

Los analgésicos en el paciente crónico ¿Qué se puede hacer y qué es lo que no se puede hacer?

Emeka Nkenke, Prof. Dr. med. Dr. med. dent.

En odontología, el tratamiento farmacológico del dolor de intensidad leve a moderada se basa en fármacos como ibuprofeno, paracetamol y metamizol. En el paciente crónico, la obtención de una anamnesis exhaustiva sienta las bases para un tratamiento analgésico sin complicaciones. En pacientes con hepatopatías, nefropatías y asma así como en pacientes tratados con anticoagulantes se evitará la administración de antiinflamatorios no esteroideos (AINE) como ibuprofeno. El paracetamol está contraindicado también en las hepatopatías. En los pacientes sometidos a tratamiento anticoagulante, el paracetamol y el metamizol son buenas alternativas. Conviene limitar la duración del tratamiento analgésico al mínimo imprescindible en los pacientes con enfermedades crónicas. La administración de metamizol a largo plazo exige controles estrechos del hemograma para detectar precozmente una posible leucopenia. Las interacciones generadas por la administración de analgésicos en un paciente polimedcado pueden ser muy complejas. En estos casos se recomienda consultar con el médico de cabecera.

(*Quintessenz.* 2009;60(12):1453-7)

Clínica de Cirugía Oral y Maxilofacial. Clínica Universitaria Erlangen de la Universidad Friedrich Alexander de Erlangen-Nürnberg. Alemania.

Correspondencia: E. Nkenke.
Glückstraße 11. 91054 Erlangen. Alemania.
Correo electrónico: Emeka.Nkenke@uk-erlangen.de

Espectro de enfermedades crónicas

En Alemania, el espectro de enfermedades ha virado en las últimas décadas claramente de las patologías agudas a las patologías crónicas. Suelen ser las personas de edad avanzada las más afectadas por enfermedades crónicas, irreversibles en la mayoría de los casos, que requieren un tratamiento farmacológico de por vida. Es habitual que las enfermedades se agraven a medida que evolucionan.

En estos momentos, dos terceras partes de los fallecimientos están relacionadas con enfermedades crónicas. Las enfermedades crónicas más frecuentes incluyen la diabetes mellitus, la hipertensión arterial, las enfermedades cerebrovasculares (sobre todo isquemias) y el gran grupo de las enfermedades cardiovasculares.

Actualmente la población de pacientes tratados por una diabetes mellitus ya es de más de 7 millones de personas. Además, se sabe que hasta 3,5 millones de individuos desconocen su enfermedad. Cada día se añaden a este colectivo 1.000 casos nuevos. Los nuevos casos se producen a edades cada vez más tempranas y, lamentablemente, en muchos casos se trata de niños y adolescentes. El incremento es atribuible sobre todo a errores dietéticos.

En Alemania, las enfermedades cardiovasculares provocaron más de 350.000 muertes en 2008. Prácticamente uno de cada dos fallecimientos (aproximadamente el 45%) se debió a una enfermedad cardiovascular.

Las enfermedades crónicas importantes desde el punto de vista odontológico se completan con las hepatopatías, como las provocadas por hepatitis víricas o el alcoholismo.

Complicaciones de las enfermedades crónicas

Con una esperanza de vida cada vez mayor también se prolonga la duración de las enfermedades crónicas. Como consecuencia de ello, aparecen complicaciones de gravedad desigual de dichas enfermedades.

Una diabetes mellitus de larga evolución puede provocar una macroangiopatía cuya consecuencia inmediata es una cardiopatía coronaria que puede evolucionar a su vez a una insuficiencia cardiaca. Por otra parte, el desarrollo de una microangiopatía da lugar, en determinadas circunstancias, a una nefropatía diabética que a la larga culmina en una insuficiencia renal terminal. Las complicaciones descritas son importantes para la actividad odontológica, debido a que la administración de analgésicos puede provocar interacciones con otros medicamentos que esté tomando el paciente o porque los analgésicos pueden alterar aún más la función de órganos previamente dañados.

Consecuencias para el tratamiento analgésico

Los mismos principios que rigen el tratamiento con analgésicos en el paciente por lo demás sano también son válidos para el paciente con enfermedades crónicas. Antes de administrar un tratamiento analgésico se debe obtener siempre una anamnesis exhaustiva. Especialmente antes de llevar a cabo intervenciones odontológicas es importante informar al paciente acerca del tratamiento analgésico previsto. Esto permite aminorar la inseguridad del paciente y descartar la automedicación con analgésicos, con lo que se evitan las interacciones con los analgésicos prescritos por el odontólogo.

