

El papel asistencial de los farmacéuticos con los pacientes con dolor

MÁS DEL 80% DE LOS PACIENTES CON DOLOR QUE ACUDEN A LAS FARMACIAS COMUNITARIAS PADECEN DOLORES LEVES Y AUTOLIMITADOS QUE PERMITEN UNA RESOLUCIÓN RÁPIDA Y DIRECTA MEDIANTE EL SERVICIO DE INDICACIÓN FARMACÉUTICA. TODO ELLO GRACIAS A LA DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS NO SUJETOS A PRESCRIPCIÓN MÉDICA Y A LAS PERTINENTES RECOMENDACIONES NO FARMACOLÓGICAS.



Hay una necesidad urgente de encontrar un mejor alivio para el sufrimiento físico de los pacientes que sufren dolor. Su prevalencia es muy elevada, siendo una de las causas más frecuentes de consulta en Atención Primaria. Se estima que, en Europa, del 20 al 30% de la población sufre dolor crónico. Éste es uno de los problemas de salud más subestimados en el mundo pese a que tiene consecuencias muy serias, tanto en la calidad de vida de quienes lo padecen como para los sistemas de salud, puesto que suponen una carga muy importante para los mismos. Así se refleja en el informe de octubre de 2021 *'El dolor y su farmacoterapia. Punto Farmacológico'*, del Consejo General de Farmacéuticos.

Se puede leer en él que, *"en todo el mundo, existe una preocupación creciente por asegurar el uso adecuado, equitativo y homogéneo de los analgésicos opioides. De este modo, dicho uso estará garantizado para quien necesite estos fármacos, sobre la base de una buena indicación clínica, y al mismo tiempo se minimizarán los riesgos inherentes a su uso"*. Cada año, la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP, por sus siglas en inglés) realiza una campaña específica para concienciar acerca de esta patología que, en el 2021, se centró en el dolor de espalda. El farmacéutico está preparado para jugar un importante papel asistencial con los pacientes con dolor.

Le insistimos a **Juan Enrique Garrido**, *vocal nacional de Oficina de Farmacia del Consejo General de Farmacéuticos*, sobre los tipos de dolor que se ven más desde el mostrador. Afirma que, por lo general, son los que están asociados a algún tipo de traumatismo. *"Suelen ser los deportistas, gente joven que se ha hecho daño haciendo algún deporte. Luego, también gente mayor. Muchísimas lumbalgias"*, declara. Es decir, suelen ser dolores tipo agudo, que no llevan muchos días,

porque, si llevan más de cinco, hay que remitirlos al médico y requieren una solución rápida. Cree que es de las principales preguntas que tienen los pacientes y de las principales recomendaciones farmacéuticas que se brindan. La *'Guía de consulta rápida en farmacia comunitaria'* de SEFAC sobre artrosis, tendinopatías, esguinces y lumbalgia, apunta que se entiende por lumbalgia el dolor en la región inferior de la espalda, incluyendo el territorio lumbar y las nalgas. Puede ser mecánico (cuando se describe como una tirantez o sobrecarga y aumenta con los movimientos) y puede asociar o no un componente de dolor irradiado hacia las extremidades inferiores. El mencionado documento del Consejo General explica que el dolor está definido por la IASP como una experiencia sensorial y emocional desagradable similar a la asociada con daño tisular real o potencial. Por tanto, es una experiencia compleja que tiene una constitución múltiple: un componente sensorial/discriminativo, relacionado con su localización, su calidad, su intensidad y sus características físicas; un componente afectivo/emocional que refleja las consecuencias del dolor para cada persona, y un componente cognitivo/evaluador que permite al individuo darle un significado a la sensación dolorosa. **Ana Oliver**, *farmacéutica y vicepresidenta de Grupo Hefame*, aclara que se considera crónico cuando supera los tres meses de duración, dejando de denominarse el dolor como un *"síntoma"* y pasando a ser considerado como una enfermedad *per se*, llegando a mostrarse como un problema de Salud pública a nivel mundial, *"siendo la causa más frecuente de sufrimiento y discapacidad, por lo que la mejora del dolor repercute claramente en una mejor calidad de vida para los pacientes que lo sufren"*. El dolor agudo es un fenómeno de corta duración que, generalmente, se asocia a un daño tisular y desaparece con la curación de la herida o lesión que lo produjo.

