

CURSO ONLINE DE ACTUALIZACIÓN EN PEDIATRÍA

preguntas frecuentes, respuestas sencillas

ORGANIZA:  **SEMG Andalucía**
Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

COLABORA:  **gsk**
GlaxoSmithKline





BEXSERO

Vacuna meningocócica del grupo B
(ADNr, de componentes, adsorbida)



MENVEO

Vacuna conjugada frente al meningococo
de los serogrupos A, C, W135 e Y.

Rotarix 2 **ORAL**
dosis

vacuna antirrotavirus, viva

CURSO ONLINE DE ACTUALIZACIÓN EN PEDIATRÍA

preguntas frecuentes, respuestas sencillas

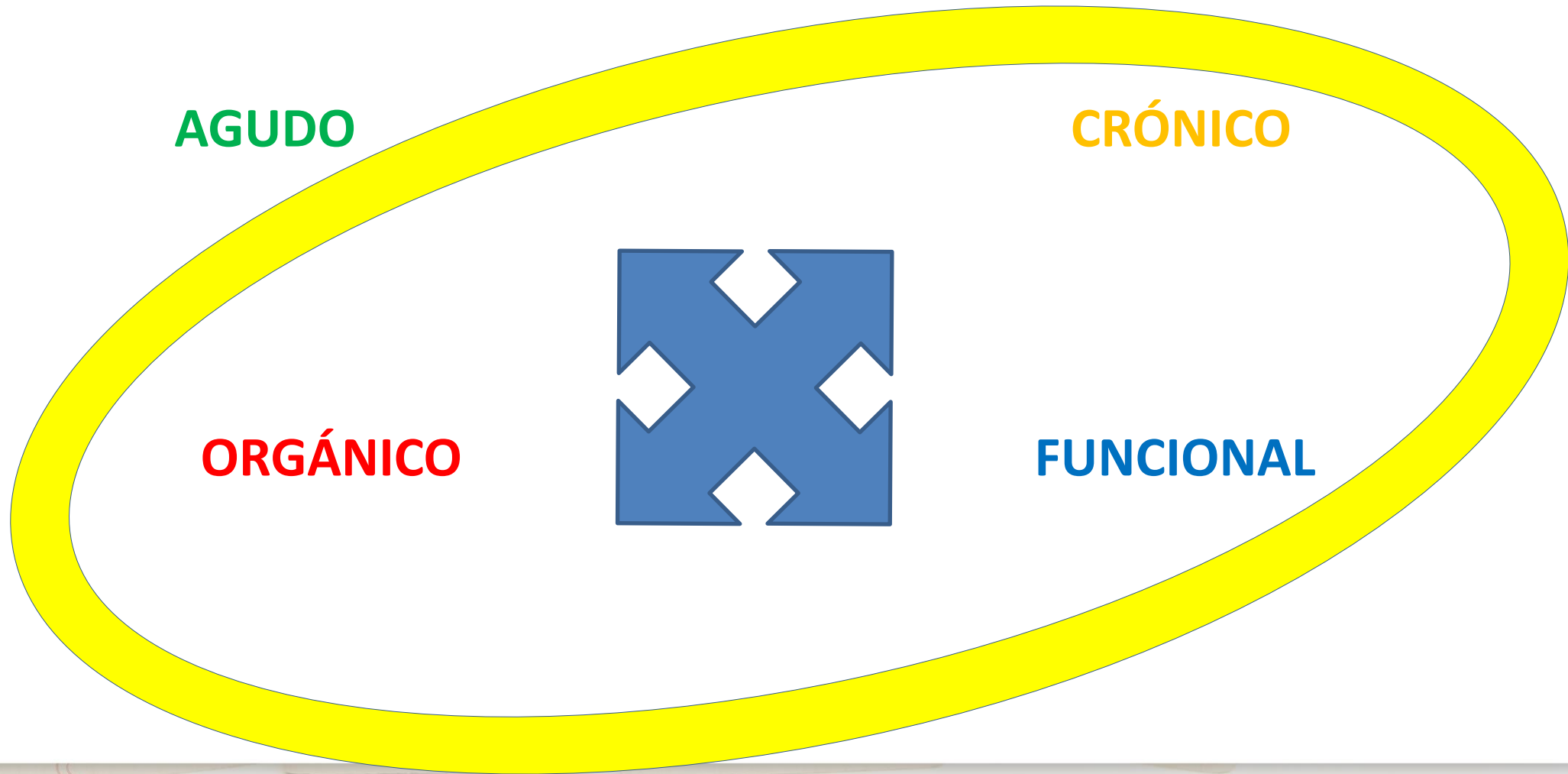
DOLOR ABDOMINAL

Distinguiendo lo orgánico de lo funcional

María Ángeles López Sánchez

Unidad de digestivo Infantil. Hospital de Poniente





¿Qué nos preocupa?

DISTINGUIR LO ORGÁNICO DE LO FUNCIONAL

Consulta muy frecuente.

Múltiples las patologías que pueden dar dolor abdominal

Diagnóstico diferencial amplio → importancia de la Hº clínica

DOLOR ABDOMINAL CRÓNICO/RECURRENTE

30% de los niños y adolescentes (infrecuente en menores de 5 años)

Picos incidencia: 5-7 a y preadolescentes. Niñas/niños (1,4/1)

Aumento de la incidencia sin aumento de la organicidad: cambios estilo de vida (dieta, estrés)

Consideraciones DAC

Angustia familiar

