

PROCOLOS

MANEJO CONJUNTO DEL DOLOR ABDOMINAL CRÓNICO EN PEDIATRIA



SERVICIO
CÁNTABRO
DE SALUD

SCS

Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

Gerencia de Atención Primaria.

Fecha: Junio 2021

	PROTOCOLO	
	<i>MANEJO CONJUNTO DEL DOLOR ABDOMINAL CRÓNICO EN PEDIATRÍA</i>	
Elaborado	Atención Primaria: Rosario González (Pediatra. CS La Marina), Alicia González (Pediatra. CS Covadonga/CS Polanco) Atención Especializada: Mirian Palacios Sánchez, Sandra Llorente Pelayo, Salvador García Galatayud (FEAs Pediatría. Unidad de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla)	
Revisado	M Teresa Viadero Ubierna, Sandra Llorente Pelayo (FEAs Pediatría. H.U.M. Valdecilla)	
Aprobado	María Jesús Cabero Pérez (Jefa de Servicio de Pediatría. H.U.M. Valdecilla), Antonio Martínez Torre (Director Médico de Atención Primaria. SCS)	

1. INDICE

- INTRODUCCIÓN
- OBJETIVO
- POBLACIÓN DIANA
- RECURSOS PERSONALES Y MATERIALES
- PROCEDIMIENTO
 - Definiciones
 - Etiología
 - Diagnóstico
 - Actitud desde Atención Primaria
 - Tratamiento
 - Criterios de derivación a Gastroenterología Infantil
 - Seguimiento
- ANEXOS
- BIBLIOGRAFÍA

Fecha de entrada en vigor:

Fecha de próxima revisión:

2. INTRODUCCIÓN

El dolor abdominal crónico/recurrente (DAC/DAR) constituye un motivo de consulta frecuente en pediatría tanto a nivel de Atención Primaria (23% de las visitas) como en consultas de Gastroenterología Pediátrica (hasta el 50%). Su prevalencia real es desconocida, pero se estima que entre el 13-17% de la población pediátrica lo padece, con un predominio en niñas y en edad puberal. La etiología funcional es la más frecuente y sólo un pequeño porcentaje de casos son debidos a una causa orgánica.

3. OBJETIVO

El objetivo de esta guía es realizar una revisión que permita al facultativo:

- Conocer las principales causas de DAC en el paciente pediátrico.
- Realizar una historia clínica y exploración física completas que permitan reconocer los signos de alarma que sugieren causa orgánica.
- Abordaje diagnóstico del DAC, conociendo el valor de las distintas pruebas diagnósticas disponibles.
- Establecer unas pautas de tratamiento y seguimiento en Atención Primaria, así como criterios de derivación a Atención Especializada.

4. POBLACIÓN DIANA

Pacientes hasta los 16 años en seguimiento en las consultas de pediatría de Atención Primaria de la Comunidad Autónoma.

5. RECURSOS PERSONALES Y MATERIALES

Los profesionales implicados serán los médicos que desempeñan su labor asistencial en la consulta de Pediatría de Atención Primaria y en la consulta de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica.

6. PROCEDIMIENTO

Definiciones:

El término de “dolor abdominal recurrente” fue descrito en 1958 por Appley y Nais, definiéndolo inicialmente como aquel que aparece en niños > 4 años, con una intensidad que es capaz de interferir con la actividad habitual del niño y con una frecuencia igual o mayor a 3 episodios en un periodo de tiempo superior a 3 meses, estando el niño asintomático en los periodos intercríticos y descartándose causa orgánica. Sin embargo, en el año 2005, la Academia Americana de Pediatría (AAP) y la Sociedad Norteamericana de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (NASPGHAN) recomendaron evitar el uso del término de “dolor abdominal recurrente” y emplear el “dolor abdominal crónico” (DAC), que definen como un dolor abdominal de larga duración, continuo o intermitente de origen orgánico o no.

