

Pregunta 3. En pacientes con pancreatitis aguda, ¿cuál sería el analgésico de elección?

El dolor abdominal es el síntoma y motivo principal de ingreso hospitalario en los pacientes con pancreatitis aguda. El manejo del dolor abdominal es una de las prioridades para el manejo temprano de los pacientes con pancreatitis aguda.(48) Además, considerando que este dolor es secundario a la inflamación del parénquima pancreático, se pueden prescribir diversos fármacos como los opioides o antiinflamatorios no esteroides.(49, 50) Los opioides han sido prescritos con mayor frecuencia; sin embargo, existe controversia respecto a su seguridad y eficacia en esta población de pacientes con pancreatitis aguda. Por este motivo, el GEG decidió priorizar esta pregunta clínica para que sea desarrollada.

Preguntas PICO abordadas en esta pregunta clínica:

La presente pregunta clínica abordó la siguiente pregunta PICO:

Pregunta PICO N°	Paciente / Problema	Intervención / Comparación	Desenlaces
3	Pacientes con pancreatitis aguda	Opioides/no opioides	<p>Críticos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cualquier complicación • Eventos adversos <p>Importantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intensidad de dolor • Necesidad de analgesia de rescate • Duración de estancia hospitalaria

Búsqueda de RS:

Para esta pregunta, se realizó una búsqueda de GPC que tengan RS (**Anexo N° 1**) y de RS publicadas como artículos científicos (**Anexo N° 2**), que hayan evaluado alguno de los desenlaces críticos o importantes priorizados por el GEG.

Se encontró dos RS publicadas como artículos científicos: Cai 2021(48) y Thavanesan 2022(51). A continuación, se resumen las características de las RS encontradas:

RS	Puntaje en AMSTAR-2	Fecha de la búsqueda (mes y año)	Desenlaces críticos o importantes que son evaluados por los estudios (número de estudios por cada desenlace)
Thavanesan 2022	10/14	Junio 2021	<ul style="list-style-type: none"> • Intensidad de dolor (5 ECA)
Cai 2021	9/14	Junio 2021	<ul style="list-style-type: none"> • Intensidad de dolor (4 ECA) • Necesidad de analgesia de rescate (6 ECA) • Complicaciones locales (5 ECA) • Duración de estancia hospitalaria (2 ECA) • Eventos adversos (5 ECA)

Se seleccionaron dos RS publicadas como artículos científicos: Cai 2021(48) y Thavanesan 2022(51). Esto debido a que fueron las únicas RS que incluyeron los desenlaces de interés priorizados por el panel. Además, Cai 2021(48) y Thavanesan 2022(51) realizaron una búsqueda más actualizada de la evidencia e incluyeron solo ensayos clínicos aleatorizados.

Evidencia por cada desenlace:

PICO 3: Opioides vs no opioides:

Se evaluaron los siguientes desenlaces:

- Intensidad de dolor:
 - Para este desenlace se contó con una RS: Thavanesan 2022(51).
 - Se decidió tomar como referencia la **RS de Thavanesan 2022(51)**, debido a que tuvo una calidad metodológica aceptable según la herramienta AMSTAR-2 (10/14) e incluyó el mayor número de ECA.
 - Para este desenlace, la RS de Thavanesan 2022(51) realizó un MA de 5 ECA (n=297). Estos tuvieron las siguientes características:
 - **La población** fueron pacientes con pancreatitis aguda. Entre las características clínicas de los participantes, los ECA incluidos seleccionaron pacientes con pancreatitis aguda leve y severa (se emplearon diversos métodos de clasificación de severidad, entre ellos la más usada fue la de APACHE II).
 - **El escenario clínico** fue a nivel hospitalario.
 - **La intervención** fue la administración de opioides.
 - **El comparador** fue la administración de fármacos no opioides (antiinflamatorios no esteroideos, anestésicos locales, paracetamol, placebo).
 - **El desenlace** de intensidad de dolor fue definido como el nivel de dolor a las 24 horas luego de la administración de la intervención.
 - El GEG consideró no necesario actualizar la RS de Thavanesan 2022(51) debido a que su búsqueda fue reciente (junio 2021).

