

# Año Global Contra el Dolor Agudo

# PAIN

OCTUBRE 2010 – OCTUBRE 2011

## Principios del manejo del dolor en el servicio de urgencias para pacientes con afecciones médicas con dolor agudo

### Introducción

- El dolor es el motivo más común que lleva a las personas a buscar atención médica, y representa más de dos tercios de las visitas al servicio de urgencias [4,6,11].
- La mayoría de los pacientes experimentan dolor provocado por causas no traumáticas.
- Las principales categorías de afecciones médicas con dolor agudo incluyen dolor miofascial de espalda o cuello, dolor abdominal, dolor de cabeza, dolor de pecho y dolor secundario a infecciones del tracto respiratorio superior [12].
- Si bien durante la última década se ha prestado más atención al tratamiento del dolor agudo, el tratamiento insuficiente del dolor es demasiado habitual en muchos lugares [12].
- Las pautas y protocolos para el manejo del dolor, cuando se implementan de manera uniforme, mejoran de forma previsible los resultados del dolor a corto plazo [5].

### Principios éticos

- Los principios éticos de beneficencia (el deber de realizar acciones para beneficiar a otros) y no maleficencia (el deber de no provocar ningún daño) proporcionan la base moral de nuestro enfoque dirigido a la persona con dolor.
- Por respeto a la autonomía del paciente, las selecciones entre diversas intervenciones analgésicas deben incorporar las preferencias del paciente, cuando sea posible.
- Los principios de justicia distributiva sostienen que los recursos se deberían asignar de forma justa y que las disparidades inadecuadas en el tratamiento analgésico en base a género, etnia o situación socioeconómica se deben identificar y eliminar.

### Evaluación

- Para lograr un tratamiento del dolor satisfactorio, el médico debe, en primer lugar, identificar y evaluar el dolor. Los médicos disponen de diferentes herramientas de evaluación estándares que se deben usar de forma rutinaria.
- Algunos subgrupos de pacientes específicos, incluidos bebés y niños, personas con deterioro cognitivo y los pacientes mayores, tienen un mayor riesgo de recibir un tratamiento inadecuado para el dolor. Para evaluar el dolor en estas poblaciones son necesarias algunas herramientas específicas, como las escalas FLACC y PAINAD, que miden conductas específicas relacionadas con el dolor [9,13].

### Protocolos de tratamiento

- Se deben desarrollar e implantar protocolos de evaluación y tratamiento del dolor.
- Los organismos reguladores que supervisan a los médicos y las instituciones de atención médica exigen la documentación de las evaluaciones del dolor en diversos entornos clínicos.
- Las intervenciones analgésicas eficaces y la documentación de las respuestas a estas intervenciones estarán sometidas a análisis más exhaustivos.
- Los protocolos que incluyen intervenciones analgésicas iniciadas por personal de enfermería pueden producir un alivio del dolor más rápido.

### Condiciones específicas

- Dolor abdominal agudo:
  - Históricamente se han infrautilizado los analgésicos en el tratamiento del dolor abdominal agudo por temor a que oculten diagnósticos potencialmente graves y que se retrase una intervención quirúrgica necesaria. Este miedo no está justificado: una serie de ensayos aleatorizados y controlados respalda la seguridad de la administración temprana de analgésicos en el caso de afecciones abdominales agudas.
  - Las dosis ajustadas de opioides intravenosos no ocultan hallazgos clínicos importantes, no aumentan las tasas de errores de diagnóstico ni retrasan las intervenciones quirúrgicas adecuadas [8].

