REVISTA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DEL DOLOR

REVISTA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DEL DOLOR

Artículo Aceptado para su pre-publicación / Article Accepted for pre-publication

Título / Title:

Manejo del dolor agudo en urgencias y atención primaria / Management of acute pain in emergency and primary care

Autores / Authors:

Rosa María Capilla Pueyo

DOI: [10.20986/resed.2017.3640/2017](https://doi.org/10.20986/resed.2017.3640/2017)

Instrucciones de citación para el artículo / Citation instructions for the article:

Capilla Pueyo Rosa María. Manejo del dolor agudo en urgencias y atención primaria / Management of acute pain in emergency and primary care. Rev. Soc. Esp. Dolor. 2017. doi: 10.20986/resed.2017.3640/2017.

INSPIRA NETWORK

Este es un archivo PDF de un manuscrito inédito que ha sido aceptado para su publicación en la Revista de la Sociedad Española del Dolor. Como un servicio a nuestros clientes estamos proporcionando esta primera versión del manuscrito en estado de pre-publicación. El manuscrito será sometido a la corrección de estilo final, composición y revisión de la prueba resultante antes de que se publique en su forma final. Tenga en cuenta que durante el proceso de producción se pueden dar errores lo que podría afectar el contenido final. El copyright y todos los derechos legales que se aplican al artículo pertenecen a la Revista de la Sociedad Española de Dolor.

MANEJO DEL DOLOR AGUDO EN URGENCIAS Y ATENCIÓN PRIMARIA

MANAGEMENT OF ACUTE PAIN IN EMERGENCY AND PRIMARY CARE

R. M. Capilla Pueyo

*Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda, Madrid.
España*

CORRESPONDENCIA:

Rosa María Capilla Pueyo

doctoracapilla@gmail.com

INTRODUCCIÓN AL DOLOR EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS

El dolor es el motivo más frecuente de consulta en los Servicios de Urgencias (SU), llegando a ser referido por el 78 % de los pacientes, un tercio de los cuales manifiesta dolor intenso (1). Sin embargo, a pesar de su elevada prevalencia, en los SU su tratamiento sigue sin ser adecuado en muchas ocasiones (2,3), recibiendo tratamiento analgésico solo un 60 % de los pacientes con dolor y, de ellos, el 75 % es dado de alta sin resolución completa del mismo (3).

Los SU reúnen una serie de circunstancias desfavorables para establecer el clima de comunicación y confianza entre el médico, la enfermera y el paciente con dolor, y este hecho junto con la saturación de las salas de agudos, contribuyen en muchos casos al tratamiento insuficiente de estos enfermos (4,5).

Sin embargo, las pautas y protocolos para el manejo del dolor, cuando se implementan de manera uniforme, mejoran los resultados a largo plazo (6), por lo que es importante su rápida detección en el triaje valorándose como una quinta constante, aunque según encuestas recientes estos protocolos no están suficientemente implantados en nuestro país (7).

VALORACIÓN INICIAL DEL DOLOR EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS

Debemos identificar y evaluar el dolor, determinando sus principales características y monitorizando la respuesta al tratamiento, utilizando de forma rutinaria herramientas de evaluación estándar (8). Es importante distinguir si estamos ante un dolor agudo, un dolor crónico agudizado o un dolor irruptivo en un paciente con dolor oncológico (dolor de intensidad moderada o intensa que aparece sobre un dolor crónico). Asimismo, hay que identificar el tipo de dolor (nociceptivo, neuropático o mixto), siendo imprescindible valorar los antecedentes médicos del paciente, en especial la presencia de insuficiencia renal, hepática, cardiovascular o respiratoria y su tratamiento habitual.

MEDIDA DEL DOLOR EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS

Para poder tratar el dolor adecuadamente, es necesario evaluarlo de forma correcta. Si bien el dolor es una experiencia subjetiva, las escalas de evaluación del dolor son válidas y confiables cuando se utilizan apropiadamente (9).

Las escalas más frecuentemente utilizadas son:

- Escala de evaluación numérica que consiste en solicitar al paciente, de una escala del 1 al 10, cuánto dolor tiene.
- Escala Visual Analógica, que muestra al paciente una línea de 10 cm en la que el 0 es ningún dolor y el 10 el máximo dolor imaginable, y el enfermo marca en ella su dolor (Figura 1.A), o una lámina con imágenes (caras y expresiones) de una persona con distintos niveles de dolor (Figura 1.B).

De la misma forma, debemos ser capaces de obtener información clara del paciente, no solo de las características del dolor sino también de sus vivencias y emociones, así como ser capaces de transmitir confianza y conocimiento en cuanto a su enfermedad y a su sufrimiento, mostrándole interés en proporcionarle alivio.

