

■ CASO CLÍNICO

El control del dolor crónico: el gran olvidado

Control of chronic pain: the great forgotten

Grau Martínez A.

Farmacéutica comunitaria. Farmacia La Barbera. La Vila Joiosa (Alicante)

INTRODUCCIÓN:

El dolor crónico es una experiencia sensorial y emocional desagradable relacionada con una lesión y que persiste en más de tres a seis meses. La prevalencia del dolor es del 25% en la población general y son muchas las enfermedades que cursan con dolor crónico.

Por esta razón, requieren la intervención de farmacéuticos para prevenir, resolver e identificar problemas relacionados con la medicación, incluido identificar la intensidad del dolor para disminuirla, evitar su aparición o agravación del dolor ya existente en un caso determinado, mediante el estudio e identificación de la causa, como por ejemplo, inseguridad ligada a dosificaciones erróneas, ausencia de tratamiento o ineffectividad del tratamiento prescrito.

El éxito del tratamiento del dolor crónico recae en la obtención de una analgesia efectiva minimizando los posibles efectos adversos. Mediante el seguimiento farmacoterapéutico del paciente es posible llegar a alcanzar el éxito y mejorar la calidad de vida del paciente.

Fecha de recepción: 20/03/ 2016 Fecha aceptación: 30/03/2016

Correspondencia: Anna Grau
Correo electrónico: annagraumar@gmail.com

Grau Martínez A.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

FLM es una paciente que acude regularmente a la Farmacia a retirar su medicación desde que se quedó viuda hace unos meses. Es una mujer de 85 años que está en tratamiento por hipertensión arterial (HTA), hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia, hipotiroidismo y polimialgia reumática.

Desde la unidad de optimización de la farmacoterapia y servicio de SPD[®], se le ofrece el seguimiento farmacoterapéutico, ya que la paciente refiere dolores por polimialgia reumática, los cuales hace tanto tiempo que los siente que no recuerda como es no sentir dolor.

En febrero de 2015, acepta incluirse en la Unidad de Optimización de la farmacoterapia, al mismo tiempo se le informa sobre el servicio de SPD[®], sus ventajas y beneficios para la paciente, recalcar su utilidad en el proceso de optimización porque puede mejorar la adherencia y evitar errores de dosificación.

Se le realiza la entrevista inicial, donde nos entrega los últimos informes de cardiología y reumatología, y las últimas analíticas. Posteriormente, se le realiza el estudio y revisión del tratamiento obteniendo como resultado el siguiente cuadro de “Estado de situación”, donde relacionamos los problemas de salud con los medicamentos prescritos:

PACIENTE	FLM						
CONDICIÓN PATOLÓGICA	CIE 9	FECHA INICIO	OBJETIVO	ESTADO	FÁRMACO o P.A.	POSOLOGÍA	RESPUESTA
HIPOTIROIDISMO PRIMARIO O NEOM.	244.9		Crónico	Estable	LEVOTIROXINA 75 MCG / 100 COMPRIMIDOS	1-0-0-0	
HIPERCOLESTEROLEMIA PURA	272		Crónico	Estable	ATORVASTATINA 40 MG / 28 COMPRIMIDOS	0-0-0-1	
HIPERTRIGLICERIDEMIA PURA	272.1		Crónico	Estable	FENOFIBRATO 145 MG / 30 COMPRIMIDOS	0-1-0-0	
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	725		Crónico	Estable	TELMISARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA (40/12,5)	1-0-0-0	
POLIMIALGIA REUMÁTICA	401.9		Crónico	Empeora	METAMIZOL 575 MG / 20 CAPSULAS	1-1-0-1	No adherencia
	401.9		Crónico	Empeora	DEFLAZACORT 6 MG / 20 COMPRIMIDOS	1-1-0-0	Efectividad

La polimialgia es menos frecuente que la artritis y artrosis, pero la incidencia está aumentando con el aumento de la vida media. El dolor en la polimialgia reumática se caracteriza por la aparición de dolor en hombros y caderas, se acentúa en reposo y con el calor. A pesar de ser un dolor inflamatorio, los antiinflamatorios no son suficientes, necesitando siempre corticoides en pequeñas dosis.

Para la valoración de la intensidad del dolor existen varias herramientas. En atención primaria, la forma más frecuente de medir el dolor clínico es solicitar al paciente que indique su intensidad en utilizando escalas de clasificación específica. Cuantificamos el dolor de la paciente con la Escala visual analógica EVA, en la cual debe indicar el número de 0 a 100 que se identifique con la intensidad del dolor. También, utilizamos la escala de la expresión facial. Esta escala es más utilizada para el dolor en niños, pero nos pareció útil para FLM ya que es más visual y fácil de manejar. Ella nos indicó un 80 en la EVA y la cara 8 en la escala de expresión facial, que es la cara que se identifica con mucho dolor.

