

**ANÁLISIS, DESDE LA OFICINA DE
FARMACIA, DEL TRATAMIENTO
FARMACOLÓGICO EN PACIENTES
CON PATOLOGÍA DOLOROSA DE
TIPO CRÓNICO**

Noelia García Blázquez

Noelia García Blázquez

Agradecimientos:

Muy especialmente a Carlos Sánchez-Monge, titular de la Oficina de Farmacia donde he realizado todo el estudio de campo, porque sin su ayuda hubiera sido imposible la toma de datos e información y por todo lo que me ha enseñado.

A todos y cada uno de los pacientes que han participado en este estudio, por su paciencia y colaboración.

A mis padres, por el apoyo que me dan cada día; y de manera muy especial a Juanpe por su comprensión.

A todos y cada uno de ellos, ¡gracias!.

Índice

introducción	1
dolor crónico: una experiencia personal.....	1
orígenes de los tratamientos farmacológicos del dolor	6
tratamiento actual del dolor crónico	7
evaluación del dolor	8
tratamiento farmacológico	8
el dolor crónico. un problema de salud pública.....	12
objetivos.....	11
objetivo general:	16
objetivos específicos:	16
material y métodos	17
resultados y discusión	20
bibliografía	34

DOLOR CRÓNICO: UNA EXPERIENCIA PERSONAL

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (International Association for the Study of Pain-IASP-) define el dolor como “una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a un daño tisular existente o potencial, o descrita en términos de ese daño” Además es un proceso bioquímico, es una experiencia propia, personal y subjetiva. Es decir, aprendemos a sentir el dolor y lo que éste significa, transformándolo así en sufrimiento. La sensibilidad al dolor es un proceso individual, lo que conlleva una gran variabilidad en la intensidad de la sensación dolorosa y de los requerimientos de fármaco en cada paciente. Se han descrito diferencias no concluyentes en la percepción del dolor o en su manifestación, relacionadas con condiciones étnicas o raciales, tanto en adultos como en niños. Existen igualmente estudios que muestran diferencias en la percepción del dolor según sexo, destacando la revisión(1) publicada en 2009 sobre prevalencia del dolor crónico en muestras representativas de diferentes países de nuestro entorno socioeconómico. En siete de los diez estudios incluidos, las diferencias entre mujeres y hombres fueron estadísticamente significativas.

La resonancia magnética ha demostrado diferencias de actividad cortical (sentimientos desagradables) ante la misma reacción talámica (transmisión de intensidad). La sustitución de aminoácidos en el gen COMT también está correlacionada con la sensibilidad al dolor, si el aminoácido es la Valina, se es más estoico y si es Metionina menos, e igualmente las diferencias en el gen prostaglandina

En Sintet 2 se han visto implicadas en el proceso, así como los niveles de estrógenos que modifican el umbral del dolor; mientras los antagonistas de calcio modifican la tolerancia a los opioides al igual que la diferente actividad de los receptores de vanilloides VR-1. (2)

Se distinguen dos tipos básicos de dolor, agudo y crónico, entre los que existen importantes diferencias. Mientras que el primero es predominantemente un síntoma o manifestación de lesión tisular, el dolor crónico se considera como una enfermedad en sí mismo.

El dolor crónico se clasifica en oncológico y no-oncológico. Ambos pueden ser de origen: nociceptivo (somático o visceral) y neuropático. En base a su causalidad, características y abordaje se han conceptualizado diferentes tipos de dolor.

La IASP publicó en 1994 una clasificación del dolor crónico que incluye una taxonomía completa, así como las diferentes definiciones; ambas son objeto de revisiones y actualizaciones periódicas (3).

<p>Dolor musculoesquelético</p>	<p>Dolor articular(artritis,artrosis) Dolor del raquis:cervical,lumbar Dolor muscular(síndromes de dolor miofascial y dolor muscular generalizado) Dolor oncológico con afectación musculoesquelética</p>
<p>Dolor neuropático</p>	<p>Herpes zoster y neuralgia post-herpética Neuralgias de nervios periféricos Neuropatía diabética dolorosa Síndromes de dolor regional complejo Dolor por lesión nerviosa Dolor post-amputació y del miembro fantasma</p>
<p>Dolor mixto</p>	<p>Dolor radicular por patología del raquis</p>
<p>Dolor crónico visceral</p>	
<p>Dolor de origen vascular</p>	
<p>Dolor somatomorfo</p>	

Figura 1. Recoge las causas frecuentes de dolor crónico ⁽⁴⁾.

Estadísticas indican que una de cada cinco personas en Occidente sufren de “dolores crónicos” (International Association for the Study of Pain). En Estados Unidos, país donde se comenzó a hablar de la epidemia, se calcula que alrededor de cincuenta millones de personas sufren de algún tipo de dolor que muchas veces les incapacita y se convierte en un impedimento para tener una vida “normal”. En encuestas basadas en la Comunidad de Madrid se encuentra que el 15% -25% de los adultos sufren dolor crónico en un momento dado, una cifra que aumenta al 50% en los mayores de 65 años. Un reciente estudio epidemiológico en España sobre dolor en las consultas de atención primaria muestra como un 30,9% de la muestra poblacional refería dolor crónico, con un alto componente neuropático ⁽⁵⁾.

La categoría de dolor crónico designa a aquellos dolores que persisten más allá del proceso de curación, y/o que retornan sin una lesión orgánica que los justifique⁽⁶⁾. En contraposición al dolor agudo, el dolor crónico es aquel que tiene una duración de más de tres meses. Este tipo de dolor tiene poco o nulo componente neurovegetativo, pero se acompaña de gran compromiso psicológico, con trastornos importantes de la conducta que pueden llevar a estados depresivos; éstos, dependiendo de la basal emocional individual o personal, pueden ser severos. Se trata de pacientes que han pasado a través de numerosas consultas médicas y modalidades de tratamiento sin solución del problema, de manera que al dolor se suma un complejo componente emocional, que lleva tras de sí un largo recorrido de problemas laborales y familiares⁽⁷⁾.

Migrañas, artritis, neuralgias, dolores de espalda, en los músculos, en los huesos, dolores pélvicos, dolores en el miembro fantasma y, el (muy de moda) síndrome de dolor y fatiga llamado fibromialgia, todos ellos caen dentro de la

categoría de dolores crónicos. Estos dolores se caracterizan por su invisibilidad y por su repetición. Este dolor, calificado de maligno, vicioso e intratable, parece apropiarse de la vida del paciente, mientras éste es arropado por una sensación de desamparo, desesperanza y de sinsentido (Melzack & Wall, 1996).

Estos dolores han revolucionado el campo de la medicina, y la definición oficial de dolor. Patrick Wall , reconocido neurofisiólogo y uno de los autores de la Teoría de control de entrada (Gate control theory of pain), sostiene que el dolor es una experiencia perceptiva y afectiva que viene determinada por la historia del sujeto, y por el significado que para él tiene la agresión que lo origina o la situación en que se produce. Se puede decir quizá, que este tipo de dolor aparece para recordarnos que el cuerpo humano muchas veces expresa y/o simboliza aquello que, como sujetos y como cultura, no queremos ver, saber o escuchar.

El dolor, en definitiva, es uno de los trastornos que más afecta y preocupa a las personas y es el síntoma acompañante que con mayor frecuencia motiva una consulta médica. La frecuencia de dolor crónico en población adulta en España es muy elevada. La evidencia epidemiológica, procedente en su mayoría de los países desarrollados, ha demostrado que el dolor crónico es un problema generalizado de salud pública pero, a pesar de la magnitud del problema y del interés médico, científico y social que supone la atención y el tratamiento de las personas con dolor crónico, éste es un problema infravalorado o tratado inadecuadamente por lo que requiere de la interrelación y estrecha coordinación entre atención primaria y las distintas especialidades implicadas en el manejo clínico de estos pacientes. El sistema de atención al dolor crónico debe utilizar una perspectiva biopsicosocial lo que demanda la integración de múltiples disciplinas⁽⁸⁾. Así entonces, debido a la complejidad del fenómeno doloroso, y el

importante arsenal terapéutico utilizado para su tratamiento queda justificado la integración del farmacéutico como especialista del medicamento dentro del Equipo Multidisciplinar para el estudio y tratamiento del dolor.

ORÍGENES DE LOS TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS DEL DOLOR

En el papiro de Ebers (3500 años A. de C.) leemos: “cuando examinas a un hombre con una herida inflamada, caliente, enrojecida, y el hombre está caliente es consecuencia y debes enfriarlo mediante hojas de sauce”. En el mismo papiro se habla del opio “para que los niños no griten fuerte”. En “La Odisea” se reseña que el opio “hace olvidar cualquier pena”. En Dioscórides, (año 75 de nuestra era) encontramos alusiones a las hojas de sauce para el dolor y la gota, y al opio que “mitiga la tos, refrena los flujos estomacales y se aplica a quienes dormir no pueden”. El romano Plinio el Viejo, subraya las propiedades analgésicas de la corteza, las hojas y el jugo de chopo. Galeno (siglo II) insiste en la propiedades antipiréticas y antiflogísticas de las hojas de sauce y el opio es el componente esencial del antídoto universal la “Triaca”, que se usa hasta bien entrada la Edad Moderna. Tras cerca de ocho siglos de silencio, Avicena (980-1037) y sus discípulos en la Córdoba del siglo X recuperan la farmacopea botánica de los clásicos y recomiendan de nuevo el opio como euforizante, antidiarreico y analgésico en enfermedades dolorosas. Paracelso, (1493-1541) se erige el defensor a ultranza del opio inventando “el láudano”, una tintura de gran prestigio como analgésico y Sydenham (1680) combina opio, vino de Málaga, azafrán, canela y clavo como jarabe analgésico, diciéndonos “entre los remedios que Dios Todopoderoso se ha dignado a dar al hombre para aliviar sus sufrimientos, ninguno es tan universal y eficaz como el opio”

A mediados del siglo XVIII, el antipirético por excelencia pasó a ser la quinina, un extracto de la corteza de la chinchona peruana, traída a Europa por los españoles.

