

# Eops:

## Analgesia en abdomen agudo

### Escenario clínico

Un residente evalúa un hombre de 50 años con abdomen agudo en la Central de Emergencias. Mientras espera que el cirujano de Guardia examine al paciente indica analgesia a fin de proveerle mayor confort. La enfermera le pregunta: Dr., ¿está seguro? Mire que los cirujanos no quieren que se dé analgesia porque se puede enmascarar el cuadro. El residente que ya ha escuchado esta afirmación varias veces, se pregunta acerca de la evidencia científica que avala o no el uso de analgesia en estos casos.

### Pregunta que generó el caso

En adultos y niños con dolor abdominal agudo (las poblaciones), ¿dar analgesia temprana (intervención) vs. no darla (comparador) dificulta el diagnóstico/aumenta la morbilidad peri operatoria? (resultado clínico que se valora)

### Estrategia de búsqueda de la información

Se realizó una búsqueda en MEDLINE empleando como palabras clave "acute abdominal pain" AND "analgesia" inicialmente limitando a revisiones sistemáticas.

Se obtuvieron 10 citas de las cuales una muy reciente lucía "perfecta" para responder la pregunta.

Ranji SR, Goldman LE, Simel DL, Shojania KG. Do opiates affect the clinical evaluation of patients with acute abdominal pain?

JAMA. 2006 Oct 11;296(14):1764- 1774.

### El abdomen agudo y el empleo de analgésicos

El dolor abdominal agudo es uno de los principales motivos de consulta a las centrales de Emergencias. De estos pacientes, el 40 a 45% reciben como diagnóstico final dolor abdominal no específico, pero entre el 15 al 30% tienen condiciones que requieren un tratamiento quirúrgico principalmente apendicitis, colecistitis y obstrucción intestinal. Los libros de Cirugía han, históricamente, desaconsejado el empleo de analgesia en los pacientes con dolor abdominal agudo. En la edición de 1987 del libro "Early Diagnosis of acute abdomen" dice "a pesar de que parezca cruel, es prudente no indicar morfina hasta que el diagnóstico se haya realizado y el plan de acción haya sido establecido". La edición actual dice "llevará generaciones eliminar la práctica de no dar analgesia dado que la regla ha sido firmemente incorporada a la mente de los médicos". Una encuesta realizada en EE UU<sup>1</sup> en el año 1999 mostró que el 67% de los cirujanos generales prefería que no se administrara analgesia antes de que ellos examinaran al paciente. La mayoría de los médicos de emergencias siguen difiriendo el uso de analgésicos hasta después de que el cirujano haya visto al paciente.

### Resumen de la evidencia

Ranji SR, Goldman LE, Simel DL, Shojania KG. Do opiates affect the clinical evaluation of patients with acute abdominal pain? JAMA. 2006 Oct 11;296(14):1764- 1774.

**Objetivo:** determinar el impacto de la provisión de analgésicos opiáceos en el examen físico de los pacientes con dolor abdominal agudo así como el impacto en la decisión de operar o no a estos sujetos.

**Fuente de datos y selección de estudios:** Los autores buscaron estudios que se focalizaran en alguna de estas preguntas. 1) Si la administración de opiáceos altera la historia relatada por los pacientes con dolor abdominal agudo 2) Si los opiáceos alteran el examen físico en estos pacientes y 3) si estos medicamentos resultan en errores en el manejo clínico de estos pacientes.

Para ello realizaron una búsqueda en MEDLINE hasta mayo 2006, EMBASE y búsqueda manual de la bibliografía citada en los artículos

los encontrados para localizar ensayos clínicos aleatorizados con opiáceos en pacientes con dolor abdominal y que reportaran cambio en la historia, en los hallazgos del examen físico o errores diagnósticos. Dos revisores independientes evaluaron los trabajos y los calificaron de acuerdo con la calidad metodológica. Un tercer revisor resolvió las discrepancias cuando existieron. Síntesis de los hallazgos: se analizaron 12 trabajos (9 en adultos y 3 en niños). Los mismos mostraron una tendencia a aumentar el riesgo de alterar los hallazgos en el examen físico debido a la administración de opiáceos con un RR de 1.51 (IC 95% 0.85-2.69) (en los trabajos con adultos) y un RR 2.11 (IC 95% 0.60-7.35) en los ensayos con niños. Cuando el análisis se restringió a los trabajos tanto en adultos como en niños que reportaron significativamente mayor analgesia en los pacientes con opiáceos vs los que no los recibieron, el riesgo de alteración en el examen físico fue de 2.13 (IC 1.14-3.98). Estos ensayos mostraron gran heterogeneidad y sólo dos ensayos distinguieron entre cambios clínicamente importantes como la pérdida de signos peritoneales del resto de los cambios. Se analizó el riesgo de errores en el manejo como marcador de alteraciones clínicamente relevantes en el examen físico. La administración de opiáceos no tuvo asociación significativa con errores de manejo (+0.3 de aumento absoluto, IC 95% -4.1 a 4.7). Los 3 ensayos en niños mostraron una disminución absoluta no significativa en los errores de manejo (-0.8, IC 95% -8.6% a 6.9%). Entre los trabajos tanto en adultos como niños que mostraron analgesia adecuada en rama opiáceos hubo una disminución absoluta no significativa de riesgo en error de manejo (-0.2; IC 95% -4% a 3.6%).

**Conclusión de los autores:** la administración de opiáceos puede alterar algunos hallazgos en el examen físico, pero estos cambios no resultan en un aumento de errores de manejo de los pacientes. La bibliografía existente no puede descartar un aumento pequeño en los errores, pero la definición de error fue muy conservadora y los rúbricos de cirugía "retrasada" o "innecesaria" no necesariamente reflejan que el paciente no recibió un cuidado estándar apropiado. En ninguna investigación se reportó mayor morbilidad /mortalidad atribuible a la administración de opiáceos.

### Comentario y conclusiones para la práctica:

Dados los resultados de los estudios (muchos de los cuales tienen limitaciones metodológicas importantes), existe la posibilidad "teórica" de daño por el empleo más liberal de opiáceos en pacientes con abdomen agudo. Sin embargo existen pocos datos que nos cuantifiquen este daño potencial. Un estudio retrospectivo<sup>2</sup> encontró un aumento de la incidencia de la morbilidad en pacientes con abdomen agudo a los que se había suministrado opiáceos. En este estudio la causalidad está cuestionada ya que no puede "separarse" el efecto opiáceo de la severidad del dolor. La tasa de apéndices perforados suele usarse como marcador de cirugía tardía. Esta tasa ha permanecido estable a lo largo del tiempo a pesar de los cambios de conducta con relación al empleo de opiáceos<sup>3</sup>. Dos estudios retrospectivos no encontraron diferencias en la tasa de perforaciones encontradas entre los pacientes que habían recibido opiáceos y los que no. Mientras que el empleo de opiáceos parece alterar el examen físico, pareciera que no cambia peligrosamente la conducta de los médicos. Dado que los médicos tenemos el deber humanitario de aliviar el dolor, basándonos en la evidencia actual, deberíamos suministrar analgesia a estos pacientes a menos que nuevos estudios documenten efectos adversos. Es habitual en la práctica ver como los pacientes con dolor abdominal deben esperar por largo tiempo sin alivio mientras se establece un plan terapéutico. La evidencia encontrada inclina la balanza hacia proporcionar analgesia desde el inicio del proceso diagnóstico.

Estas conclusiones pueden aplicarse tanto a niños como a adultos.

**Dra. Karin Kopitowski** [ Servicio de Medicina Familiar. Hospital italiano Buenos Aires ]

Kopitowski, K. EOP: Analgesia en abdomen agudo. Evid. actual. práct. ambul. 9(5) ;158. Sep - Oct. 2006.

### Bibliografía

- Centers for Disease Control and Prevention. National Hospital Ambulatory Medical Care Survey: 2003 emergency department summary. <http://www.cdc.gov/nchs/data/ad/ad358.pdf> Accessed November 15, 2005
- Lee JS, Stiell IG, Wells GA, Elder BR, Vandemheen K, Shapiro S. Adverse outcomes and opioid analgesic administration in acute abdominal pain. Acad Emerg Med. 2000;7:980-987.
- Flum DR, Morris A, Koepsell T, Dellinger EP. Has misdiagnosis of appendicitis decreased over time? a population-based analysis. JAMA. 2001;286:1748-1753.