Grau Martínez A.

Tras la evaluación inicial del estado de salud de la paciente, con el estudio tanto de los problemas de salud que presenta y los tratamientos prescritos, constatamos que no existe ninguna medida no farmacológica que apoye su tratamiento. Realizamos la primera intervención: derivamos al médico para reevaluar la medicación para el dolor no controlado por polimialgia reumática. Se realiza por escrito, se le entrega la carta siendo FLM la intermediaria. En la carta, nos presentamos, le informamos sobre la inclusión de FLM en el SFT y además se le informa de la importancia y ventajas del servicio de SPD[®] que podría beneficiarse la paciente, y agradeciendo de antemano su colaboración. El servicio de SPD[®] servirá para mejorar el cumplimiento del metamizol y del resto en general ya que a veces no se acuerda de si ha tomado la medicación o no.

FLM acude a la farmacia en marzo, para la visita de seguimiento mensual, con un tratamiento nuevo para el dolor, es decir, la intervención ha sido aceptada tanto por la paciente como por el médico. Le prescriben Transtec en parches (buprenorfina), 1 parche cada 3 días y nos comunica que quiere darse de alta en el servicio de SPD[®].

En abril del 2015, coincidiendo la revisión anual con su reumatólogo y la visita mensual del SFT, la paciente tiene un tratamiento nuevo: Tramadol/Paracetamol 37,5 mg/325mg cada 8 horas. Este medicamento es evaluado y envasado en el SPD. Cada vez que se le añade un medicamento nuevo se le revisa la medicación: nuevo estado de situación. En este caso, se detecta una duplicidad del Transtec (buprenorfina) con el tramadol ya que son ambos opioides, pudiendo aumentar el efecto sedante acompañado de desorientación, cefalea y confusión. Se trata de una duplicidad intencionada porque el beneficio-riesgo y la voluntad de la paciente se inclinan hacia aliviar el dolor. Durante el SFT se presta especial atención en la aparición de estos efectos y tanto la paciente como sus familiares están advertidos.

La paciente refiere estar mejor del dolor a pesar de llevar sólo 2 días tomando Tramadol/Paracetamol 37,5 mg/325mg. FLM cumple 3 meses de seguimiento y utilizando SPD[®] en mayo del 2015, coincidiendo esta vez con su revisión anual con el cardiólogo: suspensión de la atorvastatina 40mg y es sustituido por rosuvastatina 20mg. Consultamos las últimas guías clínicas las cuales indican que se sustituye por rosuvastatina por el menor riesgo de interacciones. En cuanto al dolor refiere tener el problema controlado y no le preocupa.

PACIENTE	FLM							
	ficha paciente		OBJETIVO	ESTADO	FÁRMACO o P.A.	POSOLOGÍA	RESPUESTA	
CONDICIÓN PATOLÓGICA	CIE 9	FECHA INICIO						
HIPOTIROIDISMO PRIMARIO O NEOM.	244.9		Crónico	Estable	LEVOTIROXINA 75 MCG / 100 COMPRIMIDOS	1-0-0-0		
HIPERCOLESTEROLEMIA PURA	272		Crónico	Estable	ROSUVASTATINA 20 MG / 28 COMPRIMIDOS REC	0-0-0-1		
HIPERTRIGLICERIDEMIA PURA	272		Crónico	Estable	FENO FIBRATO 145 MG / 30 COMPRIMIDOS	0-1-0-0		
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	272.1		Crónico	Estable	TELMISARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA (40/12,5)	1-0-0-0		
POLIMALGIA REUMÁTICA	401.9		Crónico	Empeora	METAMIZOL 575 MG / 20 CAPSULAS	1-1-0-1	No adherencia	
	401.9		Crónico	Empeora	DEFLAZACORT 6 MG / 20 COMPRIMIDOS	2-0-0-0	Efectividad	
	401.9		Crónico	Empeora	BUPRENORFINA 30 MG (52,5MCG/H) / 5 PARCHES	CADA 3 DIAS	Efectividad	
	401.9		Crónico	Empeora	PARACETAMOL + TRAMADOL (325/37,5)MG / 20	A demanda	Seguridad	Duplicidad

El control del dolor crónico: el gran olvidado

Caso Clínico

Grau Martínez A.