Alteración ritmo escolar

Numerosas consultas pediátricas

↑ Gasto sanitario

Preocupación del médico → solicitar pruebas innecesarias

DAC el funcional es el más frecuente (90%)



¿Cómo hacerlo bien?

Medicina Basada en la evidencia

Las causas orgánicas graves suelen dar la cara y tener síntomas característicos

- ANAMNESIS

Dirigida y con preguntas clave. Con una buena historia clínica seremos capaces de realizar un enfoque diagnóstico y si hay necesidad de pruebas complementarias dirigirlas/limitarlas.

- EXPLORACIÓN FÍSICA

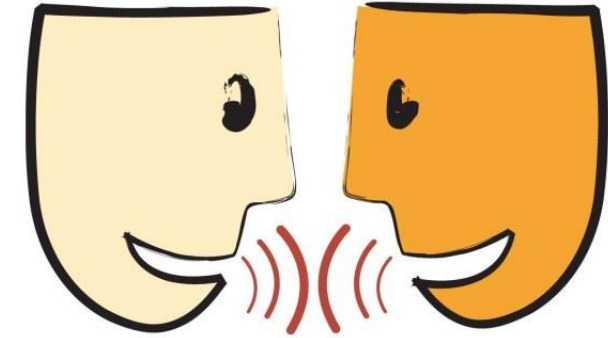
- APOYO EN PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Cuando sean necesarias

ETIOPATOGENIA

- **Digestivas:** orgánico o funcional
- **Extradigestivas:** nefro-urológicas, infecciones, ginecológicas, neoplasias, metabólica (debut diabético)

ANAMNESIS



- Antecedentes personales y familiares
- ¿Qué le ocurre? ¿Desde cuándo? Tiempo de evolución
- ¿Dónde? Localización
- ¿Tipo de dolor? Características: cólico, continuo, irradiado.
- Intensidad, frecuencia y duración
- ¿Qué hace cuando le duele? Como se calma
- ¿Síntomas asociados? Náuseas, vómitos...¿Pérdida de peso?
¿pérdida de apetito? ¿Fiebre, artralgias, aftas...?