Hepatología y Nutrición Pediátrica (NASPGHAN) recomendaron evitar el uso del término de “dolor abdominal recurrente” y emplear el “dolor abdominal crónico” (DAC), que definen como un dolor abdominal de larga duración, continuo o intermitente de origen orgánico o no.

Etiología:

El término dolor abdominal crónico (DAC) no debería ser utilizado como sinónimo de dolor abdominal funcional, psicógeno, o relacionado con el estrés, ya que a pesar de que el 90-95% de los dolores abdominales crónicos son de etiología funcional, hasta un 10% de los casos puede tener una causa orgánica, que podrá ser de origen digestivo o no digestivo.

ETIOLOGÍA (5-10%)		ORGÁNICA	ETIOLOGÍA FUNCIONAL (90-95%)
CAUSAS DIGESTIVAS		CAUSAS NO DIGESTIVAS	
<ul style="list-style-type: none"> - RGE, ERGE - Enf. úlcero-péptica - Gastroenteropatías eosinofílicas (Esofagitis eosinofílica, colitis eosinofílica) - Enf. celiaca - Enf. inflamatoria intestinal - Infecciones intestinales (parasitosis...) - Estreñimiento - Intolerancia carbohidratos - Alt. vía biliar (colecistitis, colelitiasis...) - Alt. Pancreáticas - Alt. hepáticas - Alt de la motilidad - Malrotación o invaginación intestinal - Divertículo de Meckel - Adherencias posquirúrgicas 		<ul style="list-style-type: none"> - Patología nefrourológica - Alteraciones ginecológicas - Infección respiratoria - D. Mellitus - Porfiria - Drepanocitosis 	<ul style="list-style-type: none"> - Dispepsia funcional - Síndrome de intestino irritable (SII) - Migraña abdominal - Dolor abdominal funcional no especificado

RGE/ERGE: reflujo gastroesofágico / Enfermedad por reflujo gastroesofágico
 EII: Enfermedad inflamatoria intestinal

El DAC tiene su base en la hipersensibilidad visceral derivada de una interacción anómala entre los sistemas nerviosos entérico y central, con cierta predisposición genética, y en la que además influyen la inmunidad de la mucosa y la microbiota intestinal. Su diagnóstico se basa en la exclusión de organicidad y el cumplimiento de una serie de criterios, conocidos como “Criterios Roma”, del que se han realizado varias revisiones, siendo la última la Roma IV (2016)

Dentro de los trastornos funcionales que cursan con dolor abdominal (H2) se han diferenciado cuatro entidades (los criterios Roma IV de dichos trastornos funcionales se especifican en el ANEXO 1):

- Dispepsia funcional (H2a)
- Síndrome de intestino irritable (H2b)
- Migraña abdominal (H2c)
- Dolor abdominal funcional (H2d)

Diagnóstico

El abordaje del DAC es multidisciplinar, y exige la colaboración del pediatra de Atención Primaria, el Gastroenterólogo Infantil, la familia, el entorno del niño y las unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil.

El diagnóstico se basa en una historia clínica y exploración física completas, buscando la existencia de síntomas o signos de alarma que orienten a una causa orgánica del dolor. La ausencia de éstos, orientará al diagnóstico de funcionalidad, sin precisar la realización de pruebas complementarias en la mayor parte de los casos. Sin embargo, ante la presencia de signos de alarma se deben realizar pruebas complementarias dirigidas a investigar la causa subyacente.

- Valoración clínica

-Anamnesis

-Antecedentes familiares: enfermedades digestivas (gastritis, ulcus péptico, enfermedad inflamatoria intestinal, enfermedad pancreática o biliar, Sd intestino irritable...), alergias/intolerancias alimentarias...

-Antecedentes personales médicos, quirúrgicos y psicosociales

-Características del dolor: forma de comienzo, tiempo de evolución, frecuencia, intensidad, interferencia con actividad habitual, localización, predominio horario, duración, factores que se asocian con alivio o empeoramiento

-Síntomas asociados: síntomas vegetativos, saciedad precoz, plenitud postprandial, pirosis, distensión abdominal, vómitos, alteraciones del ritmo intestinal, sangrado rectal, anorexia, disminución de peso, estado nutricional, fiebre, cefalea, síntomas genitourinarios, aftas orales, manifestaciones cutáneas o articulares...

