



La atención al paciente con Dolor Agudo Urgente en Atención Primaria

Dra. Carmen Ferrari Piquero
Médico de Familia - C.S. San Andrés, Madrid

Definición del dolor (IASP)

“Experiencia **sensorial y emocional** desagradable asociada a **daño tisular** real o potencial, o bien descrita en términos de tal daño”

Dolor agudo: generalidades

- ❏ Aquél de **reciente comienzo y duración limitada** (de horas a menos de un mes).
- ❏ Tiene un **sentido o finalidad protectora**, señal de alarma que remite o desaparece cuando cesa la causa o lesión.

Dolor agudo: generalidades

- ❏ Supone una causa frecuente de **visitas a Urgencias**.
- ❏ Diversos estudios muestran que hay **infratratamiento** lo que supone un riesgo en la progresión a crónico.
- ❏ Reconocer el **mecanismo fisiopatológico** nos permite un mejor abordaje.

Dolor agudo: mecanismo fisiopatológico

❏ Nociceptivo

- ❖ **Somático:** estimulación de los nociceptores de músculo, piel y articulaciones. Dolor bien localizado.
- ❖ **Visceral:** activación de los nociceptores viscerales. Dolor difuso y con frecuencia irradiado.

❏ Neuropático

- ❖ Lesión a nivel de las fibras nerviosas centrales o periféricas.

Diagnóstico del dolor agudo

- ❏ Pensar que **es un "síntoma"** y no un diagnóstico.
- ❏ A veces la **etiología no es clara** y requiere un estudio posterior.

Diagnóstico del dolor agudo

📶 Historia clínica

❖ Anamnesis:

- ✓ Antecedentes, enfermedades, medicación, etc.
- ✓ Síntomas asociados: aura, síntomas vegetativos.
- ✓ Historia clínica individual, familiar y social.

❖ Exploración Física :

- ✓ Estado general.
- ✓ Puntos dolorosos.
- ✓ Irradiación.
- ✓ Descartar signos de alarma o afectación meníngea.

Diagnóstico del dolor agudo

- 📡 **Historia del Dolor: inicio, duración, localización, características, factores que lo favorecen y alivian, asociación con otros síntomas, interferencia con actividades diarias, analgesia previa.**
- 📡 **Valoración del dolor: mediante escalas (EVA, expresión facial).**
- 📡 **Pruebas de imagen: en función de los datos de la anamnesis y exploración.**

Tratamiento farmacológico

- 📡 Según **intensidad**.
- 📡 Valorar **mecanismo fisiopatológico**: nociceptivo o neuropático.
- 📡 Tener en cuenta **comorbilidades**.
- 📡 Especial atención en el paciente **polimedicado/anciano**.

Tratamiento farmacológico: analgésicos no opioides

- 📡 Suelen ser la **opción inicial** de tratamiento.
- 📡 Útiles en dolor **leve-moderado**.
- 📡 De elección por **vía oral**.
- 📡 Paracetamol, AINES y combinaciones de ambos.

Analgésicos no opioides paracetamol

- 📡 De elección en dolor **leve-moderado** por perfil de eficacia-tolerabilidad favorable.
- 📡 Recomendado como analgésico de 1ª línea en estados de dolor agudo y como componente importante de la analgesia multimodal.
- 📡 **No efecto antiinflamatorio.**
- 📡 Muy útil en **ancianos y polimedicados.**
- 📡 **No sobrepasar 3 g diarios.**
- 📡 **Toxicidad:**
 - ❖ Bajo umbral de hepatotoxicidad, pudiendo desencadenar una insuficiencia hepática aguda.
 - ❖ Puede utilizarse en pacientes con insuficiencia renal y cardíaca, y que tomen anticoagulantes.
 - ❖ Escasa toxicidad gastrointestinal, pero se ha advertido una mayor incidencia de reacciones adversas en dosis superiores a 2,6 g.
- 📡 **Eficacia:**
 - ❖ Eficacia analgésica y la seguridad del paracetamol en dolor postoperatorio: NNT 4,6 (IC del 95%: 3,8–5,4) a dosis de 1 g.
 - ❖ Paracetamol solo o asociado con opioides es eficaz para disminuir la intensidad del dolor en la lumbalgia aguda.
 - ❖ No existen revisiones sistemáticas disponibles en otros modelos, pero los resultados pueden extrapolarse a otros estados de dolor agudo, como la migraña o el dolor musculoesquelético.

