

Profesión

M.^a José Díaz Gutiérrez

Farmacéutica comunitaria
en Getxo-Bizkaia

“ Hay factores no modificables, como la edad o el género, que deberemos tener en cuenta para realizar acciones de detección precoz e identificación de grupos o personas de mayor riesgo»

Dolor musculoesquelético

Definición

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP por sus siglas en inglés) lo define como «una experiencia sensorial o emocional desagradable asociada a un daño tisular real o potencial». En este artículo, nos centraremos en el dolor musculoesquelético, que afecta a una o varias de las estructuras que forman el aparato locomotor (esto implica la afectación de huesos, articulaciones, estructuras perioarticulares y músculos). Este tipo de dolor repercute en la limitación de la movilidad y es una causa potencial de discapacidad. Puede aparecer de forma aguda y tener una evolución prolongada, o ser crónico (cuando la duración es mayor de 3 meses).

Este tipo de dolor o síntoma es una de las principales características de las enfermedades musculoesqueléticas, que repercuten de forma importante en la calidad de vida de las personas que las padecen. Por su alta prevalencia (en España se estima que las padecen hasta un 12% de la población) y el consumo de recursos sanitarios que implican, son un importante problema de salud que afecta a la actividad laboral y a las relaciones sociales, razón por la que requieren un abordaje multidisciplinar que vaya más allá del tratamiento del dolor (médico, psicólogo, fisioterapeuta, farmacéutico, etc.).



El dolor de tipo musculoesquelético supone casi el 50% de las consultas en atención primaria. En los adultos, entre un 30 y un 40% padece dolor de espalda, el 15-20% refiere dolor de cuello, y el dolor de rodilla puede llegar al 15%. La prevalencia se incrementa con la edad, hasta superar el 50% en los mayores de 75 años. En el informe «Mujer y Salud 2008-2009 en España», se estima que el dolor musculoesquelético es 1,8 veces más frecuente en las mujeres que en los varones, y que su afectación es más alta en personas de bajos recursos económicos. No provoca alta mortalidad, pero incrementa el riesgo de comorbilidad con, por ejemplo, las enfermedades cardiovasculares.

Clasificación

Por su implicación clínica, es importante determinar los mecanismos que provocan el dolor musculoesquelético crónico (DMEC) antes de prescribir los tratamientos adecuados. Podemos hablar de distintos tipos de dolor:

- **Dolor neuropático.** Se produce daño en el sistema somatosensorial. Es un dolor punzante que sigue la distribución de un nervio. En la exploración física, se aprecia una alteración sensitiva en la zona afectada. Son ejemplos de este tipo de dolor las neuropatías, las lumbociáticas y la neuralgia postherpética. La fibromialgia se considera una entidad especial, ya que se trata de un dolor neuropático central con DMEC generalizado, rigidez, hipersensibilidad y alteración cognitiva.
- **Dolor muscular.** Se produce alteración dolorosa en uno o varios músculos de una región, con pérdida de movilidad y dolor al presionar las «zonas gatillo». Habitualmente aparece después de actividades repetitivas o lesiones, y se asocia a contracturas musculares. En las pruebas de imagen no se aprecian hallazgos.

“ Para establecer un diagnóstico y tratamiento adecuados, es importante obtener una historia clínica detallada que ayude al profesional a conocer el origen del dolor »

- **Dolor inflamatorio.** Se detectan signos inflamatorios locales con lesión previa. Es un dolor nociceptivo, en el que los mediadores inflamatorios activan las terminaciones nerviosas. Ejemplos de este tipo de dolor son la artritis reumatoide, las infecciones, los traumatismos y el dolor postoperatorio.
- **Dolor mecánico/compresivo.** Es un dolor nociceptivo en el que la compresión o estiramiento mecánico estimula las



terminaciones nerviosas. Empeora con la actividad. Las pruebas de imagen y la historia clínica ayudan al diagnóstico. Ejemplos de este dolor son la cervicalgia y la lumbalgia degenerativas, o situaciones asociadas a procesos traumáticos, fracturas o compresión de estructuras por crecimiento de un tumor.

Diagnóstico

No es fácil establecer un diagnóstico de DMEC, ya que los síntomas pueden ser comunes a distintos trastornos que afectan al aparato locomotor o a otros órganos. En ocasiones, los pacientes no son capaces de describir claramente su sintomatología. Para establecer un diagnóstico y tratamiento adecuados, es importante obtener una historia clínica detallada que ayude al profesional a conocer el origen del dolor.