-Hábitos de alimentación

-Aspectos psicosociales: carácter y comportamiento del niño, conducta, hábitos de sueño, beneficios y posibles ganancias secundarias al dolor...

La anamnesis nos permitirá diferenciar tres patrones de dolor abdominal, de utilidad a nivel práctico para orientar el enfoque diagnóstico y las pruebas complementarias a realizar:

- Dolor abdominal sin dispepsia ni alteraciones del tránsito intestinal.
- Dolor abdominal asociado a alteraciones del tránsito intestinal (diarrea, estreñimiento, tenesmo...)
- Dolor abdominal con características dispépticas: dolor epigástrico, dolor relacionado con las comidas, nauseas, saciedad precoz, distensión abdominal, eructos, regurgitaciones ocasionales, vómitos, historia familiar de dispepsia o úlcera.

-Exploración física

-Antropometría: Peso, talla, curvas de peso y talla, IMC, estado nutricional, velocidad de crecimiento...

-Exploración de abdomen: distensión, timpanismo, zonas dolorosas, presencia de masas y visceromegalias...

-Exploración rectal: tacto rectal, fisuras, abscesos perianales

-Desarrollo puberal

Los síntomas y signos de alarma cuya existencia sugiere origen orgánico y la necesidad de realización de pruebas complementarias son:

- Historia familiar de enfermedad inflamatoria intestinal (EII), Enfermedad celiaca (EC) o úlcera péptica
- Dolor persistente en cuadrantes superior y/o inferior derechos o dolor irradiado
- Disfagia
- Vómitos persistentes, vómitos matutinos
- Hemorragia gastrointestinal (hematemesis, vómitos en posos de café, melenas, hematoquecia o rectorragia...)
- Diarrea nocturna
- Enfermedad perianal
- Pérdida de peso
- Retraso en el crecimiento o retraso puberal
- Fiebre de causa desconocida
- Hepato/esplenomegalia, distensión o defensa abdominal, masa abdominal, palidez o ictericia

-Exploraciones complementarias: la capacidad para encuadrar el dolor abdominal dentro de los diferentes tipos de trastornos gastrointestinales funcionales y la ausencia de síntomas y signos de alarma pueden evitar pruebas complementarias innecesarias. En caso de persistencia del cuadro clínico, se realizarán pruebas diagnósticas de primer nivel, orientadas a establecer el diagnóstico de presunción de las patologías orgánicas que más frecuentemente pueden cursar con dolor abdominal

-Primer nivel pruebas enfocadas en función de los patrones de dolor. Pueden realizarse todas ellas desde Atención Primaria, como fase inicial del estudio del DAC.

DOLOR ABDOMINAL DISPÉPTICO	DOLOR ABDOMINAL NO DISPÉPTICO +/- ALTERACIONES DEL TRÁNSITO
<ul style="list-style-type: none"> - ERGE - Enfermedad ulcero-péptica - Esofagitis eosinofílica - E.Celiaca - E. Crohn 	<ul style="list-style-type: none"> - Infecciones GI - Intolerancia HC - EII: E.Crohn, C.Ulcerosa - C.Eosinofílica - E.Celiaca - Sobrecrecimiento bacteriano
<ul style="list-style-type: none"> - Hemograma, VSG - Bioquímica básica (glucosa, urea, iones, perfil hierro, función hepática, amilasa, colesterol, proteínas totales), PCR - Ac Antitransglutaminasa. IgA total - Sangre oculta en heces - Antígeno en heces de H. Pylori 	<ul style="list-style-type: none"> - Hemograma, VSG - Bioquímica básica con función renal y hepática, amilasa y PCR - Ac Antitransglutaminasa. IgA total - Sedimento de orina - Coprocultivo y Parásitos en heces - Sangre oculta en heces - Ecografía de abdomen

ERGE: reflujo gastroesofágico / Enfermedad por reflujo gastroesofágico
EII: Enfermedad inflamatoria intestinal

La solicitud de calprotectina fecal se debe valorar en los DAF no dispépticos con alteraciones del tránsito intestinal o signos de alarma de enfermedad inflamatoria intestinal.

