

COMENTARIOS

Analgesia para los niños con dolor abdominal agudo: un paso cauto hacia la mejora del tratamiento del dolor

La preocupación por el inadecuado tratamiento del dolor en los niños ha llevado a la American Academy of Pediatrics a publicar informes clínicos y pautas de aclaración^{1,2}. También se ha sugerido que no tratar el dolor de los niños constituye una práctica subóptima y es contrario a la ética³. En la actualidad, la comunidad pediátrica sabe que el dolor es un síntoma importante que merece un tratamiento enérgico con el fin de eliminar el sufrimiento. Este conocimiento ha desembocado en constantes avances y mejorías en el tratamiento pediátrico del dolor². Sin embargo, el dolor abdominal agudo se ha mantenido en gran medida fuera del tratamiento analgésico, principalmente por la preocupación de los cirujanos pediátricos, ya que el dolor es un síntoma crucial de la apendicitis y de otras lesiones abdominales agudas, como indica Vane⁴ en su comentario. Preocupa a los cirujanos que el empleo de analgésicos pueda enmascarar la alteración subyacente, provocando retrasos en el diagnóstico y la oportuna intervención quirúrgica.

Green et al⁵ examinaron si el tratamiento analgésico precoz provoca la omisión de síntomas, el retraso en el tratamiento o el aumento de los resultados adversos en los niños que acuden al servicio de urgencias con dolor abdominal agudo. También examinaron si el tratamiento con analgesia narcótica modifica la percepción del dolor por parte de los niños. No se observaron pruebas de que el tratamiento precoz con narcóticos, respecto a placebo, provoque ninguna diferencia en la detección de la apendicitis aguda ni en los resultados tras la cirugía de los niños tratados con analgesia narcótica. Los niños que recibieron analgesia narcótica precoz presentaron diferencias clínicas y estadísticamente significativas en la percepción del dolor.

Los resultados son alentadores. Han puesto en tela de juicio las inveteradas presunciones de los cirujanos pediátricos sobre el notable enmascaramiento de los síntomas asociados con el dolor abdominal agudo por la analgesia, práctica que a menudo da lugar a que los niños padezcan un dolor intenso durante un período prolongado de tiempo mientras esperan la intervención quirúrgica. En esta muestra, el tratamiento precoz con analgésicos narcóticos no modificó la capacidad de los cirujanos, tanto adjuntos como residentes, para establecer un diagnóstico exacto y ofrecer la adecuada intervención quirúrgica. Además, el empleo precoz de la analgesia no aumentó la incidencia de una intervención quirúrgica en situaciones no patológicas.

La percepción del dolor con la analgesia narcótica precoz fue menor, estadística y clínicamente, que con

placebo. Sin embargo, no se eliminó por completo; el cambio de 2,2 cm en la automedición del dolor en el grupo de analgesia precoz estuvo justo por debajo del umbral establecido para la significación clínica. Este cambio no representa la ausencia de dolor, sino una reducción de éste. Este factor puede ser importante en los resultados de este estudio. La reducción del dolor, más que su eliminación completa, mediante el empleo de analgesia precoz puede ofrecer un doble beneficio al disminuir el grado de sufrimiento sin sacrificar la exactitud diagnóstica.

Los resultados de este estudio indican la necesidad de considerar un cambio en el empleo de analgésicos en el dolor abdominal agudo, especialmente en la población en edad escolar, utilizando estrategias de administración de narcóticos similares a las notificadas por Green et al. Sin embargo, restan algunos puntos que deberán abordarse antes de que esta práctica se convierta en una norma asistencial.

Este estudio empleó una muestra de conveniencia porque uno de los cirujanos del centro rehusó su participación. Es probable que muchos cirujanos pediátricos crean inaceptable este abordaje sin el apoyo adicional de estudios multicéntricos de mayor tamaño.

Es necesario seguir investigando para determinar si el tipo de analgésico y la estrategia posológica propuestos por Green et al es óptima desde el punto de vista terapéutico. Es posible que los narcóticos no sean la mejor medicación antiálgica que pueda utilizarse, o que el aumento de la dosis de narcóticos, o su empleo junto con medicaciones antiálgicas no narcóticas, pueda alcanzar el mismo o mayor grado de alivio sin comprometer la exactitud diagnóstica.

Finalmente, este estudio sólo incluyó a niños sanos en edad escolar. No ayuda a tomar decisiones sobre los lactantes y preescolares que presenten dolor abdominal agudo, ni los resultados son generalizables a niños con discapacidades del desarrollo, necesidades especiales de asistencia sanitaria u otras situaciones de alto riesgo. La futura investigación en este campo debe abordar sistemáticamente si la analgesia precoz es segura y eficaz en estas poblaciones especiales y si es necesario realizar modificaciones a este abordaje⁶.

La comunidad pediátrica trabaja, desde la década de los ochenta, para mejorar el tratamiento del dolor en los niños. Para ello, ha necesitado acumular pruebas en apoyo de cambios de la práctica basados en años de formación y experiencia. Green et al han ofrecido una nueva prueba preliminar que pone en tela de juicio las ances-

F. Daniel Armstrong. Analgesia para los niños con dolor abdominal agudo: un paso cauto hacia la mejora del tratamiento del dolor

trales creencias sobre la analgesia y el dolor abdominal agudo. Es necesario seguir investigando para que esta prueba cambie la práctica clínica, pero es una bienvenida y necesaria contribución al objetivo deseado de ofrecer una asistencia óptima con el mínimo sufrimiento.

F. DANIEL ARMSTRONG, PhD
Department of Pediatrics.
University of Miami Miller School of Medicine.
Miami, FL. EE.UU

BIBLIOGRAFÍA

1. American Academy of Pediatrics, Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health; American Pain Society Task Force on Pain in Infants, Children, and Adolescents. The assessment and management of acute pain in infants, children, and adolescents. *Pediatrics*. 2001;108:793-7.
2. Zempsky WT, Cravero JP. American Academy of Pediatrics, Committee on Pediatric Emergency Medicine and Section on Anesthesiology and Pain Medicine. Relief of pain and anxiety in pediatric patients in emergency medical systems. *Pediatrics*. 2004;114:1348-56.
3. Walco GA, Cassidy RC, Schechter NL. Pain, hurt, and harm. The ethics of pain control in infants and children. *N Engl J Med*. 1994;331:541-4.
4. Vane DW. Efficacy and concerns regarding early analgesia in children with acute abdominal pain [commentary]. *Pediatrics*. 2005;116:1018.
5. Green R, Bulloch B, Kabani A, Hancock BJ, Tenenbein M. Early analgesia in children with acute abdominal pain. *Pediatrics*. 2005;116:978-83.
6. American Academy of Pediatrics, Committee on Fetus and Newborn, Committee on Drugs, Section on Anesthesiology, Section on Surgery; Canadian Paediatric Society, Fetus and Newborn Committee. Prevention and management of pain and stress in the neonate. *Pediatrics*. 2000;105:454-61.