Historia clínica

La entrevista con el paciente permite detectar el origen del dolor, la localización e intensidad, la evolución en el tiempo, las características del dolor, qué causas lo mejoran o hacen empeorar, y la respuesta o no a tratamientos previos. Además, debe recoger información sobre los hábitos de vida, como la actividad física, el ejercicio, la alimentación y el historial de enfermedades actuales o previas que puedan modificar la percepción del dolor.

Exploración física

Abarca la exploración del aparato locomotor y del sistema nervioso central y periférico. Deben buscarse deformidades, dismetrías, atrofiaciones musculares, cambios en la coloración de las extremidades, zonas de dolor o sensibilidad a la presión y alteraciones de la movilidad. Además, debe valorarse el estado mental del paciente.

Pruebas diagnósticas

No hay pruebas específicas para el diagnóstico de DMEC, pero pueden ser útiles para aclarar el mecanismo que lo provoca y decidir cuál es el tratamiento más adecuado.

- Los **análisis de sangre** estarían indicados ante la sospecha de enfermedades de origen inflamatorio, tumoral o reumático. En estos casos, los valores de la velocidad de sedimentación y la proteína C reactiva se encuentran elevados. En el DMEC de origen neuropático o mecánico, los valores de estos parámetros son normales.
- Las **radiografías** sirven para excluir fracturas o tumores.
- La **tomografía computarizada** y la **resonancia magnética** son útiles para confirmar el dolor localizado en la columna.
- El **electromiograma** y las pruebas de valoración de la velocidad de conducción nerviosa aportan información valiosa en el dolor neuropático periférico y en las miopatías.

Instrumentos de valoración del dolor

Las escalas de valoración del dolor permiten evaluar la evolución en el tiempo del dolor, con o sin tratamiento. Una de las más conocidas es la Escala Visual Analógica (EVA), que permite indicar sobre una línea de 10 cm la intensidad del dolor de menor a mayor grado.

Otros instrumentos de valoración del dolor se basan en métodos fisiológicos con medidas de cortisol y catecolaminas, en métodos conductuales como la escala de Andersen o en métodos multidimensionales como el cuestionario del dolor de McGill.

Factores de riesgo

Factores no modificables

Hay factores no modificables, como la edad o el género, que deberemos tener en cuenta para realizar acciones de detección precoz e identificación de grupos o personas de mayor riesgo. Tras la valoración de estos factores, podremos adoptar medidas preventivas con las que promover hábitos saludables. Está demostrado que el dolor se incrementa con la edad, y que su prevalencia es mayor en las mujeres.

Factores modificables

- **Sobrepeso y obesidad.** Se han sugerido factores biomecánicos y metabólicos como generadores de dolor por la sobrecarga en las articulaciones y por la disminución de la actividad física.
- **Sedentarismo.** El ejercicio físico moderado y adaptado disminuye el dolor y favorece la movilidad.
- **Alcohol.** El consumo de alcohol es un factor de riesgo para la aparición de enfermedades osteoarticulares.
- **Tabaco.** El hábito tabáquico genera gran controversia y los estudios realizados no son suficientes para esclarecer en qué medida puede afectar a la aparición del dolor. Algunos estudios sugieren que el estado de salud de la persona fumadora es peor (física y psicológicamente).



“ El tratamiento del dolor musculoesquelético crónico es más eficaz cuando incluye un programa multidisciplinario que tenga en cuenta los aspectos psicológico, físico y social del paciente y su entorno familiar »

- **Factores de riesgo laborales.** Las situaciones generadas en el ámbito laboral, con malas posturas, sobrecarga de peso, mal ambiente en el trabajo, etc., también son factores de riesgo extrínsecos.

Otros factores asociados al dolor que se citan en los estudios realizados son el bajo estrato socioeconómico, vivir solo, el abuso de sustancias psicoactivas y la ansiedad. La relación de estos factores con el dolor no está clara, pero podría responder a patrones de conducta asociados a su aparición.

Tratamiento

El tratamiento del DMEC es más eficaz cuando incluye un programa multidisciplinario que tenga en cuenta los aspectos psicológico, físico y social del paciente y su entorno familiar. Como es lógico, no se limita exclusivamente a la prescripción farmacológica.

Tratamiento no farmacológico

La aplicación de estimulación eléctrica transcutánea (TENS) junto a la rehabilitación realizada por personal cualificado y la terapia psicológica son los pilares de estas terapias pa-

ra reducir el dolor. En muchos casos, se combinan con tratamiento farmacológico.