Es muy importante escoger los instrumentos apropiados para los diferentes tipos de pacientes, es decir, pediátricos, adulto joven, ancianos y personas con problemas cognitivos. Además, es importante que la escala escogida sea aplicable al SU.

Particularmente, en los ancianos deben considerarse las barreras o dificultades en la correcta evaluación del dolor. Así, los ancianos con demencia, delirium o hipoacusia, no pueden comprender las preguntas y manifestar adecuadamente su dolor, siendo necesarias algunas herramientas específicas, como la escala PAINAD (Tabla I) y FLACC (en niños), que miden conductas específicas relacionadas con el dolor en este subgrupo de pacientes (10,11).

PRIORIDADES EN LA ATENCIÓN DEL DOLOR EN URGENCIAS

1. Lo más importante del manejo del paciente con dolor en urgencias es identificar la presencia de situaciones que comprometan funciones vitales, con el fin de darles soporte y tratamiento adecuados.
2. Debemos perseguir el control del dolor lo más precoz y eficazmente, reduciendo en la medida de lo posible los efectos secundarios. Es importante el inicio de la analgesia, aunque la orientación diagnóstica aún no se haya resuelto.
3. Es fundamental elegir el fármaco, la vía y la dosis adecuada, así como la prescripción de dosis y ritmos prefijados, evitando las pautas a demanda.
4. El tratamiento inicial deberá ser contundente para obtener analgesia rápida y satisfactoria. En dolor intenso se deben realizar valoraciones periódicas frecuentes para modificar dosis en función del alivio. Se considera que los prejuicios sobre los efectos secundarios de los opiáceos en médicos, enfermeras y pacientes contribuyen a los bajos niveles de analgesia observados en urgencias (12,13).
5. La analgesia y satisfacción del paciente mejora con una buena comunicación (14).
6. Un concepto en alza es la analgesia multimodal. La combinación de fármacos es una práctica bien extendida debido a su demostrada rentabilidad terapéutica. Es importante conseguir una combinación entre eficacia analgésica y los mínimos efectos secundarios posibles. Una combinación es efectiva cuando se emplean fármacos que actúan por mecanismos analgésicos distintos, y sobre todo si son sinérgicos. De esta manera, si somos capaces de pautar un grupo farmacológico

capaz de actuar sobre varios mecanismos, la eficacia analgésica será mayor (15).

ABORDAJE DEL DOLOR AGUDO EN ATENCIÓN PRIMARIA

Se considera que un 20-30 % de pacientes ambulatorios requieren tratamiento por presentar dolor. La localización más frecuente es el aparato locomotor, sobre todo columna cervical y lumbar.

La clasificación del tipo de dolor según su causa distingue tres tipos fundamentales:

- Dolor nociceptivo-somático, bien localizado, profundo, intenso, que aumenta con los movimientos.
- Dolor nociceptivo-visceral, mal localizado, asociado a respuestas autonómicas frecuentes.
- Dolor neuropático, por lesión directa de estructuras nerviosas, lancinante y paroxístico con mala respuesta al tratamiento.

En el ámbito de la Atención Primaria, el 50 % de la población diabética padece polineuropatía, siendo dolorosa en el 20 % de ellos, y desarrollando dolor neuropático el 11 % del total. Asimismo, entre el 25 y el 50 % de los pacientes mayores de 50 años desarrollarán neuralgia postherpética tras un herpes zóster, siendo mucho más frecuente en los mayores de 80 años. La prevalencia del dolor neuropático en los pacientes oncológicos alcanza a la tercera parte, casi un 20 % de las mujeres después de la mastectomía.

Los datos referidos anteriormente obligan al profesional a indagar de forma exhaustiva en las características del dolor, la forma de aparición, la localización, la irradiación, la intensidad y el impacto en la funcionalidad que supone para el enfermo, afectando a la calidad del sueño, vida social, laboral, así como ansiedad y/o depresión (16). En este sentido es importante destacar la utilidad de terapias NO farmacológicas en el manejo del dolor, destacando las que se enumeran a continuación (17).

Terapias naturales en el manejo del dolor

- El ejercicio físico moderado: disminuye el dolor y la incapacidad funcional (grado evidencia Ib).
- Relajación: mejora el dolor crónico (evidencia Ia) y el dolor agudo (evidencia IIb).
- Sauce: indicado en lumbalgia. Reduce el dolor y la necesidad de medicación analgésica (evidencia IIa). Dosis 120-240 mg de salicina.
- Masaje: mejora el dolor artrósico, muscular o tendinoso y las neuralgias (evidencia Ib).
- Osteopatía: en la lumbalgia aguda y crónica se ha comprobado que reduce el consumo de AINE (Ia). Cervicalgia crónica (IIb). Síndrome miofascial (Ib).
- Acupuntura: dolor osteoartrítico (Ib). Dolor lumbar crónico (Ib). Cervicalgia (Ib). Dolor oncológico (IIa).
- Yoga: mejora el dolor de espalda, problemas de movilidad y síndrome del túnel carpiano (IIa).
- Homeopatía: osteoartritis. Mejora el dolor medido con EVA y en la inflamación articular (IIa).

ARSENAL FARMACOLÓGICO EN EL MANEJO DEL DOLOR

Fármacos del primer escalón

1. **Paracetamol.** Dosis: 500-1.000 mg/4-6 h (máximo 4 g/día). En pacientes con función hepática alterada la dosis diaria recomendada es 2 g/día. No tiene actividad antiinflamatoria. Dosis hepatotóxica > 10 g o 4 g/día en pacientes alcohólicos. La vida media: 3-4 horas y tomarlo fuera de las comidas mejora la absorción.
2. **Ácido acentsalicílico (AAS).** Actúa inhibiendo la síntesis de prostaglandinas. Tiene actividad antiinflamatoria. Muy efectiva en dolores óseos. Dosis: 500-1.000 mg/4-6 h (máximo: 1 g/ 4 h) vía oral. Los efectos secundarios más comunes son la irritación gástrica, dolor epigástrico, hipoacusia, prurito. Se debe administrar después de las comidas. Si utilizamos un derivado como el acetilsalicilato de lisina, tiene menos efectos secundarios a nivel gástrico.

3. Metamizol. Por su actividad espasmolítica es muy efectivo en el dolor visceral. Su efecto antiinflamatorio no es significativo a las dosis habituales que son 500-2.000 mg/6-8 hora por vía oral. Dosis máxima: 8 g/día. El riesgo de agranulocitosis y anemia aplásica infrecuente: < 1/106 tratamientos.

4. AINE. Grupo numeroso de fármacos con diferencias farmacocinéticas y de uso clínico. Tienen techo terapéutico y son especialmente útiles en el dolor óseo y, asociados a los opiáceos, proporcionan una analgesia aditiva.

Los AINE pueden ser hepatotóxicos, pueden precipitar una crisis de asma o causar reacciones anafilácticas e incrementan la tensión arterial en pacientes hipertensos y deben evitarse en pacientes con insuficiencia cardíaca o renal.

Factores de riesgo gastrointestinal:

- Edad mayor de 60 años.
- Dosis altas.
- Historial de hemorragia digestiva o úlcera no complicada.
- Terapia con corticoides (no en dosis bajas).
- Uso de anticoagulantes.
- Las asociaciones (incluyendo la aspirina en baja dosis).

A tener en cuenta:

- Evitar administrar a la vez más de un AINE.
- Considerar asociar gastroprotección en pacientes con alto riesgo de efectos adversos gastro-intestinales.
- Aumentar la precaución en pacientes con riesgo cardiovascular.
- Evitar dosis máximas y administración continuada.
- Evaluar la función renal basal, a las 2-4 semanas del inicio y en intervalos regulares durante el tratamiento.

Fármacos del segundo escalón

1. Codeína. Agonista puro de la morfina con menor potencia analgésica. No produce dependencia, se puede utilizar sola o asociada con paracetamol. Dosis habitual: 30-60 mg/4-6 h vía oral con dosis máxima: 240 mg/día. Los efectos

secundarios son el estreñimiento, las náuseas y vómitos o el mareo.

2. **Tramadol.** Agonista puro con doble actividad analgésica: opiáceo e inhibidor de la recaptación de serotonina y noradrenalina. La dosis habitual: 50-100 mg/ 6-8 h con un máximo de 400 mg/día.

Se debe reducir dosis en mayores e insuficiencia renal. Los pacientes tratados con tramadol tienen menos somnolencia y estreñimiento que con codeína, pero más riesgo de interacciones (ISRS, ATD [antidepresivos tricíclicos], IMAO, triptanes, anticoagulantes orales, neurolépticos, bupropión).

Fármacos del tercer escalón

1. **Morfina.** Es el opioide de elección para el alivio inmediato del dolor intenso o muy intenso. Cuando iniciamos el tratamiento con morfina debemos recomendar laxantes. En caso de somnolencia intensa y persistente, se debe disminuir un 25-50 % la dosis. A las 48 h de mantener una dosis estable pasar a retardada (cada 12 h, calcular la dosis total de morfina rápida y dividir por 2). Se debe iniciar la primera dosis de morfina retardada al mismo tiempo que se da la última dosis de rápida.
2. **Fentanilo.** El efecto analgésico por vía transdérmica (por vía e.v. es inmediato) se inicia a las 6-12 horas consiguiendo niveles plenos a las 48 horas. Es necesario añadir analgesia extra al inicio y, por tanto, es poco útil en dolor agudo excepto por vía parenteral. El fentanilo transdérmico tiene mejor tolerancia gastrointestinal, siendo igual de seguro y eficaz.
3. **Buprenorfina.** Opiáceo mayor agonista parcial con buena potencia analgésica. Tiene techo terapéutico (no a las dosis habituales). No hace falta ajustar dosis en insuficiencia renal.
4. **Oxycodona.** Derivado semisintético, agonista opioide puro, con metabolismo hepático. Tiene los efectos secundarios propios de los opioides, pero menos prurito, náuseas y alucinaciones. Se debe ajustar dosis en insuficiencia renal y hepática, está contraindicado en niños y embarazadas y la eliminación es más lenta en mujeres que en hombres (25 %).

5. **Tapentadol.** Produce analgesia por un doble mecanismo de acción μ -opioide e inhibición de la recaptación de la norepinefrina. Tiene menos efectos adversos a nivel gastrointestinal como a nivel del SNC respecto a oxicodona. Se debe ajustar dosis en insuficiencia renal grave e insuficiencia hepática moderada.

FÁRMACOS COADYUVANTES

Son aquellos fármacos que utilizamos para mejorar la potencia del analgésico, o bien para disminuir dosis por su acción coanalgésica, y básicamente incluyen a los anticonvulsivantes y los antidepresivos. También se utilizan como tratamiento principal en el dolor neuropático.

Los anticonvulsivantes son efectivos en el alivio del dolor neuropático, sea cual sea su origen. La gabapentina y los nuevos fármacos antiepilépticos tienen más ventajas que la carbamazepina, pocos efectos secundarios y son mejor tolerados.

TRATAMIENTO PRÁCTICO DEL DOLOR AGUDO. SITUACIONES MÁS FRECUENTES EN URGENCIAS

Desde hace años utilizamos el concepto de analgesia multimodal, que combina fármacos según el tipo de dolor. Seguimos teniendo vigente la escalera analgésica de la OMS aunque con modificaciones, que suponen el paso directo al tercer escalón (ascensor analgésico) en casos de dolor intenso, especialmente oncológico (Tabla II).

De este modo, en casos de dolor agudo intenso, utilizamos opioides potentes como la morfina (bolos intravenosos de 0,1 mg/kg o de fentanilo a dosis de 1 mcg/kg en caso de insuficiencia renal que contraindique la morfina) que han demostrado ser eficaces y seguros (18).

Paciente adulto sano con dolor leve

Esta situación es de las más frecuentes en el SU. Aquí las opciones terapéuticas que se utilizan son básicamente paracetamol y AINE, siempre y cuando no haya antecedentes

de alergias.

No existe evidencia que respalde que la analgesia intramuscular sea más efectiva ni eficiente que la analgesia oral (19,20), por lo que esta última ruta de administración sería la de elección en este tipo de paciente.

Buenas alternativas son el ibuprofeno en comprimidos o solución oral, que facilita su deglución, dexketoprofeno y diclofenaco. Es muy importante, al dejar indicado un AINE oral al domicilio, aconsejar al paciente no superar los 5 días de uso continuo del fármaco sin supervisión de su médico de atención primaria.

Son numerosas las contraindicaciones para el uso de los AINE, siendo las más frecuentes insuficiencia renal crónica o aguda, insuficiencia cardíaca, alergia a los AINE, úlcera péptica o antecedentes de sangrado gastrointestinal, antecedentes de cirugía de *bypass* coronario, infarto agudo al miocardio reciente, uso de diuréticos e insuficiencia hepática. Además interaccionan con los anticoagulantes orales y antiplaquetarios, litio, fenitoína, ciclosporina y otros AINE.

Especial cuidado se debe tener en la prescripción de los AINE en los adultos mayores, sobre todo en aquellos con comorbilidades que puedan repercutir en la función renal, como la hipertensión arterial o la diabetes, y particularmente en aquellos enfermos que, de manera crónica, ya se encuentran utilizando medicamentos que puedan alterarla como los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina.

La gran alternativa que se presenta para todos estos pacientes es el uso de paracetamol, que tiene la ventaja de ser un excelente antipirético, ideal para aquellos cuyo dolor se asocia a cuadros infecciosos.

Paciente adulto sano con dolor moderado a intenso

Este tipo de paciente se beneficia de analgesia combinada parenteral. Dependiendo del nivel de dolor, la combinación será de dos o más analgésicos y, por supuesto, de terapia coadyuvante que el paciente necesite según su patología.

En estos casos se prefiere utilizar ketorolaco parenteral, reduciendo considerablemente los tiempos de estancia en urgencias (19,20). Asimismo, la combinación de paracetamol, AINE y opioide es una muy buena estrategia para los

pacientes con dolor **intenso** o ($EVA \geq 7/10$), dado que los tres fármacos utilizan rutas diferentes para aliviar el dolor, y el paracetamol con los opioides actúan de forma sinérgica.

Para el tratamiento del dolor agudo intenso, la mejor elección será un opioide de alta potencia como la morfina o el fentanilo. Se debe tener en consideración, en el momento de elegir el fármaco, su velocidad de inicio, su potencia, duración de su efecto y sus efectos adversos. Es importante recordar el efecto sedativo de estas drogas, por lo que deben supervisarse los signos vitales y el estado de conciencia del enfermo durante su estancia en urgencias (21).

- **Fentanilo:** tiene un efecto clínico rápido en 1-2 minutos por vía parenteral, lo que confiere un muy buen perfil para aliviar el dolor agudo urgente, de elección en traumatología. El efecto máximo se alcanza a los 5 minutos, aunque su duración es de 0,5-1 hora, por lo que hay que tener en consideración el inicio de otro analgésico no opioide u otra dosis de refuerzo. Dosis habitual: 1-2 mcg/kg. Dosis de rescate de 0,25 mcg/kg cada 15 min. En ancianos se utiliza la mitad de la dosis, considerando que los efectos adversos en ellos ocurren a menor dosis.
- **Morfina:** es el opioide prototipo, alcanzando efecto analgésico en 5 minutos, con su pico a los 15-30 min y su duración es de 3 a 4 horas, por lo que otorga analgesia mantenida más estable. La dosis habitual de 0,1 mg/kg resulta algunas veces insuficiente para el manejo de dolor agudo en urgencia, por lo que se debe buscar una dosis individualizada para cada caso. Una opción que ha mostrado un buen efecto analgésico es la administración de 0,1 mg/kg como bolo inicial, y luego continuar con 0,025 mg/kg y 0,05 mg/kg cada 5 min.
- **Tramadol:** su potencia analgésica es menor que la morfina 1:10, aunque destaca su estabilidad hemodinámica y menor riesgo de depresión respiratoria respecto a los opioides mayores anteriormente descritos. Dosis habitual: 1,5-2 mg/kg. No recomendado en adultos mayores por asociación a mareo severo, disminución del umbral convulsivante y requiere ajuste renal. No debe combinarse con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) por riesgo de síndrome serotoninérgico.

Dolor abdominal agudo

El dolor abdominal es muy frecuente en los SU, con una prevalencia que oscila entre el 5 y el 20 % (22,23). Una gran parte de ellos son dados de alta sin especificar la causa ni el mecanismo del dolor (24).

Tradicionalmente se ha restringido la analgesia a pacientes con dolor abdominal por la creencia de que su uso pudiera enmascarar síntomas relevantes para la correcta evaluación del cuadro. Numerosos son los estudios que demuestran que el uso de analgésicos, en su mayoría opioides, no dificultan e incluso facilitan la evaluación del enfermo. El uso de opioides en dosis escalonada aliviará el dolor espontáneo, pero no los signos clínicos relevantes como la resistencia abdominal involuntaria y otros elementos de irritación peritoneal. Los dolores intensos viscerales se deben aliviar con mórficos como primera elección (25,26).

Una buena alternativa sería paracetamol intravenoso y AINE cuando no exista insuficiencia renal ni vayamos a usar contrastes en pruebas de imagen diagnósticas. Se aconseja añadir antiespasmódicos y antieméticos.

En el caso particular del cólico renal grave, resulta útil aplicar la estrategia de combinar opioides intravenosos y AINE, siendo superior al uso de cualquiera de las dos modalidades por separado, controlando más rápidamente el dolor y las náuseas y vómitos. No debe haber retrasos en el tratamiento para confirmar el diagnóstico con análisis de orina ni pruebas de imagen (27).

Migraña y cefaleas

El 90 % de las cefaleas atendidas en urgencias son tensionales, migrañas o psicógenas (28), siendo importante el manejo de esta entidad al tratarse de pacientes con dolor intenso, de difícil manejo y que consumen tiempos prolongados en urgencias.

En relación a la crisis leve, la terapia convencional con AINE o paracetamol en este grupo de enfermos hace habitualmente innecesaria la administración de ergotamínicos o triptanes, evitando sus efectos adversos y alto costo.

En el caso de migraña moderada-severa, se recomienda la vía de administración intravenosa debido a la frecuente asociación con estado nauseoso y la mala absorción de los fármacos orales, recomendándose el inicio de forma precoz y utilizar de entrada la dosis total de cada medicamento.

La administración de oxígeno es otra intervención complementaria que puede resultar útil en el manejo de la migraña, administrando con mascarilla Venturi y flujo de 12 l/min.

El uso de metamizol intravenoso es una muy buena opción para el manejo de migraña, como demuestra un estudio randomizado, doble ciego y controlado (29). En segundo lugar se administra metoclopramida intravenosa, que actúa tratando el síndrome emético asociado, y además posee un efecto analgésico directo, recomendándose el uso de benzodiacepinas a dosis bajas para reducir el riesgo de reacciones distónicas secundarias (29,30).

Hay que añadir la posibilidad de agregar al tratamiento corticoides parenterales, idealmente dexametasona en dosis única de 8 mg i.v. o i.m., cuyo propósito es reducir el riesgo de recurrencia posterior en las primeras 72 horas (31).

Los opioides no son tan efectivos en el manejo de crisis intensa de migraña como los medicamentos del primer nivel y tienen más tasa de recurrencia con revisita al SU (32).

En el caso de estatus migrañoso, pueden utilizarse neurolépticos, particularmente clorpromazina, debido a sus acciones antieméticas, a potenciar el efecto de los analgésicos antes indicados y por el efecto sedativo que posee. Una vía segura es i.m., pero la evidencia avala su uso por vía intravenosa. Se debe tener extremo cuidado por el efecto hipotensor frecuentemente asociado y eventual prolongación del intervalo QT. Su uso mejora significativamente el dolor, las náuseas, la fotofobia, la fonofobia y la necesidad de medicación de rescate a los 60 minutos comparado con placebo (33).

El tratamiento de mantenimiento de cara al alta recomendado es la asociación de naproxeno 550 mg cada 12 horas y paracetamol 1 g cada 8 horas, manteniéndolo durante 3 días con control por su médico.

Ancianos con dolor moderado-intenso

En este grupo de pacientes la comunicación dificultada por elevada prevalencia de deterioro cognitivo contribuye al infradiagnóstico e infratratamiento en muchas ocasiones (34). Se estima que el 50 % de los ancianos sufren dolor, aumentándose en el 80 % en los que viven institucionalizados, con alta prevalencia de enfermedades dolorosas y síndromes geriátricos que cursan con dolor (inmovilismo, úlceras por presión, impactación fecal, etc.) (35).

En geriatría deben iniciarse los tratamientos a dosis bajas con titulaciones lentas, no teniendo lugar el placebo en ningún caso en el manejo del dolor en el anciano. El paracetamol es de primera elección en dolor leve-moderado sobre todo de origen músculo-esquelético. Los AINE solo se recomiendan en fases agudas, no recomendándose en tratamientos prolongados.

Un segundo nivel de analgesia consiste en el uso de opioides, en dolor intenso agudo o crónico, que cause impacto funcional en el anciano (34) particularmente morfina en dosis escalonadas desde la dosis más baja, no recomendándose el uso de meperidina o metadona. En casos de insuficiencia renal relevante, el fármaco de elección es fentanilo, con mejor perfil, y sin alteración de su metabolización en caso de insuficiencia hepática (36).

Dolor traumático

El dolor asociado a trauma es algunas veces infratratado y, al igual que con el dolor abdominal, debe iniciarse la analgesia precozmente, ya que no enmascara ni dificulta los diagnósticos sino, por el contrario, facilita su evaluación evitando la agitación.

Las contusiones y golpes leves se manejarán como se recomienda en el apartado de dolor leve, y en el caso del dolor moderado a intenso, los AINE resultan insuficientes, recomendándose el uso precoz de opioides como fentanilo o morfina, utilizando una estrategia de dosis escalonadas con atención al estado hemodinámico del paciente. En estos casos es de gran utilidad asociar paracetamol intravenoso.

Dolor lumbar agudo

Se trata de una afección autolimitada muy frecuente en atención primaria y en servicios de urgencias.

Salvo signos de alarma que sugiera etiología más grave, deben postponerse los estudios de imagen, iniciándose el tratamiento analgésico con paracetamol y AINE de forma electiva. Es posible que se requiera uso a corto plazo de opioides de liberación rápida, fomentando además la movilización temprana para evitar el reposo prolongado y la pérdida de funcionalidad (37).

CONCLUSIONES

El manejo del dolor agudo es una responsabilidad de los profesionales que trabajamos en los Servicios de Urgencias.

La evaluación de la intensidad es fundamental para adecuar el tratamiento analgésico adaptándose al perfil de paciente atendido y a sus peculiaridades.

