



## Analgesia en el dolor abdominal agudo

El dolor es el motivo principal de consulta urgente y el 70% de los enfermos que acuden a un servicio hospitalario de urgencias (SHU) presenta dolor, sea éste el motivo de consulta o no. El dolor abdominal constituye el tipo de dolor más frecuente (10%), después del dolor asociado a traumatismos<sup>1</sup>. El concepto de abdomen agudo hace referencia a un dolor, generalmente intenso y de corta evolución, que suele deberse a una causa que precisa tratamiento quirúrgico urgente. Desde el punto de vista del manejo del enfermo en urgencias, la actuación ante todo dolor abdominal significativo no debe ser apresurada y sin orden sino que debe seguir unos pasos, generalmente protocolizados en cada SHU, resaltando el valor que tiene una anamnesis y exploración física adecuadas<sup>2</sup>. Frecuentemente se olvida en esos protocolos el alivio del dolor a pesar de que generalmente es lo que lleva al enfermo al SHU. Otras veces no existe este olvido, sino que específicamente se insiste en que no debe administrarse ningún analgésico hasta haber decidido la actuación a seguir (cirugía o no). En algunos servicios de urgencias es el equipo quirúrgico el que atiende inicialmente al enfermo con dolor abdominal, pero habitualmente el paciente es atendido por el médico de Urgencias que lo evalúa y consulta o no al cirujano, según su impresión inicial. En estos casos la analgesia puede retrasarse horas, especialmente si el cirujano que acude es un residente de primeros años. Un estudio prospectivo realizado en un servicio inglés de Cirugía en 100 enfermos con dolor abdominal agudo puso de manifiesto que un 40% de los pacientes recibían un analgésico en la primera hora, un 17% en la segunda y el 43% entre 2 y 22 horas después de la llegada a Urgencias. El tiempo de espera hasta la administración del analgésico fue 2,3 horas en los casos de dolor intenso y 6,3 horas cuando el dolor era moderado. Solo el 57% de los enfermos recibieron el analgésico en el SHU, sin que el diagnóstico influyese en el tiempo de espera<sup>3</sup>. Estos datos son inaceptables si se tiene en cuenta las pruebas de la Medicina basada en la evidencia. En una revisión de los estudios prospectivos realizados, McHale y LoVecchio no encuentra-

ron consecuencias adversas ni retrasos en el diagnóstico atribuibles a la administración de analgesia con narcóticos en el Servicio de Urgencias<sup>4</sup>. Está claro que si se ha llegado a un diagnóstico etiológico no tiene ningún sentido no aliviar el dolor, pero la duda surge cuando no es evidente la causa del dolor ni la indicación o no de tratamiento quirúrgico. La analgesia tiene teóricamente unas ventajas (retrasa el shock, tranquiliza y facilita la historia y exploración física del enfermo y éste y sus familiares tienen más confianza en el médico) y unos inconvenientes (enmascara el diagnóstico, puede producir ileo paralítico y puede utilizarse un analgésico inadecuado al dolor, ya que los opiáceos deben evitarse en caso de pancreatitis)<sup>5</sup>. La idea de no administrar analgésicos opioides en el dolor abdominal intenso probablemente tiene su origen en la primera edición de *The Early Diagnosis of the Acute Abdomen*, de Zachary Cope, escrita en 1921, en la que se abogaba en contra de la utilización de morfina a la que se consideraba como una forma de facilitar la muerte del enfermo, al dar una falsa sensación de confianza en que el proceso estaba mejorando, al desaparecer el dolor y retrasar así el diagnóstico y tratamiento<sup>6</sup>. Esta aseveración se mantuvo en las siguientes ediciones de la obra y, aunque en la edición revisada por Silen<sup>7</sup> y en los textos de Medicina más utilizados<sup>2,8,9</sup> no se comparte esta opinión, persiste aún muy arraigada en los médicos y cirujanos jóvenes. En un reciente estudio realizado entre 1.000 médicos de urgencias, el 85% consideraba que la utilización de un analgésico no modifica de forma significativa la exploración física en el enfermo con dolor abdominal agudo y, sin embargo, el 76% no administraba un opioide hasta que el enfermo era explorado por el cirujano<sup>10</sup>. El primer paso importante para intentar cambiar esta práctica podemos encontrarlo en una editorial del *British Medical Journal* de 1979 en la que se reclama la necesidad de aliviar el dolor en estos enfermos, basándose fundamentalmente en razones humanitarias y éticas y en la falta de comprobación del efecto deletéreo de la analgesia<sup>11</sup>. Más tarde, en 1992 Attard y cols. comprueban que la inyección intramuscular de un opioide (20

TABLA 1. Efecto de la administración de un opioide en dolor abdominal agudo<sup>12</sup>