Los pacientes con hepatopatías deben recibir analgésicos que no sean hepatotóxicos. El mismo principio debe regir para los pacientes con nefropatías.

En las enfermedades cardiovasculares y las nefropatías, los regímenes terapéuticos incluyen frecuentemente diuréticos. Los analgésicos pueden disminuir el efecto de los diuréticos y empeorar de este modo la función renal.

Tabla 1. Efectos adversos medicamentosos de los analgésicos del grupo de los antiinflamatorios no esteroideos

Fármaco	Porcentaje de efectos adversos medicamentosos (%)
AAS	18,7
Ibuprofeno	13,7
Paracetamol	14,5

AAS: ácido acetilsalicílico.

En pacientes tratados con anticoagulantes debido, por ejemplo, a una cardiopatía coronaria, se administrarán analgésicos que no potencien la anticoagulación.

Los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) pueden desencadenar crisis asmáticas en pacientes predispuestos, por lo que se debería evitar su administración.

En pacientes con diabetes mellitus tratados con anti-diabéticos orales, los AINE pueden potenciar el efecto hipoglucemiante y desencadenar una hipoglucemia².

Con objeto de evitar complicaciones y otros efectos adversos como resultado de la administración de analgésicos a pacientes crónicos, se debe obtener una anamnesis completa incluidos el historial de las enfermedades crónicas y los tratamientos correspondientes antes de elegir un analgésico.

Tipos de analgésicos en el paciente crónico

Ácido acetilsalicílico

El ácido acetilsalicílico (AAS) no se suele utilizar en odontología para el tratamiento analgésico, debido a su perfil de efectos adversos desfavorable en el paciente sin enfermedades sistémicas. Sin embargo, es un medicamento que desempeña un papel esencial en la automedicación. El AAS inhibe la biosíntesis de las prostaglandinas. Esto provoca la pérdida de la protección mucosa en el tracto gastrointestinal con el riesgo consiguiente de aparición de microhemorragias, gastritis y úlceras³ (tabla 1). Dos comprimidos de Aspirina de 500 mg desencadenan en casi todas las personas hemorragias gástricas con pérdidas de sangre del orden de 100 ml, las cuales pueden empeorar aún más en combinación con el alcohol.

Las contraindicaciones del AAS incluyen, además del asma, sobre todo las úlceras gástricas y las úlceras duodenales, pero también las hepatopatías y las nefropatías. En pacientes asmáticos, el «asma inducida por aspirina» tiene una prevalencia del 10-20% y puede evolucionar, en los casos graves, a un shock anafiláctico.

El odontólogo puede inducir también con un AINE, como ibuprofeno, una crisis asmática en el paciente predispuesto. A estos pacientes se les administra sobre todo paracetamol o metamizol (tabla 2).

Ibuprofeno

El AINE ibuprofeno es el analgésico más utilizado en general. De todos los medicamentos del grupo de los AINE es el que presenta la tasa más baja de efectos adversos. A diferencia del AAS, el ibuprofeno ejerce una

Tabla 2. Efectos de distintos analgésicos

Fármaco	Efectos		
	Analgésico	Antipirético	Antiinflamatorio
AAS	Mediano	Moderado	Mediano
Ibuprofeno	Mediano	Mediano	Mediano
Metamizol	Intenso	Intenso	Ninguno
Paracetamol	Moderado	Mediano	Ninguno

AAS: ácido acetilsalicílico.

inhibición reversible sobre la ciclooxigenasa. El efecto antiagregante plaquetario desaparece después de tres a cinco semividas. No hace falta ajustar las dosis de ibuprofeno ni en las hepatopatías ni en las nefropatías⁹. Sin embargo, hay que advertir que, igual que en el caso del AAS, por cada 100.000 consumidores se producen más de 10 fallecimientos a consecuencia de hemorragias gastrointestinales.

Naproxeno

El naproxeno es uno de los AINE más utilizados en el tratamiento de cuadros de dolor de larga evolución. Tiene una duración de acción de hasta 12 h, a diferencia de ibuprofeno cuyo efecto dura sólo hasta 6 h. Se considera que la relación beneficio-riesgo es tan favorable como la de ibuprofeno. La dosis máxima es de 200 mg 3 veces al día.

