional Lambayeque, su estructura se encuentra adecuado según las "Normas para la elaboración de documentos

normativos del Ministerio de Salud", aprobado con Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA, tal como se muestra:

Normas para la Elaboración de Documentos Normativos de Salud Aprobados por R.M. N° 826-2021/MINSA	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE DOLOR ABDOMINAL AGUDO EN PEDIATRÍA
Titulo	✓
I. Finalidad	✓
II. Objetivos	✓
III. Ámbito de aplicación	✓
IV. Nombre del proceso o procedimiento a estandarizar.	✓
V. Consideraciones Generales	✓
VI. Consideraciones Especificas	
VII. Anexos	✓
VIII. Bibliografía	✓

IV. CONCLUSIÓN

- Realizada la respectiva revisión, este despacho considera que la Guía de práctica clínica **DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE DOLOR ABDOMINAL AGUDO EN PEDIATRÍA**, se encuentra elaborado y estructurado teniendo en cuenta las Normas para la elaboración de documentos normativos del Ministerio de Salud", aprobado con Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA.
- Que, en el Manual de Operaciones - MOP de la Gerencia Regional de Salud; según Art. 56, numeral 3) el Hospital Regional Lambayeque, propone a la Gerencia Regional de Salud documentos técnicos normativos y guías de práctica clínica, en lo que corresponda al hospital regional, acorde a su nivel de atención y nivel de complejidad.

Es todo lo que se informa para su conocimiento, siendo propicia la oportunidad para reiterarle mi consideración y estima.

Atentamente,

Firmado digitalmente
WILSON SANTILLAN MELENDEZ
JEFA DE LA OFICINA DE PLANEAMIENTO - HRL
Fecha y hora de proceso: 29/02/2024 - 12:11:07

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico archivado por Gobierno Regional Lambayeque, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 de D.S. 070-2013-PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 026-2016-PCM. Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas a través de la siguiente dirección web: <https://sisgedo3.regionlambayeque.gob.pe/verifica/>

OFICIO N° 000147-2024-GR.LAMB/GERESA/HRL-OGC [215229646 - 4]

WILSON SANTILLAN MELENDEZ
JEFA DE LA OFICINA DE PLANEAMIENTO - HRL
OFICINA DE PLANEAMIENTO HRL - HRL

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE GERENCIA REGIONAL DE SALUD HOSPITAL REGIONAL LAMBAYEQUE PLANEAMIENTO ESTRATEGICO RECIBIDO FECHA: 29 FEB 2024 HORA: FIRMA: Wilson Santillan Melendez
--

ASUNTO: SOLICITO OPINIÓN TÉCNICA DE LA "GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE DOLOR ABDOMINAL AGUDO EN PEDIATRÍA" DEL SERVICIO DE PEDIATRÍA

REFERENCIA: OFICIO 000087-GR.LAMB/GERESA/HRL-DAC

Tengo a bien dirigirme a usted para saludarle y, a la vez, remitirle dos juegos de la "Guía de Práctica Clínica: Diagnóstico y Tratamiento de Dolor Abdominal Agudo en Pediatría" realizada de manera conjunta con los médicos del servicio de Pediatría según el formato establecido por el MINSA (NTS N°117-MINSA/DGSP-V01 "Norma Técnica de Salud para Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud", aprobada por la Resolución Ministerial N° 302-2015/MINSA).

En el punto 6.1.3 del documento "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud", se menciona que las Guías Técnicas pueden ser del campo administrativo, asistencial o sanitario. Cuando se aboca al diagnóstico y tratamiento de un problema clínico recibe el nombre de Guía de Práctica Clínica (GPC) y su elaboración está regulada por la NTS N° 117-MINSA/DGSP-V.01.

Asimismo, es preciso señalar que las Guías de Práctica Clínica (GPC) son documentos necesarios para uniformizar el acto médico, acortar tiempos en la atención asistencial, que pueden estar sujetos a auditorías tanto internas como externas y que son necesarios realizar con miras a ser un hospital acreditado; por lo que se solicita opinión técnica.

Firmado digitalmente
ABEL EDUARDO CHAVARRY ISLA
JEFE DE LA OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD - HRL
Fecha y hora de proceso: 27/02/2024 - 12:04:11

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico archivado por Gobierno Regional Lambayeque, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 de D.S. 070-2013-PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 026-2016-PCM. Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas a través de la siguiente dirección web: <https://sisgado3.regionlambayeque.gob.pe/verifica/>

OFICIO N° 000087-2024-GR.LAMB/GERESA/HRL-DAC [215229646 - 3]

**ABEL EDUARDO CHAVARRY ISLA
JEFE DE LA OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD - HRL
OFICINA GESTION DE LA CALIDAD HRL - HRL**

ASUNTO: SE REMITE GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE PEDIATRÍA.

REFERENCIA: SOLICITUD N° 000005-2024-GR.LAMB/GERESA/HRL-OGC [215229646 - 2]

Tengo el agrado de dirigirme a Usted para saludarlo, y en relación a documento de la referencia, se remite Guía de Práctica Clínica (GPC) de Diagnóstico y Tratamiento de Dolor Abdominal Agudo en Pediatría, con el visto correspondiente solicitado.

Agradezco la atención que le brinde al presente.

Sin otro particular, me despido.

Atentamente,

Adjunto:

*Guía de Práctica Clínica (en físico dos juegos cada uno de 20 folios).