TIPOS DE DOLOR CRÓNICO

Según el criterio de la Clasificación Internacional de Enfermedades, establecido en mayo de 2019 por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el dolor crónico se subdivide en:

-Dolor crónico primario: se caracteriza por la alteración funcional o estrés emocional no explicable por ningún motivo de los siguientes dolores crónicos, siendo un dolor multifactorial, ya sea debido a causas biológicas, psicológicas o sociales.

-Dolor crónico oncológico: causado por el propio cáncer y/o metástasis, también puede ser causado por su tratamiento (dentro de este grupo se encuentra la polineuropatía crónica dolorosa inducida por quimioterapia y el dolor crónico posterior a la radioterapia).

-Dolor crónico postquirúrgico o postraumático: dolor que se desarrolla o aumenta de intensidad después de un procedimiento quirúrgico o una lesión tisular y que continúa más allá del proceso lógico de curación.

-Dolor crónico neuropático: el causado por una lesión o enfermedad del sistema nervioso, ya sea tanto del sistema nervioso central como periférico.

-Dolor crónico orofacial y cefalea: incluye todos los trastornos de dolor provocados por lesiones en boca y cara y por dolor de cabeza o cefalea que se padecen al menos en uno de cada dos días de media.

-Dolor visceral crónico: se origina en los órganos internos de la zona de la cabeza, del cuello, de las cavidades torácica, abdominal o pélvica.

-Dolor musculoesquelético: surge de los huesos, articulaciones, músculos, columna vertebral, tendones y/o tejidos blandos.

Existe otro tipo de clasificación atendiendo al mecanismo neurofisiológico subyacente. En este tipo de clasificación se distingue el **dolor nociceptivo**, el cual se origina por estimulación de los nociceptores somáticos, siendo este tipo de dolor el más común y más en particular los dolores osteomusculares y articulares; el **dolor no nociceptivo**, que puede originarse por una lesión nerviosa, mecanismos psicológicos o bien por otros orígenes no relacionados con la nocicepción; el **dolor mixto**, que puede tener componentes tanto nociceptivos como neuropáticos debidos a una misma etiología, y el **dolor benigno/maligno**, que son términos que se utilizan para diferenciar los dolores de causa oncológica (malignos) de aquellos que tienen cualquier otro origen (benignos).

¿EN QUÉ MOMENTO HAY QUE DERIVAR AL MÉDICO?

Los criterios de derivación generales son los siguientes:

- Niños menores de 6 años
- Mujeres embarazadas
- Personas mayores de 50 años en los que pueda existir una patología metabólica como osteoporosis u osteopenia
- Paciente con dolor intenso que no mejora en cambios posturales o que impide la movilidad
- Pacientes con dolor en reposo
- Pacientes con dolor de espalda recurrente o crónico
- Dolor que acompaña con fiebre, náuseas, vómitos o cansancio no justificado
- Paciente con dolor lumbar leve que irradia por la pierna o brazo
- Pacientes en tratamiento con esteroides
- Pacientes con claudicación de la marcha

Como ya se ha comentado, se calcula que, en Europa, la nocicepción crónica afecta al 20-30% de la población, siendo la causa más frecuente el dolor de origen osteomuscular (principalmente patologías degenerativas y lumbalgias). *"Este tipo de molestias son más comunes entre las personas que no realizan ningún tipo de ejercicio físico, aunque si se hace de forma incontrolada o desproporcionada, puede llevar a los mismos resultados que la ausencia completa (lesiones musculares, articulares y tendinosas)"*, afirma Oliver. Estos dolores son normalmente de carácter agudo, aunque los que más afectan a la calidad de vida y a las actividades de la vida diaria de las personas son los de carácter crónico. Remarca que *"tan malo es el sedentarismo como el deporte mal hecho"*.