- Necesidad de analgesia para rescate:
 - Para este desenlace se contó con una RS: Cai 2021(48).
 - Se decidió tomar como referencia la **RS de Cai 2021(48)**, debido a que fue la única que evaluó este desenlace priorizado e incluyó solo ECA.
 - Para este desenlace, la RS de Cai 2021(48) realizó un MA de 6 ECA (n=368). Estos tuvieron las siguientes características:
 - **La población** fueron pacientes con pancreatitis aguda. Entre las características clínicas de los participantes, los ECA incluidos seleccionaron pacientes con pancreatitis aguda leve y severa (se emplearon diversos métodos de clasificación de severidad, entre ellos la más usada fue la de APACHE II).
 - **El escenario clínico** fue a nivel hospitalario.
 - **La intervención** fue la administración de opioides.
 - **El comparador** fue la administración de fármacos no opioides.
 - **El desenlace** de necesidad de analgesia para rescate fue definido como la necesidad del uso de un analgésico adicional al de la intervención administrada. En el caso en que un paciente solicitó un analgésico de rescate varias veces no se cuenta más de una vez.
 - El GEG consideró no necesario actualizar la RS de Cai 2021(48) debido a que su búsqueda fue reciente (junio 2021).

- **Complicaciones locales:**
 - Para este desenlace se contó con una RS: Cai 2021(48).
 - Se decidió tomar como referencia la **RS de Cai 2021(48)**, debido a que fue la única que evaluó este desenlace priorizado e incluyó solo ECA.
 - Para este desenlace, la RS de Cai 2021(48) realizó un MA de 5 ECA (n=248). Estos tuvieron las siguientes características:
 - **La población, escenario clínico, intervención, y comparador** fueron descritos en el desenlace previo de necesidad de analgesia para rescate.
 - **El desenlace** de presencia de alguna complicación fue definido como el desarrollo de alguna complicación local (colección aguda de líquido peripancreático, colección necrótica aguda, necrosis tapiada, pseudoquiste pancreático y trombosis venosa).
 - El GEG consideró no necesario actualizar la RS de Cai 2021(48) debido a que su búsqueda fue reciente (junio 2021).

- **Duración de estancia hospitalaria:**
 - Para este desenlace se contó con una RS: Cai 2021(48).
 - Se decidió tomar como referencia la **RS de Cai 2021(48)**, debido a que fue la única que evaluó este desenlace priorizado e incluyó solo ECA.
 - Para este desenlace, la RS de Cai 2021(48) realizó un MA de 2 ECA (n=90). Estos tuvieron las siguientes características:
 - **La población, escenario clínico, intervención, y comparador** fueron descritos en el desenlace previo de necesidad de analgesia para rescate.
 - **El desenlace** de duración de estancia hospitalaria fue definido como la duración de días en la cual los pacientes con pancreatitis aguda permanecen en el hospital.
 - El GEG consideró no necesario actualizar la RS de Cai 2021(48) debido a que su búsqueda fue reciente (junio 2021).

- **Eventos adversos:**
 - Para este desenlace se contó con una RS: Cai 2021(48).
 - Se decidió tomar como referencia la **RS de Cai 2021(48)**, debido a que fue la única que evaluó este desenlace priorizado e incluyó solo ECA.
 - Para este desenlace, la RS de Cai 2021(48) realizó un MA de 5 ECA (n=297). Estos tuvieron las siguientes características:
 - **La población, escenario clínico, intervención, y comparador** fueron descritos en el desenlace previo de necesidad de analgesia para rescate.
 - **El desenlace** de eventos adversos fue definido como la presencia de reacciones adversas potencialmente atribuidas a la intervención (nauseas o vómitos, cefalea, constipación, disnea, entre otros).
 - El GEG consideró no necesario actualizar la RS de Cai 2021(48) debido a que su búsqueda fue reciente (junio 2021).

