

Uso de morfina como tratamiento del dolor agudo en el Servicio de Emergencia del Hospital General Ambato

Use of morphine as acute pain treatment in the Emergency Service of General Hospital Ambato

Dr. Rodolfo Carrasco*, Dra. Linda Hurtado*, Dra. Daniela Toscano*, Dra. Sofía Quisiguiña*

*Médico Residente del servicio de Emergencia del Hospital General IESS Ambato.

** Médico Residente del servicio de Emergencia del Hospital General IESS Ambato

*** Médico Residente del servicio de Emergencia del Hospital General IESS Ambato

**** Médico Residente del servicio de Emergencia del Hospital General IESS Ambato

chapu.rcr@gmail.com

Resumen.

Introducción: El dolor es el principal síntoma por el cual los pacientes acuden al servicio de emergencia de nuestro hospital, representando hasta un 80% de las consultas médicas y un 10% refieren tener dolor agudo.

Objetivo: Evaluar si el uso de morfina como primera elección terapéutica es adecuado para disminuir la intensidad del dolor agudo en pacientes que acuden al servicio de emergencia.

Metodología: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo en pacientes atendidos durante el año 2018 en el Servicio de Emergencia del Hospital General Ambato, en los cuales se utilizó morfina como primera elección para tratamiento de dolor agudo con escala de dolor de EVA 7 a 10 puntos.

Resultados: Durante el periodo 2018 en el servicio de Emergencia del Hospital Iess Ambato se utilizó como primera elección para el tratamiento del dolor agudo analgésicos tipo morfina en 370 pacientes, con gran disminución en su intensidad en poco tiempo de la administración.

Conclusiones: Se debe considerar la utilización de morfina como primera línea de tratamiento para dolor agudo por su rápida acción y disminución de la sintomatología en pacientes que acuden al servicio de emergencia con EVA >7/10.

Palabras clave: Morfina, Dolor agudo, Analgesia

Abstract.

Introduction: Pain is the main symptom in which patients go to the emergency service of our hospital, representing up to 80% of medical visits and 10% refer to having acute pain.

Objective: Assess whether the use of morphine as a first therapeutic choice is appropriate to decrease the intensity of acute pain in patients who go to the emergency department.

Methodology: A retrospective descriptive study was conducted in patients treated during 2018 in the Emergency Service of General Ambato Hospital, in which morphine was used as the first choice for acute pain treatment with EVA pain scale 7 to 10 Points.

Result: During the period 2018 in the Emergency Service of the Hospital Iess Ambato was used as the first choice for the treatment of acute pain pain pain type morphine in 370 patients, with great decrease in intensity in a short time of administration.

Conclusions: The use of morphine as the first line of treatment for acute pain should be considered for its rapid action and decreased symptomatology in patients who come to the emergency service with EVA >7/10. **Keywords:** Morphine, Acute pain, Analgesia

Recibido: 16-12-2019

Revisado: 15-1-2020

Aceptado: 20-1-2020

Introducción.

El dolor fue definido por la Asociación Internacional para el estudio del Dolor en 1973 como una experiencia sensorial y emocional desagradable relacionada con una lesión real, potencial o descrita en términos de tal lesión. (1)

El dolor es la causa más frecuente de consulta en el Servicio de Urgencia (SU), llegando a ser reportado por el 78% de los pacientes y un tercio de ellos manifestando dolor severo (escala igual o superior a 7/10) (1). A pesar de lo frecuente del motivo de consulta, el tratamiento del dolor está lejos de ser óptimo, reportándose en la literatura numerosa evidencia de oligoanalgesia en los servicios de urgencias.

Existen reportes donde solo un 60% de los pacientes con dolor reciben analgesia y, de ellos, el 75% es dado de alta sin resolución de sus síntomas (2). Los factores asociados al mal manejo del dolor se han atribuido a la falta de educación y conciencia por parte de los profesionales de salud, dificultades en la evaluación y reevaluación de los pacientes, y saturación en los servicios de emergencias. (2)

En nuestro país no existen estudios realizados sobre la mejor opción de tratamiento para el dolor agudo y además no se cuenta con guías de práctica clínica que nos ayuden a estandarizar su uso. Se ha constatado el mal uso de analgésicos en los servicios de emergencia como, por ejemplo, la utilización de dos medicamentos con el mismo mecanismo de acción sin resolver el cuadro del dolor y, además utilización de analgésicos leves cuando el dolor alcanza escalas de más de 7 puntos en intensidad.