La siguiente visita de FLM se produce por demanda de la paciente tres semanas después, en junio del 2015. La paciente ha decidido por si misma dejar de tomar el Tramadol/Paracetamol 37,5 mg/325mg, sólo lo toma a demanda. Nos cercioramos de que la razón no sea la posible duplicidad Buprenorfina-Tramadol. Le recomiendo que acuda a su médico para informarle sobre su decisión. Nos encontramos con una falta de adherencia.

Tras la visita al médico para comunicarle el cambio de posología del Tramadol/Paracetamol 37,5 mg/325mg decidido por la paciente, nos reunimos con ella para la sexta visita del SFT. Nos entrega una carta del médico donde expone el tratamiento completo de la paciente a modo de revisión para ponernos al día, en la que verifica que la posología del Tramadol/Paracetamol 37,5 mg/325mg será a demanda, tal y como la paciente decidió hacer.

PACIENTE	FLM						
	ficha paciente						
CONDICIÓN PATOLÓGICA	CIE 9	FECHA INICIO	OBJETIVO	ESTADO	FÁRMACO o P.A.	POSOLOGÍA	RESPUESTA
HIPOTIROIDISMO PRIMARIO O NEOM.	244.9		Crónico	Estable	LEVOTIROXINA 75 MCG / 100 COMPRIMIDOS	1-0-0-0	
HIPERCOLESTEROLEMIA PURA	272		Crónico	Estable	ATORVASTATINA 40 MG / 28 COMPRIMIDOS	0-0-0-1	
HIPERTRIGLICERIDEMIA PURA	272.1		Crónico	Estable	FENOFIBRATO 145 MG / 30 COMPRIMIDOS	0-1-0-0	
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	725		Crónico	Estable	TELMISARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA (40/12,5)	1-0-0-0	
POLIMIALGIA REUMÁTICA	401.9		Crónico	Empeora	METAMIZOL 575 MG / 20 CAPSULAS	1-1-0-1	No adherencia
	401.9		Crónico	Empeora	DEFLAZACORT 6 MG / 20 COMPRIMIDOS	2-0-0-0	Efectividad
	401.9		Crónico	Empeora	BUPRENORFINA 30 MG (52,5MCG/H) / 5 PARCHES	CADA 3 DIAS	Efectividad
	401.9		Crónico	Empeora	PARACETAMOL + TRAMADOL (325/37,5)MG / 20	Ademanda	Seguridad

RESOLUCIÓN DEL CASO

A lo largo del seguimiento de los primeros 6 meses, con especial hincapié en el control del dolor por polimialgia reumática, nos hemos encontrado con:



Grau Martínez A.

En cuanto a la intensidad del dolor, volvemos a utilizar las mismas escalas (EVA y la escala de expresión facial). Esta vez, indica de 0 a 100, un dolor de 50 y la cara 4 “duele un poco más”, el dolor se ha reducido en 6 meses aproximadamente un 50%, cumpliendo uno de los objetivos del tratamiento del dolor crónico.

CONCLUSIONES:

Ante un caso de polimialgia reumática, el paciente requiere una evaluación médica porque en algunas ocasiones se confunde con artritis o síndromes paraneoplásicos. Pero una vez diagnosticada y causa dolor, es importante tanto la evaluación del dolor y su control, como también la evaluación y optimización de la farmacoterapia asociada.

Los resultados negativos de la medicación analgésica que aparecen con más frecuencia son los de ineffectividad, inseguridad y los de necesidad no cubierta. Por ello, es importante la actuación desde la farmacia comunitaria optimizando la farmacoterapia y reforzando el seguimiento farmacoterapéutico. La intervención del farmacéutico puede mejorar el conocimiento que el paciente tiene sobre su medicación, dosis correctas, pautas de uso, aparición de efectos adversos por lo que aquellos pacientes donde identifiquemos necesidades farmacoterapéuticas serán candidatos para la inclusión del servicio SFT.

El servicio de SPD se ha mostrado como una herramienta indispensable para la adherencia al tratamiento, además de permitir un seguimiento mensual con visitas programadas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Luengo-Fernández, E. Tratamiento lipídico en la guía europea de dislipemias. Rev Esp Cardiol Supl. 2012;12(C) 19-25.
- Scottish Intercollegiate Guideliens Network (SIGN). Management of chronic pain. Edinburgh: SIGN; 2013. (Citado en 20 de Febrero del 2016). Disponible en: <http://www.sign.ac.uk/pdf/SIGN136.pdf>
- Silva Castro M. El dolor tratado con medicamentos. La experiencia farmacoterapéutica de los pacientes usuarios de analgésicos. (Citado en 20 de Febrero del 2016). Disponible en: http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/67294/1/TFM_Silva%20Castro%20Martha%20Milena.pdf