Enorme impacto

En líneas generales, se trata de una enfermedad, en cualquiera de sus variantes anteriormente descritas, que tiene un impacto muy significativo en la calidad de vida de los pacientes. Puede llegar a tener efectos psicológicos, provocar trastornos del sueño, afectar a las relaciones sociales y laborales. Tampoco hay que olvidar los posibles daños físicos y psicológicos del cuidador, normalmente un familiar sin ningún tipo de formación al respecto y al que es necesario *"cuidar"*. Puede suponer una carga económica relevante, no sólo para el paciente, sino también para su familia y para la sociedad en general.

José Luis Soler, vocal de Farmacéuticos Titulares de Oficina de Farmacia del COF de Alicante, acentúa que *"todos los profesionales farmacéuticos, en sus distintos campos de actividad y experiencia, pueden contribuir significativamente a la adecuada atención y asesoramiento sanitario de*

los pacientes que padecen dolor". Es primordial tener en cuenta que el dolor agudo es un síntoma, por lo que siempre se debe investigar su causa. Sin embargo, el dolor crónico es una enfermedad, un problema de Salud pública mundial, y la causa más común de sufrimiento e incapacidad, por lo que un mejor manejo del mismo brindará una mejor calidad de vida a los pacientes.

"El dolor es una enfermedad que tiene un impacto significativo en las actividades diarias de los pacientes, por lo que se trata principalmente de forma ambulatoria y, en muchos casos, requiere un tratamiento prolongado o crónico", precisa. En este contexto, cobra especial interés el papel de los farmacéuticos comunitarios y las Oficinas de Farmacia, ya que la mayor parte de los fármacos indicados para el dolor en España se dispensan en la farmacia comunitaria.

Tratamiento

"Desde la Oficina de Farmacia, hay que estar muy atentos a lo que los pacientes nos manifiestan, tanto de forma verbal como no verbal, desde el mismo momento en el que entran por la puerta", advierte Oliver. Frases como *"me siento, que no aguanto de pie"* ya abren camino para preguntar, y más al ver la medicación que se lleva, tanto si es para el dolor como si no lo es. Menciona la regla del SOS, o lo que es lo mismo, saludar, observar y sonreír (con o sin mascarilla, siempre sonreír). *"Somos el profesional sanitario de más fácil acceso, y este hecho nos ayuda a conocerlos por su nombre en la mayoría de los casos. Sabemos, con sólo mirarlos, si están bien o mal"*, expresa. Reconoce que, cuando va un familiar-cuidador, pierden esta visión, pero que, con unas preguntas sobre el paciente, ya se hacen cargo de su evolución y si el tratamiento está haciendo efecto o el dolor ha empeorado (manifiestan cambios de humor, apatía, ganas de hacer cosas que antes no hacían). Del mismo modo, se puede *"cuidar al cuidador"*.

Por otro lado, no hay que descartar la posibilidad de la automedicación, que debe ser controlada desde la Oficina de Farmacia. El no querer ir al médico por falta de tiempo o tener alguna reticencia personal son, entre otros, factores que favorecen que un dolor que podría ser agudo empeore o se cronifique, si el farmacéutico, médico o enfermero, no están atentos. Es decir, *"nunca hay que menospreciar un dolor y menos cuando sabemos que cada uno tenemos umbrales diferentes, incluso la misma persona nota más dolor si su estado anímico es peor, por ejemplo"*. ¿Qué es lo que hay que hacer cuando llega un paciente con dolor a la farmacia? **Ana Dago**, presidenta de la Fundación Pharmaceutical Care, contesta que lo primero es dejarle hablar. *"Qué se exprese, porque en realidad tiene mucho que decir sobre este tema"*, matiza. Acto seguido, evaluar la efectividad del tratamiento que está utilizando. Los pacientes con dolor crónico, en general, van ya con un tratamiento a la farmacia o pasan antes por ella preguntando el *"¿qué me da para...?"*. En el screening que llevan a cabo los farmacéuticos, ya descubren si ahí hay un dolor músculo esquelético, que son los más frecuentes en el mostrador, o una migraña. *"Ya podemos ver que hay que derivar al médico"*, pronuncia. Existen un montón de herramientas para evaluar la efectividad del tratamiento que están utilizando. Para evaluar la intensidad del dolor que

**EN TODO EL MUNDO, EXISTE UNA PREOCUPACIÓN
CRECIENTE POR ASEGURAR EL USO ADECUADO,
EQUITATIVO Y HOMOGÉNEO DE LOS ANALGÉSICOS
OPIOIDES**

tiene ese paciente. Para saber qué grado de analgesia necesita. También hay cuestionarios que relacionan el dolor con la repercusión que éste tiene en la vida diaria del paciente. Por supuesto, hay que “vigilar los efectos adversos” e “intentar que no haya falta de adherencia”. Cuando se instala el dolor, es mucho más difícil de volver al estado de valle.