Por otra parte, debe considerarse que el dolor no es la única fuente de sufrimiento de los pacientes en el servicio de urgencia: la incertidumbre diagnóstica, los tiempos de espera, las náuseas, la disnea, los problemas económicos que implica la consulta, por mencionar sólo algunos aspectos,

son todas fuentes que pueden contribuir a la angustia de él. El alivio del dolor físico es sólo un pilar de la atención integral del paciente, siendo de gran relevancia, además el darse el tiempo para explicar, ser empático, dar seguridad al enfermo, buscar buenos tiempos de atención (1) y otras estrategias, que pueden hacer que el paciente tenga una buena experiencia en el servicio de emergencia. (3)

Tipos de dolor

El dolor puede clasificarse en función de diferentes criterios.

Una clasificación que englobe la mayor parte de los objetivos podría ser la que exponemos a continuación.

Según su evolución

Dolor agudo

El dolor agudo se define como aquel que remite a medida que desaparece la causa que lo produce (usualmente menos de 3 meses). Su intensidad y localización es coherente con la causa que lo origina. Tiene una función de alarma y protección. (5)

Dolor crónico

Se trata de un dolor que dura más de 3 meses, aun habiendo realizado los tratamientos adecuados. Se caracteriza porque persiste después de la lesión que lo originó y ha perdido su capacidad de alarma y protección. Además, ha perdido en gran parte su capacidad de localización y ya no es coherente en su intensidad. Tiende a producir alteraciones sobre el estado de ánimo y la funcionalidad del paciente. Por todo ello, se considera una enfermedad en sí mismo. Hoy en día, se tiende a hablar del proceso de cronificación del dolor, más que de una mera secuencia temporal de dolor agudo y dolor crónico. (5)

Dolor irruptivo

Es un dolor que surge transitoriamente sobre un dolor crónico estable. Es intenso e imprevisto, no relacionado con la etapa de final de dosis. Puede aparecer tanto en dolor oncológico como en no

oncológico, pero es más característico del primero. Para considerarse irruptivo, un dolor debe cumplir estas tres características: elevada intensidad (escala visual analógica –EVA– mayor de 7/10), rapidez de instauración y corta duración (20-30 minutos). (5)

Según su topografía

Dolor somático

El dolor somático puede ser superficial o profundo y es originado por la activación de nociceptores y transmitido por los nervios somáticos. Tiende a ser agudo y bien localizado. (5)

Dolor visceral

Es un dolor sordo y mal localizado. Es transmitido por los aferentes viscerales y suele tener un patrón de dolor referido a un área de la superficie corporal. Se acompaña habitualmente por una intensa respuesta refleja motora y autonómica, por su estrecha relación con el sistema vegetativo. (5)

Según su patogenia

Dolor nociceptivo

Se produce por la activación de los nociceptores y es la respuesta normal del organismo a una lesión. Tiene por objetivo prevenir mayor daño. (5)(6)

Dolor neuropático

Es por definición un dolor debido a una lesión o disfunción del sistema nervioso central o periférico. Implica, además, cambios neurofisiológicos a nivel de toda la vía dolorosa. La sensación de dolor se distribuye (irradia) por todo el territorio de la estructura nerviosa lesionada (un nervio periférico, una raíz raquídea, etc.). Tiene características eléctricas, quemantes, frecuentemente acompañado de crisis lancinantes superpuestas, con disestesias, pérdida de sensibilidad, hiperalgesia y alodinia. (8)(5)

Dolor psicogénico

El dolor psicogénico se refiere a dolores localizados vividos como tales por el paciente, pero de etiología psicosomática (neurosis, histeria, trastornos obsesivos compulsivos, estados de ansiedad, trastornos afectivos, etc.). (3)(5)

Según su patrón de distribución

Dolor irradiado

Se define como un dolor distribuido de forma congruente con el territorio de una estructura nerviosa dañada o disfuncionante (nervio, raíz

raquídea, etc.). Tendrá, por tanto, características neuropáticas. (5)(8)

Dolor referido

Es un dolor descrito con una extensión más allá de la lesión que lo origina, pero sin ser coherente con la distribución de ninguna estructura nerviosa, ni tener características neuropáticas. Puede aparecer vinculado a un dolor nociceptivo somático o nociceptivo visceral, y cada estructura corporal presenta un patrón referido propio. (8)