Tabla de Resumen de la Evidencia (Summary of Findings, SoF):

Población: pacientes con pancreatitis aguda Intervención: Opioides Comparador: No opioides Autores: Lesly Chávez Rimache Bibliografía por desenlace: <ul style="list-style-type: none"> • Intensidad de dolor: RS de Thavanesan • Necesidad de analgesia para rescate: RS de Cai • Presencia de complicaciones: RS de Cai • Duración de estancia hospitalaria: RS de Cai • Eventos adversos: RS de Cai 								
Desenlaces (tiempo de seguimiento)	Importancia	Número y Tipo de estudios	Intervención: Opioides	Comparación: No opioides	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)	Certeza	Interpretación
Presencia de complicaciones	CRÍTICO	5 ECA (n= 248)	59/123 (48.0%)	59/125 (47.2%)	OR: 1.16 (0.61 a 2.20)	37 más por 1000 (de 119 menos a 191 más)	⊕○○○ MUY BAJA ^{a,b}	Al administrar los opioides en lugar de no administrarlos, podría ser que no modifiquemos la presencia de complicaciones, aunque la evidencia es incierta.
Eventos adversos	CRÍTICO	5 ECA (n= 297)	18/132 (11.1%)	14/165 (8.5%)	OR: 1.52 (0.55 a 4.21)	37 menos por 1000 (de 35 menos a 191 más)	⊕○○○ MUY BAJA ^{a,b}	Al administrar los opioides en lugar de no administrarlos, podría ser que no modifiquemos la presencia de eventos adversos, aunque la evidencia es incierta.
Intensidad de dolor a las 24 horas (Escala de 0 a 100)	IMPORTANTE	5 ECA (n= 297)	144	153	-	DME: 0.56 (-1.37 a 2.49)	⊕○○○ MUY BAJA ^{c,d}	Al administrar los opioides en lugar de no administrarlos, podría ser que no modifiquemos el nivel de intensidad de dolor, aunque la evidencia es incierta.
Necesidad de analgesia para rescate	IMPORTANTE	6 ECA (n= 368)	60/183 (32.8%)	110/185 (59.5%)	OR: 0.25 (0.07 a 0.86)	326 menos por 1000 (de 501 menos a 37 menos)	⊕○○○ MUY BAJA ^{a,e}	Por cada 1000 personas a las que administremos opioides en lugar de no opioides, podría ser que causemos 326 menos casos de necesidad de analgesia de rescate (IC95%: -501 a -37), aunque la evidencia es incierta.
Duración de estancia hospitalaria (días)	IMPORTANTE	2 ECA (n= 90)	44	46	-	DM: - 3.03 días (-7.34 a 1.28)	⊕○○○ MUY BAJA ^{c,e}	Al administrar los opioides en lugar de no administrarlos, podría ser que no modifiquemos la duración de estancia hospitalaria, aunque la evidencia es incierta.

IC: Intervalo de confianza; **DME:** Diferencia de medias estandarizadas; **DM:** Diferencia de medias; **OR:** Riesgo de Odds

Explicaciones de la certeza de evidencia:

- Se decidió bajar dos niveles de certeza de evidencia por riesgo de sesgo debido a que < 50% del peso "weight" del metaanálisis está compuesto por estudios de bajo riesgo de sesgo.
- Se decidió bajar dos niveles de certeza de evidencia por imprecisión debido a la amplitud de los intervalos de confianza (incluyeron los valores referenciales de 0.9 y 1.1).
- Se decidió bajar un nivel de certeza de evidencia por imprecisión debido a que hubo menos de 300 pacientes.
- Se decidió bajar dos niveles de certeza de evidencia por inconsistencia debido a que el valor del I₂ fue mayor a 80%.
- Se decidió bajar un nivel de certeza de evidencia por inconsistencia debido a que el valor del I₂ estuvo entre 40 y 80%.