Ante persistencia del dolor abdominal con normalidad de las exploraciones complementarias sin signos/síntomas de alarma se realizará el seguimiento en A. Primaria, intentando tranquilizar a la familia y, en algunos casos seleccionados, puede plantearse la realización de alguna prueba terapéutica empírica que dependerá de cada situación y cuya respuesta puede orientar el diagnóstico.

Debe valorarse la derivación a consulta de Salud Mental (según indicadores de riesgo psicosocial) y/o consulta de Gastroenterología Pediátrica para la realización de pruebas complementarias de 2º nivel.

-Segundo nivel: pruebas según sospecha diagnóstica, en consulta de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica:

-Enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE): pHmetría, impedanciometría, Endoscopia digestiva alta

-Enfermedad úlcero-péptica: ureasa en aliento, endoscopia digestiva alta para toma biopsias (AP, cultivo para H.pylori)

-Enfermedad celiaca: serología Enfermedad celiaca ampliada (Antiendomiso IgA, Estudio HLA-DQ), con biopsia intestinal en caso de estar indicada según nuevos criterios diagnósticos de E. Celiaca 2020

-Enfermedad inflamatoria intestinal: calprotectina fecal, ASCA, ANCA, endoscopia digestiva alta, colonoscopia, enterorresonancia

-Intolerancia a hidratos de carbono (lactosa, fructosa, sorbitol...): test de aliento

-Sobrecrecimiento bacteriano: test de lactulosa

-Estreñimiento con sospecha de organicidad: enema opaco, manometría rectal

Actitud desde Atención Primaria

- DAC con síntomas sugestivos de RGE: suelen existir antecedentes de reflujo en época neonatal. El diagnóstico en At.Primaria debe orientarse por la clínica, no siendo necesaria la realización de tránsito digestivo alto ni ecografía/ecoTIS. En aquellos pacientes sin antecedentes familiares de gastropatía, puede probarse la respuesta a inhibidores de la bomba de protones, evitando alimentos que empeoran los síntomas (cafeína, grasas, especias) y la ingesta de AINES. En caso de ausencia de respuesta es necesario completar el estudio en At. Especializada.
- Enf. úlcero-péptica: los antecedentes familiares de gastropatía (gastritis, ulcus) confieren susceptibilidad para la existencia de patología asociada a H.pylori. En Atención Primaria, la detección antigénica de HP en heces (S 94% y E99%) resulta de utilidad por ser una prueba no invasiva que indica infección activa por H.pylori, indicada en pacientes con sintomatología de dolor abdominal de características dispépticas con antecedentes en familiares de gastropatía.

Se desaconseja la búsqueda rutinaria de la infección por H.P mediante métodos no invasivos (test de urea o determinación de antígeno de H. pylori en heces) en niños asintomáticos o ante todo DAC sin características dispépticas, debiendo reservarse estas pruebas para comprobar la infección activa en pacientes con sintomatología dispéptica o para comprobar la erradicación tras el tratamiento. Así mismo, el tratamiento empírico en pacientes con test no invasivos positivos sin la realización previa de una endoscopia tampoco está recomendado. Ante un paciente con epigastralgia, antecedentes familiares de gastropatía y test no invasivo de H.P positivo, debe remitirse a At. Especializada para realización de EDA para cultivo de H. pylori y antibiograma que permita adaptar el tratamiento en función de la sensibilidad antibiótica en cada paciente.