Por fin en 1804, un joven farmacéutico alemán, Serturmer, logra un precipitado al que llama “morfina” en honor a Morfeo, por su poder somnífero y que es la base de la moderna analgesia; mientras Edward Stone probó con éxito el polvo de la corteza de sauce en varios casos de fiebre, convirtiéndole en la aspirina y en el fármaco más universal en el siglo XX.

TRATAMIENTO ACTUAL DEL DOLOR CRÓNICO

Para abordar correctamente el tratamiento del dolor crónico, es fundamental contar con un diagnóstico específico. Es importante saber que en el dolor de cada enfermo inciden diversos factores, por lo que el tratamiento abarcará los diferentes recursos terapéuticos que puedan actuar en dichos factores. El objetivo en el tratamiento del dolor crónico difiere de aquel del dolor agudo, y adquiere especial relevancia la valoración de la calidad de vida del paciente

Ante la aparición de un dolor crónico debemos recordar una serie de principios que cualquier profesional sanitario debe conocer ⁽⁹⁾.

1. No infravalorar el dolor de un enfermo.
2. Identificar el origen del dolor y ver si será útil administrar fármacos analgésicos
3. Administrar fármacos a horas fijas (debe ser anterior a la presencia del dolor no a demanda) y de forma continuada.
4. Normalmente se necesita una terapia preventiva.
5. Analgesia escalonada

6. Individualización de la dosis
7. Utilizar preferentemente la vía oral. Y nunca o casi nunca inyectada.
8. Utilizar preparados de composición única
9. No asociar fármacos del mismo grupo

EVALUACIÓN DEL DOLOR

Una vez han sido identificados los signos y síntomas del dolor, el paso siguiente es medirlo, esto es, su grado de intensidad.

Aunque existen múltiples instrumentos de medición y evaluación del dolor, el más utilizado y con el que nos quedaremos en este estudio es la escala del dolor EVA (Escala Visual Análoga)⁽¹⁰⁾. Consiste en una línea recta habitualmente de 10cm de longitud, que lleva escrito en las leyendas “no dolor” y “el peor dolor imaginable” en sus extremos.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Al tiempo que se intenta la terapia específica de la enfermedad base, se pauta tratamiento sintomático. Para este último se sigue la pauta analgésica escalonada propuesta por la OMS, que ha demostrado ser efectiva en un 75-90% de los pacientes. (Ver tabla 2) ⁽¹¹⁾.

En el primer escalón: dolor leve a moderado. Analgésicos no opioides o analgésicos menores. Pertenecen a este grupo el paracetamol o el ácido acetilsalicílico (AAS) que son de primera elección usándose otros AINE si éstos no son eficaces. Antes

de introducir opioides se pueden aumentar hasta la dosis máxima (que no debe sobrepasarse), o puede intentarse otro AINE.

En el segundo escalón: dolor leve a intenso. Opioides débiles (codeína, dihidrocodeína o tramadol) junto con AINES

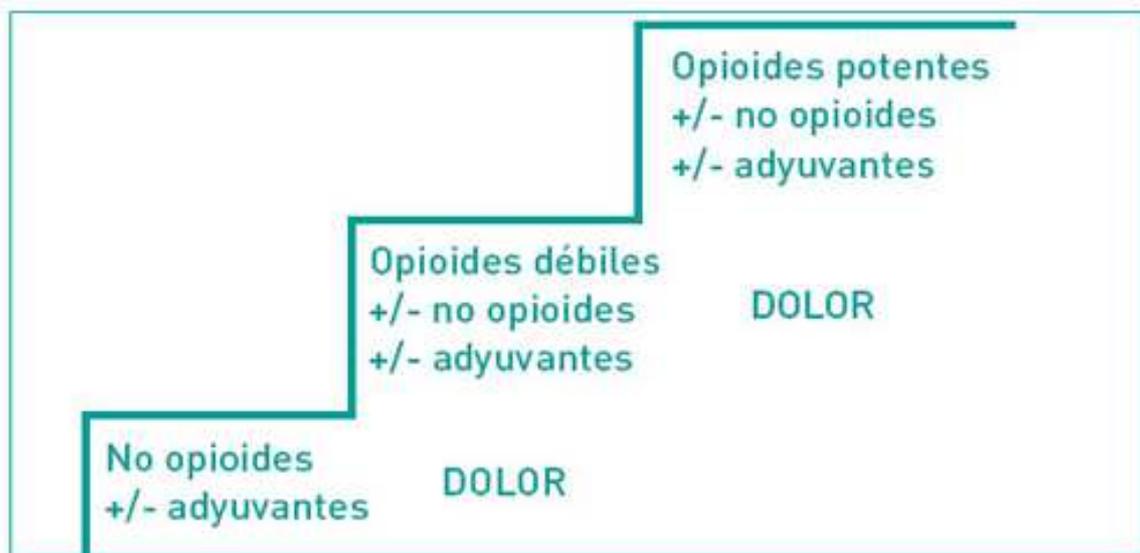
En el tercer escalón: dolor intenso no controlable con tratamientos anteriores. Opioides mayores, especialmente morfina. La vía de administración, la titulación y la dosis son absolutamente individuales y, por lo tanto, muy variables. Se indica realizar rotación opioide en caso de: toxicidad, fracaso en el control del dolor, sospecha de desarrollo de tolerancia y dolor difícil o refractario. Actualmente se propone la inclusión de un cuarto escalón contiene técnicas intervencionistas⁽¹²⁾. En caso de ser necesario ante un dolor muy intenso, medidas analgésicas invasivas (administración de morfina por vía intratecal o epidural, infiltraciones de anestésicos locales, etc.).

Fármacos coadyuvantes (antidepresivos / antiepilépticos / antiarrítmicos / neurolépticos / antihistamínicos): su administración es muy importante, especialmente en el tratamiento del dolor neuropático y está autorizada en cualquiera de los peldaños de la escalera analgésica de la OMS. No se asocian sistemáticamente, sino ante el fracaso de las pautas más simples y previa prueba de su eficacia. (Ver figura 3)

(11).

En los dos últimos escalones, los ocupados por opioides débiles y potentes, se puede añadir, cuando sea necesario, los analgésicos del primer escalón (no opioides). Por ejemplo, codeína o morfina junto con paracetamol o salicílico. Es importante

recordar que lo que nunca se debe hacer es mezclar los analgésicos del segundo y tercer escalón entre sí, es decir, no dar nunca dos opioides juntos.



Escalera analgésica del dolor.

En algunas situaciones, el dolor puede responder mal a los opioides haciendo preciso el empleo preferente de otros fármacos. (Ver figura 4) ⁽¹¹⁾.

Figura 2: Pauta escalonada de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el control del dolor crónico. (Modificado de WHO. Cancer pain relief. Geneva: 1986.

Grupo	Fármaco	Dosis inicial	Dosis de mantenimiento	Vía
Antiepilépticos	Carbamazepina	100- 200mg/24	200-300 mg/8h	Oral
	Clonazepam	0.5-1mg/24h	1-2 mg/8h	Oral
	Fenitoína	50- 100mg/24	100 mg/8h	Oral
	Á. Valproico		400-800 mg/8h	Oral
	Gabapentina	200mg/8- 12h	300-1200mg	Oral
	Pregabalina	300mg/8h 150mg/24h	300-600mg/día en 2-3 Dosis	Oral
Antiarrítmicos	Mexiletina	200mg/12- 24h	1-1.2g/día 2- 3Dosis	Oral
Antidepresivos	Amitriptilina	25- 50mg/12h	50-100 mg/8h	Oral
	Imipramina	25mg/8h	50-100 mg/8h	Oral
	Nortriptilina	10mg/8h	25-100 mg/8h	Oral
	Maprotilina	25mg/24h	25-75 mg/8h	Oral
	Mianserina	10mg/12h	30-60mg/8h	Oral
Neurolépticos	Clorpromazina	25mg/8-24h	50-150mg/8h	Oral
	Haloperidol	0.5-1mg/12h	1-3mg/12h	Oral
	Levomepromazina	10- 25mg/12h	50-75mg/12h	Oral
Antihistamínicos	Hidroxizina	25mg/8h	50-100mg/8h	Oral

Figura 3: Algunos adyuvantes empleados en el tratamiento del dolor crónico⁽¹¹⁾.