Tabla de la Evidencia a la Decisión (*Evidence to Decision*, EtD):

Presentación:

Pregunta 3. En pacientes con pancreatitis aguda, ¿cuál sería el analgésico de elección?	
Población:	Población con pancreatitis aguda
Intervención:	Opioides
Comparador:	No opioides
Desenlaces:	<ul style="list-style-type: none"> • Intensidad de dolor • Necesidad de analgesia para rescate • Presencia de complicaciones • Duración de estancia hospitalaria • Eventos adversos
Escenario:	EsSalud
Perspectiva:	Recomendación clínica poblacional – Seguro de salud (EsSalud)
Potenciales conflictos de interés:	Los miembros del GEG manifestaron no tener conflictos de interés con respecto a esta pregunta

Evaluación:

Beneficios:						
¿Cuán sustanciales son los beneficios ocasionados al brindar la intervención frente a brindar el comparador?						
Juicio	Evidencia					Consideraciones adicionales
<input type="radio"/> Trivial <input checked="" type="radio"/> Pequeño <input type="radio"/> Moderado <input type="radio"/> Grande <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> Se desconoce	Desenlaces (tiempo de seguimiento) Intensidad de Dolor (Escala de 0 a 100)	Número y Tipo de estudios 5 ECA (n= 297)	Efecto relativo (IC 95%) -	Diferencia (IC 95%) DME: 0.56 (-1.37 a 2.49)	Certeza ⊕○○○ MUY BAJA	El GEG consideró por unanimidad que el beneficio fue pequeño. Esto debido a que los efectos en la necesidad de analgesia para rescate fueron inciertos. Además, no se evidenció algún efecto significativo entre los otros desenlaces como intensidad de dolor, presencia de complicaciones y duración de la estancia hospitalaria.
	Desenlaces (tiempo de seguimiento) Necesidad de analgesia para rescate	Número y Tipo de estudios 6 ECA (n= 368)	Efecto relativo (IC 95%) OR: 0.25 (0.07 a 0.86)	Diferencia (IC 95%) 326 menos por 1000 (de 501 menos a 37 menos)	Certeza ⊕○○○ MUY BAJA	
	Desenlaces (tiempo de seguimiento) Presencia de complicaciones	Número y Tipo de estudios 5 ECA (n= 248)	Efecto relativo (IC 95%) OR: 1.16 (0.61 a 2.20)	Diferencia (IC 95%) 37 más por 1000 (de 119 menos a 191 más)	Certeza ⊕○○○ MUY BAJA	
	Desenlaces (tiempo de seguimiento) Duración de estancia hospitalaria (días)	Número y Tipo de estudios 2 ECA (n= 90)	Efecto relativo (IC 95%) -	Diferencia (IC 95%) DM: - 3.03 días (-7.34 a 1.28)	Certeza ⊕○○○ MUY BAJA	
	En resumen, en <i>personas con pancreatitis aguda</i> , por cada 1000 personas a las que administremos los opioides en lugar no de administrarlos: <ul style="list-style-type: none"> • Podría ser que causemos 326 menos casos de necesidad de analgesia de rescate (IC 95%: -501 a -37), aunque la evidencia es incierta. • En contraste, no modificaremos el nivel de intensidad de dolor, presencia de complicaciones y duración de estancia hospitalaria, aunque la evidencia es incierta. 					
Daños:						
¿Cuán sustanciales son los daños ocasionados al brindar la intervención frente a brindar el comparador?						
Juicio	Evidencia					Consideraciones adicionales
<input type="radio"/> Grande <input type="radio"/> Moderado <input type="radio"/> Pequeño <input checked="" type="radio"/> Trivial <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> Se desconoce	Desenlaces (tiempo de seguimiento) Eventos adversos	Número y Tipo de estudios 5 ECA	Efecto relativo (IC 95%) OR: 1.52 (0.55 a 4.21)	Diferencia (IC 95%) 37 menos por 1000 (de 35 menos a 191 más)	Certeza ⊕○○○ MUY BAJA	El GEG consideró por unanimidad que los daños de brindar la intervención en lugar del comparador fueron triviales. Esto debido a que los efectos fueron inciertos.
	En resumen, al administrar los opioides en lugar de no administrarlos, podría ser que no modifiquemos la presencia de eventos adversos, aunque la evidencia es incierta.					
Certeza de la evidencia:						

¿Cuál es la certeza general de la evidencia?				
Juicio	Evidencia		Consideraciones adicionales	
<ul style="list-style-type: none"> ● Muy baja ○ Baja ○ Moderada ○ Alta ○ No se evaluaron estudios 	Desenlaces (tiempo de seguimiento)	Importancia	Certeza	
	Intensidad de Dolor (Escala de 0 a 100)	IMPORTANTE	⊕○○○ MUY BAJA ^{a,b}	Entre los <i>outcomes</i> críticos (presencia de complicaciones y eventos adversos), se consideró el que presentó la menor certeza de evidencia, por lo cual la certeza general de la evidencia es muy baja.
	Necesidad de analgesia para rescate	IMPORTANTE	⊕○○○ MUY BAJA ^{c,d}	
	Presencia de complicaciones	CRÍTICO	⊕○○○ MUY BAJA ^{c,e}	
	Duración de estancia hospitalaria (días)	IMPORTANTE	⊕○○○ MUY BAJA ^{a,d}	
	Eventos adversos	CRÍTICO	⊕○○○ MUY BAJA ^{c,e}	
	Explicaciones de la certeza de evidencia: a. Se decidió bajar un nivel de certeza por imprecisión debido a que en total hubo menos de 300 pacientes. b. Se decidió bajar dos niveles de certeza de evidencia por inconsistencia debido a que el valor del I ₂ fue mayor a 80%. c. Se decidió bajar dos niveles de certeza por riesgo de sesgo debido a que < 50% del peso "weight" del metaanálisis está compuesto por estudios de bajo riesgo de sesgo. d. Se decidió bajar un nivel de certeza de evidencia por inconsistencia debido a que el valor del I ₂ estuvo entre 40 y 80%. e. Se decidió bajar dos niveles de certeza de evidencia por imprecisión debido a la amplitud de los intervalos de confianza (incluyeron los valores referenciales de 0.9 y 1.1).			
Entre los desenlaces críticos (intensidad de dolor y eventos adversos), se consideró la menor certeza de evidencia (muy baja).				
Desenlaces importantes para los pacientes:				
¿Se contó con evidencia para todos los desenlaces importantes/críticos para los pacientes?				
Juicio	Evidencia		Consideraciones adicionales	
<ul style="list-style-type: none"> ○ No ○ Probablemente no ● Probablemente sí ○ Sí 	El GEG mencionó por unanimidad que probablemente sí. Sin embargo, mencionaron que, si bien se consideraron los desenlaces críticos e importantes para los pacientes con pancreatitis aguda, el GEG refirió que hubiera sido importante evaluar también el tiempo para iniciar la nutrición oral o enteral.			
Balance de los efectos:				
¿El balance entre beneficios y daños favorece a la intervención o al comparador? (Tomar en cuenta los beneficios, daños, certeza de la evidencia y la presencia de desenlaces importantes)				
Juicio	Evidencia		Consideraciones adicionales	
<ul style="list-style-type: none"> ○ Favorece al comparador ○ Probablemente favorece al comparador ○ No favorece a la intervención ni al comparador ● Probablemente favorece a la intervención ○ Favorece a la intervención ○ Varía ○ Se desconoce 			Considerando los beneficios, daños, certeza de evidencia y la presencia de desenlaces críticos, el GEG mencionó que el balance probablemente favorece a la intervención. Esto debido a que a pesar de que los potenciales beneficios y daños fueron inciertos, se encontró un pequeño efecto beneficioso sobre la necesidad de analgesia para rescate y el GEG considera que ese desenlace podría ser importante para evitar el retraso de la alimentación oral o enteral en los pacientes con pancreatitis aguda y mejorar de esta forma su calidad de vida.	
Uso de recursos:				