- Esofagitis eosinofílica: se trata de una entidad emergente consistente en sintomatología de dismotilidad esofágica en pacientes con antecedentes de atopia, asma y sensibilización/alergias. Su sintomatología varía con la edad: en niños pequeños se manifiesta con vómitos, dolor abdominal y problemas con la alimentación y en niños mayores y adolescentes con dispepsia, disfagia e impactación alimentaria. Ante la presencia de síntomas sugestivos y sospecha, debe ser remitido a Consulta Especializada para realización de EDA para confirmación diagnóstica.
- Enfermedad celiaca: las últimas recomendaciones de la ESPGHAN para el diagnóstico de la EC en niños y adolescentes, publicadas en 2020, determinan que puede realizarse con seguridad el diagnóstico sin biopsia en niños con AcATG -IgA ≥ 10 veces el límite superior de la normalidad (10 x LSN) y con AAEIgA positivos en una segunda muestra de sangre, no siendo los síntomas ni el haplotipo criterios obligatorios para poder establecer el diagnóstico definitivo. En niños con valores de AATG-IgA < 10 x LSN debe realizarse siempre una biopsia intestinal confirmatoria para evitar errores y falsos diagnósticos. Por lo tanto, aquellos pacientes con DAC y sospecha de EC, independientemente del valor de AcAT, deben ser remitidos a consulta de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición infantil para confirmar el diagnóstico, sin exclusión del gluten de la dieta, pudiendo plantearse posteriormente un seguimiento conjunto entre AT.Primaria y Especializada.
- Enfermedad Inflamatoria intestinal: la calprotectina fecal podría ser de utilidad para descartar organicidad en aquellos dolores abdominales en los que se sospeche organicidad o cursen con diarrea, pero no en todos los DAC. Cifras normales, irían a favor de la etiología funcional del cuadro, mientras que su alteración, obliga a realizar el estudio de causa infecciosa vs inflamatoria. Ante sospecha de EII por clínica/análítica/ecografía, debe remitirse a At. Especializada para completar estudio.
- Enfermedad celiaca: las últimas recomendaciones de la ESPGHAN para el diagnóstico de la EC en niños y adolescentes, publicadas en 2020, determinan que puede realizarse con seguridad el diagnóstico sin biopsia en niños con AcATG -IgA ≥ 10 veces el límite superior de la normalidad (10 x LSN) y con AAEIgA positivos en una segunda muestra de sangre, no siendo los síntomas ni el haplotipo criterios obligatorios para poder establecer el diagnóstico definitivo. En niños con valores de AATG-IgA < 10 x LSN debe realizarse siempre una biopsia intestinal confirmatoria para evitar errores y falsos diagnósticos. Por lo tanto, aquellos pacientes con DAC y sospecha de EC, independientemente del valor de AcAT, deben ser remitidos a consulta de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición infantil para confirmar el diagnóstico, sin exclusión del gluten de la dieta, pudiendo plantearse posteriormente un seguimiento conjunto entre AT.Primaria y Especializada.

- Enfermedad Inflamatoria intestinal: la calprotectina fecal podría ser de utilidad para descartar organicidad en aquellos dolores abdominales en los que se sospeche organicidad o cursen con diarrea, pero no en todos los DAC. Cifras normales, irían a favor de la etiología funcional del cuadro, mientras que su alteración, obliga a realizar el estudio de causa infecciosa vs inflamatoria. Ante sospecha de EII por clínica/analítica/ecografía, debe remitirse a At. Especializada para completar estudio.

Tratamiento

En el DOLOR ABDOMINAL DE ETIOLOGÍA ORGÁNICA, el tratamiento será dirigido a la enfermedad diagnosticada.

En los casos de DOLOR ABDOMINAL FUNCIONAL, debe ser evaluado y tratado desde un punto de vista de modelo biopsicosocial, explicando el diagnóstico a los padres y al niño, siendo importante establecer una relación de confianza con el paciente y su familia, intentando normalizar la actividad habitual del niño y evitando la hospitalización ante la ausencia de signos/síntomas de alarma.

En el caso de que los síntomas persistan de modo continuo o intensidad moderada/grave o se vea afectada la calidad de vida del niño se pueden plantear terapias específicas: psicológicas, dietéticas y farmacológicas.

- Medidas psicológicas: respecto a las intervenciones psicológicas, la terapia cognitiva-conductual ha demostrado ser de gran utilidad para el tratamiento del DAF.
- Medidas dietéticas: no hay evidencia científica de la eficacia de la dieta en estos trastornos. Puede ser de utilidad revisar el tipo de alimentación del niño, evitando el exceso de grasas, azúcares simples o productos manufacturados. A posteriori, se podría plantear la retirada de la dieta de alimentos que se hayan relacionado con los síntomas, como la lactosa, fructosa, oligosacáridos fermentables, disacáridos, monosacáridos y polioles (FODMAP), valorando siempre la respuesta clínica tanto a su retirada como a su reintroducción
 - Lactosa/Fructosa: ante la presencia de síntomas característicos (dolor distensión abdominal, flatulencia, diarrea, náuseas) y una relación temporal con la ingesta de alimentos ricos en lactosa puede indicarse una restricción de lactosa en la dieta para comprobar desaparición de los síntomas seguida de reintroducción/provocación con recaída clínica para asegurar el diagnóstico. También puede plantearse una dieta con restricción de alimentos ricos en fructosa libre y fraccionar las cantidades en varias tomas al día, lo que mejora su tolerancia.
 - FODMAPS: Se trata de componentes de la dieta no absorbibles en el intestino, fermentables y con capacidad osmótica. Una dieta baja en FODMAPs puede mejorar los síntomas en pacientes seleccionados con SII y puede plantearse en pacientes individuales cuando fallan otras medidas y en el ámbito de la atención especializada, por su dificultad y complejidad.
 - En la dispepsia funcional se recomiendan comidas frecuentes de menor cantidad y evitar alimentos ricos en grasa, picantes, bebidas carbonatadas, cafeína, nicotina, alcohol.

-En el DAC funcional no especificado se recomienda reducir los alimentos flatulentos que favorecen el espasmo intestinal (la mayoría de las legumbres y algunas verduras como la col, la coliflor, la lechuga, el repollo, las acelgas, las espinacas, etc.)

- Tratamiento farmacológico: su evidencia es muy escasa para recomendar su uso sistemático, y teniendo en cuenta el riesgo/beneficio de estos fármacos, su uso debería limitarse a casos graves que no responden a otras terapias pudiendo realizarse un ensayo terapéutico durante un período de tiempo establecido, interrumpiendo el mismo si no se observa mejoría.

La siguiente tabla recoge los principales fármacos a considerar en el ámbito de Atención Primaria:

Fármaco	Dosis	Consideraciones
DISPEPSIA FUNCIONAL		
Omeprazol	0,5-2 mg/kg/día - De 10 a 20kg: 10 mg/día - Más de 20kg: 20 mg día Dosis máxima: 40mg/12h	IBPs y anti H2. Ensayo terapéutico en pacientes con dolor tipo "dispepsia" durante 4-6 semanas
Esomeprazol (Nexium)	- De 10 a 20kg: 10 mg/día - Más de 20kg: 20 mg día	
Lansoprazol (Opiren)	- De 10 a 20kg: 15 mg/día - Más de 20kg: 30 mg día	
Famotidina	0,5mg/kg/día Niños: 10 mg/día Adolescentes: 20 mg/día Dosis máxima: 40mg/12h	
DOLOR ABDOMINAL FUNCIONAL NO ESPECIFICADO Y MIGRAÑA ABDOMINAL		
Ciproheptadina	>2 años: 0,15 mg/kg/día (mantenimiento 4-8mg/día)	Antiserotoninérgico. Puede tener eficacia en pacientes con DAF no especificado o migraña abdominal
Otilonio Bromuro (Spasmoctyl)	<12 años: 5-30 mg/día >12 años: 40mg x 2-3/día	Antiespasmódico. Ensayo en dolores de "tipo cólico". Administrar antes de las comidas, máximo 4 semanas
Aceite de menta (Pippermint)	150-200 mg/día en 1-2 dosis	Antiespasmódico. Ensayo en dolores de "tipo cólico". Máximo 2-4 semanas.
Amitriptilina	Iniciar a 0,25mg/kg y subir lentamente - 6-12 años: 10-30 mg/día - Más de 12 años: 10-50 mg/día	Antidepresivo. Eficacia en DAF no especificado, mejorando tolerancia al dolor. Valorar su uso en A. Especializada.
Laxantes y procinéticos	Ver protocolo de estreñimiento.	Pueden tener eficacia cuando se asocia estreñimiento.