Paracetamol

El paracetamol es el analgésico de elección en el embarazo y en los pacientes pediátricos. A diferencia de los AINE, el paracetamol carece de efecto antiinflamatorio, pero tampoco inhibe la agregación plaquetaria.

Una de las desventajas importantes de paracetamol es su relativamente escasa potencia analgésica. Se consigue el mismo efecto analgésico con 500 mg de paracetamol que con 20 mg de ibuprofeno. Debe recordarse en este aspecto que, en el caso del paracetamol, el intervalo entre la dosis terapéutica máxima (4 g en los adultos) y la dosis tóxica (> 6 g) es muy estrecho. Los pacientes con alcoholismo crónico son especialmente sensibles al efecto hepatotóxico de paracetamol, incluso administrado a dosis terapéuticas.

Metamizol

El metamizol apenas influye en la coagulación sanguínea por lo que se suele administrar a pacientes con trastornos de la coagulación o a pacientes con hepatopatías crónicas⁴. Su efecto dura más de 6 h. Además, el riesgo de hemorragias gastrointestinales asociado al tratamiento con metamizol es considerablemente inferior que en el caso de los AINE.

Sin embargo, la agranulocitosis (dos casos por cada millón de dosis diarias) y el shock anafiláctico son efectos adversos temidos de metamizol. La mortalidad de la agranulocitosis se sitúa en torno al 7-10%. Si se detecta precozmente esta alteración hemática, el cuadro se normaliza después de interrumpir el tratamiento.

Inhibidores de la COX-2

Los inhibidores de la COX-2 no han podido cumplir hasta ahora las expectativas depositadas en ellos, sobre todo debido a su espectro crítico de efectos adversos. Ninguno de los preparados todavía disponibles en el mercado está autorizado para el tratamiento del dolor dental postoperatorio.

Analgésicos en preparados combinados

En algunas ocasiones se administran preparados combinados para la analgesia odontológica en pacientes sin enfermedades sistémicas. En este contexto hay que tener en cuenta que el número de reacciones alérgicas asociadas a los preparados aumenta proporcionalmente, de forma no dependiente de la dosis, al número de principios activos incluidos. Y además, los preparados combinados no proporcionan un aumento fiable del efec-

Tabla 3. Fármacos que provocan interacciones con los analgésicos del grupo de los antiinflamatorios no esteroideos

Fármacos	Tipo de interacción
Antiácidos	Disminución del efecto analgésico y antiinflamatorio.
Antihipertensivos	Disminución del efecto antihipertensivo. Riesgo de insuficiencia renal.
Diuréticos	Disminución del efecto diurético. Riesgo de insuficiencia renal.
Ginkgo biloba	Aumento del efecto anticoagulante.
Glucocorticoides	Aumento del riesgo de úlceras gastrointestinales.
Antidiabéticos orales	Aumento del efecto hipoglucemiante.
Anticoagulantes orales	Aumento del efecto anticoagulante.
Fenitoína	Aumento de la toxicidad.

to analgésico. La administración simultánea de varios AINE puede aumentar considerablemente su toxicidad. Por este motivo están contraindicadas las combinaciones de AINE en pacientes con enfermedades crónicas¹.

Interacciones con otros medicamentos y efectos adversos en el paciente crónico

El paciente crónico anciano padece una media de tres a seis enfermedades¹⁰. Más de la mitad de los pacientes mayores de 75 años toma más de tres fármacos diferentes debido a su multimorbilidad¹¹ y el 20% necesita incluso más de seis medicamentos distintos¹². Los pacientes ancianos toman sobre todo sedantes, fármacos para el tratamiento de la insuficiencia cardiaca (como diuréticos), antidiabéticos orales, antihipertensivos, analgésicos y antiinflamatorios. La polifarmacoterapia provoca un aumento de las interacciones medicamentosas y también un incremento de efectos adversos y de interacciones. Las reacciones farmacológicas adversas son cuatro

a cinco veces más frecuentes en los mayores de 70 años respecto a pacientes más jóvenes¹³. Hay que recordar que en pacientes que reciben dosis altas de ibuprofeno u otros AINE puede disminuir el efecto cardioprotector del AAS si se administran ambos medicamentos simultáneamente. La combinación de analgésicos con antidiabéticos orales puede provocar una hipoglucemia con complicaciones graves, cuya consecuencia última puede ser un estado de coma. En estos pacientes se debe prescindir del uso de AINE para el tratamiento analgésico, debido al desplazamiento del grupo sulfonilurea de los antidiabéticos orales de su unión a las proteínas plasmáticas.