Blanco-Tarrió E. Tratamiento del dolor agudo. Semergen, 2010;36(7):392–398

Analgésicos no opioides metamizol

- ❏ **Escaso efecto antiinflamatorio.**
- ❏ **Efecto antitérmico y ligera acción relajante de la musculatura lisa.**
- ❏ **Eficaz en el dolor moderado de cualquier etiología y en el dolor cólico.**
- ❏ **Eficacia:**
 - ❖ **Dolor postoperatorio: NNT 2,4 (IC del 95%: 1,9–3,2) para la dosis única de 500 mg, y NNT 1,9 (IC del 95%: 1,5–2,7) para 1 g.**
- ❏ **Toxicidad:**
 - ❖ **No incrementa de forma significativa el riesgo gastrointestinal, aunque haya que tener precaución con dosis altas.**
 - ❖ **En dosis altas puede potenciar el efecto de los anticoagulantes.**
 - ❖ **La incidencia de agranulocitosis es rara, pero el riesgo relativo es superior a otros AINE.**

Analgésicos no opioides: antiinflamatorios no esteroides (AINEs)

- 📡 Buenos analgésicos, muy útiles en síndromes dolorosos leves a moderados.
- 📡 Los AINE son superiores al paracetamol cuando el dolor es moderado.
- 📡 Efecto **antiinflamatorio**.
- 📡 Interacciones y efectos secundarios importantes.
 - ❖ Riesgo de **sangrado gastrointestinal**.
 - ❖ Complicaciones **renales y cardiovasculares**.
- 📡 Usar la **mínima dosis y el menos tiempo posible**.
- 📡 No hay diferencias importantes en la eficacia analgésica de los diferentes AINE, si bien el perfil de riesgo es diferente.

Antiinflamatorios no esteroides (AINEs)

📡 Ibuprofeno

- ❖ Puede utilizarse en: dismenorrea, cefaleas, dolor postoperatorio, dolor traumático, dolor dental o dolor orofacial.
- ❖ En dosis analgésicas de 400 mg tiene una excelente tolerabilidad gástrica y es recomendado como primera opción
- ❖ Dolor postoperatorio: NNT 7,7 (IC del 95%: 2,5 -3,0) para dosis de 400 mg, NNT 2,4 (IC del 95%:1,9-3,3) para el ibuprofeno de 600 mg

📡 Naproxeno:

- ❖ Mejor perfil de seguridad cardiovascular.
- ❖ Indicación en cefaleas, crisis de gota, dismenorrea, síndromes traumáticos y dolor postoperatorio.
- ❖ Dolor postoperatorio: NNT fue de 2,7 (IC del 95%: 2,3 -3,2) para 500 mg.

📡 Diclofenaco:

- ❖ Restricciones de uso en riesgo cardiovascular elevado y ancianos.
- ❖ Indicado en dolor traumático, dolor postoperatorio, gota, dolor cólico, dismenorrea, crisis de migraña y dolor dental.
- ❖ Dolor postoperatorio: NNT fue de 2,3 (IC del 95%: 2,0 -2,7), NNT 1,8 (IC del 95%: 1,5-2,1) para el diclofenaco de 100 mg.

📡 **Coxibs:** más útiles en dolor crónico.

📡 Valorar **gastroprotección** en pacientes de riesgo.

