

¿Son útiles los analgésicos en dolor abdominal agudo en niños?

ARE USEFUL ANALGESICS IN ACUTE ABDOMINAL PAIN IN CHILDREN?

LISETH JARDELINA VILLAFANA RAMÍREZ¹

RESUMEN

Se revisa si la evidencia disponible actualmente apoya el uso de analgesia en el manejo del paciente pediátrico con dolor abdominal agudo.

Palabras clave: dolor abdominal, analgésicos, niños.

ABSTRACT

To review if the currently available evidence supports the use of analgesia in a cure abdominal pain management in children.

Key words: abdominal pain, analgesic, children.

CASO ESCENARIO

Durante su guardia en una sala de emergencia pediátrica está usted evaluando a un niño de seis años de edad con dolor abdominal de 24 horas de evolución, que se ha intensificado en las últimas seis horas; asociado a vómitos, fiebre y dos deposiciones líquidas sin moco ni sangre. Fue automedicado por los padres con un antiespasmódico oral en tres oportunidades, con cese temporal del dolor. Acude a emergencia por persistencia del dolor pese a medicación. Tiene antecedente de ingesta de comida fuera de casa un día antes del inicio de los síntomas.

Al examen presenta FR: 32x', FC: 136x', T: 38°C, P.A. 80/50 mmHg, mucosas orales poco húmedas, ojos hundidos. Aparato respiratorio: murmullo vesicular con buen pasaje en ambos hemitórax. Aparato cardiovascular: ruidos cardíacos taquicárdicos, rítmicos de buen tono e intensidad. Abdomen: ruidos hidroaéreos incrementados, dolor

difuso a la palpación superficial y profunda, no visceromegalia, Mc Burney (+/-).

El residente de pediatría indica hidratación endovenosa, medios físicos y consulta al Pediatra de guardia para administrar un analgésico por incremento del dolor. Se decide postergar esta intervención hasta que sea evaluado por cirugía pediátrica, quienes diagnostican apendicitis aguda e indican analgesia y pase a su servicio.

PREGUNTA

¿En niños con dolor abdominal agudo de probable causa quirúrgica (población), el uso de analgésicos (intervención) reduce el dolor sin modificar el diagnóstico oportuno y el tratamiento adecuado (resultado)?

ESTRATEGIA DE BÚQUEDA

- MEDLINE.
- HINARI.
- Cochrane Library.

TÉRMINOS DE BÚSQUEDA

- Abdominal pain AND children.
- Analgesic AND abdominal pain AND children.
- Analgesic AND emergency AND children.
- Acute pain AND children.

Diversos estudios han demostrado que el niño percibe el dolor desde las 26 semanas de gestación y que responden a éste con comportamientos específicos, con respuestas de estrés por medio de vías metabólicas y hormonales. Además, aquellos niños sometidos a procedimientos dolorosos

¹ Médico Residente Pediatría I. Universidad Nacional Mayor de San Marcos Lima Perú. Instituto Nacional de Salud del Niño. Lima- Perú.

sin una adecuada anestesia, se muestran más estresados durante las inmunizaciones de rutina o frente a otros procedimientos, a diferencia de los niños que recibieron una buena analgesia ⁽¹⁾.

El dolor abdominal es una causa común de consulta en emergencia pediátrica y en estas circunstancias tanto los padres como los pacientes desean un alivio de la sintomatología mientras se llega al diagnóstico ⁽²⁻⁴⁾.

Clínicamente, el dolor abdominal se clasifica en 3 categorías: visceral, somático y referido. El visceral ocurre cuando la noxa afecta a una víscera y la tensión e isquemia estimula las fibras viscerales de tipo C; estas fibras son bilaterales y no mielinizadas por lo que se trata de un dolor sordo, pobremente localizado, que en un principio se sitúa en el epigastrio. El dolor parietal ocurre cuando la noxa ataca el peritoneo parietal y éste se produce por isquemia e inflamación y es transmitido por fibras mielinizadas de tipo A, por lo que el dolor es intenso, localizado y la tos o cualquier movimiento lo puede exacerbar. El dolor referido tiene muchas de las características que el dolor parietal, pero se siente en las áreas remotas que son inervadas por el mismo dermatoma que el órgano afectado ⁽⁵⁾.