Valoración del dolor

El médico debe identificar y evaluar el dolor, determinando sus principales características, y monitorizar la respuesta al tratamiento, utilizando de forma rutinaria herramientas de evaluación estándar. Es importante distinguir si estamos ante un dolor agudo, un dolor crónico agudizado (la agudización del dolor puede deberse tanto a la enfermedad benigna o maligna subyacente como a un evento agudo no relacionado con ella y que pueda requerir un abordaje diferente) o un dolor irruptivo en un paciente con dolor oncológico (dolor de intensidad moderada o severa que aparece sobre un dolor crónico), así como el tipo de dolor (nociceptivo, neuropático o mixto). Es imprescindible valorar los antecedentes médicos del paciente, en especial la presencia de insuficiencia renal, hepática, cardiovascular o respiratoria y su tratamiento habitual. (5)(8)

Las escalas de evaluación de dolor más frecuentemente utilizada en el servicio de emergencia de nuestro hospital es La Escala Visual Analógica (EVA) permite medir la intensidad del dolor que describe el paciente con la máxima reproducibilidad entre los observadores. Consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de un síntoma. En el izquierdo se ubica la ausencia o menor intensidad y en el derecho la mayor intensidad. Además, la Escala de evaluación numérica que consiste en solicitarle al paciente que diga, de una escala del 1 al 10 cuál es la intensidad de su dolor, la cual es valorada de la siguiente manera.

Tabla1. Clasificación de la intensidad del dolor

INTENSIDAD DE DOLOR	PUNTAJE
LEVE	1-3
MODERADO	4-6
SEVERO	7-10

Fuente: Elaboración propia de los autores

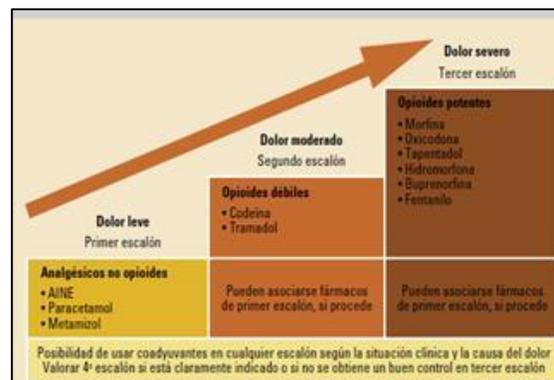
Tratamiento del dolor agudo en emergencias

El dolor agudo puede tener múltiples etiologías, aunque los más frecuentes son posiblemente el posoperatorio y el traumático. (5)

En el servicio de emergencia del hospital IESS Ambato el principal síntoma por lo que acuden los pacientes a su atención es el dolor en diferente escala de puntuación. En esta artículo queremos basarnos más al tratamiento del dolor agudo evaluado con escalas de dolor superior a 7/10 en su puntuación y cuál es su mejor opción de tratamiento.

Como normas generales, podemos establecer el empleo de la escalera analgésica de la OMS, la limitación de los períodos de reposo a los mínimos necesarios en función de la etiología del dolor y la implementación de medidas no farmacológicas encuadradas en una estrategia de autocuidado (actividad física, ejercicios orientados, escuela de espalda, fisioterapia).

Figura 1. Escala analgésica de la OMS.



Fuente: Organización Mundial de la Salud

En caso de dolor agudo severo se aconseja administrar opioides potentes, bolos intravenosos de morfina de 0,1 mg/kg o bolos de fentanilo 1 µg/kg (en caso de contraindicación de morfina como en pacientes con insuficiencia renal) que han demostrado ser eficaces y seguros en ensayos clínicos controlados. (8)

Objetivo

Evaluar si el uso de morfina como primera elección terapéutica es adecuado para disminuir la intensidad del dolor agudo en pacientes que acuden al servicio de emergencia.

Material y métodos

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo en pacientes atendidos durante el año 2018 en el Servicio de Emergencia del Hospital General Ambato, en los cuales se utilizó morfina como primera elección para tratamiento de dolor agudo con escala de dolor de EVA 7 a 10 puntos.

Resultados

En el Hospital General IESS Ambato en el servicio de Emergencia en el periodo comprendido entre Enero a Diciembre del 2018 fueron atendidos 370 pacientes con cuadro de dolor agudo de diferente etiología catalogado como EVA > a 7/10 puntos.