Situación	Asociar
No emplear mórficos:	
Estasis gástrico	Procinéticos
Espamos musculares	Benzodiazepinas
Neuralgia posherpética	Antidepresivos
Disestesia	Antidepresivos
Dolor lancinante	Anticomiciales
Asociar tratamiento específico:	
Dolor óseo	AINE± Corticoides± Bifosfonatos*
Metástasis viscerales	Corticoides
Dolor neuropático	Antidepresivos
Escaras	Curas locales
Invasión del SNC	Corticoides

Figura 4. Dolor con mala respuesta a opioides⁽¹²⁾.

*Ensayar sólo si fracasan los AINE + opioides a dosis correctas± corticoides.

EL DOLOR CRÓNICO. UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

Uno de cada cuatro europeos padece dolor intenso, sólo en los 27 países de la UE hay 100 millones que lo padecen, de los cuales, la mitad ni reciben tratamiento ni son tomados en serio. El dolor crónico como enfermedad es prácticamente un

desconocido para los profesionales sanitarios y para el público en general. Es por ello, que no debe extrañar que el dolor sea el síntoma que supone la causa más frecuente de consulta en atención primaria ⁽¹³⁾, estimándose que dos de cada tres personas acuden al médico por dolor. Así las consultas por dolor podrían suponer un 19,1% del total del cupo de una población de aproximadamente 350.000 habitantes, de los cuales el 5,9% son pacientes con dolor crónico de larga evolución.

El dolor crónico representa un coste enorme para la sociedad, tanto en gastos directos de asistencia sanitaria y social como en gastos resultantes de los que lo padecen o la imposibilidad de trabajar de sus cuidadores. Según la propuesta de informe europeo de consenso sobre el dolor, el dolor crónico podría costarle a Europa hasta 300 billones de euros anuales.

A pesar de la magnitud del problema y del interés médico, científico y social que supone la atención y el tratamiento de la persona con dolor crónico este problema está infravalorado e insuficientemente tratado.

Desde el punto de vista de gestión sanitaria, parece imprescindible mejorar el abordaje del tratamiento del dolor crónico, desde el punto de vista humano, esta necesidad se convierte en un imperativo ético. Debemos formarnos en el tratamiento del dolor y recurrir a todos los medios disponibles, tanto desde la propia atención primaria, como desde las unidades de dolor, para al menos, si no eliminar, aliviar el dolor de nuestros pacientes. Sólo la desidia y negligencia pueden privar a un paciente con dolor severo de la utilización de los fármacos o técnicas necesarias para calmar su sufrimiento.

Es por ello, que, tanto médicos de atención primaria, como especialistas en el tratamiento del dolor, farmacéuticos y otras profesiones sanitarias debemos coordinar nuestros esfuerzos para conseguir el control adecuado de un síntoma, que puede ser el aspecto más cruel de una enfermedad, frente a la que no podemos plantear un tratamiento causal, y que independientemente que pueda ser una amenaza vital o no, va a suponer una merma importante en la calidad de vida, actividad laboral, familiar y social para un gran número de pacientes⁽¹⁴⁾.

Por todo esto y por mi absoluta convicción de que el farmacéutico es un experto en el medicamento que podría ser de gran ayuda dentro del equipo sanitario para anular el dolor como causa de sufrimiento, nace mi motivación para la realización de este trabajo, pues el primer paso consiste en el conocimiento adecuado del arsenal técnico y terapéutico de que disponemos para enfrentarnos a este reto.

OBJETIVO GENERAL:

Evaluar el grado de cumplimiento de tratamientos de tipo crónico así como su adecuación y en definitiva, mejorar la calidad de vida de los pacientes con esta dolencia.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Analizar el perfil de pacientes con patología dolorosa de tipo crónico que acuden de forma habitual a la Oficina de Farmacia. Conocer el origen de prescripción.
- Valorar si resultan eficaces los tratamientos farmacológicos en el control del dolor.
- Detectar si aparecen efectos adversos u otras consecuencias derivadas del propio tratamiento, de la coincidencia con otros tratamientos prescritos o no por el médico, etc.
- Plantear actuaciones que puedan mejorar la calidad de vida de estos pacientes y que ayuden al control de este importante problema de salud.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio:

Se trata de un estudio observacional descriptivo, realizado en una Oficina de Farmacia situada en Arenas De San Pedro, perteneciente a la provincia de Ávila, que tiene una población de 7000 habitantes y cuenta con un total de 3 farmacias.

Criterios de inclusión:

En el estudio fueron incluidas todas aquellas personas que padecían una patología dolorosa de tipo crónico y, acudían a la Farmacia de forma habitual para recoger su medicación, por lo que el farmacéutico previamente era conocedor de su perfil farmacoterapéutico.

Criterios de exclusión:

- Personas con la patología de estudio pero que no eran habituales de la zona sanitaria donde se ubica la Oficina de Farmacia.
- Personas que voluntariamente no quisieron participar en el estudio.

Recogida de datos:

La recogida de datos e información la realicé mediante la aplicación de un cuestionario (anexo 1) por entrevista personal con el paciente y gracias a la total disponibilidad del farmacéutico titular que me facilitó el contacto previo las personas del estudio.

La entrevista fue programada con anterioridad con los pacientes, mediante previo acuerdo de fecha y hora. Se realizó en un pequeño despacho separado del resto de las actividades habituales, donde se disponía de una mesa amplia para que los pacientes expusieran los medicamentos que estaban tomando o los informes que se consideraba oportuno que aportasen. Antes de empezar y tras previo recibimiento y acomodación del paciente, ponía en su conocimiento cómo sería la entrevista, es decir qué tipo de datos iba a recoger para evitarle ansiedad innecesaria ante un interrogatorio del que desconocía su contenido⁽¹⁵⁾. Todo esto facilitaba mucho mi relación con el paciente y ha sido imprescindible para obtener unos datos precisos.

Tiempo de estudio:

Por lo que supone la dedicación a cada uno de los pacientes entrevistados, la recogida de datos tuvo lugar desde marzo 2014 hasta junio del mismo año.

Análisis y presentación de resultados:

Los datos de cuestionario, previamente codificados, se introdujeron en una hoja de cálculo de Microsoft Office Excel. Expresamos en frecuencia (N) y porcentaje (%) los resultados de las distintas variables estudiadas y se presentan mediante tablas y gráficos. Los medicamentos se clasificaron siguiendo la clasificación ATC⁽¹⁶⁾.

MODELO DE FICHA PARA LA RECOGIDA DE DATOS. ANEXO 1

Fecha: Consulta nº: 1

1. Nombre:
2. Edad:
3. Estado civil:
4. Sexo: Varón Mujer
5. Fumador: Sí No

En caso afirmativo:

- Menos de 5 cigarrillos diarios
- De 5 a 15 cigarrillos diarios
- Una cajetilla diaria
- Dos cajetillas diarias
- Más de dos cajetillas diarias

6. Consume alcohol: Sí No

En caso afirmativo:

- Una copa de vino/cerveza diaria
- Más de una copa de vino/cerveza diaria Cantidad:

Alcohol (whisky, ginebra, etc.) Cantidad:

7. Nivel de estudios que posee:

Sin estudios Básico Bachiller Universitario

8. Trabajador en activo Pensionista Estudiante

En caso de estar en activo, ¿en qué trabaja?

¿Le ha supuesto baja?

9. Patología dolorosa:

10. Otras Patologías / Operaciones:

11. Tratamiento para la patología dolorosa:

NOMBRE COMERCIAL	PRINCIPIO ACTIVO	DOSIS	INDICACIÓN	POSOLOGÍA

12. Tratamiento recetado por:

Médico de familia Especialista Automedicación/Otros

13. Tiempo desde el inicio del dolor:

14. Tratamiento no farmacológico para la patología dolorosa:

15. ¿Toma plantas ó preparados homeopáticos para la patología dolorosa?:

16. ¿Toma medicamentos para otras patologías?: Sí No

En caso afirmativo indique **tratamiento**:

NOMBRE COMERCIAL	PRINCIPIO ACTIVO	DOSIS	INDICACIÓN	POSOLOGÍA

17. ¿Cómo toma los medicamentos?:

18. Escala del dolor EVA con medicamentos:

19. Escala del dolor EVA sin medicamentos:

20. ¿Duerme bien?:

21. ¿Tiene sueño excesivo?: En caso afirmativo, ¿desde cuándo?

22. ¿Tiene molestias gastrointestinales?: En caso afirmativo, ¿desde cuándo?

23. ¿Sufre estreñimiento?: En caso afirmativo, ¿desde cuándo?

24. Otra medicación para el dolor que haya tomado en alguna ocasión:

Observaciones / Reacciones Adversas

TABLA 1. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN LA EDAD

	N	%
> 40	5	8,3
40 - 60	23	38,3
61 - 80	27	45
> 80	5	8,3
TOTAL	60	100

GRÁFICA 1. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN LA EDAD

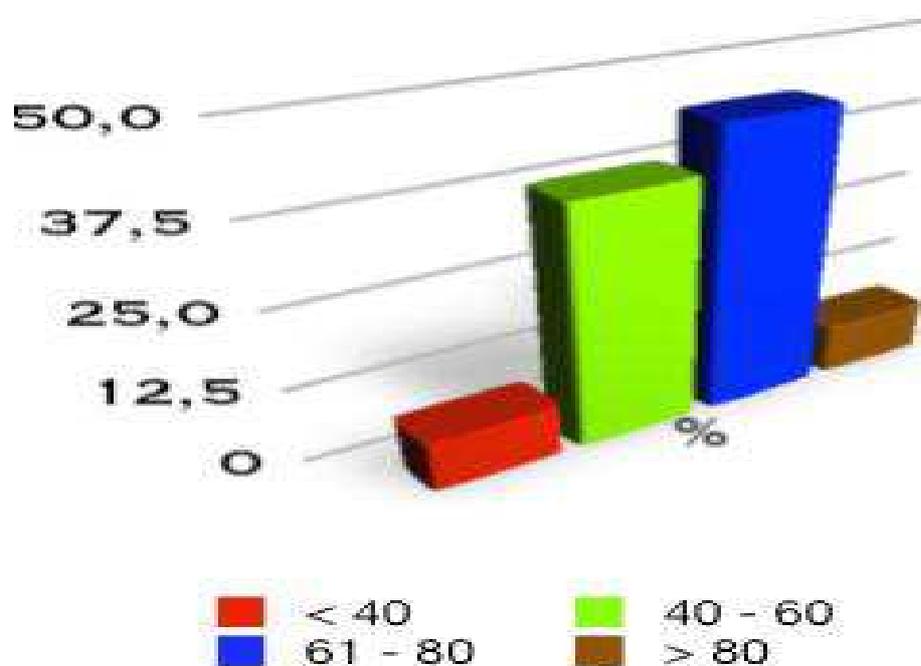


TABLA 2. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN ESTADO CIVIL

	N	%
CASADOS	43	71,6
SOLTEROS	8	13,3
VIUDOS	9	15
TOTAL	60	100

GRÁFICA 2. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN ESTADO CIVIL

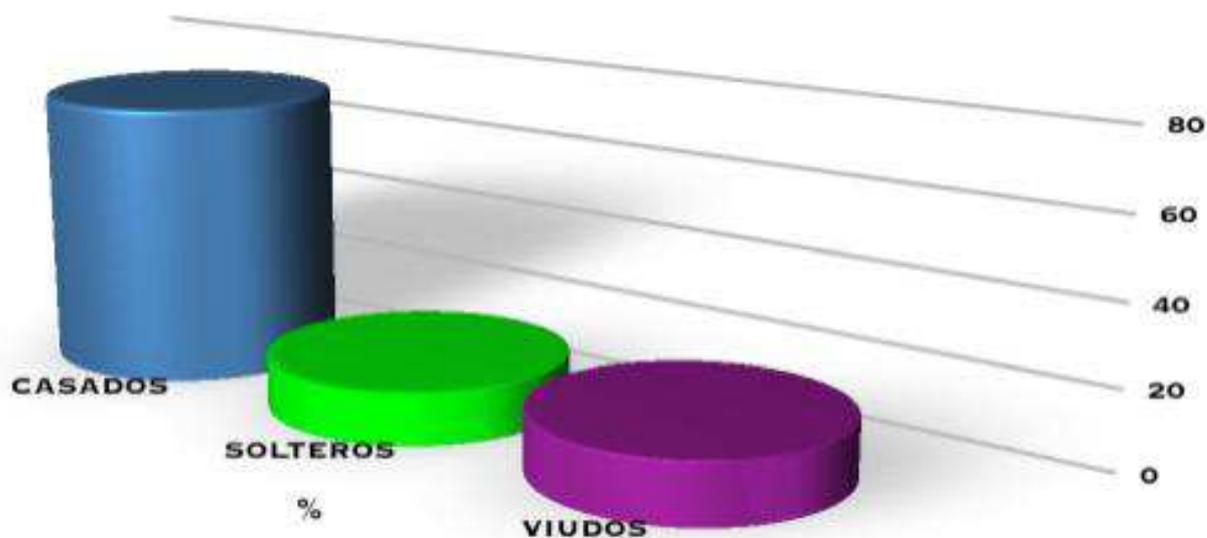


TABLA 3. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN EL GÉNERO

	N	%
MUJER	49	81,7
HOMBRE	11	18,3
TOTAL	60	100

GRÁFICA 3. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN EL GÉNERO

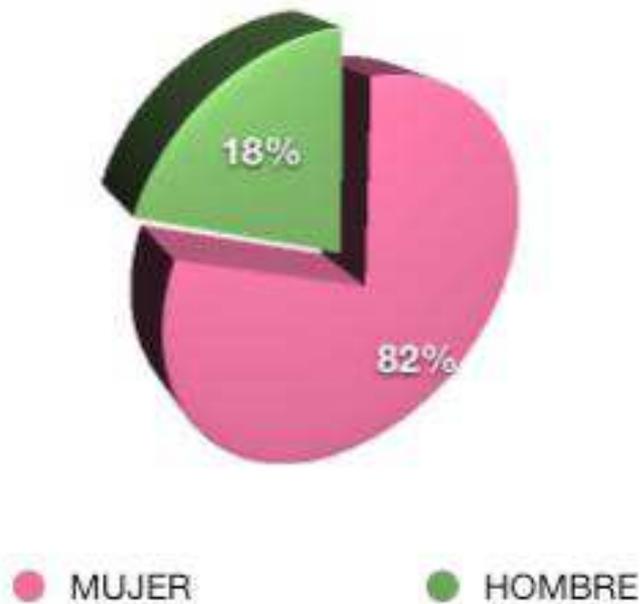


TABLA 4. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN SU HÁBITO TABÁQUICO

	N	%
NO FUMADOR	50	83,4
< 5 CIGARRILLOS / DÍA	2	3,3
5 - 20 CIGARRILLOS / DÍA	2	3,3
> 20 CIGARRILLOS / DÍA	6	10
TOTAL	60	100

GRÁFICA 4. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN SU HÁBITO TABÁQUICO



- NO FUMADOR
- <5 CIGARRILLOS/DIA
- 5-20 CIGARRILLOS/DIA
- >20 CIGARRILLOS/DIA

TABLA 5. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN SUS HÁBITOS TÓXICOS

	N	%
NO BEBEDOR	44	77,3
1 COPA VINO/CERVEZA DIARIA	10	16,7
> 1 COPA VINO/CERVEZA DIARIA	5	8,3
BEBEDOR OTROS TIPOS DE ALCOHOL	1	1,7
TOTAL	60	100

GRÁFICA 5. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN SUS HÁBITOS TÓXICOS