La evaluación de la magnitud del dolor en pediatría no es fácil, especialmente en los más pequeños. Existen varias escalas de uso clínico para los menores de 5 años, en donde los principales puntos a observar son: verbalización, expresión facial, respuesta motora, postura, actividad y aspecto general; en el grupo de los mayores de 5 años se usa una escala visual basada en colores y caritas que expresan desde felicidad (verde) hasta gran malestar (rojo) ⁽⁶⁾.

Teóricamente, el manejo del dolor podría enmascarar algunos síntomas y dificultar el diagnóstico oportuno e inclusive incrementar la morbi-mortalidad ^(2,3,7-10); por lo que durante muchos años no se prescribían analgésicos de rutina; sin embargo, estudios recientes han demostrado que el uso de analgésicos es por el contrario seguro ⁽²⁾.

En niños aún no hay evidencia suficiente para concluir si la administración de analgésicos impide o retrasa el diagnóstico de la causa subyacente ⁽³⁾.

En 1993 el American College of Emergency Physicians publicó un consenso normando el uso adecuado de analgesia en niños en el departamento de emergencia, considerando el alivio del dolor como parte integral del manejo, llegando inclusive a catalogarlo como una obligación ética ⁽²⁾.

Actualmente, la disponibilidad de técnicas de imágenes sofisticadas y un mejor conocimiento de la fisiopatología de las diversas causas del dolor abdominal, permiten una mayor seguridad en el manejo del mismo, de tal manera se abre oportunidad para el uso de analgésicos ⁽⁹⁾.

Un estudio ⁽⁸⁾ prospectivo, randomizado doble ciego, controlado por placebo, evaluó 63 niños de 4 a 15 años de edad, con dolor abdominal de menos de 7 días de duración con un puntaje en la escala de dolor mayor de 5 sobre 10, divididos en dos grupos, uno de los cuales recibió 0,1 mg/kg de oxicodona parenteral y el otro suero salino. Al cabo de 1 y 3,5 horas fueron reevaluados. El dolor se redujo significativamente en el grupo de oxicodona ($p=0,04$). La acuciosidad diagnóstica se incrementó de un 72% a un 88% en el grupo de la oxicodona, mientras que el placebo se mantuvo en un 84%. En las laparotomías realizadas, no hubo diferencias significativas al hallazgo de apendicitis entre ambos grupos.

Otro estudio clínico doble ciego randomizado controlado por placebo ³ evaluó 108 niños de 5 a 16 años de edad con dolor abdominal no traumático de menos de 48 horas de evolución. Un grupo (52) recibió morfina y otro (56) suero salino en igual volumen. Luego de 15 minutos fueron evaluados con una escala de dolor de colores; al cabo de una hora el cirujano los reevaluó y completó los datos requeridos y continuaron con su tratamiento. No se hallaron diferencias significativas en cuanto al diagnóstico de apendicitis ($p=0,25$), apendicitis perforada ($p=0,51$) o el número de pacientes que necesitaron laparotomía ($p=0,77$); sí se encontró diferencia significativa respecto a la reducción del dolor en el grupo que recibía morfina ($p=0,015$). Este estudio concluye que el uso de morfina reduce significativamente el dolor sin impedir el diagnóstico de apendicitis; sin embargo, tres pacientes a quienes se administró morfina presentaron complicaciones por demora en el diagnóstico ^(7,11). Este estudio no incluye a lactantes

ni a niños con alteraciones en el desarrollo, en los cuales las manifestaciones clínicas de abdomen agudo son más difíciles de obtener ⁽⁷⁾.

En una encuesta anónima ⁽¹²⁾ realizada en Estados Unidos sobre el uso de analgésicos que incluyó 574 médicos (67% pediatras emergencistas y 33% cirujanos pediatras), entre los profesionales con menos de 10 años de experiencia, no hubo diferencia en cuanto al uso de analgesia ($p=0,25$), pero en aquellos con más de diez años de experiencia, los emergencistas estuvieron más dispuestos al uso de analgésicos que los cirujanos ($p=0,001$), aunque éste resultó bajo en ambos grupos. También concluyó que el 87% de los emergencistas no daban analgésicos por temor a la desaprobación del cirujano.

La acuciosidad quirúrgica no se afecta por el uso de analgesia, por lo que esta intervención no debe ser retrasada hasta su evaluación por un cirujano ⁽¹³⁾.