	Papaveretum	Salino	
Dolor espontáneo inicial	8,8	8,6	P<0,0001
Dolor espontáneo a la hora	3,1	8,3	
Dolor a la palpación inicial	8,2	8,2	P<0,0001
Dolor a la palpación a la hora	5,1	8,1	
Mejoría de dolor a la hora	47	7	P<0,0001
Mejoría en la palpación a la hora	35	8	P<0,0001
Error en el diagnóstico	2	9	P<0,051
Cirugía en blanco	0	6	

mg de papaveretum) disminuye el dolor espontáneo y a la palpación no interfiere con el diagnóstico e incluso puede facilitar al permitir una exploración física más precisa y, aunque disminuye moderadamente el dolor a la palpación abdominal, la contractura muscular no se modifica (Tabla 1)<sup>12</sup>. En otro estudio, utilizando sulfato de morfina intravenoso, los resultados fueron parecidos, no existiendo diferencias con los enfermos tratados con suero salino, al comparar el diagnóstico provisional con el definitivo. Para ello compararon 35 enfermos tratados con sulfato de morfina con otros 36 tratados con suero salino. En la escala visual del dolor se observó que en el primer grupo el dolor disminuyó 3,9 y en el segundo 0,8 ( $p<0,01$ ). Hubo tres errores en el diagnóstico o tratamiento en cada grupo<sup>13</sup>.

Un aspecto diferente que podría justificar la actitud no activa frente al dolor abdominal agudo es que el médico considere que el dolor no es tan intenso como para justificar analgesia. Sin embargo, la realidad es diferente; al comparar las apreciaciones de 30 enfermos con dolor abdominal con valor entre 5 y 10 en la escala visual de dolor con las de los médicos que los atendían, se observó que, aunque los pacientes indicaban un valor

más alto en la intensidad del dolor, existía coincidencia en cuanto a la conveniencia de administrar opioides en el 78,9% de los casos<sup>14</sup>.

Así pues, no hay razones que justifiquen la no administración precoz de la analgesia necesaria en todo dolor abdominal significativo, independientemente de que se haya llegado o no a un diagnóstico o decisión terapéutica. El retraso se debe al miedo del médico a enmascarar los signos físicos, con el consiguiente retraso en el diagnóstico o en la toma de decisiones. Muchos médicos de Urgencias esperan hasta que el enfermo es valorado por Cirugía. Los estudios disponibles no justifican este miedo y es necesario un cambio de actitud por parte de todos los implicados en el manejo del dolor abdominal agudo para que exista una corriente de confianza que permita que se actúe más rápidamente, sin esperar a una segunda valoración. La "profesionalización" de los SHU con médicos especialistas en Medicina de Urgencias permitiría que éstos tomen decisiones sin el recelo de los cirujanos que ahora dudan frecuentemente de las opiniones de personal no adecuadamente formado, como son los residentes que están al comienzo de su formación.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1- Juárez Alonso S. Dolor como motivo de consulta en los Servicios de Urgencias hospitalarios (SUH). Ponencia. IX Congreso Naciones de la SEMES. Sitges. 1997.
- 2- Silen W. Abdominal pain. En Braunwald E, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jamenson JL Harrison's Principles of Internal Medicine. 15ª ed. New York. McGraw-Hill, 2001;67-70.
- 3- Tait IS, Ionescu MV, Cuschieri A. Do patients with acute abdominal pain wait unduly long for analgesia? J Rcoll Surg Edinb 1999;44:181-4.
- 4- McHale PM, LoVecchio F. Narcotic analgesia in the acute abdomen - a review of prospective trials. Eur J Emerg Med 2001;8:131-6.
- 5- Perianes Matesanz JF, Moya Mir MS. Dolor abdominal. En Moya Mir MS El médico ante el dolor. Guía de actuación urgente. Madrid. Edicomplet.1998.
- 6- Cope Z. The Early Diagnosis of the

Acute Abdomen. 14ª ed. London. Oxford University Press. 1972.

**7-** Silen W. Cope's Early Diagnosis of the Acute Abdomen. 15ª ed. London. Oxford University Press. 1979.

**8-** Fales WD, Overton DT. Abdominal Pain. En Tintinalli JE, Ruiz E, Krome RL Emergency Medicine. A comprehensive study guide. 4º ed. New ork. McGraw-Hill, 1996;217-21.

**9-** Trott AT, Lucas RM. Acute abdominal pain. En Rosen P, Barkin R Emer-

gency Medicine. Concepts and clinical practice. S. Louis. Mosby. 1998:1888.

**10-** Wolfe JM, Lein DY, Lenkoski K, Smithline HA. Analgesic administration to patients with an acute abdomen: a survey of emergency medicine physicians. Am J Emerg Med 2000; 18:250-3.

**11-** Editorial. Analgesia and the acute abdomen. Br Med J 1979;2;1093.

**12-** Attard AR, Corlett MJ, Kidner NJ, Leslie AP, Fraser IA. Safety of early

pain relief for acute abdominal pain. Br Med J 1992;305:554-6.

**13-** Pace S, Burke TF. Intravenous morphine for early pain relief in patients with acute abdominal pain. Acad Emerg Med 1996;3:1086-92.

**14-** Thomas SH, Borezuk P, Shackelford J, Ostrander J, Silver D, Evans M, Stein J. Patient and physician agreement on abdominal pain severity and need for opioid analgesia. Am J Emerg Med 1999;17:586-90.

**M. S. Moya Mir, P. Laguna del Estal**

*Servicio de Urgencias. Clínica Puerta de Hierro. Madrid  
Departamento de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid*