

101 - ABORDAJE DEL DOLOR EN URGENCIAS

Castillo Muñoz, Laura María
Méndez Díaz, Lara
García García, Sara

El dolor es una de las causas de consulta más frecuentes en los Servicios de Urgencias.

El **agudo** lo refieren aproximadamente un 88%; el **crónico agudizado**, un 8%, y en el 3-4% son pacientes con **dolor crónico**.

NOCICEPTIVO

	TIPO SOMÁTICO	TIPO VISCERAL	TIPO NEUROPÁTICO
DEFINICIÓN	<p>Dolor bien localizado que refleja una lesión subyacente.</p> <p>Fijo y continuo, se exagera con el movimiento y cede con el reposo.</p> <p>Ej. Dolor musculoesquelético, postquirúrgico, etc....</p>	<p>Dolor sordo difícil de localizar y que frecuentemente está acompañado por reacciones del sistema nervioso autónomo.</p> <p>El dolor visceral puede radiar hasta las correspondientes zonas de la piel ("dolor referido").</p>	<p>Dolor producido por lesiones del sistema nervioso.</p> <p>Persiste tras el estímulo que lo originó.</p> <p>Raramente responde a AINES y su respuesta a opioides es errática.</p> <p>Ej. Neuralgia postherpética.</p>
ESCALA*	<p>Escala Analógica Visual (EVA)¹</p> <p>Consiste en una línea de 10 cm que considera el 0 como ausencia de dolor y 10 como peor dolor imaginable.</p>	<p>Escala Analógica Visual (EVA)¹</p> <p>Consiste en una línea de 10 cm que considera el 0 como ausencia de dolor y 10 como peor dolor imaginable.</p>	<p>CUESTIONARIO DN4²</p> <p>La valoración de la presencia de dolor neuropático se realiza a partir de 10 preguntas enfocadas en la descripción y signos de dolor percibidos por el paciente. Las respuestas se evalúan con 1 (sí) ó 0 (no).</p>

Tisular real o potencial, siendo una de las primeras causas de consulta en urgencias.

Otros: **psicógeno o emocional**.

- No suele coincidir con la distribución anatómica del sistema nervioso y predomina la dimensión afectiva o emocional del paciente.
- Su diagnóstico es de exclusión.
- Existe el riesgo de infravalorar su dimensión.

TRATAMIENTO DOLOR SOMÁTICO Y VISCERAL

*Escala de la OMS y ascensor analgésico

Desde hace varios años se utiliza el concepto de analgesia multimodal, referido a la combinación de fármacos según el tipo de dolor. Aunque con controversia, sigue vigente la escalera analgésica de la OMS con modificaciones, sobre todo el paso directo al tercer escalón, en caso de dolor severo, especialmente oncológico.

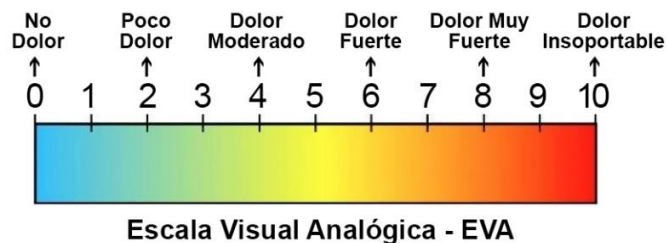
DOLOR LEVE		DOLOR MODERADO		DOLOR INTENSO		DOLOR MUY INTENSO	
Analgésicos no opioides +/- coadyudantes		Opioides menores +/- coadyudantes		Opioides mayores +/- analgésicos no opioides +/- coadyudantes		Analgésicos opioides mayores +/- analgésicos no opioides +/- técnicas invasivas	

TRATAMIENTO DOLOR NEUROPÁTICO

1er escalón		2do escalón		3er escalón		4to escalón	
Antiepilépticos +/- Antidepresivos AINE si dolor mixto		Antiepilépticos +/- Antidepresivos +/- Opioides débiles (tramadol, codeína) AINE si dolor mixto		Antiepilépticos +/- Antidepresivos +/- Opioides potentes (morfina, fentanilo) AINE si dolor mixto		Técnicas analgésicas	

ESCALAS

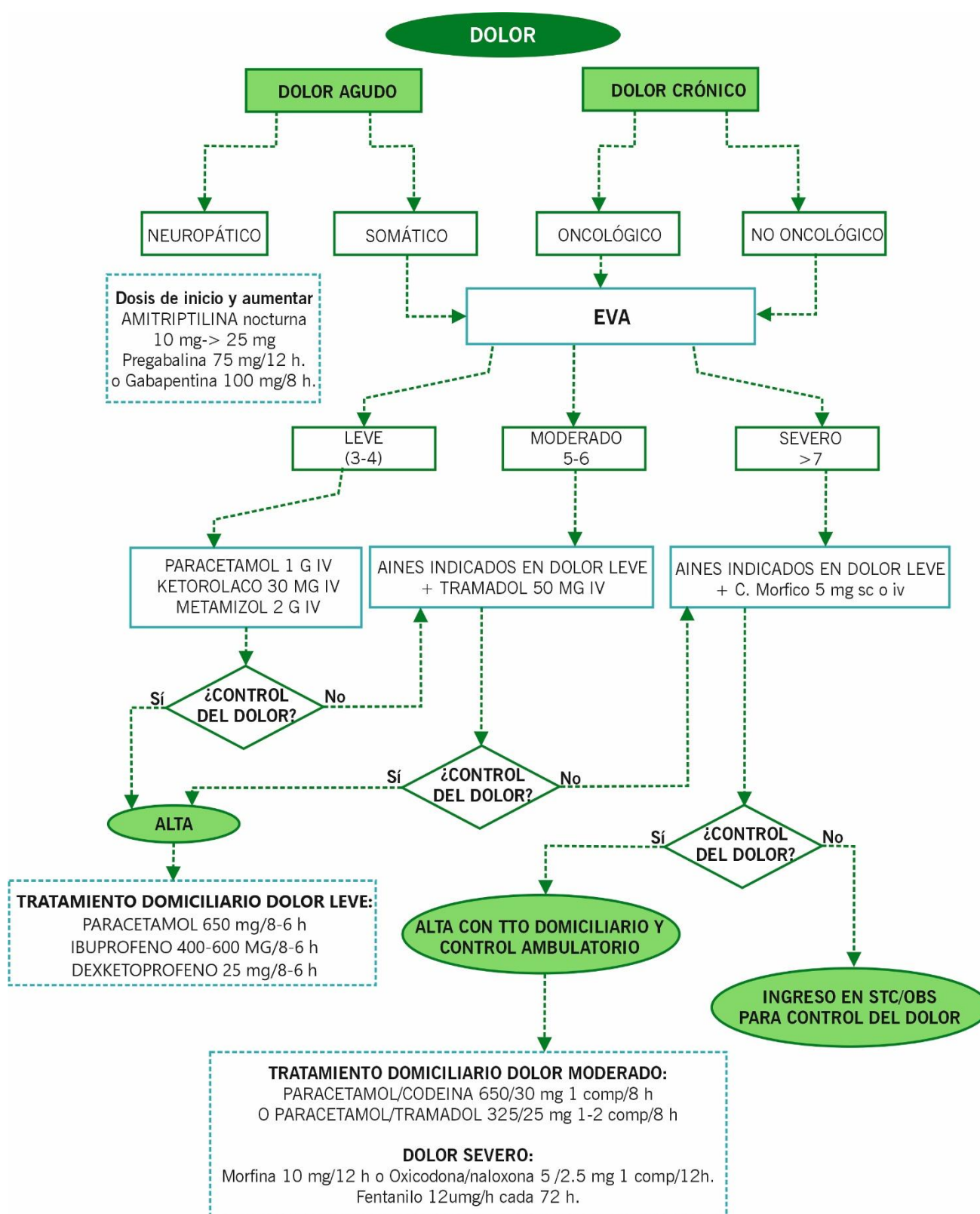
*ESCALA EVA¹



*CUESTIONARIO DN4²

1. ¿Tiene su dolor alguna de estas características?
 - 1.Quemazón.
 - 2.Sensación de frío doloroso.
 - 3.Descarga eléctrica.
2. ¿Tiene en la zona donde le duele alguno de estos síntomas?
 - 1.Hormigueo.
 - 2.Pinchazos.
 - 3.Entumecimiento.
 - 4.Escozor.
3. ¿Se evidencia en la exploración alguno de estos síntomas?
 - 1.Hipoestesia al tacto.
 - 2.Hipoestesia a los pinchazos.
4. En la zona dolorosa el dolor lo causa o se intensifica por:
 - 1.El cepillado.
 2. El roce.

**Por cada respuesta positiva asigne un punto, por cada respuesta negativa asigne un valor de 0 (cero).
Sume los puntos; si es mayor o igual a 4 se considera que hay dolor neuropático.**



TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO. AINES

FÁRMACO	DOSIS INICIO	DOSIS MÁXIMA	COMENTARIOS
METAMIZOL	500-575 mg/8 h	4000 mg	Riesgo de hepatotoxicidad
PARACETAMOL	325-1000 mg/8 h	4000 mg	Elección para inicio y mantenimiento. Vigilar la hepatotoxicidad
IBUPROFENO	200-600 mg/8 h	2400 mg	AINE de elección por balance de eficacia/seguridad/experiencia
DEXIBUPROFENO	400 mg/8-12 h	1200 mg	Se recomienda en el dolor irruptivo
DEXKETOPROFENO	12,5-25 mg/8-12 h	75-50 mg	Dolor irruptivo. Vía parenteral
NAPROXENO	250-500 mg/12 h	1100 mg	AINE con mejor perfil CV
MELOXICAN	7,5 mg/24 h	7,5 mg	Fármaco de segunda línea. Oxicam es menos lesivo
DICLOFENACO	50 mg/8-12 h	100-150 mg	Amplia experiencia
NABUMETONA	1000 mg/24 h	1000 mg	Valorar en anticoagulados
CELECOXIB	200 mg/24 h	200 mg	Alternativa si riesgo CV bajo y GI alto
ETORICOXIB	30-60 mg/24 h	120 mg	