Firmado digitalmente
MARCIAL AMADO CABRERA RAMIREZ
JEFE DEL DPTO. DE AREAS CLINICAS - HRL(e)
Fecha y hora de proceso: 09/02/2024 - 14:31:12

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico archivado por Gobierno Regional Lambayeque, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 de D.S. 070-2013-PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 026-2016-PCM. Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas a través de la siguiente dirección web: <https://sisgedo3.regionlambayeque.gob.pe/verifica/>

VoBo electrónico de:

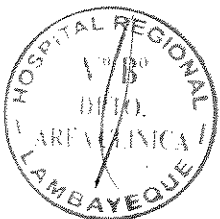
- SERVICIO DE PEDIATRIA GENERAL
VICTOR FLAVIO MATICORENA AGRAMONTE
COORDINADOR DE SERVICIO DE PEDIAT. GEN.
09-02-2024 / 14:01:48

HOSPITAL REGIONAL LAMBAYEQUE



SERVICIO DE PEDIATRÍA

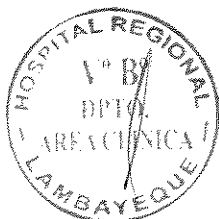
**GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA:
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO MÉDICO DE DOLOR ABDOMINAL AGUDO EN
PEDIATRÍA**



CHICLAYO – PERÚ

2023

- I. **FINALIDAD**
- II. **OBJETIVOS**
- III. **ÁMBITO DE APLICACIÓN**
- IV. **PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR.**
 - 4.1 **NOMBRE Y CÓDIGO**
- V. **CONSIDERACIONES GENERALES**
 - 5.1 **DEFINICIÓN**
 - 5.2 **ETIOLOGÍA**
 - 5.3 **FISIOPATOLOGÍA**
 - 5.4 **ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS**
 - 5.5 **FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS**
 - 5.5.1 Medio Ambiente
 - 5.5.2 Estilos de Vida
 - 5.5.3 Factores Hereditarios
- VI. **CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS**
 - 6.1 **CUADRO CLÍNICO**
 - 6.1.1 Signos y Síntomas
 - 6.1.2 Interacción cronológica
 - 6.1.3 Gráficos, diagramas, fotografías
 - 6.2 **DIAGNÓSTICO**
 - 6.2.1 Criterios de Diagnóstico
 - 6.2.2 Diagnóstico diferencial
 - 6.3 **EXÁMENES AUXILIARES**
 - 6.3.1 De Patología Clínica
 - 6.3.2 De Imágenes
 - 6.3.3 De exámenes especializados complementarios
 - 6.4 **MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA**
 - 6.4.1 Medidas generales y preventivas
 - 6.4.2 Terapéutica
 - 6.4.3 Efectos adversos o colaterales con el tratamiento
 - 6.4.4 Signos de Alarma
 - 6.4.5 Criterios de Alta
 - 6.4.6 Pronóstico
 - 6.5 **COMPLICACIONES**
 - 6.6 **CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA**
 - 6.7 **FLUXOGRAMA**
- VII. **ANEXOS**
- VIII. **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**



I. FINALIDAD

Implementar una atención segura y de calidad en los pacientes con dolor abdominal agudo, con la finalidad de establecer precozmente la causa del dolor y definir un tratamiento oportuno ofreciendo el máximo beneficio y el mínimo riesgo para los usuarios de las prestaciones en salud, así como la optimización y racionalización de recursos.

II. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

- Establecer una secuencia diagnóstica y terapéutica en pacientes pediátricos con dolor abdominal agudo.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Uniformizar los criterios diagnósticos y terapéuticos clínico – quirúrgicos en el manejo integral del paciente con dolor abdominal agudo.
- Identificar precozmente los signos de alarma en los pacientes atendidos con dolor abdominal.
- Optimizar los recursos de la institución en el logro de los objetivos previos.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente guía técnica está diseñada para ser aplicada en el Servicio de Emergencia Pediátrica del Hospital Regional Lambayeque (HRL). Está dirigida a los médicos que participan en la atención del paciente pediátrico con dolor abdominal agudo pudiendo servir como material de consulta a otros profesionales de la salud del equipo de atención multidisciplinaria.

IV. PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR

Diagnóstico de dolor abdominal agudo en pediatría.

Tratamiento médico de dolor abdominal agudo en pediatría.

4.1 NOMBRE Y CÓDIGO

NOMBRE: DOLOR ABDOMINAL	
CÓDIGO CIE-10	Nombre
R10.0	Abdomen agudo no traumático
R10.1	Dolor abdominal localizado en la parte superior
R10.3	Dolor localizado en otras partes inferiores del abdomen
R10.4	Otros dolores abdominales y los no especificados

Fuente: Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE)



V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1 DEFINICIÓN

El Dolor Abdominal Agudo (DAA) comprende toda situación clínica donde el síntoma principal es la sensación dolorosa intensa abdominal de comienzo súbito e intenso. La causa puede ser intraabdominal, extraabdominal o sistémica requiriéndose manejo médico o quirúrgico de emergencia, por ello, representa un claro motivo de atención de urgencia en Pediatría¹.

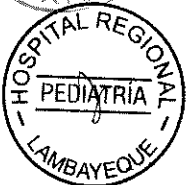
La DAA tiene una duración inferior a un mes. Sin embargo, es importante diferenciarlo del Abdomen Agudo (AA) que se caracteriza por tener una evolución inferior a 48 – 72 horas, ser constante, intenso, acompañarse con frecuencia de vómitos, afectación del estado general y palpación abdominal dolorosa¹.

5.2 ETIOLOGÍA

El DAA en niños puede ser causado por varias condiciones clínicas o quirúrgicas y algunas pueden comprometer la vida si no son tratadas en forma oportuna. Se debe tener en cuenta el grupo etario como un factor determinante para diferenciar patologías².