El aceite de menta (pippermint) es un antiespasmódico natural con numerosos estudios que avalan su eficacia, sin embargo, se carece en nuestro país de una presentación adecuada para la edad pediátrica.

No se han encontrado estudios acerca de la eficacia del uso de antidiarreicos, antibióticos, analgésicos, antieméticos o antimigrañosos.

En el caso de la migraña abdominal puede ser necesario plantear un tratamiento profiláctico (según la frecuencia, severidad y la repercusión sobre la vida diaria) y aunque hay pocos trabajos en este sentido, han demostrado eficacia el pizotifeno, la amitriptilina, el propranolol y la ciproheptadina.

Criterios de derivación a Atención Especializada

- Dolor abdominal crónico con presencia de signos de alarma
- Dolor abdominal crónico persiste con interferencia en la actividad habitual a pesar de la normalidad de las pruebas complementarias de 1º nivel
- DAC con signos de RGE/esofagitis y ausencia de respuesta a IBPs
- DAC tipo dispéptico con antecedentes familiares de gastropatía y test no invasivo para H.P positivo
- Sospecha de esofagitis eosinofílica
- Sospecha de enfermedad celiaca
- Sospecha de enfermedad inflamatoria intestinal

Seguimiento

El DAC será inicialmente abordado en la consulta de Atención Primaria, siendo remitido a Atención Especializada en los casos que lo precisen, siguiendo los criterios indicados en el apartado anterior.

Es recomendable abordar el DAC estableciendo una relación abierta y de confianza con los padres y el niño, informándoles sobre las características del proceso y los signos de alarma que pueden sugerir una enfermedad orgánica, evitando medicalizar la situación desde su inicio y solicitar de pruebas complementarias de forma indiscriminada.

Se establecerán revisiones programadas cada 2-3 meses en su Centro de Salud. Éstas pueden incluso realizarse de manera telefónica y en caso de clínica persistente o datos de alarma, realizar nueva exploración física y antropométrica.

Asimismo, podrán realizarse controles semestrales/anuales en la consulta de Gastroenterología Infantil, existiendo en todo momento, comunicación entre el Pediatra de Atención Primaria y el Gastroenterólogo pediátrico.

ANEXOS

Anexo 1. Criterios ROMA IV de dolor abdominal funcional

H2a: DISPEPSIA FUNCIONAL

Debe incluir 1 ó más de los siguientes síntomas durante al menos 4 días al mes y un mínimo de 2 meses previos al diagnóstico:

- Plenitud postprandial.
- Saciedad precoz.
- Dolor de localización supraumbilical/epigástrica que no calma con la defecación.
- Los síntomas no pueden ser explicados, tras una evaluación adecuada, por otra entidad médica.

Existen 2 subtipos:

A. Síndrome de discomfort 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. No se trata de un dolor generalizado ni localizado en otra región del abdomen o tórax y no se alivia con la defecación o eliminación de eructos.

Criterios de apoyo:

- Dolor tipo ardor o quemazón no localizado a nivel retroesternal.
- Dolor normalmente desencadenado por la ingestión de alimentos, aunque puede ocurrir también en ayunas.

H2b: SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE

Debe incluir todos los criterios siguientes desde al menos 2 meses antes:

- Dolor abdominal al menos 4 días al mes asociado a 1 ó más de los siguientes síntomas:
 - * Relacionado con la defecación.
 - * Cambios en la frecuencia de las deposiciones.
 - * Cambios en la forma/apariencia de las deposiciones.
- En niños con estreñimiento, el dolor no se resuelve tras corregir el estreñimiento.
- Los síntomas no pueden ser explicados, tras una evaluación adecuada, por otra entidad médica.