¿Qué tan grandes son los requerimientos de recursos (costos) de la intervención frente al comparador para un paciente (de ser una enfermedad crónica, usar el costo anual)?														
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales												
<input type="radio"/> Costos elevados <input type="radio"/> Costos moderados <input checked="" type="radio"/> Intervención y comparador cuestan similar o los costos son pequeños <input type="radio"/> Ahorros moderados <input type="radio"/> Ahorros extensos <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> Se desconoce	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Intervención: Opioides</th> <th>Comparador: No opioides</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Presentación</td> <td>Tramadol (Ampolla) Morfina</td> <td>Diclofenaco (Ampolla)</td> </tr> <tr> <td>Costo unitario</td> <td>Morfina (Ampolla): S/3.42 por unidad Tramadol (Ampolla): S/ 0.48 por unidad</td> <td>S/ 0.13 por unidad</td> </tr> <tr> <td>Duración del esquema</td> <td>Según necesidad del paciente</td> <td>Según necesidad del paciente</td> </tr> </tbody> </table> <p>*los precios fueron aproximados según el costo de medicamentos en EsSalud (Petitorio – Resolución N°10 - 2022).</p>		Intervención: Opioides	Comparador: No opioides	Presentación	Tramadol (Ampolla) Morfina	Diclofenaco (Ampolla)	Costo unitario	Morfina (Ampolla): S/3.42 por unidad Tramadol (Ampolla): S/ 0.48 por unidad	S/ 0.13 por unidad	Duración del esquema	Según necesidad del paciente	Según necesidad del paciente	<p>El GEG que el precio unitario de la morfina es el doble de la de otros fármacos como los antiinflamatorios no esteroideos u otros analgésicos. Sin embargo, en relación con el tramadol los costos son similares al comparador. Sin embargo, considerando que es muy poco frecuente optar por escalar a la morfina, el GEG mencionó que los costos de la intervención y comparador son similares.</p>
	Intervención: Opioides	Comparador: No opioides												
Presentación	Tramadol (Ampolla) Morfina	Diclofenaco (Ampolla)												
Costo unitario	Morfina (Ampolla): S/3.42 por unidad Tramadol (Ampolla): S/ 0.48 por unidad	S/ 0.13 por unidad												
Duración del esquema	Según necesidad del paciente	Según necesidad del paciente												
Inequidad: ¿Al preferir la intervención en lugar del comparador, se generará inequidad? (Inequidad: desfavorecer a poblaciones vulnerables como mayores de edad, personas de escasos recursos económicos, personas que viven en contextos rurales, personas que tienen escaso acceso a los servicios de salud, etc.)														
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales												
<input type="radio"/> Reducido <input checked="" type="radio"/> Probablemente reducido <input type="radio"/> Probablemente no tenga impacto <input type="radio"/> Probablemente incremente la equidad <input type="radio"/> Incrementa la equidad <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> Se desconoce		<p>El GEG consideró que la intervención con los opioides podría reducir la equidad. Esto debido a que los opioides podrían estar escasos por periodos en el primer nivel de atención. Además, para la prescripción de opioides como la morfina o petidina se necesita de una receta especial.</p>												
Aceptabilidad: ¿La intervención es aceptable para el personal de salud y los pacientes?														
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales												
<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Probablemente no <input checked="" type="radio"/> Probablemente sí <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> Se desconoce		<p>Personal de salud: El GEG consideró que luego de conocer la evidencia sobre los beneficios y daños del uso de los opioides, los profesionales de la salud probablemente aceptarían brindar la intervención. Esto debido a que es algo que vienen realizando como parte de sus protocolos de atención.</p> <p>Pacientes: El GEG consideró que luego de conocer la evidencia sobre los beneficios y daños del uso de opioides, los pacientes probablemente aceptarían la intervención.</p>												
Factibilidad: ¿La intervención es factible de implementar?														
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales												
<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Probablemente no <input checked="" type="radio"/> Probablemente sí <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> Se desconoce		<p>El GEG consideró que el uso de los opioides sería una intervención factible de implementar debido a que está disponible en el petitorio de EsSalud.</p>												

Resumen de los juicios:

	JUICIOS						
BENEFICIOS	Trivial	Pequeño		Moderado	Grande	Varía	Se desconoce
DAÑOS	Grande	Moderado		Pequeño	Trivial	Varía	Se desconoce
CERTEZA DE LA EVIDENCIA	Muy baja	Baja		Moderada	Alta	Ningún estudio incluido	
DESENLACES IMPORTANTES PARA LOS PACIENTES	No	Probablemente no		Probablemente sí	Sí		
BALANCE DE LOS EFECTOS	Favorece al comparador	Probablemente favorece al comparador	No favorece a la intervención ni al comparador	Probablemente favorece a la intervención	Favorece a la intervención	Varía	Se desconoce
USO DE RECURSOS	Costos extensos	Costos moderados	Intervención y comparador cuestan similar o los costos son pequeños	Ahorros moderados	Ahorros extensos	Varía	Se desconoce
EQUIDAD	Reduce la equidad	Probablemente reduce la equidad	Probablemente no tenga impacto en la equidad	Probablemente incrementa la equidad	Incrementa la equidad	Varía	Se desconoce
ACEPTABILIDAD	No	Probablemente no		Probablemente sí	Sí	Varía	Se desconoce
FACTIBILIDAD	No	Probablemente no		Probablemente sí	Sí	Varía	Se desconoce
RECOMENDACIÓN FINAL	Recomendación fuerte a favor del control	Recomendación condicional a favor del control	Recomendación condicional a favor de la intervención o del control	Recomendación condicional a favor de la intervención	Recomendación fuerte a favor de la intervención	No emitir recomendación	

Recomendaciones y justificación:

Justificación de la dirección y fuerza de la recomendación	Recomendación
<p>Dirección: El GEG consideró que, en los pacientes con pancreatitis aguda, los beneficios de brindar opioides en lugar de otros analgésicos se consideraron pequeños, se encontró un efecto beneficioso sobre la necesidad de analgesia para rescate. En relación con los daños, estos se consideraron pequeños debido a que pesar de no haberse encontrado alguna diferencia entre brindar opioides u otro analgésico, el panel refirió que los opioides pueden producir más náuseas y vómitos (aunque en pequeña proporción de los casos). Por este motivo, el GEG decidió emitir una recomendación a favor de la administración de los opioides.</p> <p>Fuerza: Considerando que la certeza general de la evidencia fue muy baja, esta recomendación fue considerada como condicional.</p>	<p>En pacientes con pancreatitis aguda, sugerimos administrar opioides para el control del dolor.</p> <p>Recomendación condicional a favor Certeza de la evidencia: Muy Baja (⊕⊖⊖⊖)</p>

Buenas Prácticas Clínicas (BPC):

El GEG consideró relevante emitir las siguientes BPC al respecto de la pregunta clínica desarrollada:

Justificación	BPC
<p>El GEG consideró tomar las dosis, vía de administración y duración de la terapia en base a las RS de Cai et al.(48) y Thavanesan et al.(51) para el manejo de dolor. Además, se consideraron los protocolos hospitalarios (Hospital Alberto Sabogal Sologuren y Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins) para establecer la terapéutica (las dosis y vía de administración) para el control del dolor en los pacientes con pancreatitis aguda.</p>	<p>En pacientes con pancreatitis aguda, el tratamiento analgésico es individualizado, se podría considerar el siguiente esquema: Administrar opioides como el tramadol: Tratamiento convencional (primera elección): 1 ampolla de 100mg diluido en 100ml de solución salina y administrado c/6 a 8 h. Como tratamiento de rescate:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tramadol 200 a 300 mg en 200ml de solución salina condicionado al dolor + metoclopramida de 10 a 20mg. <p>En caso de que el dolor no remita: Se administrará:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Morfina 10mg/ml, 10 mg/6-8 h (vía subcutánea) <p>Si el dolor continúa sin remitir con dicho manejo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 30 mg de petidina (100 mg/2ml) diluida en 100 ml de solución salina y administrado c/4 a 6 h.