Tabla N° 01: Principales causas de dolor abdominal agudo en niños según grupo etario

0 – 1 año	2 – 5 años	6 – 11 años	12 – 18 años
Cólico del lactante, irritable o bebé	Gastroenteritis	Apendicitis	Apendicitis
Enterocolitis por megacolon o Hirschprung	Apendicitis	Constipación	Gastroenteritis
Constipación	Constipación	Gastroenteritis	Constipación
Infección del tracto urinario (ITU)	ITU	Dolor funcional	Dismenorrea, ovulación dolorosa
Invaginación	Neumonía	ITU	Enfermedad Inflamatoria Pélvica
Vólvulo	Invaginación	Trauma	Embarazo ectópico
Hernia inguinal estrangulada	Vólvulo	Faringitis	Torsión ovario / testículo
Divertículo de Meckel	Trauma	Neumonía	Enfermedad inflamatoria intestinal (EII)



--	Faringitis	Adenitis mesentérica	Colelitiasis / colecistitis
--	Adenitis mesentérica	Púrpura de Henoch Shöenlein	ITU
--	Púrpura de Henoch Shöenlein	Patología ovario	Pancreatitis
--		Cetoacidosis diabética	--

Fuente: Texto Ilustrado de Pediatría, 3ra edición

5.3 FISIOPATOLOGÍA

Desde el punto de vista fisiopatológico, el DAA puede ser de tres tipos:

Visceral

Se origina en las vísceras abdominales, que están inervadas por fibras nerviosas autónomas y responden, principalmente, a sensaciones de distensión y contracción muscular, no a cortes, roturas ni irritación local³⁻⁵.

Por lo general, el dolor abdominal, es vago, sordo y provoca náuseas. Está mal localizado y tiende a percibirse en zonas correspondientes al origen embrionario de la estructura afectada. Las estructuras derivadas del intestino anterior (estómago, duodeno, hígado, páncreas) causan dolor abdominal superior; las estructuras derivadas del intestino posterior (colon distal y aparato urogenital) causan dolor abdominal inferior³⁻⁵.

Somático o peritoneal

Tiene su origen en los receptores del peritoneo parietal, piel y músculos. Es un dolor de propagación rápida que se transmite por las fibras aferentes de tipo A de los nervios espinales. Está provocado por la liberación de los metabolitos tisulares que aparecen tras la inflamación o la isquemia. Es un dolor que se percibe bien localizado, punzante, muy intenso y que provoca una quietud absoluta, originando una clara posición antálgica, la cual se intenta mantener de una forma permanente evitando cualquier maniobra o movimiento que lo exacerbe³⁻⁵.

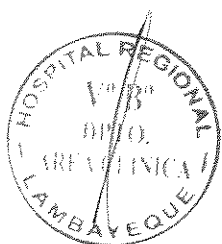
Referido

Es el que se origina en regiones alejadas de donde se manifiesta y se debe a la convergencia de fibras nerviosas en la médula espinal. Su origen puede ser visceral o somático³⁻⁵.

5.4 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

El dolor abdominal es un evento común en la población pediátrica representando aproximadamente el 10% del motivo de consulta en los servicios de emergencia. El 5% del total de niños que acuden a emergencias por dolor abdominal agudo requieren hospitalización de los cuales el 1 % o 2 % tiene una causa quirúrgica y son catalogados de dolor abdominal inespecífico en el 20% de los casos^{6,7}.

El dolor abdominal es una de las quejas más comunes en la infancia y que con frecuencia requiere evaluación urgente en el consultorio o departamento de



emergencias. La causa suele ser una afección autolimitada como estreñimiento, gastroenteritis, síndrome viral o dolor abdominal funcional^{6,7}.

El desafío para el médico es identificar a los pocos pacientes con dolor abdominal que tienen condiciones potencialmente mortales. Datos importantes como la edad y las características clínicas (síntomas asociados y hallazgos del examen físico) del niño ayudan a plantear el diagnóstico^{6,7}.

5.5 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

5.5.1 Medio Ambiente

Existen reportes que asocian el periodo de verano con una mayor incidencia de casos de dolor abdominal. Sin embargo, estos estudios no son concluyentes⁸.

5.5.2 Estilos de Vida

Se relaciona a una deficiente alimentación y falta de medidas de higiene en la preparación de alimentos o en el lavado de manos que posteriormente podrían ocasionar infecciones o problemas de carácter quirúrgico⁸.

5.5.3 Factores Hereditarios

No aplica

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1 CUADRO CLÍNICO

6.1.1 Signos y Síntomas

- Apariencia: pacientes con lesión abdominal o apendicitis perforada, tiene signos de mala perfusión, prefiere permanecer quietos, mientras que en niños con cólico biliar o renal no se encuentra posición antálgica⁹.
- Signos vitales alterados:
 - Fiebre: sugiere infección, pero no es sensible ni específica para apendicitis⁹.
 - Taquipnea: puede ser un signo de enfermedad pulmonar o de acidosis metabólica que se acompaña de hiperventilación⁹.
 - Hipotensión: puede deberse a pérdida de volumen intravascular o choque séptico con peritonitis⁹.
- Examen general (hallazgos extraabdominales son de importancia):
 - Eritema y/o exudado faríngeo en faringitis⁹.
 - Los crepitantes, ruidos respiratorios disminuidos, focalizados y la egofonía en la auscultación del tórax sugieren neumonía⁹.