H2c: MIGRAÑA ABDOMINAL

Debe incluir todos los siguientes criterios, al menos en 2 ocasiones, en los 6 meses previos al diagnóstico:

- Episodios paroxísticos intensos de dolor abdominal de más de 1 hora de duración y pueden ser de localización variable (periumbilical, línea media, difuso)
- La frecuencia de los episodios puede estar separada por semanas o meses.
- El dolor es incapacitante e interfiere con las actividades diarias.
- El dolor debe asociar 2 ó más de los siguientes: Anorexia, náuseas, vómitos, cefalea, fotofobia, palidez.
- Los síntomas no pueden ser explicados, tras una evaluación adecuada, por otra entidad médica.

Es una entidad cuyo diagnóstico está aumentado en los últimos años y comparte con la migraña clásica los mismos desencadenantes (stress, fatiga..) y que también mejora con el reposo y el sueño.

H2d: DOLOR ABDOMINAL FUNCIONAL NO ESPECIFICADO

Requiere sintomatología desde al menos 2 meses antes y al menos 4 episodios al mes y debe incluir todos los siguientes síntomas:

- Dolor abdominal continuo o episódico que no solamente ocurre durante situaciones fisiológicas (comida, menstruación).
- No existen criterios suficientes para ser diagnosticado de dispepsia funcional, síndrome de intestino irritable o migraña abdominal.
- Los síntomas no pueden ser explicados, tras una evaluación adecuada, por otra entidad médica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tratamiento en Gastroenterología, Hepatología y nutrición pediátrica. 5ª edición. SEGHNP.
2. Bautista Casanovas A, Arguelles Martin F, Pena Quintana L, Polanco Allue I, Sanchez Ruiz F, Varea Calderon V. Guidelines for the treatment of functional constipation. *An Pediatr (Barc)* 2011 Jan;74(1):51.e1-51.e7.
3. Benninga M, Candy DC, Catto-Smith AG, Clayden G, Loening-Baucke V, Di Lorenzo C, et al. The Paris Consensus on Childhood Constipation Terminology (PACCT) Group. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2005 Mar;40(3):273-275.
4. Cilleruelo Pascual M, Fernández Fernández S. Estreñimiento. In: Argüelles Martín F, García Novo M, Pavón Belinchón P, Román Riechmann E, Silva García G, Sojo Aguirre A, editors. *Tratado de gastroenterología, hepatología y nutrición pediátrica aplicada de la SEGHNP* Madrid: Ergón; 2010. p. 111-122.
5. De Giorgio R, Cestari R, Corinaldesi R, Stanghellini V, Barbara G, Felicani C, et al. Use of macrogol 4000 in chronic constipation. *Eur Rev Med Pharmacol Sci* 2011;15:960-966.
6. Dupont C, Lluyer B, Maamri N. Doubleblind randomized evaluation of clinical and biologic tolerance of polyethylene glycol 4000 versus lactulose in constipated children. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2005;41:625-33.
7. El-Hodhod MA. Cow's milk allergy related pediatric constipation: appropriate time of milk tolerance. *Pediatr Allergy Immunol* 2010; 407-412.
8. Hyman P, Milla P, Benninga M, Davidson G, Fleischer D, Taminiou J. Childhood functional gastrointestinal disorders: Neonate/Toddler. *Gastroenterology* 2006;130:1519-26.
9. Loening-Baucke V. Prevalence rates for constipation and faecal and urinary incontinence. *Arch Dis Child* 2007;92: 486-489.
10. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Constipation in children and young people. Diagnosis and management of idiopathic childhood constipation in primary and secondary care. May 2010. NICE clinical guideline 99. Disponible en: www.nice.org.uk.
11. North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition. Evaluation and treatment of constipation in children: summary of updated recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2006; 43:405-407.