Cuantificar el dolor es bastante complicado por la diversidad de manifestaciones que conlleva (punzante, sensación de quemazón, intermitente, si mejora o empeora con el movimiento, etcétera) y por el carácter subjetivo de su percepción. Por ello, se recurre a métodos que dispongan de una elevada validez y fiabilidad y fácilmente comprensibles por el paciente, y que, aunque generalmente toman forma de escalas validadas (analógica, verbal, numérica, gráfica, etcétera), utilicen ciertos cuestionarios. Los más empleados son el del dolor de McGill (MPQ), el cuestionario de afrontamiento ante el dolor crónico (CAD), el cuestionario DN4 (DN4) o el inventario multidimensional del dolor de West Haven-Yale (WHYMPI), entre otros.

En el tratamiento del dolor, dirigido a la búsqueda de la analgesia, se emplean una amplia variedad de fármacos con mecanismos de acción muy diversos. Los grupos terapéuticos más usados son analgésicos y antiinflamatorios no esteroídicos (AINE), antiinflamatorios tópicos y analgésicos opioides, aunque asimismo se pueden emplear corticoides. Los AINE son el primer escalón en el tratamiento del dolor junto con el paracetamol y el metamizol, de acuerdo con la escala analgésica de la OMS. Algunas presentaciones pueden adquirirse sin receta médica, bajo la supervisión del farmacéutico. Pero, según Oliver, “los tratamientos no se limitan sólo a analgésicos por vía oral o tópica de mayor o menor potencia, se emplean antidepresivos y antiépilépticos, incluso en ocasiones otros que aparentemente no quitan el dolor, pero pueden ser necesarios en episodios fuertes del dolor crónico como antieméticos o antimigrañosos”. Oliver subraya que, igualmente, se ha visto utilidad en algunos medicamentos que se suelen utilizar principalmente para otras patologías pero que pueden disminuir el dolor (como algunos antihipertensivos a dosis bajas para los dolores de cabeza, o relajantes musculares, entre otros). Es posible la utilización, en la mayoría de los casos, de algún coadyuvante de fitoterapia si la patología y el paciente lo permiten.

NO HAY QUE DESCARTAR LA POSIBILIDAD DE LA AUTOMEDICACIÓN, QUE DEBE SER CONTROLADA DESDE LA OFICINA DE FARMACIA

De las casi 2.000 presentaciones comercializadas para el tratamiento del dolor, al menos 200 son de medicamentos no sujetos a prescripción médica, o de dispensación libre por el farmacéutico. Aun así, ante un cuadro de dolor crónico, leve o moderado, es habitual recurrir a otras medidas no farmacológicas antes, durante o después del tratamiento farmacológico.

La fisioterapia puede ser útil para recuperar la funcionalidad perdida o reducida por una lesión, aunque, si se realiza sin ningún control o por profesionales no cualificados, se corre el riesgo de perjudicar más de lo que puede beneficiar.

Tanto la aplicación de calor como la de frío, lo que es la termoterapia, puede ayudar a aliviar el dolor. En general, se recomienda la aplicación

de frío en los dolores agudos y con componente inflamatorio y el empleo de calor con el dolor subagudo y crónico, aunque a veces el frío mejora dolores crónicos como suele suceder en el caso de migrañas. Existen bolsas reutilizables de gel frío-calor, de muy fácil utilización.

Dentro del ejercicio suave a aconsejar; se podría incluir caminar, nadar o andar en bicicleta, y siempre que no esté contraindicado. Hay que encontrar el ejercicio físico adecuado para cada dolor y persona. El farmacéutico puede incentivar que esto se realice, sencillamente preguntando si los hace, cómo los hace o animándole, ya que, al principio, suele suponer una carga para el paciente con dolor crónico y no ve el efecto beneficioso de forma inmediata.