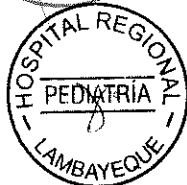
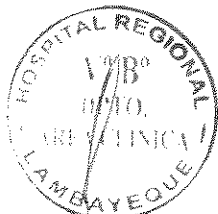
- En la pericarditis se auscultan ruidos cardiacos disminuidos o frote, mientras que en la miocarditis se produce taquicardia o ritmo de galope⁹.
 - Dolor en el flanco suele significar pielonefritis o litiasis renal⁹.
 - El aumento de volumen del escroto sugiere torsión testicular o hernia incarcerada⁹.
 - Hematomas sugieren trauma. Petequias o púrpura pueden observarse en la Púrpura de Henoch Schonlein, pudiéndose presentar dolor abdominal antes que la erupción característica⁹.
 - Se observa ictericia en niños con hepatitis, enfermedad de la vesícula biliar con obstrucción o hemólisis (anemia de células falciformes)⁹.
- Examen abdominal (debe realizarse cuando el niño está cómodo, relajado y antes de las partes del examen que provocan más incomodidad o ansiedad como oídos y garganta)⁹:
- Distensión puede ser signo de masa u obstrucción⁹.
 - Los ruidos intestinales pueden estar disminuidos (apendicitis) o aumentados (gastroenteritis u obstrucción intestinal)⁹.
 - El dolor debe localizarse con una palpación suave en los cuatro cuadrantes⁹.
 - Se le puede pedir al niño que localice con un dedo el lugar donde más le duela. El dolor focal reproducible sugiere un proceso inflamatorio intraabdominal⁹.
 - La sensibilidad a la percusión, el rebote o la protección involuntaria son generalmente signos de irritación peritoneal. Otros hallazgos que pueden notarse a la percusión son timpanismo aumentado (intestino distendido), mate fijo (masa) o mate cambiante (ascitis)⁹.
 - El tacto rectal es útil para evaluar el dolor local, masa, constipación y hematoquecia⁹.

6.1.2 Interacción cronológica

No aplica

6.1.3 Gráfico, diagramas, fotografías

Ver Anexo N° 01



6.2 DIAGNÓSTICO

6.2.1 Criterios de Diagnósticos

En la mayoría de los casos, las causas de dolor abdominal agudo son benignas y autolimitadas. El dolor persistente puede indicar una patología subyacente que requiere investigación de urgencia^{10,11}.

La anamnesis y exploración física minuciosa pueden conducir al diagnóstico desde un inicio o reducir las posibilidades diagnósticas. El diagnóstico varía según el grupo etario y el sexo, siendo más difícil la sospecha clínica en niños menores, por lo que es de suma importancia obtener una anamnesis detallada de los padres o cuidadores^{10,11}.

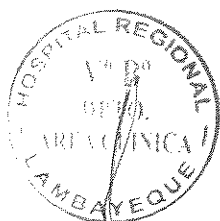
En la historia clínica debe detallarse antecedentes, tiempo de dolor abdominal, localización del dolor, frecuencia de defecación, micción, ingesta de algún alimento o fármaco, y si se acompaña de otro síntoma. A la exploración física es importante localizar el dolor, evidenciar masas o auscultar timpanismo, entre otros signos, para orientar el diagnóstico^{10,11}.

6.2.2 Diagnóstico diferencial

Tabla N° 02: Diagnóstico diferencial según grupo etario

Neonatos e infantes	Niños	Adolescentes
Cólico del lactante	Diarrea aguda	Apendicitis aguda
Diarrea aguda	Apendicitis aguda	Diarrea aguda
Constipación	Constipación	Constipación
Enfermedad de Hirschsprung	Dolor abdominal funcional	Dismenorrea
Hernia encarcerada	Cetoacidosis diabética	Enfermedad pélvica inflamatoria
Vólvulo	Infección del tracto urinario	Embarazo ectópico
Invaginación intestinal	Trauma abdominal	Torsión ovárica / testicular
Infección del tracto urinario	Faringitis/amigdalitis aguda	Colecistitis aguda
-----	Neumonía	Pancreatitis aguda
-----	Púrpura de Henoch Schölein	Enfermedad inflamatoria intestinal
-----	Adenitis mesentérica	-----

Fuente: Acute Abdominal Pain in Children, artículo de revisión



6.3 EXÁMENES AUXILIARES

6.3.1 De Patología Clínica

No son necesarios si la anamnesis y la exploración física brindan el diagnóstico asociadas a un buen estado clínico del paciente. Se realiza seguimiento de forma ambulatoria si el dolor se autolimita y tolera la vía oral. En los casos en que la anamnesis o hallazgos físicos sugieran patología focal o grave, se podrían solicitar estudios complementarios, dependiendo de la edad y la presunción diagnóstica¹².

Entre los exámenes de patología clínica se tienen los siguientes:

- Hemograma completo: Los leucocitos aumentados sugieren infección o inflamación como apendicitis. Sin embargo, valores normales no excluyen procesos patológicos. Los leucocitos más de 20 000 /mm³ de sangre suele deberse a cuadros quirúrgicos, abscesos o neumonía lobar. La hemoglobina se solicita para controles, anemia o morfología anormal como anemia falciforme y síndrome urémico hemolítico¹².
- Bioquímico: glucosa, electrolitos, creatinina, transaminasas, amilasa, lipasa, gases arteriales, proteína c reactiva, velocidad de sedimentación, hipertransaminasemia o hiperamilasemia orientan a hepatitis, colecistitis o pancreatitis. Acidosis metabólica sugiere deshidratación, obstrucción intestinal, cetoacidosis diabética o peritonitis¹².
- Examen de orina completo: Ante la sospecha de infección urinaria, litiasis renal. En el caso de un cuadro quirúrgico se debe solicitar exámenes complementarios como perfil de coagulación, grupo sanguíneo y factor¹².

6.3.2 De imágenes

- Ecografía abdominal: Es la técnica de imagen más útil en el estudio de dolor abdominal. Es fácil de usar y cómoda para los pacientes pediátricos. Sin embargo, su principal desventaja constituye la dependencia de la experticia del evaluador¹².
- Radiografía de tórax / abdomen: Se solicita a pacientes seleccionados en los que se sospeche de patología pulmonar, perforación visceral u obstrucción intestinal¹².
- Tomografía: Brinda más información ante un dolor atípico, con una sensibilidad y especificidad del 98% para la apendicitis aguda. Es útil en casos de dudas diagnósticas y excesivo gas intestinal en la exploración ecográfica. La desventaja de esta prueba es la exposición a radiación y en algunos casos la necesidad de sedación¹².
- Resonancia magnética: Prueba ideal para el diagnóstico de patología abdominal quirúrgica. La ventaja sobre la tomografía se debe a que no expone a radiación ionizante y no es necesario el uso de contraste. Sin embargo, es una prueba costosa y que requiere mucho tiempo y sedación¹².