TABLA 6. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN SUS ESTUDIOS

	N	%
SIN ESTUDIOS	4	6,7
ESTUDIOS BÁSICOS	39	65
BACHILLERATO	8	13,3
ESTUDIOS SUPERIORES	9	15
TOTAL	60	100

GRÁFICA 6. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN SUS ESTUDIOS

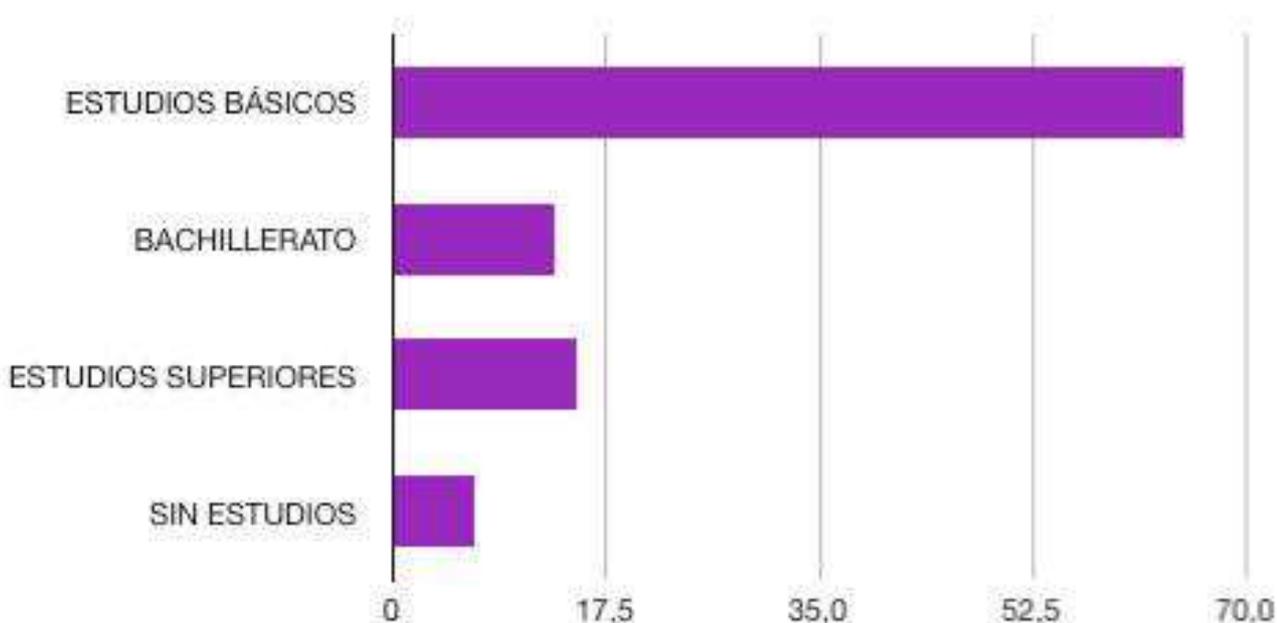


TABLA 7. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN TIPO DE TRABAJO

	N	%
TRABAJO FÍSICO	17	28,3
TRABAJO PSÍQUICO	7	11,7
PENSIONISTA	30	50
OTROS	6	10
TOTAL	60	100

GRÁFICA 7. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN TIPO DE TRABAJO

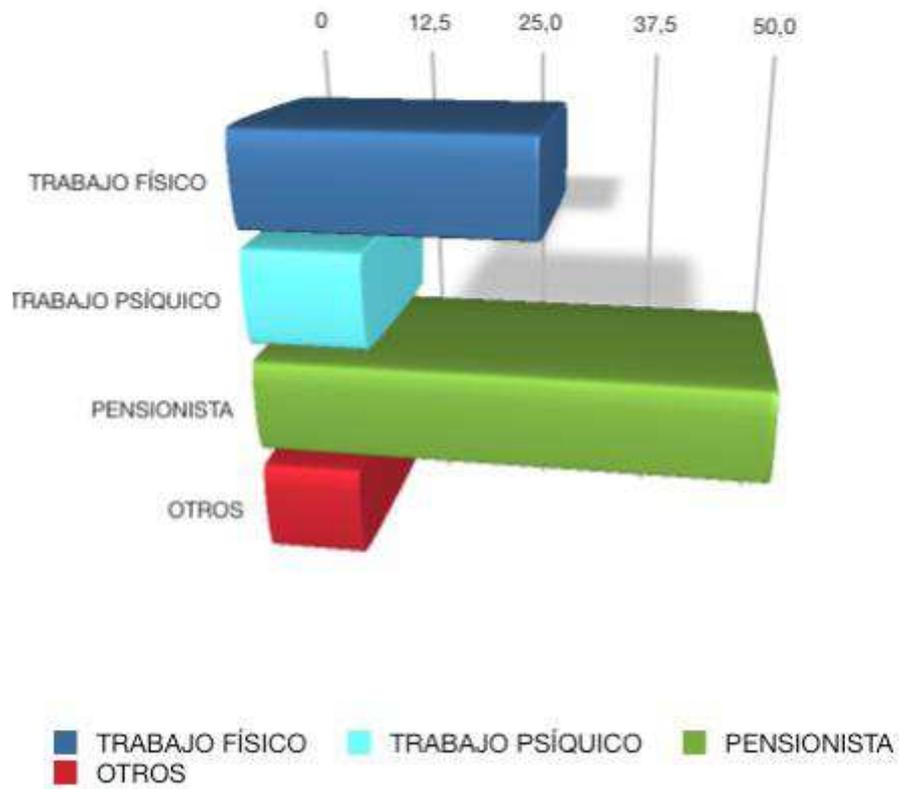
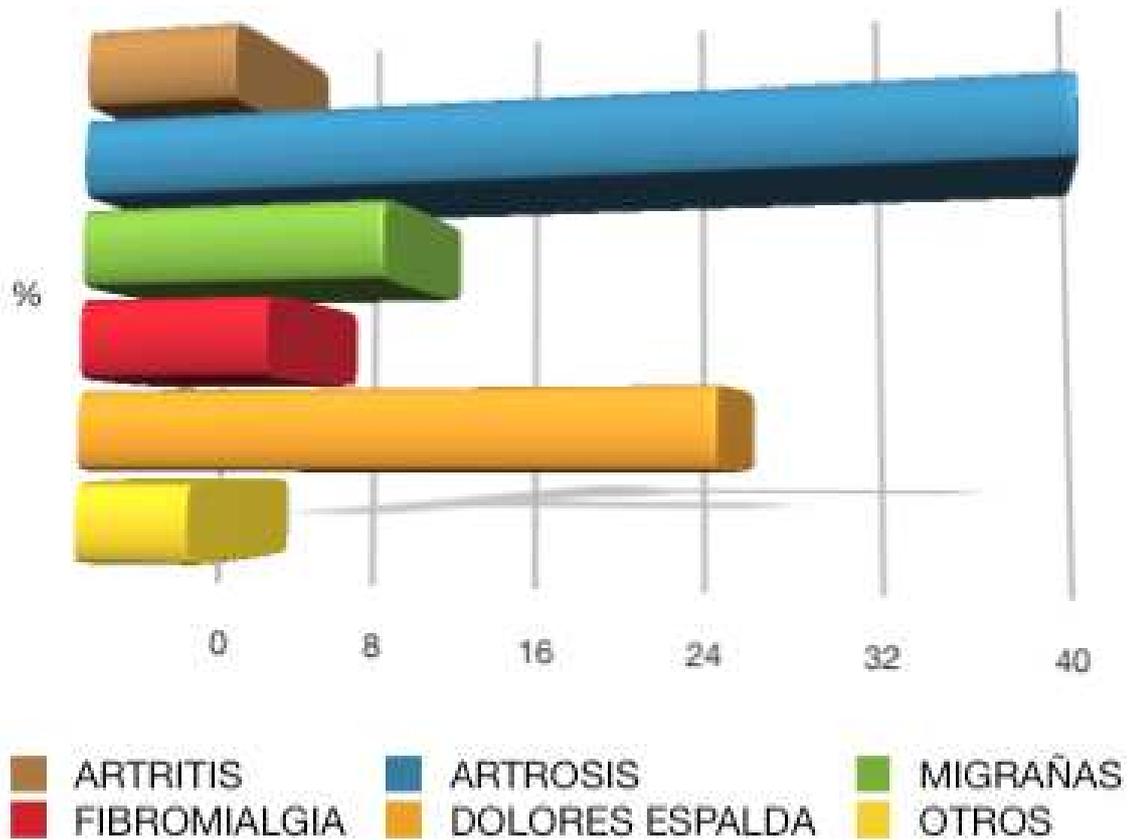


TABLA 8. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN TIPO DE PATOLOGÍA

	N	%
ARTROSIS	24	40
MIGRAÑAS	8	13,3
ARTRITIS	4	6,7
DOLORES ESPALDA	16	26,7
FIBROMIALGIA	5	8,3
OTROS	3	5
TOTAL	60	100

GRÁFICA 8. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN TIPO DE PATOLOGÍA



**TABLA 9. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN
SEGÚN PROCEDENCIA DE SU PATOLOGIA**

	N	%
ACCIDENTE LABORAL SIN BAJA	2	3,3
ACCIDENTE LABORAL CON BAJA POR - - 6 MESES	1	1,7
ACCIDENTE LABORAL CON BAJA POR + 6 MESES	6	10
ACCIDENTE LABORAL CON BAJA TOTAL	0	0
NO ACCIDENTE LABORAL SIN BAJA	45	75
NO ACCIDENTE LABORAL CON BAJA TOTAL	2	3,3
NO ACCIDENTE LABORAL CON BAJA - 6 MESES	1	1,7
NO ACCIDENTE LABORAL CON BAJA + 6 MESES	3	5
TOTAL	60	100

GRÁFICA 9. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN PROCEDENCIA DE SU PATOLOGÍA