AINEs más utilizados en clínica

Fármaco	Indicaciones	Dosis/posología	Observaciones
Ácido acetilsalicílico	Dolor leve-moderado: cefaleas, dolor dental, dolor menstrual, sinusitis, mialgias, lumbagia, bursitis, esguinces, artritis, fiebre	3 g oral / 4, 6, 8 h	Suspender al menos 2 semanas previo intervención quirúrgica
Ibuprofeno	Dolor leve-moderado: cefaleas, dolor dental, dolor menstrual, sinusitis, mialgias, lumbagia, bursitis, esguinces, artritis, fiebre	2, 4 g oral / 4, 6, 8 h	Menos gastrolesivo que otros AINEs no selectivos. 1800 mg liberación lenta: artritis
Naproxeno	AR, A, EA, ACJ, gota, tendinitis, bursitis, dolor menstrual, fiebre	500 mg / 12 h	Pasa BHE
Ketoprofeno	AR, A, dolor menstrual	150 mg oral / 8 h	Muy gastrolesivo
Indometacina	AR, A, gota, hombro doloroso agudo, bursitis, tendinitis	200 mg oral / 8 h rectal / 24 h	Pasa BHE Exarberación Enf. Parkinson Enf. Psiquiátricas
Sulindaco	AR, A, gota, hombro doloroso agudo, burisits, tendinitis	400 mg oral / 12 h	Menos potente que la indometacina
Diclofenaco	AR, A, EA, dolor menstrual, lumbalgia, fiebre, traumas	150 mg oral / 8 h vía im / 12 h	
Aceclofenaco	AR, A, EA, dolor menstrual, lumbalgia, fiebre, traumas	200 mg oral / 12 h im	
Nabumetona	AR, A, EA, dolor menstrual, lumbalgia, fiebre, traumas	2 g oral / 12 h	Menos antiinflamatorio que otros. En anticoagulados
Lornoxicam	Dolor agudo leve-moderado, Dolor e inflamación en A y AR	8-16 / 8-12 h	Poco gastrolesivo
Meloxicam	AR, A, EA	15 mg oral / 24 h	Poco gastrolesivo
Colecoxib	AR, A, EA, gota	400 mg oral / 12 h	Poco gastrolesivo, en anticoaguladas
Etoricoxib	AR, A, EA, gota	60, 90, 120 mg oral (respectivamente)	Poco gastrolesivo, en anticoaguladas

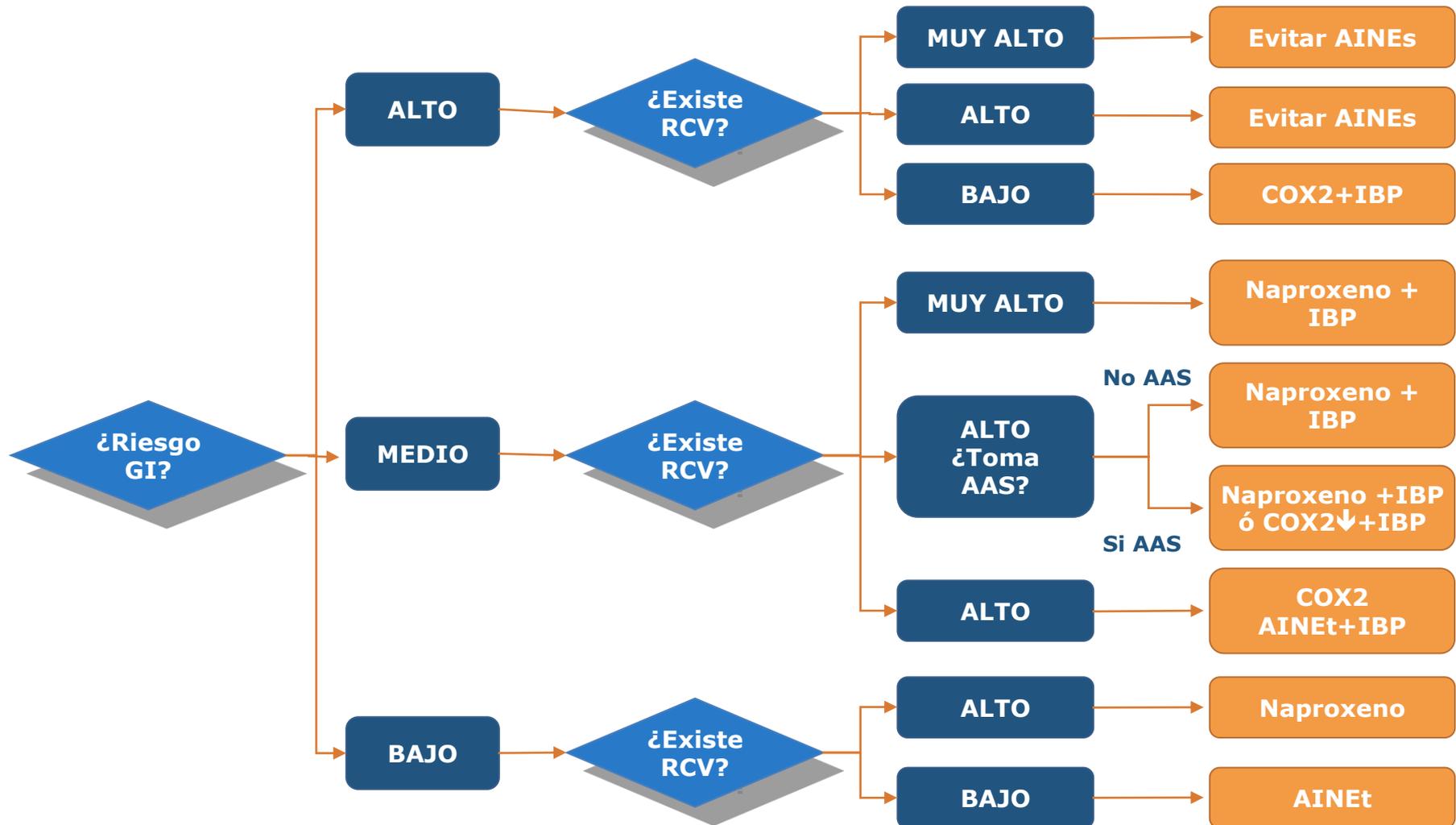
AR: artritis reumatoide **A:** artrosis **EA:** espondalitis arquisolante