6.3.3 De exámenes especializados complementarios

No aplica.

6.4 MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

6.4.1 Medidas generales y preventivas

- Colocar al paciente en una posición adecuada, con cuidador acompañante¹³.
- Las terapias no farmacológicas como la distracción y las intervenciones cognitivo-conductuales son eficaces en reducir el dolor en los niños¹³.
- Los niños postrados y con apariencia de enfermos (deshidratados, quejumbrosos) requieren manejo urgente¹³.
- Las medidas de reanimación iniciales incluyen corrección de hipoxemia, reemplazo de pérdidas de volumen intravascular y corrección del medio interno¹³.
- El niño debe permanecer sin recibir alimentos hasta que se descarte completamente una patología que requiera intervención quirúrgica¹³.
- Colocación de sonda nasogástrica si presenta vómitos incoercibles o signos de obstrucción intestinal¹³.
- Pacientes con alta sospecha quirúrgica deben ser evaluados inmediatamente por las especialidades de cirugía o ginecología, según corresponda¹³.

6.4.2 Terapéutica

El tratamiento está dirigido a la causa subyacente. Para la evaluación del dolor en lactantes menores de 3 años se debe aplicar la Escala Conductual de FLACC (es el acrónimo de Face, Legs, Activity, Cry, Consolability, ver Anexo N° 02); de 3 a 7 años, la Escala de Wong Baker Faces (Anexo N° 03); y para escolares mayores de 7 años, la Escala Numérica (Anexo N° 04)¹⁴.

La evaluación del dolor en el triaje facilita la administración adecuada y oportuna de la analgesia. Es importante precisar que el uso de analgesia precoz enmascara ni altera el establecimiento de la causa del dolor abdominal agudo, por el contrario, facilita la evaluación¹⁴.

Las escalas para evaluar el dolor deben aplicarse durante la evaluación inicial y después de la analgesia. Esta última debe administrarse lo antes posible, dentro de los 30 minutos posteriores a la evaluación del dolor en el triaje y debe administrarse de acuerdo con la puntuación del dolor¹⁴.

Puede administrarse analgesia oral independientemente de los requisitos de ayuno, siempre y cuando se haya descartado perforación del tubo digestivo¹⁴.

El ibuprofeno no se recomienda para el tratamiento del dolor abdominal puesto que puede contribuir a los síntomas abdominales y comprometer la



función renal en caso de deshidratación. No se recomienda la codeína porque la eficacia es variable¹⁴.

Los opioides los podemos usar para tratar el dolor abdominal agudo severo sin retrasar el diagnóstico¹⁴.

En dolor leve se puede usar paracetamol 15 mg/kg/dosis vía oral (máximo 1 gramo) hasta 4 veces por día; en dolor moderado, paracetamol 15mg/kg/dosis vía oral o endovenosa y/o metamizol 20-25 mg/kg/dosis intramuscular o endovenosa; y en dolor severo, paracetamol y fentanilo intranasal 1.0 – 1.5 microgramos / kg (máximo 100 mcg/dosis) o tramadol 1mg/kg/dosis o morfina 0.1 mg/kg como dosis inicial (máximo 2.5 mg)¹⁴.

Los antibióticos intravenosos empíricos son indicados, a menudo, ante sospecha clínica de infección intraabdominal. En neonatos se indica ampicilina + amikacina o cefotaxime + metronidazol (si es grave); y en niños, clindamicina + amikacina, si es complicada ceftriaxona 80 mg/kg/d en dos dosis + metronidazol 40 mg/kg/d en tres a cuatro dosis¹⁴.

6.4.3 Efectos adversos o colaterales con el tratamiento

Opiáceos: Puede producirse rigidez muscular, incluyendo los músculos torácicos, que puede evitarse si se realiza inyección intravenosa lenta (que puede ser suficiente para dosis bajas). Además, pueden aparecer movimientos mioclónicos no epilépticos, bradicardia, asistolia, hipotensión (especialmente en pacientes con hipovolemia). Se debe adoptar medidas adecuadas para mantener una presión arterial estable¹⁴.

la depresión respiratoria guarda relación con la dosis y puede revertirse con la administración de un antagonista narcótico (naloxona). Es necesario disponer de equipos de reanimación y antagonistas narcóticos¹⁴.

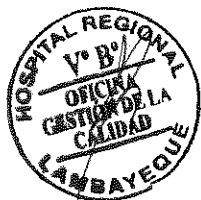
Asimismo, Debe evitarse la inyección rápida en bolo de opiáceos en pacientes con alteración de la distensibilidad cerebrovascular puesto que la reducción transitoria de la presión arterial media se ha asociado a reducción transitoria de irrigación sanguínea cerebral en estos pacientes¹⁴.

Ampicilina: Puede presentarse erupción eritematosa máculo – papulosa cuando se usan dosis altas y en pacientes inmunosuprimidas. Otros efectos secundarios descritos son aumento leve y transitorio de transaminasas y fosfatasa alcalina. Asimismo, leucopenia, neutropenia, trombocitopenia y eosinofilia suelen aparecer con tratamientos prolongados (a partir de la segunda semana) y normalmente son reversibles al retirar el medicamento. La colonización intestinal y vaginal por *Cándida* puede presentarse. En neonatos, cuando se emplean a dosis altas, se ha reportado excitación del sistema nervioso central y convulsiones¹⁴.