- ¿Ritmo deposicional? Características de las deposiciones. Consistencia, frecuencia, productos patológicos. Urgencia defecatoria tras comidas...
- Desencadenantes
- ¿Lo relaciona con algo en concreto? Relación con la ingesta/defecación
- Hábitos dietéticos: encuesta
- Psicosocial
- Rendimiento escolar

SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA (red flags)

Tabla 1. Datos de alarma potencial en el niño con dolor abdominal crónico

Historia familiar de enfermedad inflamatoria intestinal, enfermedad celíaca o úlcera péptica

Dolor persistente en el cuadrante superior derecho o inferior derecho

Disfagia

Odinofagia

Vómitos persistentes

Sangrado gastrointestinal

Diarrea nocturna

Artritis

Enfermedad perianal

Pérdida de peso involuntaria

Detención del crecimiento

Pubertad retrasada

Fiebre inexplicada



Exploración física. Signos de alarma

- Mal aspecto
- Palidez, Ictericia
- Estancamiento pondero-estatural
- Distensión abdominal
- Masas o visceromegalias
- Retraso puberal
- Anomalías perianales (úlceras, fístulas)
- Aftas orales



Indicadores de riesgo psicosocial

- Asociación del inicio, gravedad, exacerbación o persistencia del dolor con factores psicológicos.
- Hiperfrecuentación de consultas médicas.
- Absentismo escolar.** Problemas de aprendizaje, restricción de la actividad habitual.
- Riesgo social.
- Comorbilidad psiquiátrica.
- Historia familiar de trastornos somatomorfos.
- Refuerzo familiar del síntoma.** Ganancias secundarias.
- Mejoría del síntoma con tratamiento psicológico.

CON ELLO YA HABREMOS FILIADO Y ORIENTADO LA MAYORÍA DE LAS CAUSAS

- Agudo/Crónico
- Orientación: orgánico o funcional

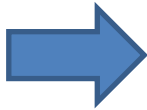
Pruebas complementarias

Según anamnesis y EF podremos orientarlas.

La mayoría DAC pueden ser catalogados como funcionales sin pruebas complementarias

Si signos de alarma o sino hay ningún síntoma orientativo específico → estudio general

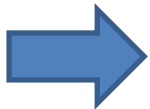
OJO! con el exceso de pruebas



- 1º Nivel

Hemograma, Bioquímica, Perfil férrico, hepático-renal-pancreático, lipídico, fosfocálcico, Inmunoglobulinas, Ac ATG, albúmina. Reactantes de fase aguda (PCR y VSG)

Coprocultivo, parásitos en heces, SOH, calprotectina fecal *, sedimento de orina (calcio, creatinina)



- 2º Nivel

Ecografía abdominal*

EDA, Colonoscopia, pHmetría, Test de H2 espirado, TAC, Resonancia, Enterorresonancia

Elastasa fecal

¿Qué no pedir?

PRUEBAS A SOLICITAR CON PRECAUCIÓN

- Ag Helicobacter pylori en heces

No relación causa efecto del dolor abdominal crónico-infección. NO BÚSQUEDA RUTINARIA.

Aumento de resistencias (claritromicina 15%)

Guía ESPGHAN 2017: no buscar en TGIF, no buscar de forma rutinaria mediante métodos no invasivos (comprobar erradicación), no tratamiento con test no invasivos positivos sin previa EDA

- Caps específicos a alimentos sin correlación clínica sugestiva, test de histaminosis o intolerancias alimentarias

DISTINGUIÉNDO LO ORGÁNICO DE LO FUNCIONAL

- PATOLOGÍA ORGÁNICA

Tabla 1 : Causas orgánicas de dolor abdominal crónico

Dolor abdominal tipo dispepsia	Dolor abdominal periumbilical tipo cólico (con o sin alteración de ritmo intestinal)
Reflujo gastroesofágico	Enfermedad celiaca
Enfermedad úlcero-péptica	Intolerancia a hidratos de carbono
Gastritis infecciosas	Estreñimiento
Esofagitis eosinofílica	Enfermedad inflamatoria intestinal
Enfermedad inflamatoria intestinal	Infecciones intestinales (<i>Yersinia</i> , parásitos)
Alteraciones de la motilidad (gastroparesia, pseudoobstrucción duodenal, disquinesia biliar...)	Gastroenteropatías eosinofílicas
Pancreatitis crónica	Malrotación o invaginación intestinal
Colecistopatía	Adherencias postquirúrgicas
	Divertículo de Meckel
	Trastornos vasculares, púrpura de Schönlein-Henoch
	Obstrucción ureteropélvica, urolitiasis
	Porfiria aguda intermitente
	Patología ginecológica (endometriosis, dismenorrea, quiste ovárico, hematocolpos)
	Fármacos