Alertas toxicidad AINEs

Identificación	Contenido
<p>Categoría: MEDICAMENTOS USO HUMANO, SEGURIDAD. Referencia: MUH (FV), 15/2012</p>	<ul style="list-style-type: none">• Tras la revisión de los últimos estudios publicados, el balance beneficio-riesgo de los AINE-t se mantiene favorable.• Para ibuprofeno y naproxeno los resultados de estudios recientes son acordes con la información proporcionada en las fichas técnicas de estos medicamentos. Diclofenaco parece tener un mayor riesgo cardiovascular de tipo aterotrombótico que ibuprofeno y naproxeno y continúa en evaluación.• Para el resto de AINE-t la información es insuficiente para obtener conclusiones por lo que no se puede descartar ni confirmar un incremento de riesgo.• Los AINE se deben utilizar a las dosis eficaces más bajas y durante el menor tiempo posible, teniendo en cuenta los factores de riesgo cardiovascular y gastrointestinal de cada paciente.
<p>Categoría: MEDICAMENTOS DE USO HUMANO, SEGURIDAD. Referencia: MUH (FV), 16/2013</p>	<ul style="list-style-type: none">• No utilizar diclofenaco en pacientes con patología cardiovascular grave como insuficiencia cardiaca (clasificación II-IV NYHA), C. isquémica, enfermedad arterial periférica o enfermedad cerebrovascular.• En caso necesario, utilizarlo con especial precaución en pacientes con factores de riesgo cardiovascular, revisando periódicamente la necesidad del tratamiento y sus beneficios obtenidos.• Para todos los pacientes, utilizar la dosis más baja posible y la duración del tratamiento más corta posible para controlar los síntomas de acuerdo con el objetivo terapéutico establecido.
<p>Categoría: MEDICAMENTOS DE USO HUMANO, SEGURIDAD. Referencia: MUH (FV), 4/2015</p>	<ul style="list-style-type: none">• No administrar dosis altas de ibuprofeno o dexibuprofeno a pacientes con patología cardiovascular grave como insuficiencia cardiaca (clasificación II-IV de NYHA), cardiopatía isquémica establecida, enfermedad arterial periférica o enfermedad cerebrovascular.• Antes de iniciar tratamiento a largo plazo con ibuprofeno o dexibuprofeno, sobre todo si se requieren dosis altas, se deberán evaluar cuidadosamente los factores de riesgo cardiovascular asociados del paciente.

Notas informativas de la AEMPS 2006/07 y 2006/10

Utilización de AINEs según riesgo gastrointestinal y cardiovascular



AINEt =AINE no selectivo

Lanas A, et al. Recomendaciones para una prescripción segura de antiinflamatorios no esteroideos: documento de consenso elaborado por expertos nominados por 3 sociedades científicas (SER-SEC-AEG). Reumatol Clin. 2014.

Evaluación del riesgo gastrointestinal

Riesgo	Características
Alto	Antecedente de úlcera péptica complicada Empleo de anticoagulantes, o combinación de > 2 factores de riesgo restantes.
Medio	Pacientes no anticoagulados ni con antecedentes de úlcera complicada pero que presentan algún factor de riesgo aislado.
Bajo	Pacientes sin factores de riesgo. No toma: ácido acetilsalicílico.

