

CARTA AL DIRECTOR

Prescripción dinámica de los analgésicos (PDA)

Dynamic analgesic prescribing (DAP)

Sra. Directora:

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

Este concepto, que era válido cuando los tratamientos analgésicos coadyuvantes 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 provoque el dolor.

A este concepto le llamamos prescripción dinámica de analgésicos (PDA). Estamos convencidos, por nuestra práctica clínica, 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.

BIBLIOGRAFÍA

1. Torres LM, Calderón E, Rey RM. Fentanilo transdérmico (Durogesic®): características farmacológicas y aplicación clínica. Rev Soc Esp Dolor. 1999;6:121-31.
2. Dolor crónico no oncológico: Tratamiento farmacológico. Cadime. 2015;30(4).
3. Sáez López MP, Sánchez Hernández N, Jiménez Mola S, Alonso García N, Valverde García JA. Tratamiento del dolor

RECIBIDO: 06 / febrero / 2024

ACEPTADO: 11 / febrero / 2024

DOI: 10.20986/mpj.2024.1067/2024

AUTORES:

Luis Miguel Torres¹, Enrique Calderón², Ramón Eizaga² y Cecilio Álamo³

¹Profesor Titular de Anestesia. Universidad de Cádiz, España.

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

CORRESPONDENCIA:

Luis Miguel Torres
lm.torres@me.com

- en el anciano: opioides y adyuvantes. *Rev Soc Esp Dolor*. 2016;23(2):93-104. DOI: 10.20986/resed.2016.3409/2016.
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. DOI: 10.5055/jom.2010.0009.
 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. DOI: 10.1016/j.annemergmed.2004.03.025.
 6. Torres LM, Calderón E, Pernia A, Martínez L, Micó JA. De la escalera al ascensor. *Rev Soc Esp Dolor*. 2002;9:289-90.