PATOLOGÍA FUNCIONAL

Crterios Roma IV.

Clasificación según la edad

Tabla 1. Trastornos digestivos funcionales pediátricos: neonato y niño pequeño. Criterios Roma IV

G1	Regurgitación del lactante
G2	Síndrome de rumiación
G3	Síndrome de vómitos cíclicos
G4	Cólico del lactante
G5	Diarrea funcional
G6	Disquecia del lactante
G7	Estreñimiento funcional



Tabla 2. Trastornos digestivos funcionales pediátricos: niño y adolescente. Criterios Roma IV

H1. Trastornos de náuseas y vómitos funcionales	
H1a	Síndrome de vómitos cíclicos
H1b	Náuseas funcionales y vómitos funcionales
H1c	Síndrome de rumiación
H1d	Aerofagia
H2. Trastornos de dolor abdominal funcional	
H2a	Dispepsia funcional
H2b	Síndrome de intestino irritable
H2c	Migraña abdominal
H2d	Dolor abdominal funcional no especificado de otra forma
H3. Trastornos funcionales de la defecación	
H3a	Estreñimiento funcional
H3b	Incontinencia fecal no retentiva

DOLOR ABDOMINAL FUNCIONAL

- Dolor abdominal cuya causa no se descubre
- Dolor recurrente no explicado por alteraciones bioquímicas o estructurales (no marcadores biológicos)
- Para su identificación solo podemos utilizar síntomas
- 90% casos

PATOLOGÍA FUNCIONAL

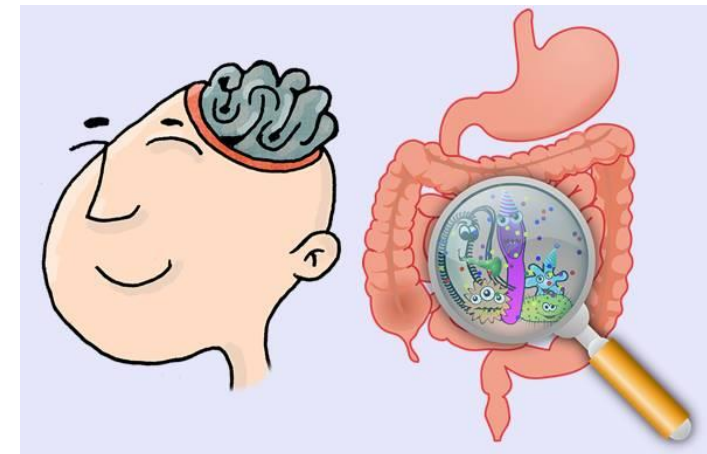
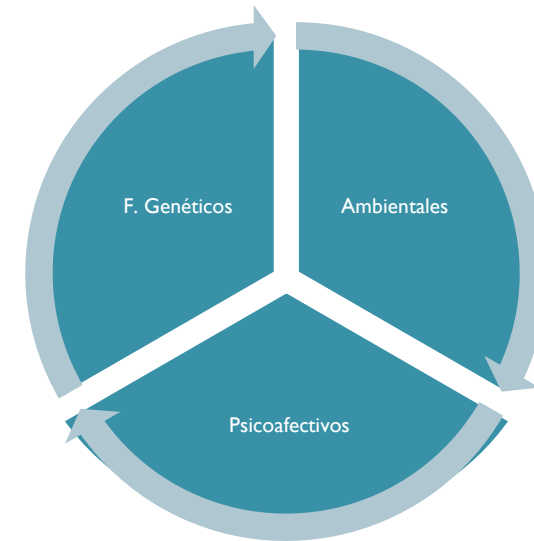
Nace del modelo bio-psico-social