Desde la terapia ocupacional, tras una evaluación del paciente, se le enseñará a hacer las tareas ordinarias de manera diferente, ayudando a reducir los movimientos que ocasionan más dolor y buscando su mayor independencia. Desde la farmacia, se puede ofrecer muchas ayudas técnicas como alzadores, muletas, sillas de ruedas, cubiertos adaptados, esponja con alargador para las zonas de difícil acceso del paciente, facilitando su autonomía y mejorando su calidad de vida (y la del posible cuidador).

El tratamiento cognitivo conductual incorpora métodos que ayuden a relajarse y disminuir el estrés. “El dolor se incrementa por el estrés, la depresión, los cambios de humor... Y éstos aumentan con el dolor, por lo que hay que intentar romper ese círculo vicioso”, puntualiza Oliver. Ayudar al paciente a entender que es normal que se sienta triste, cansado, con pocas ganas de salir y que ello mismo le perjudica, es fundamental. Hay que tener en cuenta que son pacientes que duermen peor de lo normal y que llegar un poco cansados a la noche les beneficiaría. Por ende, es interesante enseñar rutinas para dormir que pueden o no estar acompañadas de productos para dormir mejor (de prescripción médica o no, pero siempre adecuadas al paciente).

La ortopedia no es sólo para mejorar la autonomía del paciente (andadores, bastones, sillas para la ducha, etcétera), sino también tipo órtesis (muñequeras, coderas e incluso férulas de descarga para el bruxismo tan corriente en personas con estrés y que incrementa el dolor de cabeza). Aquí, el arsenal es muy grande y se puede adaptar a las diferentes necesidades.

Soler se muestra de acuerdo con Oliver en que se aborda el dolor desde la farmacia “preguntando, escuchando y, sobre todo, informando”. Argumenta que un aspecto especialmente relevante de la labor profesional del farmacéutico es la educación del paciente. “La educación para la salud en condiciones de dolor, así como en cualquier proceso crónico, es fundamental para el buen control de estas enfermedades y es hoy otro pilar en su tratamiento, y se enfoca en mantener una buena calidad de vida para que los pacientes puedan realizar sus actividades diarias de forma natural, participando activamente en su estado de salud”, manifiesta el vocal del COF de Alicante.

“Sabemos que un paciente con dolor crónico informado conoce mejor sus síntomas y, en ocasiones, puede manejarlos sin tener que acudir a Urgencias”, asegura. Además, al comprender mejor su situación, podrá comunicarse de manera más efectiva con su médico, lo que reducirá la cantidad de visitas y, por lo tanto, provocará la reducción del gasto sanitario.

Eso sí, la labor del profesional farmacéutico no se limita a garantizar una información veraz. Es también labor de las farmacias y de sus profesionales la detección de los casos de dolor leve y autolimitado en el tiempo, los cuales pueden resolverse a través del Servicio de Indicación Farmacéutica, dispensando medicamentos no sujetos a prescripción médica, proporcionando una información personalizada del medicamento dispensado, así como el conjunto de medidas no farmacológicas útiles para resolver el problema de salud. No obstante,

| Clasificación de los AINE por su vida media | | |
|--|--|--|
| < 5 horas -Ácido acetilsalicílico -Ibuprofeno -Diclofenaco -Ácido mefenámico -Ketoprofeno -Indometacina | 5-15 horas -Diflunisal -Flurbiprofeno -Naproxeno -Calecoxib | > 15 horas -Piroxicam -Rofecoxib -Tenoxicam |
| Clasificación de los AINE por su potencia antiinflamatoria | | |
| Analgésicos y antiinflamatorios moderados -Derivados del ácido propiónico: ibuprofeno, ketoprofeno, naproxeno -Derivados del ácido antranílico, como el ácido mefenámico -Derivados del ácido arilacético: aceclofenaco, diclofenaco | Analgésicos y antiinflamatorios potentes -Salicilatos -Indometacina | |
| Clasificación de AINE por su acción sobre las isoformas de la COX | | |
| Inhibidores no selectivos -Salicilatos -Derivados del ácido propiónico -Derivados del ácido antranílico | Inhibidores selectivos COX-2 -Selectividad exclusiva → coxibs: rofecoxib, parecoxib, celecoxib, etoricoxib -Selectividad preferencial → oxicams: meloxicam, piroxicam | |

el farmacéutico deberá orientar al paciente a la consulta del médico y a un estudio clínico más detallado en aquellos casos que requieran de una intervención más exhaustiva.

