

Rev. Soc. Esp. Dolor
12: 183-184, 2005

GRUPOS TERAPÉUTICOS Y PRINCIPIOS ACTIVOS RELACIONADOS CON EL TRATAMIENTO DEL DOLOR CUYO CONSUMO SE HA INCREMENTADO EN EL AÑO 2003

Sr. Director:

La analgesia multimodal o balanceada hace referencia a la combinación de diferentes fármacos que actúan a través de distintas rutas, para lograr mejor analgesia con mínimos efectos adversos (1).

Los médicos que tratamos el dolor mediante el conocimiento del lugar de actuación de los fármacos, empleamos una gran variedad de estos, utilizándolos como tratamiento base o como coadyuvantes en el tratamiento del dolor.

Los grupos terapéuticos prescritos, sobre todo en la Unidad del Dolor, van desde los más usuales AINE y opioides, pasando por neurolépticos, antiepilépticos, antidepresivos o incluso antiosteoporóticos.

Los AINE actúan a nivel periférico, inhibiendo la síntesis de prostaglandinas, y a nivel central, aunque su acción no está completamente establecida, mediante efecto antipirético.

Los opioides inciden a través de receptores μ , δ y κ sobre el procesamiento central del dolor y la expresión dolorosa (2).

Los neurolépticos combinados con opioides se manejan en el tratamiento del dolor neuropático, considerándose también su importante acción antiemética al poder bloquear los receptores dopaminérgicos D_1 y D_2 . Se indican más en el dolor crónico de origen neuropático y desaferente, empleándose a veces conjuntamente con antidepresivos y en dolor oncológico.

Los antiepilépticos se prescriben en el dolor neuropático, el cual está generalmente provocado por una lesión central o periférica de las vías de la sensibilidad dolorosa. Este desequilibrio de aferencias sensoriales es el que puede explicar la eficacia de los anticonvulsivantes, cuya acción se caracteriza por su capacidad de respetar la función fisiológica de las neuronas, al tiempo que bloquean o interfieren la hiperexcitabilidad y la descarga excesiva desde un foco irritativo.

Los antiosteoporóticos se emplean como antirresortivos junto a calcitonina y raloxifeno, consiguiendo así una reducción en el número de fracturas vertebrales y periféricas.

Los antidepresivos aumentan la concentración de aminas neurotransmisoras en la sinapsis; los inhibidores no selectivos, sobre todo los tricíclicos, son los más eficaces en el tratamiento del dolor neuropático, mientras que los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina se utilizan como adyuvantes de algunos síndromes de dolor neuropático contando con su relativa seguridad.

Estamos asistiendo a una gran demanda, por parte de la sociedad y de los profesionales de la salud, del estado de bienestar y confort de todos aquellos pacientes sometidos a procesos quirúrgicos, pacientes con patología crónica y pacientes oncológicos (3).

Uno de los indicadores que tenemos para comprobar este incremento en la demanda es el consumo, dentro del Sistema Nacional de la Salud, de los diversos grupos terapéuticos más recetados durante el año 2003 y realizar una comparación con el año anterior.

Dentro de los subgrupos terapéuticos de mayor consumo durante el año 2003 en el SNS, cifrando su importe en millones de euros y en cuya prescripción estamos los anestesiólogos implicados (entre otros especialistas) encontramos: antidepresivos no tricíclicos (604,33), AINE (370,45), neurolépticos (330,90), antiepilépticos (192,25), otros analgésicos antipiréticos (146,11), ansiolíticos (110,50), analgésicos narcóticos (101,43) y calcitonina (71,18).

Por principio activo, en orden decreciente por importe, tenemos: paroxetina (171,04), ácido alendrónico (111,79), sertralina (106,63), venlafaxina (101,68), ibuprofeno (97,10), paracetamol (86,96), raloxifeno (77,46), fluoxetina (75,66), citalopram (74,01), gabapentina (70,40) y calcitonina (56,79).

Si hacemos una comparación entre los años 2002 y 2003 observamos que los subgrupos terapéuticos en los que se ha constatado un incremento en su consumo, refiriéndonos en tantos por ciento, han sido: antiepilépticos (31,34%), analgésicos narcóticos (30,07%), neurolépticos (21,86%), antidepresivos no tricíclicos (14,96%), AINE (6,37%) y ansiolíticos (4,00%).

Respecto al principio activo destacan el ácido alendrónico (101,71%), gabapentina (37,72%), ibuprofeno (35,09%), paracetamol (30,87%), venlafaxina (29,08%) y raloxifeno (18,64%).

Debemos puntualizar respecto a la calcitonina que, aunque sigue siendo un fármaco muy consumido, su prescripción comparada con el año anterior ha descendido.

Todos los principios activos citados se encuentran entre los 35 fármacos más consumidos durante el año 2003.

Los subgrupos terapéuticos mencionados están entre los 40 de mayor consumo durante 2003, incrementándose su importe en un 83,85% respecto al año anterior, una cifra muy superior comparada con el aumento en el consumo total de especialidades farmacéuticas entre 2002 y 2003 que fue de un 13,36% (4).

El SNS tendrá que asumir este incremento en las prestaciones farmacéuticas para continuar ofreciendo mayor confort y bienestar a sus usuarios, teniendo en cuenta que el tratamiento del dolor es un derecho inexcusable de los pacientes.

E. Martínez¹, M. A. Vidal¹, D. Benítez¹, J. Morales², F. J. Pérez-Bustamante² y L. M. Torres³

¹MIR. ²Tutor. ³Jefe de Servicio. Servicio de Anestesia, Reanimación y Unidad Dolor. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz

BIBLIOGRAFÍA

1. Dahl V, Raeder JC. Non-opioid postoperative analgesia. *Acta Anaesthesiol Scand* 2000; 44: 1191-203.
2. Torres LM, Aragón F, Martínez E. Dolor postoperatorio y analgesia combinada. Paracetamol intravenoso: una formulación innovadora 2003; 63-124.
3. Benito C. Confort analgésico desde una Unidad del Dolor Agudo. *Cuadernos Multidisciplinarios de Confort Analgésico* 2004; 29-51.
4. Información terapéutica del SNS 2004; 28: 121-4.