- Modelo **Bio-psicosocial**:

Vivencias

Eje intestino-cerebro conexión constante y bidireccional (nivel nervioso, circulatorio, inmune)

- Microbiota intestinal
- Reactividad anormal frente a estímulos
- Hipersensibilidad visceral
- Disminución del umbral al dolor



PATOLOGÍA FUNCIONAL

Cuando no hay signos de alarma tener en cuenta el **ESTREÑIMIENTO OCULTO** y la retención fecal, causa frecuente de dolor abdominal crónico

Según los síntomas descritos → englobaremos en TGIF concreto (**Criterios ROMA IV**)

Las pruebas complementarias: orientadas. *Realizar muchas pruebas con resultado negativo en ocasiones no tranquiliza a los padres sino que les da la impresión de que existe un trastorno orgánico que no ha sido detectado.*

Explicarles muy bien que le hemos hecho y por qué y cuál es nuestra orientación diagnóstica

DAC abordaje inicial

- Anamnesis
 - Exploración
- ↔
- Orientación diagnóstica

Hablar con la familia y con el niño:

- Escuchar y observar
- Preguntar
- Explorar
- Explicar

Una buena historia clínica ahorra exploraciones complementarias (en ocasiones tendemos a una medicina defensiva)

Dispepsia funcional

Debe incluir al menos 1 o más de los siguientes síntomas durante **al menos 4 días al mes y un mínimo de 2 meses antes del diagnóstico:**

1. Plenitud postprandial.
2. Saciedad precoz.
3. Dolor epigástrico o ardor no asociado con la defecación.
4. Los síntomas no se pueden atribuir a otra enfermedad, después de una evaluación médica adecuada.

Subtipos:

A. Síndrome de disconfort postprandial: Incluye una plenitud postprandial o sensación de saciedad precoz molestas que impiden terminar una comida normal.

Criterios de apoyo: la presencia de distensión en abdomen superior, náuseas postprandiales o excesivos eructos.

B. Síndrome del dolor epigástrico: Incluye un ardor o quemazón molesto localizado en epigastrio, que es lo suficientemente importante como para interferir con sus actividades normales.

Tratamiento: dieta de protección gástrica, IBP, ansiolíticos, ISRS

Síndrome de intestino irritable

Cumplir todo lo siguiente al menos 2 meses previos al diagnóstico:

- Dolor abdominal al menos 4 días al mes asociado con uno o más de los siguientes: relacionado con la defecación, cambios en la frecuencia de defecación, cambios en la forma o apariencia de las deposiciones
- En niños con estreñimiento el dolor no se resuelve con la resolución del mismo
- Después de una evaluación médica apropiada los síntomas no pueden atribuirse a otra condición

Tratamiento: dieta baja en FODMAP

DIETA BAJA EN FODMAP



	CONSUMIR LIBREMENTE	CONSUMIR MODERADAMENTE	PREFERIBLEMENTE NO CONSUMIR
VEGETALES	Pimientos Verdes Tomates Zanahoria Cebollino Pepino Berenjena Judías Escarola Judías Calabacín	Aguacate Brócoli Coles de Bruselas Coliflor Apio Guisantes verdes Champiñones Calabaza	Alcachofa Espárragos Col Espárragos Cebollas Ajo Hongos Remolacha
FRUTAS	Plátano maduro Melón Limón Mandarina Naranja Papaya Maracuyá Piña Fresa	Plátano verde Uvas	Manzana Albaricoques Cerezas Mango Nectarinas Peras Caqui Ciruela Sandía
OTROS	Patata blanca Arroz blanco Yuca Nabo Mantequilla Carne Pollo Pescados y mariscos Huevos Aceite de coco mantequilla oliva. Especies como: sal, pimienta, hierbas frescas y secas Vinagres Té	Batata Nueces Nueces de Macadamia Aguacate Chocolate oscuro Cacao Vino Café Queso Ricotta Garbanzos	Pistachos Almendras Avellanas Leche Yogurt Kefir Jarabe de Maíz Miel Cerveza Zumo de frutas Bollería Pan (blanco, centeno, multicereal) Trigo Caramelos Flanes Salsas

Migraña abdominal

Debe cumplir todo lo siguiente, al menos en dos ocasiones, en los seis meses anteriores al diagnóstico:

- Episodios paroxísticos de dolor abdominal periumbilical, en línea media o difuso, que duran una hora o más, siendo este el síntomas más importante
- Episodios separados por semanas o meses
- El dolor es incapacitante e interfiere con la actividad habitual
- Síntomas y patrones estereotipados en cada paciente individual
- El dolor está asociado con dos o más de: anorexia, náuseas, vómitos, dolor de cabeza, fotofobia, palidez
- Los síntomas no se pueden atribuir a otra enfermedad, después de una evaluación médica adecuada.

Dolor abdominal funcional no especificado

- Al menos los 2 meses previos al diagnóstico deben haber tenido 4 o más episodios por mes de todos los siguientes:
 1. Dolor abdominal episódico o continuo que no solamente ocurre con eventos fisiológicos (comida/menstruación).
 2. Criterios insuficientes para etiquetarlo de síndrome del intestino irritable, dispepsia o migraña abdominal.
 3. Los síntomas no se pueden atribuir a otra enfermedad, después de una evaluación médica adecuada.

Evaluación clínica: Existe evidencia de que el estrés psicológico se asocia al DAF. Frecuentemente relatan síntomas somáticos extraintestinales inespecíficos que no necesariamente requieren exploraciones complementarias.

Tratamiento: ciproheptadina, bloquea los nonireceptores del músculo liso intestinal

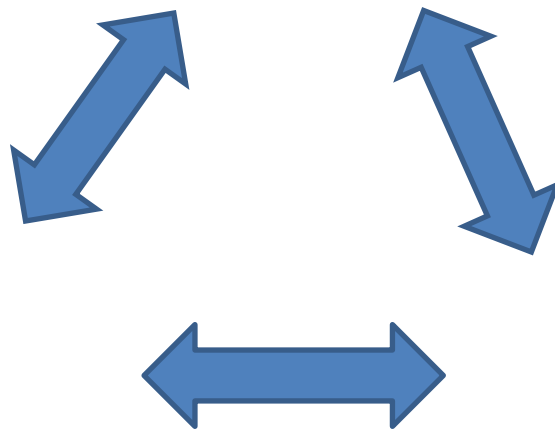
DAC



Tipo de Familias:

- Tranquilos
- Sufridores

Cronicidad: va a depender de los padres



Historia clínica es la herramienta fundamental para orientar el diagnóstico de los **TGIF**.

Escuchar e informar

Establecer una relación de confianza. Mostrar Empatía.

Comprender en todo momento que el dolor que siente el paciente es **REAL**, no imaginario ni fingido. Que puede interferir en la vida diaria.

Explicar la **benignidad y frecuencia** del cuadro. Normalizar vida diaria.

La mayoría pueden ser manejados con **recomendaciones** generales

Seguimiento es fundamental. Apoyo a la familia

Influyen: estrés, exámenes, problemas escolares o familiares o eventos traumáticos

Evolución: recurrente y autolimitado; tiende a desaparecer con el tiempo. La evolución dependerá más de la actitud de los padres que del resto de medidas terapéuticas

PRONÓSTICO: persisten los síntomas a largo plazo en aproximadamente el 30%.