Factores de riesgo de sangrado GI aceptados:

- **Edad > 60 años.**
- **Historia de úlcera péptica complicada y no complicada.**
- **Uso concomitante de AINE o COXIB con ácido acetilsalicílico, clopidogrel, anticoagulantes, corticoides o inhibidores de la recaptación de serotonina.**
- **Dosis altas de AINE o 2AINE.**
- **Comorbilidad grave.**

Resumen de los efectos de los diferentes AINEs a dosis antiinflamatorias

Tipo de AINE	Daño GI alto	Daño GI bajo	Necesidad de IBP para proteger el tracto GI alto	Interacción con AAS o ACO	Riesgo CV
Diclofenaco	++	++	++	+	+++
Ibuprofeno	+++	+++	++	+++	++
Naproxeno	++++	++++	+++	+++	-
Celecoxib	+	+	-	+	++
Etoricoxib	+	++	+	¿?	+++

A. Lanás et al. Reumatol Clin. 2014;10(2):68-84

Recomendaciones para una prescripción segura de antiinflamatorios no esteroideos (I)

Eficacia

📡 Indicaciones.

- ❖ La principal indicación para el empleo de los AINE es la disminución del dolor.
- ❖ Ningún AINE ha demostrado ser superior a otro, siendo la eficacia de los AINE tradicionales semejante a la de los COXIB.

📡 Tiempos.

- ❖ Antes de usar AINE se deben valorar otras opciones terapéuticas, y se deben prescribir siempre a la dosis mínima eficaz y durante el mínimo tiempo posible.
- ❖ Solo en casos muy específicos, como la espondilitis anquilosante, puede estar justificado el uso continuado a largo plazo.

📡 Calidad de vida.

- ❖ Los AINE producen una mejoría en la calidad de vida de los enfermos con patología reumática aguda o crónica.

Recomendaciones para una prescripción segura de antiinflamatorios no esteroideos (II)

Riesgo cardiovascular (RCV)

- ❏ **Estratificación del RCV** en todos los pacientes que tomen AINE de forma crónica al menos una vez al año.
- ❏ **Complicaciones CV** asociadas al uso de AINE.
 - ❖ Incremento de riesgo de desarrollar síndrome coronario agudo (SCA) u otros episodios cardiovasculares de carácter aterotrombótico (accidente cerebrovascular y problemas arteriales periféricos).
 - ❖ RCV según tipo de AINE. Naproxeno uno de los más seguros, mientras rofecoxib, diclofenaco, etodolaco e indometacina son los que se asocian a un mayor riesgo cardiovascular. Etoricoxib y diclofenaco tienen un perfil CV similar.
- ❏ **Uso de anticoagulantes.**
 - ❖ Evitar combinación anticoagulantes (warfarina, dicumarínicos, etc.) con AINE.
 - ❖ COXIB parecen asociarse a menor riesgo de complicaciones hemorrágicas.
- ❏ **Uso de antiagregantes.**
 - ❖ Evitar la utilización de AINE, incluso a corto plazo, en pacientes con IAM previo que toman AAS, ya que se asocia a incremento del RCV.
 - ❖ En pacientes que toman AAS a dosis bajas, la asociación con ibuprofeno y naproxeno interfiere con el efecto antiagregante del AAS, por lo que se debe evitar usarlos conjuntamente.
 - ❖ En pacientes que toman AAS para prevenir episodios CV que requieran tratamiento crónico con AINE, los COXIB son una opción terapéutica a considerar.

Recomendaciones para una prescripción segura de antiinflamatorios no esteroideos (III)

Riesgo gastrointestinal(GI)

- 📡 Evaluación personalizada del perfil del **riesgo GI** basal de cada paciente y del AINE a usar
- 📡 **Complicaciones gastrointestinales asociadas al uso de AINE.**
 - ❖ El uso de AINE aumenta el riesgo de lesiones y complicaciones del tracto GI alto y bajo.
 - ❖ El riesgo GI aumenta con dosis altas de AINE de forma mantenida y se mantiene constante durante todo el tiempo que se mantiene el tratamiento.
 - ❖ No se recomienda usar \geq AINEs de manera simultánea.
- 📡 **Estrategias de prevención.**
 - ❖ No usar antagonistas de receptores H2 para prevenir complicaciones GI de AINE.
 - ❖ Utilizar IBP asociado a un AINE no selectivo en pacientes de riesgo.
 - ❖ El uso de un COXIB reduce las complicaciones en el tracto GI alto y bajo. Son superiores a AINE no selectivo + IBP en prevención de lesiones del tracto GI bajo.
 - ❖ El uso de AAS a dosis bajas aumenta 2-4 veces el riesgo de complicaciones.
- 📡 **Riesgo hepático. Rara la toxicidad hepática grave en tratados con AINE.**
 - ❖ Evitar AINE en cirrosis hepática. Si nos es posible usar COXIB un tiempo corto.
- 📡 **Dispepsia. Se recomienda tratamiento con un IBP como fármaco de 1ª elección.**
- 📡 **Enfermedad inflamatoria intestinal. Evitar AINE, y en caso de que sea necesario, utilizarlos en fases quiescentes de la enfermedad; se recomienda el uso de COXIB a dosis bajas y durante un tiempo corto.**