Existen diversos estudios ⁽³⁾ en los cuales se ha encontrado que en pacientes que acuden a emergencia por diversos dolores, no más de un 50% recibe analgesia y ni siquiera inmediatamente, sino como mínimo una hora después de estar en observación.

En una revisión Cochrane ⁽¹³⁾ que incluyó seis estudios, concluye que el uso de analgésicos en pacientes pediátricos con dolor abdominal es útil para mantener cómodo al paciente y no retrasa el tratamiento; sin embargo, los estudios analizados no incluyeron niños menores de 5 años.

El problema de la mayoría de estudios sobre este tema, es que tienen un sesgo importante, ya que aunque los médicos no sepan qué pacientes reciben analgesia y cuáles no; el hecho de que posiblemente estén bajo los efectos de la misma hace que su examen clínico sea más meticuloso ⁽⁴⁾.

En los diferentes estudios se utilizaron diversos analgésicos a diferentes dosis, por lo que no los hace comparables y hace difícil elegir que analgésico sería el más apropiado en caso de dolor abdominal agudo ⁽⁴⁾. A pesar de estas limitaciones, el uso de analgesia es seguro, razonable y humano ⁽⁴⁾.

Conclusión: No hay evidencia suficiente que apoye la hipótesis que el alivio temprano del dolor

cuando se sospecha de apendicitis interfiera con el diagnóstico. Se necesitan estudios más grandes para establecer una guía clínica o protocolo para el empleo de analgesia de una manera segura, sin que haya dudas que ésta pueda implicar resultados adversos. Es recomendable el uso de analgesia cuando el ambiente es seguro y controlado ⁽⁴⁾.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Berde CB, Sethna NF. Analgesics for the treatment of pain in children. *N Engl J Med*. 2002;347:1094-103.
2. Green RS, Kabani A, Dostmohamed H, Tenenbein M. Analgesic Use in Children With Acute Abdominal Pain. *Pediatr Emerg Care*. 2004;20:725-9.
3. Green R, Bulloch B, Kabani A, Hancock BJ, Tenenbein M. Early Analgesia for Children With Acute Abdominal Pain. *Pediatrics*. 2005;116:978-83.
4. Bromberg R, Goldman R. Does analgesia mask diagnosis of appendicitis among children? *Can Fam Physician*. 2007;53:39-41.
5. Leung AK, Sigalet L. Acute abdominal pain in children. *Am Fam Physician*. 2003;67:2321-6.
6. Eberhard M, Mora X. Manejo del dolor en el paciente pediátrico. *Rev Chil Pediatr*. 2004;75:277-279
7. Armstrong FD. Analgesia for Children With Acute Abdominal Pain: A Cautious Move to Improved Pain Management. *Pediatrics*. 2005;116:1018-9.
8. Kokki H, Lintula H, Vanamo K, Heiskanen M, Eskelinen M. Oxycodone vs Placebo in Children With Undifferentiated Abdominal Pain. A Randomized, Double-blind Clinical Trial of the Effect of Analgesia on Diagnostic Accuracy. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2005;159:320-5.
9. Jones A, Ramakrishnan K. Analgesics in the initial management of acute abdominal pain. *Internet J Emerg Med*. 2005;2. Disponible en: <http://www.ispub.com/ostia/index.php?xmlFilePath=journals/ijem/vol2n2/pain.xml>
10. Anderson M, Collins E. Analgesia for children with acute abdominal pain. *Arch Dis Child*. 2008 Feb 27 [Epub ahead of print]
11. Vane DW. Efficacy and Concerns Regarding Early Analgesia in Children With Acute Abdominal Pain. *Pediatrics*. 2005;116:1018.
12. Kim MK, Galustyan S, Sato TT, Bergholte J, Hennes HM. Analgesia for Children With Acute Abdominal Pain: A Survey of Pediatric Emergency Physicians and Pediatric Surgeons. *Pediatrics*. 2003;112:1122-6.
13. Manterola C, Astudillo P, Losada H, Pineda V, Sanhueza A, Vial M. Analgesia in patients with acute abdominal pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007;(3):CD005660.

Correspondencia:

Dra. Liseth Villafana Ramírez

E mail: lvillafanar@yahoo.es