Consejos a los padres

- Es importante saber identificarlo y que el niño haga vida normal
- NO debe dejar de ir al colegio. Si está distraído pensará menos en el dolor
- No deben preguntar activamente por el dolor
- Buscar desencadenantes
- Descartar recompensa
- No transmitir angustia

TRATAMIENTO

- **OBJETIVO PRINCIPAL**

Recuperar la actividad habitual normal del niño más que la desaparición del dolor

Establecer conjuntamente **un plan**: determinar influencia de los distintos componentes físicos, dietéticos y psicológicos, eliminando desencadenantes

Metas alcanzables como volver a su actividad habitual

- **Tratamiento dietético:** Ojo!!! con restricciones dietéticas innecesarias.

Dieta baja en FODMAP en casos seleccionados de SII.

- **Tratamiento farmacológico:** (escasa evidencia)

Dispepsia funcional con:

Dolor epigástrico: inhibidores secreción ácida

Naúseas, aerofagia, saciedad precoz: procinéticos

En migraña abdominal: Propranolol, ciproheptadina, Flunarizina; Pizotifeno, Sumatriptán

Dolor abdominal no específico:

Espasmolíticos (mebevirina, trimeburina, aceite de menta piperita)

Antidepresivos (amitriptilina, imipramina)

- **Tratamiento con probióticos**

Lactobacilus GG (SII)

Mejoran el equilibrio microbiano (competencia metabólica con patógenos); restablecen la barrera de la mucosa intestinal; alteran la respuesta inflamatoria intestinal. (Lactobacillus rhamnosus, Lactobacillus reuteri, Saccharomyces boulardii)

Resultados no concluyentes: estudios si han demostrado disminuir la intensidad y frecuencia del dolor, en otros solo la intensidad.

- **Abordaje psicológico**

Terapias cognitivo-conductuales, técnicas de distracción, hipnoterapia.

Otras terapias como el yoga y neuroestimulación no datos significativos.



Limitaciones del tratamiento farmacológico

Review > Arch Dis Child. 2020 Oct;105(10):938-944. doi: 10.1136/archdischild-2020-318825.

Epub 2020 Mar 9.

Functional abdominal pain: what clinicians need to know

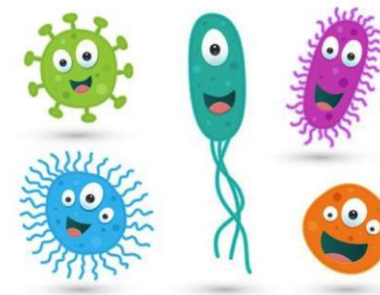
Edward Thomas Andrews ¹, R Mark Beattie ², Mark P Tighe ³

Review > Lancet Gastroenterol Hepatol. 2020 Mar;5(3):316-328.

doi: 10.1016/S2468-1253(19)30256-0. Epub 2019 Dec 16.

New advances in the treatment of paediatric functional abdominal pain disorders

Neha R Santucci ¹, Miguel Saps ², Miranda A van Tilburg ³



ALGORITMO

Anamnesis y EF

Signos de alarma



Orgánico/funcional → clasificación → Explicar y tranquilizar a la familia

Derivación AE



- Síntomas de alarma
- Necesidad de pruebas complementarias complejas
- Dudas diagnósticas
- Insistencia familiar



CONCLUSIONES

- El dolor abdominal es un motivo de consulta muy frecuente.
- El 90% dolor abdominal funcional
- Realizando una anamnesis completa tendremos orientado el problema en la mayoría de los casos
- Buscar los signos y síntomas de alarma → distinguir lo orgánico
- Escuchar, relación de confianza, entender y comprender a la familia, explicar y tranquilizar
- Importancia el seguimiento
- Objetivo: mínima interferencia en el niño y su familia



BEXSERO

Vacuna meningocócica del grupo B
(ADNr, de componentes, adsorbida)



MENVEO

Vacuna conjugada frente al meningococo
de los serogrupos A, C, W135 e Y.

Rotarix 2 **ORAL**
dosis

vacuna antirrotavirus, viva

GRACIAS POR VUESTRA ATENCIÓN