No se debe esperar a la confirmación diagnóstica para iniciar el tratamiento del dolor agudo en los Servicios de Urgencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Body R, Kaide E, Kendal S, Foex B. Not all suffering is pain: sources of patients' suffering in the emergency department call for improvements in communication from practitioners. *Emerg Med J* 2015;32(1):15-20. DOI: 10.1136/emered-2013-202860.
2. Sampson FC, Goodacre SW, O'Cathain A. Interventions to improve the management of pain in emergency departments: systematic review and narrative synthesis. *Emerg Med J* 2014;31(e1):e9-e18. DOI: 10.1136/emered-2013-203079.
3. Chang H, Daubresse M, Kruszewski SP, Alexander GC. Prevalence and treatment of pain in EDs in the United States, 2000 to 2010. *Am J Emerg Med* 2014;32(5):421-31. DOI: 10.1016/j.ajem.2014.01.015.

4. Pines J, Hollander J. Emergency Department Crowding Is Associated With Poor Care for Patients With Severe Pain. *Ann Emerg Med*. 2008;51(1):1-5.
5. Anguera I. Manejo del paciente con dolor en urgencias. *Emergencias* 1995; 7(2):58-70.
6. Caba Barrientos F, Benito Alcalá MC, Montes Perez A, Aguilar Sánchez JL, de la Torre Liébana R, Margarit Ferri C. Grupo de trabajo de dolor agudo de la Sociedad Española de Dolor (SED). Encuesta Nacional sobre dolor en las urgencias hospitalarias. *Rev Soc Esp Dolor* 2014;21(1):3-15. DOI: 10.4321/S1134-80462014000100002.
7. Emergency Care Acute Pain Management Manual. National Emergency Care Pain Management Initiative. National Institute of clinical Studies. Australian government. National Health and Medical Research Council; 2011.
8. Catananti C, Gambassi G. Pain assessment in the elderly. *Surgical Oncology* 2010;19(3):140-8. DOI: 10.1016/j.suronc.2009.11.010.
9. Merckel SL, Voepel-Lewis T, Shayevitz JR, Malviya S. The FLACC: a behavioral scale for scoring postoperative pain in Young children. *Pediatr Nurs* 1997;23(3):293-7.
10. Warden V, Hurley AC, Volicer L. Development and psychometric evaluation of the pain assesment in advanced dementia (PAINAD) scale. *J Am Med Dir Assoc* 2003;4(1):9-15.
11. Rawal N, Berggren L. Organization of acute pain services a low cost model. *Pain* 1994;57(1):117-23.
12. Gould JA, Crosby DL, Harmer M, et al. Policy for controlling pain after surgery: effect of sequential changes in pain management. *Br Med J* 1992;305(6863):1187-93.
13. Sternbach R A. The psychology of pain. New York: Raven. Press New York; 1978.
14. González-Escalada JR. La sinergia farmacológica aplicada a la analgesia: revisión de la combinación de ibuprofeno con codeína. *Rev Soc Esp Dolor* 2010;17(1):51-60. DOI: 10.1016/S1134-8046(10)70007-0.
15. Tell Busquets R. Dolor Agudo en el ámbito de la Atención Primaria. "Control y abordaje del paciente con dolor agudo" XII reunión de expertos. Cap. V. p. 55-65.
16. Medicina Natural basada en la Evidencia; 2007. CAMFIC.

17. Patanwala AE, Keim SM, Erstad BL. Intravenous opioids for severe acute pain in the emergency department. *Ann Pharmacother* 2010;44(11):1800-9. DOI: 10.1345/aph.1P438.
18. Wright J, Price S, Watson W. NSAID use and efficacy in the emergency department: single doses of oral ibuprofen versus intramuscular ketorolac. *Ann Pharmacother* 1994;28(3):309-12.
19. Neighbor M, Puntillo K. Intramuscular ketorolac vs oral ibuprofen in emergency department patients with acute pain. *Acad Emerg Med* 1998;5(2):118-22.
20. Yaksh T, Wallace M. Opioids, analgesia, and pain management. Chapter 18. In: Goodman & Gilman's: the pharmacological basis of therapeutics. 12th ed. The McGraw-Hill Companies; 2011. p. 481-526.
21. Wilson DH. The acute abdomen in the accident and emergency department. *Practitioner* 1979;222(1330):480-5.
22. Trott AT. acute abdominal pain in Rosen P (ed). *Emergency Medicine concepts and clinical practise*. St Louis: CV Mosby; 1988. p. 1389-402.
23. Janzon L, Ryden L, Zederfeldt B. Acute abdomen pain in the surgical Emergency room. *Acta Chir Scand* 1982;148(2):141-8.
24. Rodkey G, Welch C. Clinical policy: critical issues for the initial evaluation and management of patients presenting with a chief complaint of nontraumatic acute abdominal pain. *Ann Emerg Med* 2000;36(4):406-15.
25. Attard A, Corlett M, Kidner N, Leslie AP, Fraser IA. Safety of early pain relief for acute abdominal pain. *BMJ* 1992;305(6853):554-6.
26. Lo Vecchio F, Oster N, Sturmann K, et al. The use of analgesics in patients with acute abdominal pain. *J Emerg Med* 1997;15(6):775-9.
27. Safdar B, Degutis LC, Landry K, Vedere SR, Moskovitz HC, Dónofrio G. Intravenous morphine plus ketorolac is superior to either drug alone for treatment of acute renal colic. *Ann Emerg Med* 2006;48(2):173-80.
28. Liecht M J. Non-traumatic headache in the emergency department. *Ann Emerg Med* 1980;9(8):404-9.
29. Bigal M, Bordini C, Tepper S. Intravenous dipyrone in the acute treatment of migraine without aura and migraine with aura: a randomized, double blind,