Amikacina: Puede causar ototoxicidad, nefrotoxicidad, vómitos, rash, entumecimiento, hormigueo, espasmos musculares, convulsiones, parálisis respiratoria y fiebre medicamentosa¹⁴.

Clindamicina: No hay datos específicos en niños. Sin embargo, se reporta diarrea, vómitos, dolor gastrointestinal, flatulencia, incremento de enzimas hepáticas, mareo, dolor de cabeza, alteración del gusto y candidiasis vaginal. Su uso se ha asociado a colitis pseudomembranosa por sobrecrecimiento de *Clostridium difficile*¹⁴.

Metronidazol: Las reacciones más graves reportadas son convulsiones y neuropatía periférica. Las reacciones más frecuentes son dolor epigástrico, náuseas, vómitos, diarrea, sabor metálico, erupciones, prurito, flebitis en el sitio de infusión intravenoso. Otras reacciones menos frecuentes son cefalea, mareo, angioedema, síncope, ataxia, confusión, neutropenia reversible, trombocitopenia, diplopía y miopía transitorias¹⁴.



Cefalosporinas: Pueden producir reacciones alérgicas. Se debe tomar en cuenta que personas alérgicas a las penicilinas pueden ser alérgicas a las cefalosporinas porque estructuralmente son semejantes. Ocorre, aproximadamente, en un 2 % de los pacientes y entre las reacciones inmediatas están la anafilaxia, la urticaria y el broncoespasmo. Las reacciones tardías incluyen dermatitis, lesiones de la mucosa oral, fiebre y erupciones cutáneas. Lo más común es que se presente una erupción maculopapular habitualmente durante el tratamiento que puede acompañarse, algunas veces, de fiebre y eosinofilia. Además, pueden producir reacciones locales como flebitis y tromboflebitis (1% de casos)¹⁴.

Las cefalosporinas parenterales que se excretan con la bilis causan diarrea en un 2% de los casos. La ceftriaxona puede favorecer la aparición de barro biliar. Los pacientes que reciben grandes dosis de estos antibióticos pueden presentar una reacción de Coombs positiva, aunque la hemólisis no suele asociarse a este fenómeno¹⁴.

Las cefalosporinas pueden producir en raras ocasiones depresión de la médula ósea caracterizada por granulocitopenia. Las cefalosporinas son consideradas agentes nefrotóxicos potenciales asociados a nefrolitiasis y pseudolitiasis biliar. Pueden incrementar los niveles de transaminasas y fosfatasas alcalinas de manera transitoria y leve¹⁴.

Estos antibióticos pueden favorecer las infecciones por gérmenes resistentes a su acción antibacteriana *Pseudomonas*, *Enterococcus faecalis* y *Cándida*. A altas dosis y en presencia de insuficiencia renal pueden ocasionar encefalopatía y convulsiones¹⁴.

6.4.4 Signos de Alarma

Los signos de alarma considerados son los siguientes^{15,16}:

- Apariencia tóxica.
- Signos de deshidratación.
- Alteración del sensorio.
- Dolor abdominal continuo, de gran intensidad.
- Dolor abdominal localizado y periódico.
- Dolor abdominal nocturno.
- Distensión abdominal severa.
- Ausencia de ruidos intestinales.
- Pared abdominal rígida.
- Signos de irritación abdominal.
- Vómitos biliosos.
- Sangre en las heces.
- Palidez.
- Fiebre persistente alta.

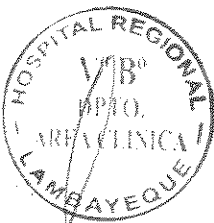
6.4.5 Criterios de Alta

De acuerdo con la patología identificada^{15,16}:

- Buena tolerancia oral.
- Afebril por 48 horas.
- Dolor abdominal resuelto.
- Reactantes de fase agudo negativos.

6.4.6 Pronóstico

- Favorable en aquellos casos que cursen sin complicaciones^{15,16}.



- En pacientes con complicaciones, el pronóstico es particular en cada caso^{15,16}.

6.5 COMPLICACIONES

Las complicaciones consideradas son las siguientes^{15,16}:

- Apendicitis perforada.
- Peritonitis.
- Sepsis.
- Shock séptico – hipovolémico.
- Isquemia.
- Necrosis.

6.6 CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

Se rigen según lo establecido en la Norma Técnica N° 018-MINSA/DGSP-V.01: "Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los establecimientos del Ministerio de Salud".

Referencia

Todo paciente con dolor abdominal que no se controle adecuadamente en su establecimiento de salud de origen o que tenga asociado algún diagnóstico complejo debe ser referido al Hospital Regional Lambayeque.

