

Uso de AINE en el anciano

F. NEIRA REINA Y J.L. ORTEGA GARCÍA

INTRODUCCIÓN

Los analgésico-antitérmicos y antiinflamatorios no esteroideos (AINE) son, junto a los opiáceos, la base del tratamiento analgésico actual. Son consumidos diariamente por más de 30 millones de personas. En 1994 hubo, en España, más de 67,5 millones de prescripciones de AINE¹. Entre un 62-83% de la población de edad avanzada presenta dolor.

MECANISMO DE ACCIÓN

El mecanismo de acción de los AINE se puede explicar, en parte, por la inhibición de la síntesis de prostaglandinas (PG) a nivel periférico. La analgesia inducida por los AINE a nivel central se puede explicar por diferentes mecanismos: inhibición de la síntesis de PG en el SNC, activación de los mecanismos serotoninérgicos y catecolaminérgicos centrales, etc.¹.

ESTRATEGIA ANALGÉSICA CON LOS AINE

Antes de seleccionar el AINE hay que diagnosticar el tipo de dolor (somático, visceral, neuropático, mixto), su duración e intensidad. Se debe elegir el AINE en virtud de los fines que se persiguen: analgésicos (metamizol, ketorolaco, fosfosal, diflunisal, paracetamol) y/o antiinflamatorios (naproxeno, indometacina, diclofenaco, aceclofenaco, ketoprofeno), las enfermedades concomitantes del paciente, los fármacos tomados previamente y sus posibles interacciones, la idiosincrasia del paciente e incluso la experiencia previa con uno u otro AINE. Más de la mitad de la

población de 65 años consume algún medicamento, lo que facilita las interacciones medicamentosas de los AINE con estos fármacos.

La indicación primordial de estos fármacos es el tratamiento del dolor de intensidad leve y moderada. Están indicados en el dolor nociceptivo de origen osteomuscular¹. En el dolor musculoesquelético leve y moderado el paracetamol podría ser el fármaco de elección (NE IB)².

En los pacientes ancianos se deben usar con precaución, por la alta incidencia de efectos secundarios gastrointestinales y renales. Debido a retenciones hídricas e interacciones con los hipotensores, se deben evitar o utilizar con cuidado en los hipertensos.

Los AINE son fármacos muy versátiles; permiten su alternancia entre sí, asociarse o complementarse. En principio no se deben asociar dos AINE con iguales características.

Cuando se establece una pauta terapéutica con AINE no se deben olvidar unas normas básicas: 1) el control del dolor es más fácil en las etapas iniciales que cuando ya está establecido y presenta gran intensidad; 2) el tratamiento del dolor crónico con AINE debe respetar la farmacocinética de los mismos; 3) hay que ser cauteloso en los intervalos de las dosis del fármaco, debiendo individualizar las dosis y el intervalo, dependiendo del paciente, su enfermedad asociada y el tratamiento con otros fármacos, y 4) se deben utilizar a las dosis eficaces más bajas posibles y durante el menor tiempo posible para el control de los síntomas según el objetivo terapéutico perseguido.

Los AINE se pueden administrar por diferentes vías: oral, endovenosa (metamizol, paracetamol, ketorolaco), intramuscular (metamizol, ketorolaco), rectal (indometacina, naproxeno), subcutánea (ketorolaco) y sublingual (piroxicam).

Dirección para correspondencia:

Fernando Neira Reina
Huerta Chica, 10, 1.º A
11130 Chiclana de la Frontera, Cádiz
E-mail: anesfer@arrakis.es

Unidad de Dolor
Servicio de Anestesia
Hospital Universitario de Puerto Real
Puerto Real, Cádiz

La protección gástrica es conveniente realizarla en pacientes de riesgo, y no extenderla a la población general, pues en ocasiones es innecesaria. Está especialmente indicada cuando los enfermos requieren la asociación de un AINE y un corticoide.

Los ancianos con tratamiento prolongado con AINE deben ser valorados periódicamente para detectar precozmente síntomas y signos de hemorragia digestiva, insuficiencia renal, edema, hipertensión e interacción medicamentosa (NE IA)².

LIMITACIÓN DE LOS AINE EN EL DOLOR

Estos fármacos presentan numerosas reacciones adversas a diferentes niveles: gastrointestinal, cutáneo, hematopoyético, hepático, neurológico, inmunológico, nefrocardíaco, vascular y respiratorio, que limitan su utilización. Rofecoxib mostró una incidencia

de infarto de miocardio cuatro veces superior a naproxeno³.

De los resultados de recientes estudios clínicos se sugiere que ciertos AINE, cuando se utilizan a dosis altas y de forma continuada, pueden aumentar de forma moderada el infarto agudo de miocardio^{4,5}.

BIBLIOGRAFÍA

1. Neira F, Ortega JL. El empleo de los antiinflamatorios no esteroides y otros analgésicos en los síndromes dolorosos. JANO 2000;1367:2187-2200.
2. AGS Panel on Persistent Pain in Older Persons. The management of persistent pain in older persons. J Am Geriatr Soc 2002;50 Suppl 6:205-24.
3. VIGOR. NEJM 2000;343(21):1520-8.
4. Kearney PM, Baigent C, Godwin J, et al. Do selective cyclo-oxygenase inhibitors and traditional non-steroidal anti-inflammatory drugs increase the risk of atherothrombosis? Meta-analysis of randomised trials. BMJ 2006;332:1302-5.
5. McGettigan P, Henry D. Cardiovascular risk and inhibition of cyclo-oxygenase: a systematic review of the observational studies of selective and non-selective inhibitors of cyclo-oxygenase-2. JAMA 2006;0:296.13.jrv60011 (Published online: September 12, 2006).