La semivida del AAS y del paracetamol está alargada en los pacientes ancianos, lo que no ocurre en el caso del ibuprofeno⁸. Los AINE disminuyen aún más la función renal ya de por sí deteriorada. Se evitará la prescripción de AINE a pacientes sometidos a tratamiento anticoagulante, debido a un aumento de los efectos adversos gastrointestinales^{5,7}. El paracetamol muestra rápidamente un efecto hepatotóxico en pacientes con insuficiencia hepática. Metamizol puede desencadenar estados de shock circulatorio graves duraderos acompañados de hipotensión⁶.

Se infravalora a menudo el efecto de Ginkgo biloba. Este producto fitoterapéutico se utiliza ocasionalmente en la demencia. Ginkgo biloba actúa sobre la coagulación sanguínea y potencia el efecto de los antiagregantes plaquetarios (tabla 3).

Resumen: ¿qué está permitido, qué es lo que no está permitido?

La composición de los medicamentos muestra que para el tratamiento de cuadros de dolor dental leve a moderado se dispone sólo de unos pocos analgésicos. Todos ellos han sido exhaustivamente estudiados en cuanto a su espectro de efectos adversos. Las indicaciones de los distintos analgésicos también se conocen bien. Los verdaderos cambios en los hábitos de uso de los analgésicos vienen condicionados por la evolución de las enfermedades hacia la cronicidad en el colectivo de pacientes odontológicos.

La obtención de una anamnesis exhaustiva sienta las bases para evitar acontecimientos adversos en el tratamiento analgésico. En este contexto también es importante interrogar a los pacientes acerca de los medicamentos que toman.

Se debe evitar la prescripción de AINE a pacientes con hepatopatía, nefropatía o asma. El paracetamol está contraindicado en las hepatopatías. Debe cuestionarse el uso de AINE en pacientes sometidos a tratamiento anticoagulante. En estos casos, el paracetamol y el metami-

zol constituyen buenas alternativas. La duración de los tratamientos analgésicos debe ser la mínima imprescindible. La administración de metamizol a más largo plazo exige un control estrecho del hemograma. Los preparados combinados pueden tener una mayor toxicidad por lo que se debe evitar su uso en pacientes crónicos. Las interacciones generadas por la administración de analgésicos en un paciente polimedicado pueden ser muy complejas. En estos casos se recomienda consultar con el médico de cabecera.

Bibliografía

1. Besimo CE. Polypharmakotherapie im Alter – auch ein Problem der Zahnmedizin. *DFZ* 2008;52:43-45.
2. Beubler E. Klinische Pharmakologie der Schmerzmittel. *Internist* 2005;46:1076-1086.
3. Blum AL, Bolten WW, Lanenz J. Therapie und Prävention des ASS- und NSAR-Ulkus. *Dtsch Ärztebl* 1998;95:A3548-3554.
4. Daubländer M. Schmerzausschaltung in der Oralchirurgie. *Quintessenz* 2008;59: 449-453.
5. Ebert U, Kirch W. Der multimedikamentierte Patient und die Folgen für die Zahnmedizin. *Zahnärztl Mitt* 1999;89:2706-2712.
6. Ehrental K. Pharmakotherapie im Alter. *Kassenärztliche Vereinigung Hessen. Pharmakotherapie* 1996;16:39-44.
7. Foitzik C, Vietor K. Ambulante chirurgische Behandlung von Risikopatienten in der oralchirurgisch spezialisierten Praxis. *DHZ* 1993;25:503-507.
8. Frölich JC, Kirch W. *Praktische Arzneitherapie*. Stuttgart: Fischer, 1996.
9. Horn B, Kirch W. Patienten mit chronischer Leber- und/oder Nierenfunktionseinschränkung. *Zahnärztl Mitt* 2000;90:2020-2025.
10. Kirch W. Arzneimitteltherapie im höheren Alter. *Zahnärztl Mitt* 1998;88:120-127.
11. Kirch W. *Innere Medizin und Zahnheilkunde. Der Risikopatient in der zahnärztlichen Praxis*. München: Hanser, 1999.
12. Reuter W. Pharmakotherapie im Alter. *Krankenpf J* 1996;34:84-86.
13. Siepmann M, Kirch W. Medizinische Befunde, Alter, Risiko. *Dtsch Zahnärztl Z* 2007;62:6-14.