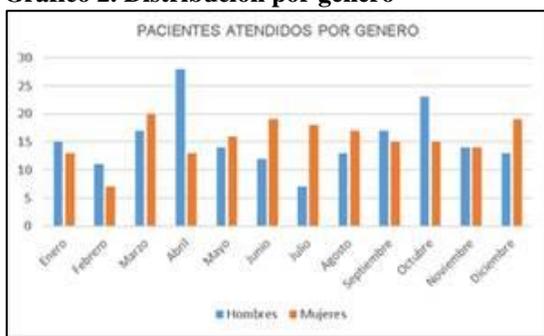
Grafico 1. Pacientes atendidos por dolor agudo en el Servicio de Emergencia del Hospital General Ambato durante el año 2018



Fuente: Elaboración propia de los autores

Se puede aseverar que no existe gran diferencia en atenciones según el género, es decir el dolor es un síntoma general que se presenta tanto en hombres como en mujeres y sigue siendo la principal causa por lo que acuden al servicio de emergencia de esta casa de Salud.

Gráfico 2. Distribución por género



Fuente: Elaboración propia de los autores

Se puede evidenciar en el gráfico 3 la eficacia de control del dolor agudo luego de la administración de morfina con primera elección en los pacientes atendidos en el servicio de emergencias del

Hospital General IESS Ambato durante el periodo Enero a Diciembre del 2018.

Por ejemplo, en el mes de enero se atendieron 28 pacientes equivalentes a 100% de los cuales 89,3% que son 25 pacientes encontraron alivio de dolor agudo con la administración de morfina.

Gráfico 3. Eficacia de la morfina para el tratamiento del dolor agudo



Fuente: Elaboración propia de los autores

Discusión

El dolor sigue siendo la primera causa por la cual los pacientes acuden a los servicios de emergencia de las diferentes casas de salud de nuestro País y su disminución en su intensidad es estrictamente necesario para bienestar personal de cada paciente.

Por tal razón se considera necesaria la administración de morfina como primera elección para el tratamiento del dolor agudo en emergencia. En el Servicio de Emergencia del Hospital General IESS Ambato se han obtenido buenos resultados al utilizar este tipo de medicamento para el control de dolor agudo y su uso se está regularizando.

Estos resultados evidencian que en el periodo Enero a Diciembre 2018 fue notoria la eficacia de la terapéutica con morfina para el control de dolor con EVA >7/10.

Conclusiones:

Se debe considerar la utilización de morfina como primera línea de tratamiento para el dolor agudo por su rápida acción y disminución de la sintomatología en pacientes que acuden al servicio de emergencia con EVA >7/10.

Referencias bibliográficas:

1- El dolor y su tratamiento en adultos, EMC - Tratado de medicina 1 Volume 23 > nº1 > marzo 2019 [http://dx.doi.org/10.1016/S1636-5410\(18\)41700-X](http://dx.doi.org/10.1016/S1636-5410(18)41700-X)

2- Comparación de la morfina administrada por vía intravenosa y vía epidural con /sin bupivacaina o ropivacaina en el tratamiento del dolor pos toracotomía con la técnica de analgesia controlada por el paciente, Esra Mercanoğlu* 1, Zekeriyya Alanoglu 1, Perihan Ekmekci 2, Sacide Demiralp 2, Neslihan Alkış 2, Rev Bras Anesthesiol. 2013;63(2):213-219. ISSN c 2013 Sociedades Brasileira de Anestesiología. Publicada pela Elsevier Editora Ltda.

3- Manejo del dolor agudo en el servicio de urgencia, emergency department management of acute pain. Dra. Natalia abiuso (1), dr. José Luis Santelices (1), dr. Ricardo Quezada (1) (1) Departamento de Medicina de Urgencia Clínica Las Condes. Santiago, Chile. Email: nabiuso@clc.cl, jsantelices@clc.cl, rquezada@clc.cl

4- Combinación de opioides, E. Salvador y L. Aliaga. Servicio de Anestesiología Hospital Hernán Henríquez. Temuco-Chile. 1 Clínica Dolor Hospital Quirónteknon. Barcelona-España, Rev Soc Esp Dolor 2016; 23(3): 159-163, Salvador E y Aliaga L. Combinación de opioides. Rev Soc Esp Dolor 2016;23(3):159-163.

5- Drug and health products. (2010). Health Canada endorsed important safety information on Relistor® (methylnaltrexone bromide). Retrieved from http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/alt_formats/pdf/medeff/advisories-avis/prof/2010/relistor_hpc-cps-eng.pdf.

6- Drug approval package. (2008). Relistor (methylnaltrexone bromide) subcutaneous injection medical Review. Retrieved from

http://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/nda/2008/021964s000toc.cfm.

7- Principios del manejo del dolor en el servicio de urgencias para pacientes con dolor agudo. Pain. 2011. IASP International Association for the Study of Pain.