Recomendaciones para una prescripción segura de antiinflamatorios no esteroideos (IV)

Riesgo renal

- 📡 En los enfermos reumáticos crónicos que reciben AINE deberá evaluarse la función renal mediante estimación del filtrado glomerular, al menos una vez al año.
- 📡 **Complicaciones renales asociadas al uso de AINE.**
 - ❖ En pacientes con enfermedad renal crónica estadio 3, o con comorbilidad renal y/o cardiovascular asociada, no se recomienda el empleo de AINE, salvo en situaciones especiales y con estricta vigilancia clínica.
 - ❖ Evitar dosis de AINE mayores a las recomendadas.

Otros aspectos

- 📡 **Anemia:** su desarrollo o el descenso de Hb > 2 g/dl es frecuente en pacientes que toman AINE, aun asociado a IBP. El tratamiento con celecoxib se asocia a una menor probabilidad de desarrollar este efecto adverso.
- 📡 **Dolor postoperatorio.**
 - ❖ Usar la combinación paracetamol + AINE en el dolor postoperatorio a corto plazo, siempre y cuando no haya contraindicación para la administración de estos últimos. No puede priorizarse un AINE sobre otro en su uso postoperatorio.
 - ❖ La combinación en cuanto a dosis y tipo de fármacos a usar en el postoperatorio debe ser balanceada de forma empírica.

Analgésicos opioides

- 📡 Más útiles en **dolor crónico**.
- 📡 En dolor **agudo si intensidad severa** (EVA mayor de 6).
- 📡 De elección en **contraindicación de AINEs**.

Analgésicos opioides menores

📡 Codeína.

- ❖ Eficacia analgésica relativamente baja e impredecible y presenta además efecto techo.
- ❖ La combinación con analgésicos no opioides mejora la eficacia analgésica. Actualmente se usa asociada a paracetamol y/o ibuprofeno.
- ❖ Precaución en ancianos.
- ❖ Efectos secundarios: vómitos, estreñimiento, vértigo y somnolencia

📡 Tramadol.

- ❖ Indicación en dolor moderado.
- ❖ Sólo o en asociación con paracetamol. La combinación con paracetamol presenta similar analgesia con menos efectos adversos en la lumbalgia subaguda y en dolor postoperatorio.
- ❖ Dolor postoperatorio: NNT 4,6 (IC del 95%: 3,6–6,4) dosis 100 mg.
- ❖ Útil en dolor neuropático.
- ❖ Efectos secundarios: mareos, náuseas y los vómitos los más frecuentes.
- ❖ Vigilar síndrome serotoninérgico.

Analgésicos opioides mayores

📶 Morfina:

- ❖ Opiode de elección para el alivio inmediato del dolor severo o muy severo.
- ❖ Indicada en IAM, ángor inestable prolongado, síndromes traumáticos severos y dolores viscerales intensos.
- ❖ Vigilar en insuficiencia renal.
- ❖ Aumento de la presión intrabiliar por su acción sobre el esfínter de Oddi. No recomendada en dolor por cólicos biliares.

📶 Oxycodona y/o naloxona: vigilar en insuficiencia renal.