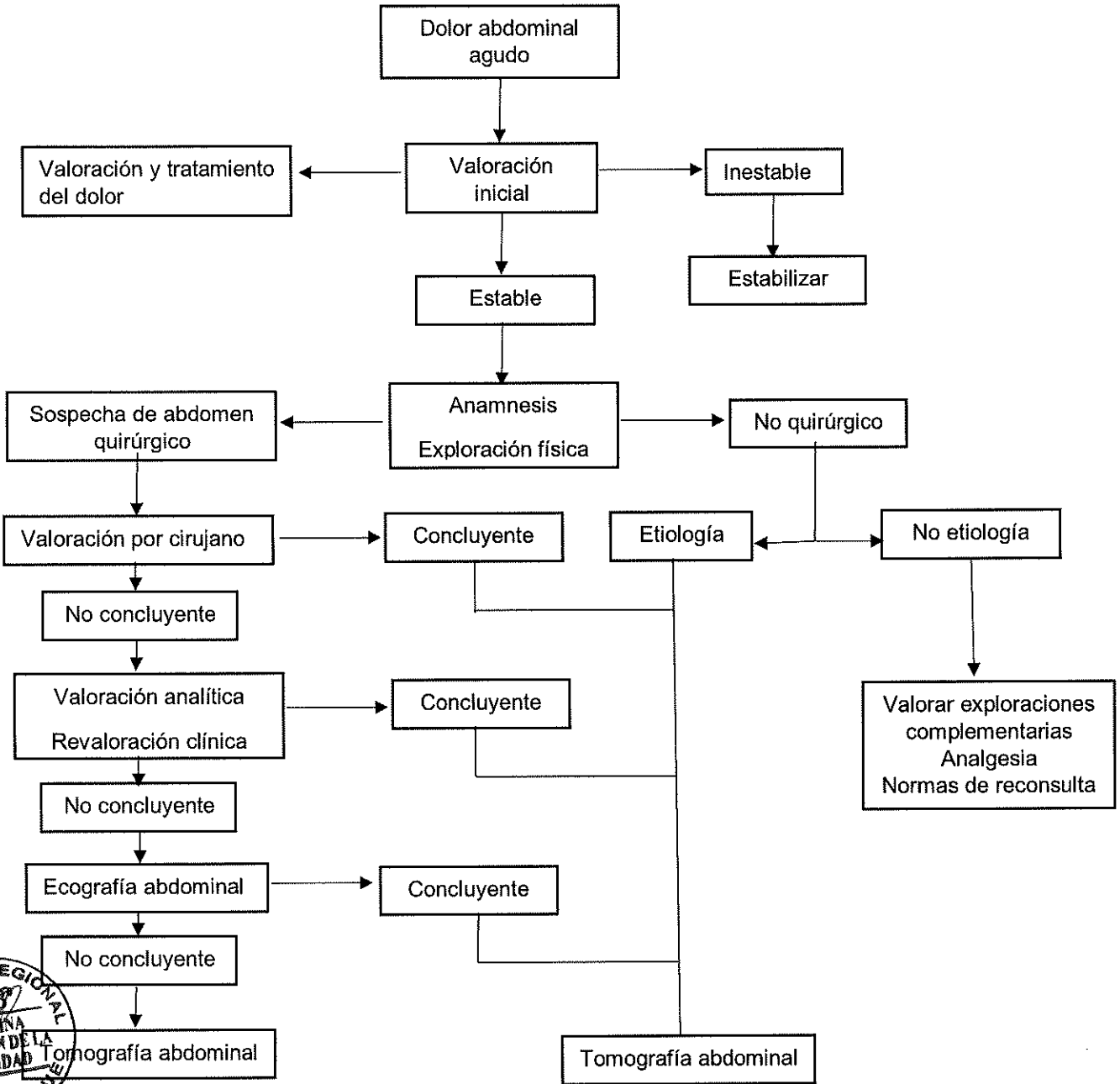
Contrarreferencia

Al ser tratado y resuelto el cuadro patológico de fondo y asegurando una evolución favorable del dolor abdominal, el paciente debe ser contrarreferido a su establecimiento de salud de origen con las recomendaciones necesarias para su seguimiento.

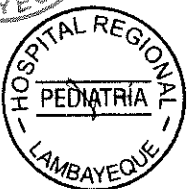
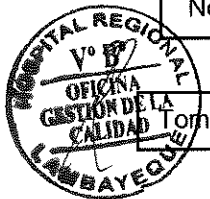


6.7 FLUXOGRAMA

Diagrama de flujo N° 01: Esquema de la toma de decisiones en el dolor abdominal agudo en la edad pediátrica.



Fuente: adaptado del Servicio de Urgencias Pediátricas, Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona.



I. ANEXOS

Anexo N° 01: Causas de DAA y AA

	Causas más frecuentes de DAA	Causas más frecuentes de AA
<2 años	Cólico del lactante, GEA	Invaginación intestinal, apendicitis aguda, vólvulo intestinal, hernia incarcerada
2 – 5 años	GEA, ITU, neumonía, asma. Infecciones virales, estreñimiento	Apendicitis aguda, hernia incarcerada, divertículo de Meckel, obstrucción intestinal por cirugía previa, tumores
> 5 años	GEA, traumatismos, ITU, dolor abdominal funcional, estreñimiento, infecciones virales	Apendicitis aguda, EII, colecistitis, pancreatitis, cetoacidosis diabética, torsión testicular / ovárica, cólico nefrítico, tumores
Adolescentes	GEA, estreñimiento, ITU, neumonía, asma, infecciones virales, dismenorrea	Apendicitis aguda, torsión testicular / ovárica, enfermedad inflamatoria pélvica, cólico nefrítico, colecistitis, pancreatitis, hepatitis, EII, tumores, embarazo ectópico

Fuente: Diagnóstico y tratamiento del dolor abdominal agudo (abdomen agudo) en Urgencias. Asociación Española de Pediatría.



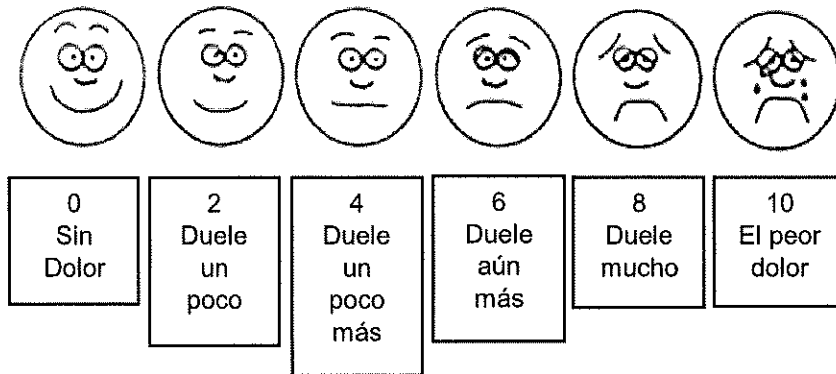
Anexo N° 02: Escala conductual FLACC (niños < 3 años)

FLACC			
Calificación del dolor de 0 a 10 (0 equivale a no dolor; y 10, al máximo dolor imaginable)			
	0	1	2
Cara	Cara relajada Expresión neutra	Arruga la nariz	Mandíbula tensa
Piernas	Relajadas	inquietas	Golpea con los pies
Actividad	Acostado y quieto	Se dobla sobre el abdomen encogiendo las piernas	Rígido
Llanto	No llora	Se queja, gime	Llanto fuerte
Capacidad de consuelo	Satisfecho	Puede distraerse	Dificultad para consolarlo

Fuente: Manual de triaje del Servicio de Emergencias del Instituto Nacional del Niño San Borja, 2019.

