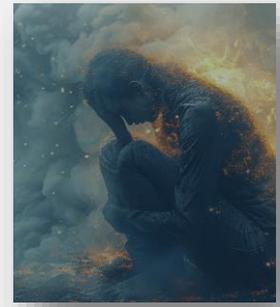


Estrategias clínicas para el abordaje integral del dolor agudo



Según la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP), el dolor se define como una **experiencia sensorial y emocional desagradable que se asocia a una lesión tisular real o potencial**. Dentro de la clasificación del dolor, de acuerdo a su duración, contamos con dos vertientes, **dolor agudo y crónico**. A lo largo del estudio en el ámbito del dolor, varios autores han debatido sobre el tiempo de referencia para clasificar uno u otro, **siendo 3 meses**, el lapso más acordado.

Hoy en día, sabemos que dichos conceptos han sufrido modificaciones. Al hablar de **dolor agudo**, nos enfrentamos a un dolor que está siendo causado por una lesión que se autolimitará, y que al “corregirse” fisiológicamente el origen de la lesión, por ende, el dolor también tendría que cesar.

Por ejemplo, imaginemos una fractura que no requiere tratamiento quirúrgico, únicamente conservador. Sabemos que un callo óseo, tarda en promedio de 4 a 6 semanas en generarse, y durante este tiempo, es válido que nuestro cuerpo experimente dolor; sin embargo, una vez que la fractura se haya “corregido”, ya no hay lesión que justifique que mi cuerpo persista con dolor, a eso le llamamos, dolor agudo.

En resumen, el **dolor agudo es aquel que se autolimitará cuando la causa del mismo se haya corregido**, de igual forma es importante saber que existen dolores crónicos con periodos de **agudizaciones**, las cuales también se consideran dolor agudo.

En cuanto al **abordaje terapéutico del dolor agudo**, hoy en día contamos con varios protocolos farmacológicos que se pueden personalizar y adecuar al tipo de diagnóstico y sintomatología del paciente.

La **analgesia multimodal** se basa en **utilizar distintos fármacos de diversas familias con el fin de disminuir la dosis terapéutica de cada uno de ellos** y, por ende, los efectos secundarios. Así mismo, nos brinda la oportunidad de potencializar el efecto de cada fármaco, ofreciendo una analgesia más eficaz y adecuada a mi paciente.

La analgesia multimodal se basa en los **4 principios del fenómeno de la nocicepción**:

1. **Transducción** (inflamación local por generación de sustancias proinflamatorias, de predominio prostaglandinas).
2. **Transmisión** (el impulso doloroso viaja a través de un nervio periférico hacia la médula espinal).

3. **Modulación** (el impulso llega a médula espinal, en donde se estimula la producción de analgésicos endógenos, primordialmente opioides y, de esta manera, disminuye la intensidad del impulso doloroso).
4. **Percepción** (sucede en la corteza cerebral, donde hacemos consiente la lesión que acabamos de experimentar).

Hoy en día, ya se cuenta con diversas **combinaciones farmacológicas** que cumplen con la analgesia multimodal, un ejemplo de ellos son:

1. Tramadol + Etoricoxib
2. Tramadol + Pregabalina

A continuación, se exponen puntos clave para una **correcta prescripción de fármacos para el dolor agudo**:

AINES inhibidores no selectivos	AINES inhibidores selectivos COX-2	Opioides
No están contraindicados en pacientes con falla renal, únicamente se deberá realizar ajuste en base a su TFG.	AINES indicados en pacientes con nefropatía y gastropatía, debido a su baja incidencia de este tipo de efectos secundarios.	El tramadol tiene una incidencia muy baja en efectos secundarios. Es un fármaco que podemos utilizar con un amplio rango de seguridad.
Hoy en día, el Dexketoprofeno es el AINE no selectivo con mayor seguridad farmacológica, debido a su baja incidencia en gastropatía y nefrotoxicidad.	Se deberá tener precaución al indicarlos en pacientes con antecedentes cardiovasculares, por ejemplo IAM.	Los principales efectos secundarios esperados del tramadol son: náuseas y estreñimiento.
Se contraindica administrar y prescribir dos fármacos AINES, debido a que no se ha evidenciado mayor efecto analgésico, únicamente se incrementa la potencia de los efectos secundarios.	Se pueden administrar por un periodo más prolongado que los AINE no selectivos, sin embargo se deberá llevar una monitorización estrecha rutinaria de la función cardiovascular.	La dosis máxima al día del tramadol es de 400 mg. No se recomienda sobrepasar dicho gramaje.

Los **principales diagnósticos** en los que podemos emplear dichos esquemas terapéuticos son: artritis, artrosis, dolor dental, lumbalgia, dolor músculo esquelético y dolor postoperatorio.