

Rev Soc Esp Dolor
2018; 25(3): 195-196

Prescripción dinámica de los analgésicos (PDA)

DOI: 10.20986/resed.2018.3684/2018

Sr. Director:

Actualmente el tratamiento analgésico farmacológico se hace siguiendo protocolos de analgesia a intervalos regulares dependiendo de la farmacocinética del analgésico. Esto implica la toma regular de los analgésicos, independientemente del dolor que padezca el paciente a la hora de la toma, ya sea en un esquema de cada 8 o 12 horas, o cuando usamos la vía transdérmica de 72 horas o incluso más tiempo (1).

El objetivo del tratamiento del dolor es la mejoría del dolor, la funcionalidad y la calidad de vida. Aunque es altamente improbable conseguir la erradicación completa del dolor crónico, se tendría que aspirar a una reducción de, al menos, un 30 % (2).

Este concepto que era válido cuando los tratamientos analgésicos coadyuvantes (farmacológicos o no) eran muy pocos, tiene hoy en día poco valor y se ajusta mal a las posibilidades que tenemos con los tratamientos analgésicos intervencionistas (3).

De este modo creemos que es innecesario que los pacientes reciban analgésicos de forma regular y mantenida durante largos periodos de tiempo, ya que durante su enfermedad dolorosa, incluso la provocada por el cáncer (4) (que ya se ha convertido en una enfermedad crónica de larga duración), los pacientes van a recibir diversos tratamientos intervencionistas que disminuirán claramente el dolor; ponemos como ejemplo la radioterapia de las metástasis, las técnicas de radiofrecuencia radicular o los bloqueos analgésicos (5).

Por ello, propugnamos la necesidad de que la prescripción de fármacos analgésicos se haga desde un concepto "dinámico", siguiendo el modelo del ascensor analgésico (6), de tal modo que los pacientes reciban los analgésicos de cualquier tipo, tanto AINE como opioides de corta o larga duración, dependiendo de las necesidades puntuales que provoquen el dolor. En el caso de opioides de larga duración, hay que advertir a los pacientes que si el retraso en la toma es muy prolongado, se podrían producir síntomas de abstinencia. Por ejemplo, un paciente tomando tapentadol 150 mg/12 h, si tras un bloqueo logra mejoría y presenta síntomas de abstinencia (lo cual no tiene por qué aparecer siempre), el paciente deberá disminuir la dosis de forma paulatina o alargar los periodos entre toma.

Debemos aclarar que en el caso de los opioides de corta duración (fentanilos), el concepto de PDA solo debe ser empleado en dolor oncológico (como ya de hecho está

definido), ya que podría entrañar otros riesgos en dolor no oncológico, donde estos fármacos no están indicados salvo en casos muy puntuales.

A este concepto le llamamos prescripción dinámica de analgésicos (PDA). Estamos convencidos por nuestra práctica clínica de que se ajusta mejor a las necesidades de los pacientes con enfermedades que provocan dolor intenso y, además, al evitar concentraciones plasmáticas elevadas de estos fármacos cuando el dolor no está presente, por ejemplo durante la noche, en situaciones de reposo, o al aplicar terapias analgésicas coadyuvantes, se reducen las complicaciones que provocan todos los analgésicos, especialmente cuando se administran en dosis altas o tiempos prolongados.

De este modo la PDA hace referencia a los cambios de prescripción que realiza el médico en el seguimiento del dolor y, en casos de "pacientes expertos", también a la toma no pautada de fármacos que el paciente pueda decidir por sí mismo su toma o no, individualmente, según la intensidad de su dolor y la hora del día.

Este concepto es más difícil de aplicar cuando usamos fármacos de acción muy prolongada, como los que se vehicularan como parches transdérmicos y otros, ya que puede entrañar el riesgo de momentos de privación una vez se alcanzan dosis altas. En estos casos hay que instruir al paciente para que disminuya la dosis o retrase la toma, de forma que no presente síntomas de abstinencia.

Sin embargo, en cuanto a fármacos de 1^{er} y 2.º escalón, aunque sea sin conocer el concepto PDA, muchos pacientes la toma la hacen siguiendo este concepto, particularmente en el dolor agudo.

En conclusión, la PDA se basa en el empleo de la mínima dosis eficaz para conseguir un ahorro de fármacos, disminución de efectos adversos y el uso de fármacos de acción rápida en momentos de dolor irruptivo que desaparece en poco tiempo.

La PDA evitaría cronificaciones de dolor por mantenimiento innecesario de fármacos y tolerancia a los mismos, cambios perjudiciales en la plasticidad neuronal y enzimática y conduciría a menos dosis acumuladas y daño en los órganos.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

**L. M. Torres¹, E. Calderón², D. Benítez², R. Eizaga²
y C. Álamo³**

¹Profesor Titular de Anestesia. Universidad de Cádiz.
Jefe del Servicio de Anestesia y Dolor. Hospital Puerta

del Mar. Cádiz. ²FEA. Servicio de Anestesia y Dolor. Hospital Puerta del Mar. Cádiz. ³Catedrático Universitario de Farmacología. Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Universidad de Alcalá. Madrid. España

Correspondencia: Luis Miguel Torres Morera
lm.torres@me.com

BIBLIOGRAFÍA

1. Torres LM, Calderón E, Rey RM. Fentanilo transdérmico (Durogesic[®]): características farmacológicas y aplicación clínica. *Rev Soc Esp Dolor* 1999;6(2):121-31.
2. Rojas Corrales O, Cuéllar Obispo E, Domínguez Camacho JC. Dolor crónico no oncológico: tratamiento farmacológico. *Cadime* 2015;30(4):21-8. DOI: 10.11119/BTA2015-30-04.
3. Sáez López MP, Sánchez Hernández N, Jiménez Mola S, Alonso García N, Valverde García JA. Tratamiento del dolor en el anciano: opioides y adyuvantes. *Rev Soc Esp Dolor* 2016;23(2):93-104.
4. Portenoy RK, Bruns D, Shoemaker B, Shoemaker SA. Breakthrough pain in community-dwelling patients with cancer pain and noncancer pain, part 1: prevalence and characteristics. *J Opioid Manag* 2010;6(2):97-108.
5. Kotwal RS, O'Connor KC, Johnson TR, Mosely DS, Meyer DE, Holcomb JB. A novel pain management strategy for combat casualty care. *Ann Emerg Med* 2004;44(2):121-7.
6. Torres LM, Calderón E, Pernia A, Martínez J, Micó JA. De la escalera al ascensor. *Rev Soc Esp Dolor* 2002;9(5):289-90.