placebo controlled study. *Headache* 2002;42(9):862-71.

30. Walkembach J, Brüss M, Urban B, Barann M. Kinetics of metoclopramide effects on human 5-HT_{3A} receptors. *International Congress Series* 2005;1283:49-54.
31. Colman I, Friedman B, Brown M, Innes GD, Grafstein E, Roberts TE, et al. Parenteral dexamethasone for acute severe migraine headache: meta-analysis of randomised controlled trials for preventing recurrence. *BMJ* 2008;336(7657):1359-61. DOI: 10.1136/bmj.39566.806725.BE.
32. Kelley N, Tepper D. Rescue therapy for acute migraine, part 3: opioids, NSAIDs, steroids, and post-discharge medications. *Headache* 2012;52(3):467-82. doi: 10.1111/j.1526-4610.2012.02097.x.
33. Bigal M, Bordini C, Speciali J. Intravenous chlorpromazine in the emergency department treatment of migraines: a randomized controlled trial. *J Emerg Med*. 2002;23(2):141-8.
34. American Geriatric Society. Pharmacological Management of Persistent Pain in older persons. *J. Am. Geriatr Soc*. 2009;57:1331-1346
35. Strassels S, Mc Nicol E, Suleman R et als. Pharmacotherapy of Pain in older adults. *Clin. Geriatr. Med*. 2008; 24: 275-298
36. Smith H, Bruckenthal D. Implications of Opioid Analgesia for Medically Complicated patients. *Drugs Aging* 2010; 27(5):417-433
37. Chou R, Huffman LH; American Pain Society, American College of Physicians, Nonpharmacologic therapies for acute and chronic low back pain; a review of the evidence for an American Pain Society / American College of Physicians clinical practice guideline. *Ann. Intern. Med* 2007; 147:492-504

Figura 1. Obtenida de: www.fedelat.com/info/5-11-escala-visual-anloga.html.

A.

B.

Tabla I. Escala PAINAD (Pain Assesment in Advanced Dementia).

	0	1	2	Puntuación
Respiración independiente de la verbalización-vocalización del dolor	Normal	Respiración ocasionalmente dificultosa. Periodos cortos de hiperventilación	Respiración dificultosa y ruidosa. Largos periodos de hiperventilación. Respiración de Cheyne-Stokes	
Vocalización-verbalización negativa	Ninguna	Gemidos o quejidos ocasionales. Habla con volumen bajo o con desaprobación	Llamadas agitadas y repetitivas. Gemidos y quejidos en volumen alto. Llanto	
Expresión facial	Sonriente o inexpresivo	Triste. Atemorizado. Ceño fruncido	Muecas de disgusto y desaprobación	
Lenguaje corporal	Relajado	Tenso. Camina de forma angustiada. No para quieto con las manos	Rígido. Puños cerrados. Rodillas flexionadas. Agarra o empuja. Agresividad física	
Consolabilidad	No necesita que se consuele	Se le distrae o se le tranquiliza hablándole o tocándole	Es imposible consolarle, distraerle o tranquilizarle	Total

Tabla II. Escalera analgésica de la OMS.

1^{er} escalón	2^o escalón	3^{er} escalón	4^o escalón
Antiepilépticos ± Antidepresivos (AINE si dolor mixto)	Antiepilépticos ± Antidepresivos ± Opioides débiles (tramadol) (AINE si dolor mixto)	Antiepilépticos ± Antidepresivos ± Opioides potentes (morfina...) (AINE si dolor mixto)	Técnicas analgésicas