8- Portenoy rk, mehta z, ahmed e. Cancer pain management with opioids: optimizing analgesia. Uptodate 2015. Disponible en: www.uptodate.com.

9- Oms. Alivio del dolor en el cáncer con una guía sobre disponibilidad de opioides (2ª ed) http://whqlibdoc.who.int/publications/924354482_9.pdf

10- Efecto de la analgesia posoperatoria de la morfina endovenosa versus el ketorolaco en citocinas proinflamatorias en colecistectomía laparoscópica María Elena Gómez-Vázquez, * Eduardo Hernández-Salazar, ** Jorge Daniel Novelo-Otañez, ** Carlos Enrique Cabrera-Pivaral, *** Ingrid Patricia Dávalos-Rodríguez, **** Mario Salazar-Páramo*****Cir Cir 2012;80:56-62

11- Administración de analgésico de tipo opioide en el manejo de abdomen agudo Erick Javier Palacios-Cañizares, * Fernando David González-León, * Sergio Hernández-Aguilar, ** Ricardo Sanabria-Trujillo, *** Wilfredo Valenzuela-Téllez, **** Víctor Manuel Pinto-Angulo,***** Mario Enrique Rendón-Macias*****Rev Hosp Jua Mex 2018; 85(2): 70-77

12- Tratamiento del dolor agudo en el niño: analgesia y sedación Javier Travería Casanova, Teresa Gili Bigatá, Josefa Rivera Luján Servicio de Pediatría. Hospital de Sabadell

13- Protocolo del manejo del dolor en urgencias c. Perez Aznara, B. Macias Boub, A. Maganto Sanchob y M. Ganzo pionbaunidad de Cuidados Paliativos. Bservicio de Urgencias. Hospital General Universitario Gregorio Marañon. Madrid. Espana. Medicine. 2015;11(90):5408-11

14- Cochrane Database of Systematic Reviews Wiffen PJ, Derry S, Moore RA, Stannard C, Aldington D, Cole P, Knaggs R BUPRENORPHINE FOR NEUROPATHIC PAIN IN ADULTS. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 9. Art. No.: CD011603. DOI:

10.1002/14651858.CD011603.pub2.

Www.cochranelibrary.com

15-Cochrane Database of Systematic Reviews PJ,
Derry S, Moore RA

Wiffen PJ, Derry S, Moore RA. Impact
of morphine, fentanyl, oxycodone or codeine on
patient consciousness, appetite and thirst when
used to treat cancer pain. Cochrane Database of
Systematic Reviews 2014, Issue 5. Art. No.:
CD011056. DOI:

10.1002/14651858.CD011056.pub2.

Www.cochranelibrary.com

16- Cochrane Database of Systematic Reviews
Candy B, Jones L, Vickerstaff V, Larkin PJ, Stone
P Candy B, Jones L, Vickerstaff V, Larkin PJ,
Stone P. Mu-opioid antagonists for opioid-
induced bowel dysfunction in people with cancer
and people receiving palliative care. Cochrane
Database of Systematic Reviews 2018, Issue 6.
Art. No.: CD006332. DOI:
10.1002/14651858.CD006332.pub3.

Www.cochranelibrary.com

17- Asociación Colombiana para el Estudio del
Dolor (ACED) <http://www.dolor.org.co/>

18- Asociación Mexicana para el Estudio y
Tratamiento del Dolor (AMETD)
<http://www.ametd.com.mx/index.html>

19- ¿El uso de analgésicos opiáceos en pacientes
con dolor abdominal agudo incrementa el riesgo
de error diagnóstico? Revisión sistemática de la
literatura* Opiate use and the risk of diagnostic
error in acute abdominal pain. A systematic
review Drs. MANUEL VIAL G.1,2, CARLOS
MANTEROLA D.1,2, VIVIANA PINEDA N.1,
HÉCTOR LOSADA M.1, PAULA ASTUDILLO
D.1 Departamento de Cirugía. 2CIGES
(Capacitación, Investigación Facultad de
Medicina, Universidad de La Frontera. Temuco,
Chile

20- Comparación de la efectividad de fentanilo
versus morfina en dolor severo postoperatorio.
Ensayo clínico aleatorizado, doble ciego Adriana
Cadavid-Puentes a,b,* , Francisco José Bermúdez-
Guerrero a,b, Olga Giraldo-Salazar a,b, Fabio Muñoz-
Zapata a, Juan Otálvaro-Henao a, Juliana Ruíz-
Sierra a, Julián Alvarado-Ramírez a, Gilma
Hernández-Herrera a y Daniel Camilo Aguirre-
Acevedo a