El ejercicio terapéutico adaptado fortalece la musculatura y puede mejorar la sintomatología.

Tratamiento farmacológico

Al establecer un tratamiento farmacológico, debe aplicarse la «escalera analgésica» de la Organización Mundial de la Salud (OMS):

- **Primer escalón.** Analgésicos no opiáceos, como ácido acetilsalicílico, paracetamol, metamizol y antiinflamatorios no esteroideos (AINE). Se inicia con uno o varios fármacos de este nivel y, según mejora el dolor, se disminuye la medicación o se añaden coanalgésicos.
- **Segundo escalón.** Analgésicos opiáceos débiles, como codeína, dihidrocodeína, tramadol... Los medicamentos de este escalón pueden utilizarse solos o sumados a los del primero. Se utiliza coanalgesia si se precisa.
- **Tercer escalón.** Opiáceos potentes como morfina u oxiconona. Pueden combinarse con los fármacos del primer nivel y con coanalgesia.

“ **El farmacéutico puede detectar a los consumidores de analgésicos que necesitan ser derivados al médico para establecer un correcto diagnóstico y realizar un seguimiento de su tratamiento»**

Coanalgésicos

Los fármacos coadyuvantes en los distintos niveles de la escalera del dolor son: antidepresivos (amitriptilina, duloxetina), corticoides (dexametasona), neurolépticos (levopromazina), anti-convulsivantes (carbamazepina, oxcarbazepina, gabapentina, pregabalina), ansiolíticos (benzodiazepinas de acción larga). Están indicados, sobre todo, en el dolor de origen neuropático.

Papel del farmacéutico

Desde su posición privilegiada por la cercanía con el paciente, el farmacéutico puede detectar a los consumidores de analgésicos que necesitan ser derivados al médico para establecer un correcto diagnóstico y realizar un seguimiento de su tratamiento.

Por tanto, debe estar muy atento a los clientes que solicitan de manera reiterada medicamentos sin prescripción para tratar el dolor.

Si el tratamiento lo ha establecido un médico, el farmacéutico debe detectar los posibles efectos adversos e inten-



tar averiguar para quién es y si pueden existir interacciones con otras terapias concomitantes. Asimismo, es recomendable que se interese por la evolución de los síntomas, por si el tratamiento no es suficientemente eficaz (en cuyo caso deberá derivar de nuevo al médico para corregir la desviación percibida). El farmacéutico también debe llevar a cabo acciones de promoción y educación para que el paciente siga estilos de vida saludables. ●

Bibliografía

- Archila E, Camargo D, Jiménez J, Villamizar M. El dolor: una perspectiva epidemiológica. *Salud UIS*. 2004; 36 (1): 2-13. Disponible en: <http://revistas.uis.edu.co/index.php/revistasaluduis/article/view/712>
- Babatunde OO, Jordan JL, Van der Windt DA, Hill JC, Foster NE, Protheroe J. Effective treatment options for musculoskeletal pain in primary care: A systematic overview of current evidence. *PLoS One*. 2017; 12(6): e0178621. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5480856/>
- Eizaga Rebollar R. Escalas de valoración del dolor, 2015. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/321462394_Escalas_de_Valoracion_de_Dolor
- Esparza Miñana JM, Villanueva Pérez VL, López Alarcón MD, Honrubia Gozalves E, de Andrés Ibáñez J. Últimos avances en el tratamiento especializado de dolor neuropático. *Revista electrónica de Anestesiología* (internet). 2013. Disponible en: <http://revistaanestesiologia.org/index.php/rear/article/view/314>
- Estrategia en enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad, 2013. Disponible en: http://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Estrategia_en_enfermedades_reumaticas_Accesible.pdf
- Fernández Gómez I, Calleja MÁ. Guía de seguimiento farmacoterapéutico sobre dolor. Disponible en: http://www.ugr.es/~cts131/esp/guias/GUIA_DOLOR.pdf
- Guía farmacoterapéutica de Atención Primaria. Osakidetza. Disponible en: https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osk_publicaciones/es_publici/adjuntos/primaria/guiaFarmacoterapeutica.pdf
- Sifuentes-Giraldo WA, Morell-Hita JL. Protocolo diagnóstico del dolor crónico musculoesquelético. *Medicine*. 2017; 12(27): 1.609-1.613. Disponible en: http://www.academia.edu/31658963/Protocolo_diagnostico_del_dolor_crónico_musculoesquelético