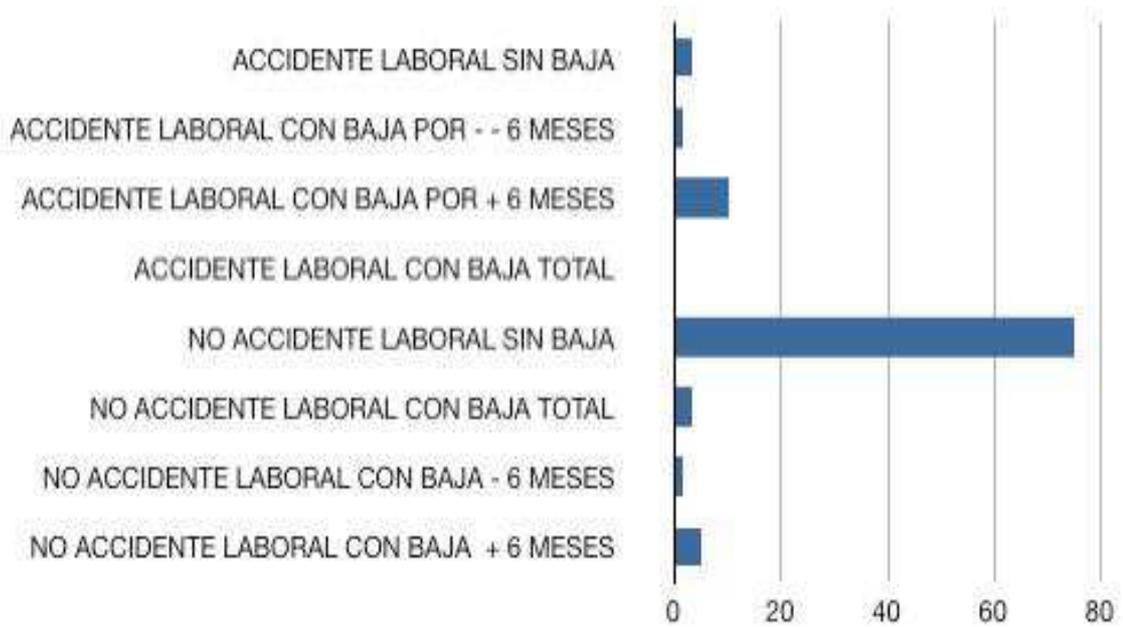
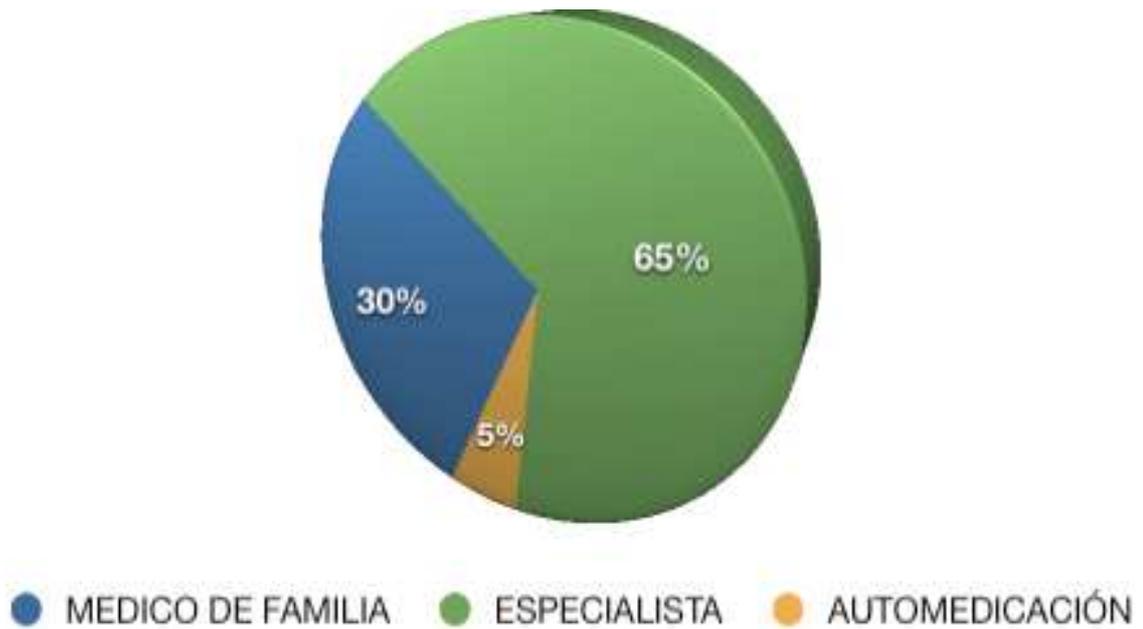


TABLA 10. ORIGEN DE LA PRESCRIPCIÓN

	N	%
MÉDICO DE FAMILIA	18	30
ESPECIALISTA	39	65
AUTOMEDICACIÓN	3	5
TOTAL	60	100

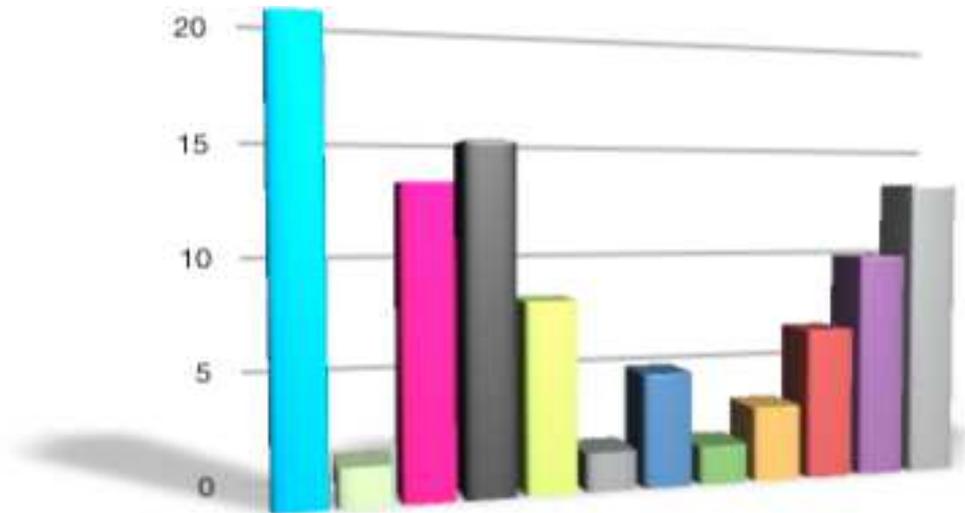
GRÁFICA 10. ORIGEN DE LA PRESCRIPCIÓN



**TABLA 11. MEDICAMENTOS
PRESCRITOS**

	N	%
AINE	12	20
ANTIINFLAMATORIOS TÓPICOS SIN CORTICOIDES	1	1,7
ANALGÉSICOS NO OPIOIDES	8	13,3
ANALGÉSICOS OPIOIDES	9	15
OTROS PREPARADOS TIPO CONDROITÍN SULFATO	5	8,3
MIORRELAJANTES	1	1,7
ANTAGONISTAS DEL ÁCIDO FÓLICO	3	5
CORTICOIDES	1	1,7
ANTIÉPILÉPTICOS	2	3,3
BENZODIACEPINAS	4	6,7
ANTIDEPRESIVOS	6	10
OTROS	8	13,3
TOTAL	60	100

GRÁFICA 11. MEDICAMENTOS PRESCRITOS



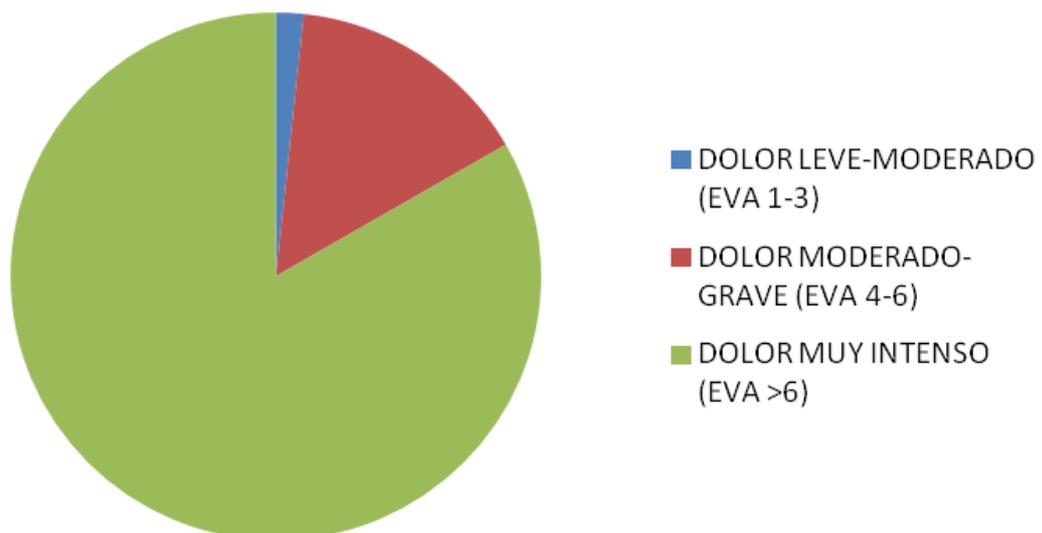
- AINE
- ANTIINFLAMATORIOS TÓPICOS SIN CORTICOIDES
- ANALGÉSICOS NO OPIOIDES
- ANALGÉSICOS OPIOIDES
- OTROS PREPARADOS TIPO CONDROITÍN SULFATO
- MIORRELAJANTES
- ANTAGONISTAS DEL ÁCIDO FÓLICO
- CORTICOIDES
- ANTIEPILÉPTICOS
- BENZODIACEPINAS
- ANTIDEPRESIVOS
- OTROS

**TABLA 12.
DISTRIBUCIÓN DE LA
POBLACIÓN SEGÚN EVA
SIN TRATAMIENTO**

DOLOR LEVE-MODERADO (EVA 1-3)
DOLOR MODERADO-GRAVE (EVA 4-6)
DOLOR MUY INTENSO (EVA >6)
TOTAL

N	%
1	1,7
9	15
50	83,3
60	100

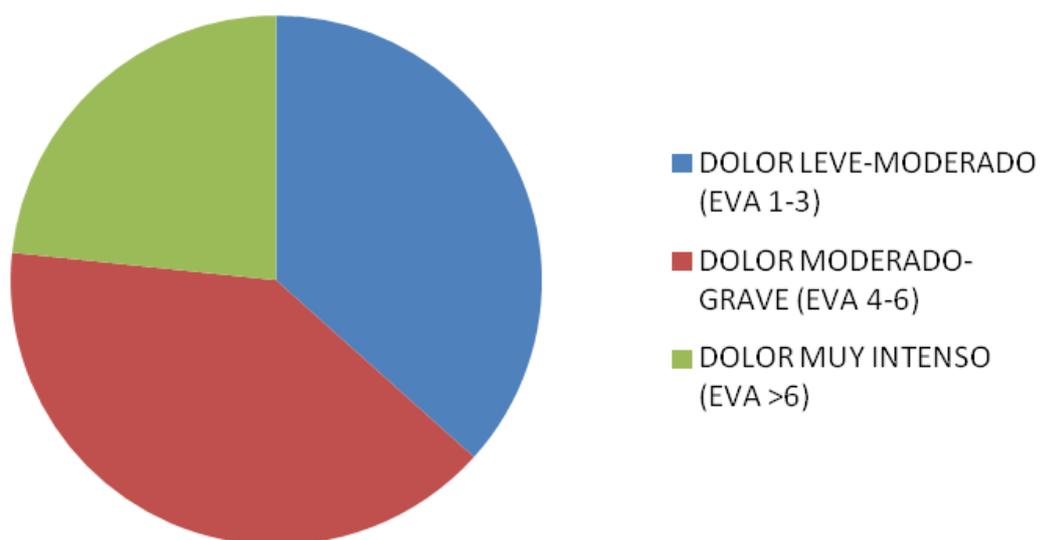
**GRÁFICA 12. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN
EVA SIN TRATAMIENTO**