- Dolor lumbar agudo [1,2,3]:
  - El dolor miofascial lumbar agudo es una afección autolimitada que aparece muy frecuentemente en consultorios médicos o servicios de urgencias.
  - Los estudios de imágenes se deben posponer, a menos que la historia clínica y la exploración física del paciente sugieran una etiología más grave, como cáncer, una infección, fractura o síndrome de cauda equina.
  - La necesidad inicial de analgésicos puede ser considerable y se debe iniciar el tratamiento con fármacos antiinflamatorios no esteroideos (AINE) o acetaminofén (también llamado paracetamol). Es posible que el control adecuado del dolor requiera el uso de opioides de liberación inmediata a corto plazo. No se debe iniciar la terapia con opioides a largo plazo a menos que lo recomienden las pautas consensuadas.
  - El tratamiento analgésico agresivo inicial permite la movilidad precoz del paciente y evita el reposo en cama prolongado. El reposo en cama es un factor de riesgo de retraso de la resolución del dolor y de la vuelta a la funcionalidad plena muy conocido.
- Cólicos renales:
  - El insoportable dolor de los cólicos renales representa un millón de visitas a los servicios de urgencias de todo Estados Unidos, y la incidencia de esta afección va en aumento.
  - La combinación de AINE y opioides intravenosos es superior al uso de cualquiera de las dos modalidades sola, lo que resulta en una resolución del dolor más rápida y con menos náuseas y vómitos.
  - Los pacientes que consultan con los síntomas típicos deben recibir rápidamente una terapia analgésica, sin que existan retrasos en el tratamiento como consecuencia de la realización de exámenes de confirmación con análisis de orina o estudios por imágenes [10].
- Dolor de cabeza de tipo migraña:
  - Los opioides rara vez son adecuados como terapia de primera línea para los trastornos de dolor de cabeza primarios.
  - Los antagonistas de la dopamina antieméticos, incluidos procloroperazina y metoclopramida, son los agentes preferidos para el tratamiento de los dolores de cabeza de tipo migraña establecidos en pacientes que concurren al servicio de urgencias [13].
  - Se puede considerar la terapia con triptanes para el tratamiento de migrañas de inicio reciente o poco frecuentes que no responden a los AINE, pero solamente después de que se hayan descartado exhaustivamente otras causas más graves de dolor de cabeza agudo.

#### Bibliografía

- [1] Chou R, Huffman LH; American Pain Society; American College of Physicians. Medications 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;147:505–14.
- [2] 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.
- [3] Chou R, Qaseem A, Snow V, Casey D, Cross JT Jr, Shekelle P, Owens DK. Clinical Efficacy Assessment Subcommittee of the American College of Physicians; American College of Physicians; American Pain Society Low Back Pain Guidelines Panel. Diagnosis and treatment of low back pain: a joint clinical practice guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society. *Ann Intern Med* 2007;147:478–91.
- [4] Cordell WH, Keene KK, Giles BK, Jones JB, Jones JH, Brizendine EJ. The high prevalence of pain in emergency medical care. *Am J Emerg Med* 2002;20:165–9.
- [5] Decosterd I, Hugli O, Tamchès E, Blanc C, Mouhsine E, Givel JC, Yersin B, Buclin T. Oligoanalgesia in the emergency department: short-term beneficial effects of an education program on acute pain. *Ann Emerg Med* 2007;50:462–471.
- [6] Johnston CC, Gagnon AJ, Fullerton L, Common C, Ladores M, Forlini S. One-week survey of pain intensity on admission to and discharge from the emergency department: a pilot study. *J Emerg Med* 1998;16:377–82.
- [7] Kostic MA, Gutierrez FJ, Rieg TS, Moore TS, Gendron RT. A prospective, randomized trial of intravenous prochlorperazine versus subcutaneous sumatriptan in acute migraine therapy in the emergency department. *Ann Emerg Med* 2010;56:1–6.
- [8] Manterola C, Vial M, Moraga J, Astudillo P. Analgesia in patients with acute abdominal pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;3:CD005660.
- [9] Merkel SI, Voepel-Lewis T, Shayevitz JR, Malviya S. The FLACC: a behavioral scale for scoring postoperative pain in young children. *Pediatr Nurs* 1997;23:293–7.
- [10] Safdar B, Degutis LC, Landry K, Vedere SR, Moscovitz HC, D'Onofrio G. Intravenous morphine plus ketorolac is superior to either drug alone for treatment of acute renal colic. *Ann Emerg Med* 2006;48:173–180.
- [11] Tanabe P, Buschmann M. A prospective study of ED pain management practices and the patient's perspective. *J Emerg Nurs* 1999;25:171–7.
- [12] Todd KH, Ducharme J, Choiniere M, Crandall CS, Fosnocht DE, Homel P, Tanabe P. Pain in the emergency department: results of the Pain and Emergency Medicine Initiative (PEMI) multicenter study. *J Pain* 2007;8:460–6.
- [13] Warden V, Hurley AC, Volicer L. Development and psychometric evaluation of the pain assessment in advanced dementia (PAINAD) scale. *J Am Med Dir Assoc* 2003;4:9–1.