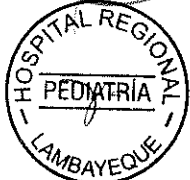
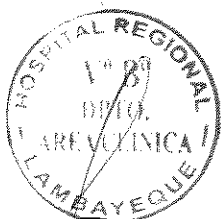


Anexo N° 03: Escala de caras de Wong-Baker (niños ≥ 3 años)

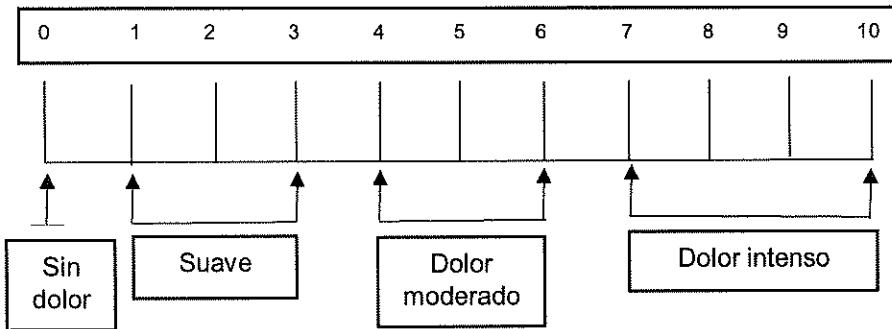


- 0: no dolor;
- 2: dolor leve;
- 4-6: dolor moderado;
- 8: dolor intenso;
- 10: máximo dolor imaginable.

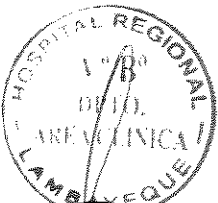
Fuente: Adaptado de Wong and Baker, 1988.



Anexo N° 04: Escala numérica del dolor

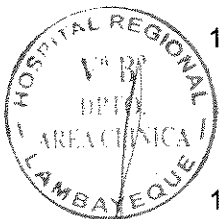


Fuente: Hospital Universitario de Fuenlabrada



II. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Benito Fernández J. Dolor abdominal agudo. En: Casado Flores J, Serrano González A (eds.). Urgencias y tratamiento del niño grave. 3.ª ed. Madrid: Ergon; 2015. p. 1262- 69.
2. Balachandran B, Singhi S, Lal S. Emergency management of acute abdominal in children. Indian J Pediatr. 2013 Mar; 80(3): 226-34.
3. Astobiza E. Dolor abdominal. En: Benito J, Mintegi S, Sánchez J (eds.). Diagnóstico y tratamiento de urgencias pediátricas. 5.ª ed. Madrid: Panamericana; 2011. p. 435- 45.
4. Lipsett SC, Bachur RG. Current Approach to the Diagnosis and Emergency Department Management of Appendicitis in Children. Pediatr Emerg Care. 2017; 33:198-205.
5. Alonso Cadenas JA, de la Torre Espí M. Diagnóstico y tratamiento del dolor abdominal agudo (abdomen agudo) en Urgencias. 2020; 1:197-213.
6. Abdomen agudo como entidad clínica. Estudio fisiopatológico. Diagnóstico diferencial. Departamento de Cirugía. Prof. Dr.M. García.
7. Reust CE, Williams A. Acute Abdominal Pain in Children. Am Fam Physician. 2016;93(10):830-6.
8. Holmes FJ, Lillis K, Monroe D, Borgialli D, Kerrey BT, Mahajan P, et al. Identifying Children at Very Low Risk of Clinically Important Blunt Abdominal Injuries. Ann Emerg Med. 2013;62:107-16.
9. Magnúsdóttir, M.B., Róbertsson, V., Þorgrímsson, S., Rósmundsson, Þ., Agnarsson, Ú. and Haraldsson, Á. Abdominal pain is a common and recurring problem in paediatric emergency departments. Acta Paediatr, 2019;108: 1905-1910.
10. Muñoz-Santanach D, Luaces Cubells C. Dolor abdominal agudo. Pediatr Integral 2019; XXIII (1): 15–24.
11. Waseem M, Rosenberg HK. Intussusception. Pediatric Emerg Care. 2008;24:793- 800.
12. Kiriya S, Takada T, Strasberg SM, et al. TG13 guidelines for diagnosis and severity grading of acute cholangitis. J Hepatobiliary Pancreat Sci. 2013;20(1):24-34.
13. Notrica DM. Pediatric blunt abdominal trauma. Curr Opin Crit Care. 2015;21(6):531-7.
14. Lee SL, Islam S, Cassidy LD, Abdullah F, Arca MJ. Antibiotics and appendicitis in the pediatric population: an American Pediatric Surgical Association Outcomes and Clinical Trials Committee Systematic Review Journal of Pediatric Surgery. 2010;45:2181-5.
15. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Dolor



Abdominal Agudo en Pediatría del INSN-SB. 2021.

16. Joon Sung Kim. Dolor abdominal agudo en niños. Gastroenterología Pediátrica, Hepatología y Nutrición. 2013;16(4).