**TABLA 13.
DISTRIBUCIÓN DE LA
POBLACIÓN SEGÚN EVA
CON TRATAMIENTO**

	N	%
DOLOR LEVE-MODERADO (EVA 1-3)	22	36,7
DOLOR MODERADO-GRAVE (EVA 4-6)	24	40
DOLOR MUY INTENSO (EVA >6)	14	23,3
TOTAL	60	100

**GRÁFICA 13. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN
EVA CON TRATAMIENTO**



La participación y colaboración de los pacientes en este estudio ha sido altamente satisfactoria, ya que participaron todos a los que se le propuso y son pacientes habituales de la zona sanitaria donde está ubicada la Farmacia lo cual puede explicarse por la necesidad que estos pacientes tienen de expresar todo lo relacionado con esta patología no siempre bien entendida ni controlada y, por la confianza que en general depositan en el farmacéutico con quien pueden profundizar sobre sus tratamientos.

El estudio se ha realizado con 60 personas, de las cuales 27 (el 45% del total y por tanto el grupo más numeroso) correspondían a pacientes de una edad comprendida entre los 61 y 80 años. A continuación le sigue el grupo correspondiente a pacientes entre 40-60 años que supuso un 38,3% del total. Los dos grupos siguientes que incluyen sólo a 5 miembros cada uno y por tanto representan un 8,3% del total, correspondieron a los menores de 40 años y a los mayores de 80 (tabla 1, Gráfica1). Estos datos reflejan una mayor prevalencia de patología dolorosa crónica a mayor edad y coinciden con otros estudios que describen que el dolor entre los 18-29 años fue del 20,1% pasando al 41,7 en mayores de 65 años⁽¹⁷⁾.

Si nos referimos al género como variable, nuestros datos reflejan una gran diferencia en cuanto a la distribución por género de la patología dolorosa, ya que en un 81,7% es padecida por mujeres, mientras que sólo 11 pacientes eran hombres (18,3%) (Tabla 2, Gráfica 2). Otros estudios consultados corroboran este aspecto y ponen de manifiesto, al igual que el nuestro, que el dolor crónico es más prevalente en mujeres^{(17),(18)}, sin embargo en éste último se aprecia una diferencia mucho mayor entre ambos porcentajes.

La variable del estado civil se introdujo en el estudio para intentar analizar si se apreciaban diferencias en cuanto a las consecuencias derivadas de la patología

dolorosa crónica en función de que la persona que la sufre viva sola o acompañada, aspecto que no hemos podido analizar porque en nuestra muestra los pacientes mayoritariamente están casados (Tabla 3, Gráfica 3).

Si estudiamos los hábitos tóxicos de la muestra, 50 pacientes no fuman (83,4%), y sólo el 10 % fuma más de un paquete diario el 10% (Tabla 4, Gráfica4). En cuanto al consumo de alcohol, la mayoría (73,3%) es no bebedora habitual y un 16,7%, 10 de los pacientes toma una copa de vino/cerveza diaria (Tabla 5, Gráfica 5). Por tanto podemos referir que la población estudiada, practica hábitos saludables y por tanto no podemos asociar un posible agravamiento de su patología dolorosa con los hábitos tóxicos.

Con respecto al nivel de estudios de los pacientes, una mayoría de ellos (39 pacientes, lo que supone el 65%), posee estudios básicos, le sigue un 15% que tiene estudios universitarios, mientras que 8 miembros (13,3%) han estudiado bachillerato y sólo 4 no tienen estudios de ningún tipo (6,7%) (Tabla 6, gráfica 6). Si bien nuestro estudio corresponde a una zona rural, estos datos podrían reflejar al igual que otros estudios⁽¹⁸⁾ el dolor crónico se asocia a los pacientes de mayor edad, especialmente mujeres y con nivel educativo bajo.

Al investigar sobre el trabajo que desempeñan, por lo envejecido de la muestra, nos encontramos con que la mitad de los pacientes son pensionistas, 17 de la muestra (28,3%) desempeñan un trabajo físico, un 11,7% hacen un trabajo psíquico y el 10% realiza otro tipo de labores (tabla 7, gráfica 7). Estos datos, concuerdan con los de otros investigadores⁽¹⁹⁾ donde se dice que la prevalencia de dolor crónico ha sido mayor en trabajadores manuales y no manuales de bajo nivel socioeconómico, pues la mayoría de los pacientes del estudio, ahora pensionistas, corresponden a mujeres que

han sido durante toda su vida amas de casa ya que no recibieron una educación especializada que les permitiera trabajar fuera del hogar.

Si valoramos la procedencia de la patología dolorosa, un 75% no ha sufrido accidente laboral y tampoco le ha supuesto baja, mientras que el resto de los grupos analizados (sin baja pero sí accidente laboral, baja total pero sin sufrir accidente laboral, sí o no accidente laboral con baja de menos de 6 meses, afectó a porcentajes del 3 % o menores (Tabla 8, Gráfica 8). De este estudio se deduce que la patología dolorosa en la mayoría de los casos es por deterioro debido a la edad y no por accidente laboral, ya que hay una gran proporción de pensionistas. No obstante, como otros estudios también afirman, lo que está claro es que a todos, el dolor crónico les impide hacer una vida “normal”⁽²⁵⁾ y a los que son trabajadores activos les afecta directamente a su vida laboral⁽²⁰⁾. En concreto en este último estudio se indica que el 21% de los europeos con dolor crónico no puede trabajar y al 61% de los que sí pueden trabajar les afecta a su vida profesional. Según datos de otros estudios, sólo por enfermos del Aparato Locomotor, especialmente por dolor crónico, se producen un total de 14,4% de las bajas laborales⁽²¹⁾. Así mismo supone el 53% de todas las causas de incapacidad laboral total, el 18 % de las incapacidades absolutas y el 1-15% de las incapacidades laborales transitorias^{(22) (23)}.

Si analizamos el tipo de patología, en nuestro estudio la mayoría (40%) padecen artrosis, le siguen dolores de espalda (26,7%), luego migrañas (13,3%), fibromialgia (8,3%) y por último artritis (6,7%) (Tabla 9, Gráfica9). Estos datos concuerdan a la perfección con otros estudios que dicen que el dolor crónico es mucho más frecuente en personas de edad avanzada, siendo en este grupo los dolores articulares, los dolores de espalda, de piernas y pies los más frecuentes⁽²⁴⁾. Cabe destacar que el

60,5% de las personas que sufren dolores crónicos, las causas más frecuentes son enfermedades del aparato locomotor, seguidas de la migraña.

En cuanto al prescriptor del tratamiento farmacológico de estos pacientes, los resultados obtenidos son claros ya que son enfermos que comienzan su andadura dolorosa acudiendo al médico de atención primaria, y al ser en su mayoría personas de edad avanzada y llevar largos años ya persistiéndoles el dolor, han acabado en manos de especialistas, quienes prescriben en su mayoría (65%) su actual tratamiento. (Tabla 10, Gráfica 10).

Si estudiamos el tratamiento terapéutico (Tabla 11, Gráfica 11), se observa que el 20% de los fármacos usados son AINES. Que sea el mayor porcentaje está justificado pues, además de ocupar el primer escalón de la OMS se pueden combinar con otros fármacos en todos los escalones. El 15%, son analgésicos opioides, porcentaje que parece correcto pues todos los pacientes llevan años soportando la enfermedad. El 13,3% son analgésicos no opioides, y dentro de este grupo: 2,5% son asociación paracetamol/tramadol, 2,5% es paracetamol, y metamizol, usado mayoritariamente para dolores tipo cólico, tiene un porcentaje de 3,75%. Cabe destacar de nuestro estudio que un 10% de los medicamentos usados son antidepresivos tricíclicos, este alto porcentaje refleja que este grupo de fármacos no son sólo coadyuvantes sino que producen por sí mismos analgesia por un mecanismo diferente del efecto antidepresivo: son coanalgésicos. Los ansiolíticos, de uso en dolores lacerantes, los consumen el 6,7% y los antiepilépticos, principalmente usados para dolor neuropático, un 3,3%. Otros grupos terapéuticos tienen porcentajes de utilización poco significativos.