Se estima que la tasa de incumplimiento terapéutico de los tratamientos analgésicos se sitúa entre el 4% y el 48%, lo que sitúa el Servicio de Adherencia Terapéutica como un gran aliado en la mejora de las tasas de adherencia de aquellos pacientes con dolor. Las intervenciones personalizadas orientadas a la adaptación de las rutinas, o los cambios comportamentales para promover una mejora en la administración de los fármacos siempre a la misma hora, mejoran de manera radical el cumplimiento farmacológico.

Uno de los aspectos más relevantes y de mayor importancia en el que los farmacéuticos pueden y deben trabajar para el manejo terapéutico del dolor es el relativo a un adecuado seguimiento farmacoterapéutico, el cual permitirá realizar un análisis exhaustivo de la medicación para así conocer los posibles problemas relacionados con el medicamento o los resultados negativos en salud. Este servicio profesional farmacéutico asistencial (SPFA) permite la detección de posibles reacciones adversas (con su correspondiente notificación al Sistema Nacional de Farmacovigilancia), de fenómenos de dependencia y tolerancia (especialmente en el caso de analgésicos opioides) o de interacciones farmacológicas entre la medicación prescrita y aquella que el paciente toma de manera habitual. Con todo, en palabras de Soler, dado que

ES PRIMORDIAL TENER EN CUENTA QUE EL DOLOR AGUDO ES UN SÍNTOMA, POR LO QUE SIEMPRE SE DEBE INVESTIGAR SU CAUSA

más de dos millones de pacientes y usuarios visitan cada día las más de 22.000 farmacias españolas y se dan más de 182 millones de consejos de salud cada año, parece evidente el potencial del farmacéutico comunitario como agente divulgador sanitario y como agente de canalización hacia el médico para personas con problemas relevantes de salud que requieran un estudio clínico más detallado. Concluye que la farmacia es un centro accesible y divulgador capaz de proporcionar información veraz y coherente para el buen control del dolor, "siendo hoy en día un pilar fundamental para su tratamiento, enfocándose en mantener una buena calidad de vida para que los pacientes puedan realizar sus actividades diarias con normalidad, y participar activamente en su bienestar". Teniendo en cuenta que las farmacias y los farmacéuticos son, en muchos casos, los primeros profesionales sanitarios con los que interactúan los pacientes (es de-

cir, la puerta de entrada al sistema sanitario), se encuentran en una posición única para el tratamiento y mejora de calidad de vida de pacientes con dolor.

Edelmira Córcoles, coordinadora del grupo de Dolor de SEFAC, deja claro que el dolor debe abordarse de manera multidisciplinar y que los farmacéuticos están "preparados y formados" para ello. De hecho, piensa que deben actuar. "En medicación, en adherencias, en la educación sanitaria; con todos nuestros servicios. Y conseguir eso, lo más importante, todo alrededor del paciente y mejorar su calidad de vida, que es lo más importante. Vivir sin dolor. Intentarlo por lo menos", arguye. Resalta que, con su actuación, los farmacéuticos ayudan a que, en tiempos como los que hemos vivido, no se colapse el sistema sanitario.

El objetivo principal del farmacéutico comunitario es llevar a cabo actuaciones enfocadas en la mejora de la calidad de vida del paciente con dolor. En este sentido, todas las actuaciones anteriormente expuestas son útiles para el tratamiento integral de la patología en toda su dimensión. Una revisión con metaanálisis de los estudios publicados sobre el efecto de las intervenciones educativas realizadas por los farmacéuticos en pacientes con dolor sugirió que eran capaces de producir beneficios significativos en diferentes áreas; reducción media de 0,5 puntos sobre 10 en la intensidad del dolor, reducción de más del 50% en la incidencia de efectos adversos y mejora de 1 punto sobre 10 en la satisfacción con el tratamiento. +