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO II. Coadyuvantes

FÁRMACO	DOSIS DIARIA	DOSIS MÁXIMA	COMENTARIOS
DULOXETINA	20-30 mg/día	120 mg	Aprobado en el DN periférico, útil en la FM, lumbalgia y artrosis
VENLAFAXINA	37,5 mg/día	150 mg	Indicado en DN periférico. Riesgo de HTA, taquicardia, hiponatremia
AMITRIPTILINA	10-25 mg/día	75 mg	Eficaz en el DN y algo en el nociceptivo. No recomendable por los efectos secundarios
PREGABALINA	25-75 mg/día (nocturna)	75-150 mg	DN central y periférico, buen perfil farmacológico
GABAPENTINA	300-400 mg/día	600 mg con efectos secundarios	Gran experiencia en DN, eficaz a dosis altas
CARBAMAZEPINA	100 mg/día	200-400 mg	Primera línea en la Neuralgia del trigémino. Muchos efectos secundarios es preferible la OXCARBACEPINA
A. LIDOCAINA 5%	1-3 apos	3 apos	DN localizado con alodinia. Neuralgia postherpética
P. CAPSAICINA 8%	1-3 parc	3 parc	DN localizado, alodinia
PREDNISONA	0,1-2 mg/kg/día	1 mg/kg	DC inflamatorio no oncológico, alternativa a los AINE
DEXAMETASONA	2-4 mg/día	12-24 mg/día	DC inflamatorio oncológico
CLODRONATO	400 mg	1600 mg	Fracturas osteoporóticas
CLONAZEPAM	0,5 mg/24 h Nocturnas	2 mg cada 24 h	Cierta utilidad en el DN, relajante muscular
BACLOFENO	5 mg/8-24 h	30 mg	Espasticidad muscular de origen cerebral

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO III. Opioides

OPIOIDE	DOSIS INICIO	COMENTARIOS
Morfina Sulfato de Morfina MST Cloruro Mórfico	10 mg vía oral = 5 mg vía sc = 3 mg vía iv	Opiode estándar. No tiene techo terapéutico. En personas mayores iniciar con 5 mg /4 horas, vía oral. En tratamientos prolongados de mayores de 90 años o con insuficiencia renal dar las dosis cada 6 horas. Presentación en gotas.
Buprenorfina (parches)	35 mcg/72 h	Muy lipofílico, metabolismo hepático con metabolitos activos débiles.
Oxicodona/naloxona	5/2,5 mg	Incorpora la Naloxona para evitar el estreñimiento.
Tapentadol	25-50 mg	Doble mecanismo de acción agonista (muy opioide e inhibidor de la recaptación de noradrenalina). Menor incidencia de efectos secundarios
Tramadol	37,5 mg	Eficaz asociado con el paracetamol (sinergia) y en la crisis aguda con el dexketoprofeno. Presentación en gotas. A dosis altas deprime la contractibilidad cardíaca.
Codeína	30-60 mg	Estreñimiento como efectos secundarios. Asociaciones con el paracetamol.

IMPORTANTE: Al dar de alta a un paciente con medicación de segundo o tercer escalón, **OPIOIDES**, así como con **COADYUVANTES**, derivar a su médico de atención primaria en 1 semana para valorar nuevamente el dolor y desescalar en caso de ser posible.



BIBLIOGRAFÍA

1. Barnett ML, Olenksi AR, Jena AB. Opioid Prescribing by Emergency Physicians and Risk of Long-Term Use. *N Engl J Med* 2017; 376:1896.
2. F.C. Sampson, S.W. Goodacre, A. O'Cathain Interventions to improve the management of pain in emergency departments: systematic review and narrative synthesis *Emerg Med J.* (2014)
3. Povar Marco J.Gómez Sergio L, Franco Sorolla JM et col. Analgesia y Sedación en urgencias. *Emergencias* 2000;12 272-279
4. Loeser JD ,Butler SH ,Chapman R,Turk DC eds. Bonica .Terapéutica del dolor 3º ed Mc Graw Hill. Philadelphia. 2003
5. Castañeda M,Ruiz MG,Borque JL.Sedación en urgencias.Servicio de Anestesiología ,reanimación y Terapia del Dolor.Hospital de Navarra.Capítulo :Farmacología en urgencias.Libro electrónico de Temas de urgencias.
6. Martínez-Salio A,Gómez de la Cámara A,Ribera Canudas MV,Montero Homs J,Blanco Tarrío E,Collado Cruz et al. Diagnóstico y tratamiento de dolor Neuropático.*Med Clin(Barc).* 2009;133(16):629-636