En cuanto a la eficacia de los tratamientos usados para el dolor de nuestros pacientes (tablas y gráficas 12 y 13), apreciamos que los pacientes, cuando no eran tratados en un 83,3% padecían un dolor muy intenso, solo un 15% tenía un dolor moderado-grave y un escaso 1,7% un dolor leve-moderado. Al añadir el tratamiento farmacológico el 40% de los pacientes de nuestro estudio se encuentra en un rango de dolor moderado-grave, un 36,7% padece dolor leve-moderado y solo un 23,3% soporta un dolor muy intenso, porcentajes nada despreciables ya que presentar dolor continuamente merma en gran medida el día a día.

Si comparamos estos datos con los de otros estudios, apreciamos que la mayoría de las personas con dolor crónico severo están infratratadas, lo que representa un problema para la sociedad. Existe un acceso limitado a sustancias potentes, especialmente en los casos donde no hay indicaciones oncológicas.

A pesar de no ser medicamentos de largo plazo, la mayoría de los pacientes con dolor crónico son tratados con analgésicos no opioides durante periodos prolongados; Los AINEs se utilizan con mayor frecuencia.

Aún así, en el 70% de los casos, hay que cambiar el tratamiento debido a un control inadecuado del dolor. Adicionalmente, en un estudio europeo, el 40% de los pacientes, no estaban satisfechos con su tratamiento actual de dolor y el 12% afirmó que sus médicos nunca habían evaluado la intensidad de su dolor⁽²⁵⁾.

El tratamiento farmacológico se ve frecuentemente limitado por los efectos adversos. Este es especialmente el caso de los opioides potentes, donde los efectos secundarios limitan la dosis analgésica eficaz que se puede alcanzar.

Por este motivo, pacientes y médicos, se esfuerzan por encontrar un equilibrio entre el alivio suficiente del dolor y una tolerabilidad aceptable, viéndose atrapados

en un “círculo vicioso”, muy importante en las indicaciones como el dolor de espalda crónico, donde frecuentemente interviene un componente neuropático. En este caso a menudo se usa la combinación de un opioide con coanalgésicos, donde se ha observado un aumento del riesgo de efectos no deseados con el tratamiento en combinación⁽²⁶⁾.

Limitaciones del estudio:

Este estudio no es una muestra representativa. Con esta muestra, como ya se ha mencionado se ha realizado un estudio descriptivo, observacional; Se intenta analizar el fenómeno en un periodo de tiempo corto y es probable que debido a la elevada edad de la mayoría de los pacientes se haya podido cometer algún sesgo de información por falta de recuerdo de los participantes.

Cabe destacar que para la defensa de esta investigación no se ha podido completar el estudio y el análisis estadístico de la información y datos obtenidos, pues sería una labor muy extensa.

Tras esta experiencia dura pero gratificante, viendo los resultados cuantitativos obtenidos, así como mis vivencias durante la investigación, no quiero olvidarme de mencionar algunos aspectos que considero deberían modificarse en la práctica clínica de esta patología.

Nuestro paciente debería ser tratado dentro de nuestro sistema de salud de una manera holística e integral, no solo farmacológicamente. Se debería llevar a cabo por un equipo multidisciplinar que le tratara, aconsejara y enseñara tanto medidas posturales, ejercicios, masajes, le impartieran meditación y relajación para que

manejar mejor su dolor, así como hacerle ver que debe mantener una actitud positiva ya que la mente en este tipo de patologías juega un papel fundamental.

Como demuestra el premio a mejores iniciativas de investigación según “Correo farmacéutico”, en mi opinión, deberían existir más plataformas como el Aula Fundación Grünenthal de Dolor que fue puesta en marcha en 2012 y cuyo objetivo es dar respuesta a las necesidades informativas de los pacientes con dolor crónico. Y es que, la información sobre esta enfermedad es clave para mejorar su abordaje, ya que ayuda a los pacientes y sus familiares a mejorar su condición de salud en el automanejo de su dolor con recursos actualizados. Ofrece una consulta adaptada a las necesidades en función de preguntas frecuentes tras hacer un análisis en profundidad de los hábitos de consulta y navegación de los usuarios⁽²⁷⁾.

Como conclusión general de este trabajo diría que la indicación terapéutica en la mayoría de los pacientes era correcta, aunque en muchas ocasiones no paliaba el dolor; que detectamos un buen grado de cumplimiento terapéutico mejorado con nuestra intervención farmacéutica, con escasas manifestaciones de efectos adversos y sí cierta incidencia de interacciones farmacológicas que en algunos casos fueron corregidas

Bibliografía:

1. Filling R. B., King C. D., Ribeiro-Vasilia M. C., Rahim Williams B., Riley J. L. Sex, gender and pain: a review of recent clinical and experimental findings of pain. 2009; 10: 447-485.
2. Sancho J. F., López G., Azahara S., Avila C., Grande M. L., Carvallo L., Fernández A., Méndez M., Quiben R., Pérez-Manga G. Tratamiento del dolor oncológico. *Psicooncología*. Vol. 3, Núm. 1, 2006, pp. 121-138.
3. International Association for the Study of Pain. Task Force in Taxonomy. Classification of chronic pain, second edition edited by H. Messkey and N. Bogoluk. IASP Press, Seattle, 1994.
4. Unidad de pacientes pluripatológicos. Estándares y recomendaciones. Agencia de calidad del SNS. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2009.
5. Colomer Revuelta C. Informes, estudios e investigación 2011. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. 2011; 6-11.
6. Melzack R, Patric Wall D. The challenge of pain. 1996.
7. Paeile C., Bilbeny N. El dolor, aspectos básicos y clínicos. Ed: Mediterraneo 1997.
8. Giordano J. Schatman M. E. A Crisis in Chronic Pain Case: An Ethical Analysis. Past three: Toward and Interpretative, Multi-disciplinary Pain Medicine Built Around the Needs of the Patient. *Pain Physician* 2008; 11: 775-784.
9. Dr. P. Guerra López. Farmacología del dolor. Analgésicos. Universidad Autónoma de Madrid.

- 10.** Castel A. Evaluación del dolor en el paciente geriátrico. VII Reunión de la SED. 12 de mayo 2004; 21-22.
- 11.** Villa L. F. Medimecum, guía de terapia farmacológica 2010. Edición 14ª. 706-707.
- 12.** Romero J, Galvez R, Ruiz S. ¿se sostiene la escalera analgésica de la OMS .Revista Sociedad Española de Dolor. 2008; 1:1-4.
- 13.** Lubian López M, Romero Coteló J. Tratamiento del dolor en atención primaria. Control domiciliario. Relación entre atención primaria y unidades de dolor. Masson S.A. Barcelona 1997: 41/51.
- 14.** Cerdá-Olmedo G, De Andrés J. Dolor crónico. Guía de actuación clínica en atención primaria. Unidad multidisciplinar de tratamiento del dolor. Hospital General Universitario de Valencia. 1-47.
- 15.** Eyaralar Riera M. T., Alvarez de Toledo Saavedra F., Dago Martínez A. M. Actividades del proceso de atención farmacéutica: la entrevista inicial con el paciente. Pharmaceutical Care España 2000; 1:145-151.
- 16.** Canales M. J. Vademecum internacional, 1ª guía farmacológica completa. 2010.
- 17.** Catalá E, Reig E, Artés M, Aliaga L ,López JS, Segú JL, Prevalence of pain in the Spanish population. Eur J pain.2002; 6:133-140.
- 18.** Sjogren P, Ekholm O, Peuckman V. Epidemiology of chronic pain in Denmark: Eur J Pain.2009; 13:287-92.
- 19.** Blyth FM, March LM, Jorm LR, Williamson M, Cousins MJ.Chronic pain in Australia: a prevalence study. Pain 2001; 89.1 27-34.

20. Bergman S, Herstrom P, Hogstrom K, Petersson IF, Stevensson B. Chronic musculoskeletal pain, prevalence rates, and sociodemographic association in Swedish population Study. *J Rheumatol* 2001; 28:1369-1377.
21. “Nueva alianza para luchar a favor de 100 millones de pacientes con dolor crónico”. Fuente: Llorente y cuenca.
22. Colado F, Garcá JA, Paulino J. Valoración del trabajo coordinado entre el centro de atención primaria y el servicio de reumatología en la asistencia a enfermos reumáticos. *Rev Esp. Reumatol* 1992 17:201.
23. Cavero C. Valoración de las incapacidades en el sistema sanitario español. Valladolid:Secretario de publicaciones. Universidad de Valladolid, 1995 (Serie Medicina, nº 33).
24. Jiménez JF, Martínez JA, Rodado C, Martínez D, Sánchez-seco P, Reyes A. Incidencia de bajas laborales en un centro de salud urbano: consideraciones acerca de los grupos diagnósticos (WONCA) que las originaron. *Medicina del trabajo*.1996; 5:11-32.
25. A. Breivik H. et al.: survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain*. 2006; 10: 287-333.
26. B. Gilron I et al.: galapentin blocks and reverses antinociceptive morphine tolerance in the rat pawpressure and tail-flick tests. *Anaesthesiology*. 2013; 89:1288-1292.
27. C. Universidadpacientes.org [internet]. Barcelona: Fundación biblioteca Josep Laporte y Universidad Autónoma de Barcelona; c2000-2014 [julio 2014]. Disponible en: <http://www.universidadpacientes.org>.