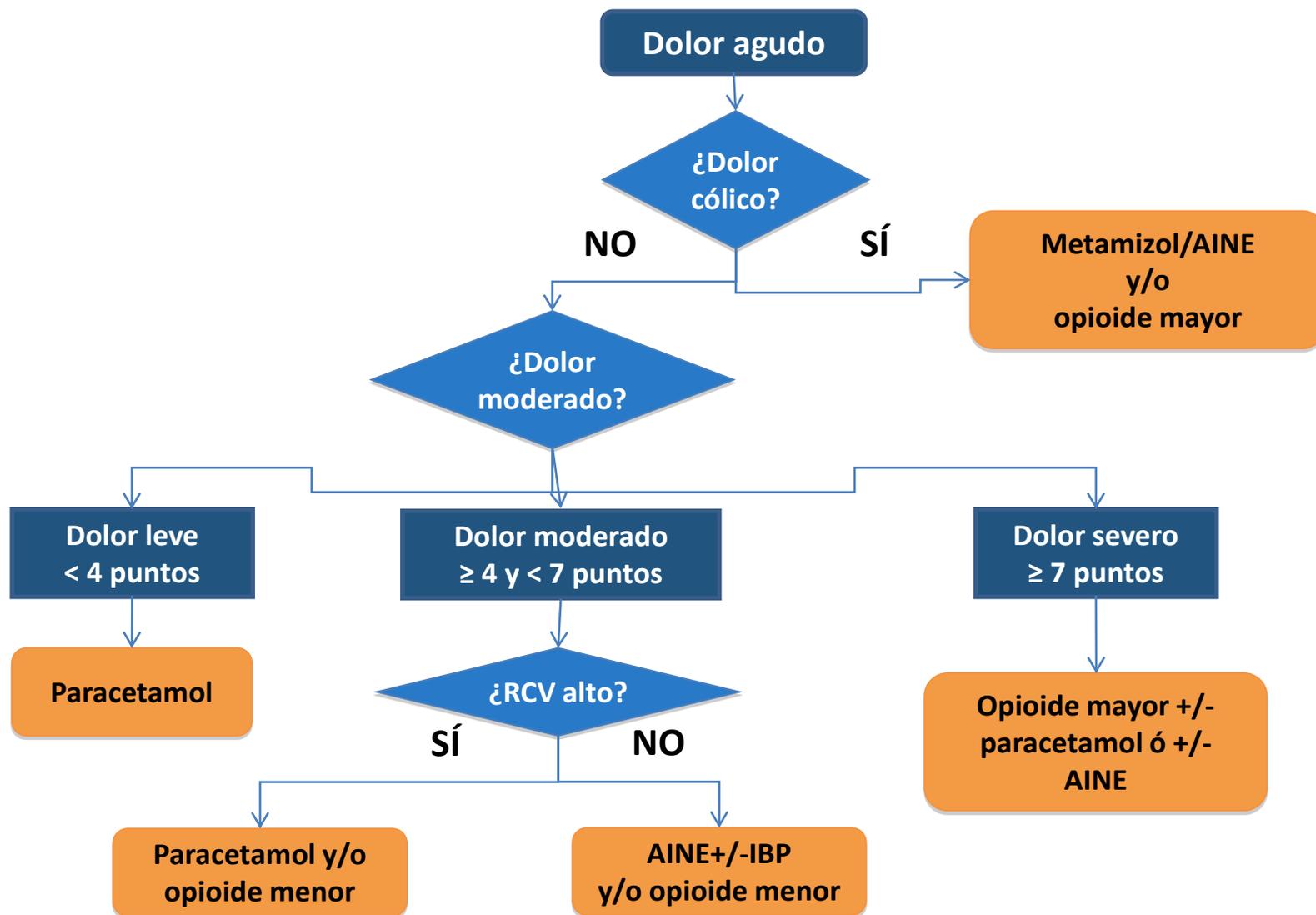
📶 Fentanilo transdérmico s.l., oral: dolor irruptivo.

📶 Tapentadol: útil en dolor neuropático.

📶 Buprenorfina transdérmica.

📶 Hidromorfona

Estrategia de control del dolor multimodal



Blanco-Tarrió E. Tratamiento del dolor agudo. Semergen, 2010;36(7):392-398

Conclusiones I

- 📶 **El dolor agudo es un motivo de consulta muy frecuente.**
- 📶 **Es un "síntoma" y no un diagnóstico en sí.**
- 📶 **Importante anamnesis y exploración para intentar definir la causa.**
- 📶 **Utilizar escalas para cuantificar la intensidad.**
- 📶 **Debe tratarse precozmente para evitar la cronificación.**

Conclusiones II

- ❏ **Diferenciar dolor nociceptivo de neuropático.**
- ❏ **De elección paracetamol y AINEs.**
- ❏ **Precaución en ancianos y/o polimedicados.**
- ❏ **Reevaluar en días.**