

El papel del farmacéutico comunitario en las patologías del SNC

1	Introducción a la patología del SNC. Papel de la farmacia comunitaria
2	Cefalea y migraña
3	Dolor neuropático y fibromialgia
4	Patologías cerebrovasculares: ictus isquémico, hemorragia cerebral y papel de la HTA
5	Enfermedad de Parkinson, demencias y enfermedad de Alzheimer
6	Patología neurológica y urgencias (epilepsia, meningitis, lesiones traumáticas...)
7	Trastornos del estado de ánimo y trastorno bipolar
8	Trastornos del neurodesarrollo. Trastorno del espectro autista y trastorno por déficit de atención e hiperactividad
9	Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos
10	Urgencias psiquiátricas y patología psiquiátrica aguda (crisis psicóticas, riesgo de suicidio)
11	Trastornos de la conducta alimentaria. Trastornos conductuales y del control de los impulsos
12	Trastornos relacionados con el consumo de sustancias adictivas y otras adicciones

Atención farmacéutica

MÓDULO 3

Dolor neuropático y fibromialgia

Lucrecia Moreno¹, Rafael Sánchez Roy²

¹Catedrática de Farmacología. Vicedecana del Grado en Farmacia. Universidad CEU Cardenal Herrera. ²Jefe de Servicio de Neurología. Hospital Arnau de Vilanova (SVN). Profesor asociado de la Universidad CEU Cardenal Herrera

Objetivos de aprendizaje

- Conocer el concepto de dolor neuropático.
- Reconocer los síntomas que provocan dolor por lesión neurológica.
- Familiarizarse con el servicio de Revisión del Uso de los Medicamentos (RUM).
- Diferenciar el tratamiento del dolor crónico y el del dolor neuropático.
- Conocer los fármacos utilizados para el tratamiento de la fibromialgia.
- Saber dar información sobre medidas terapéuticas farmacológicas y no farmacológicas para el dolor neuropático.

Caso clínico

María es la hija de una cliente habitual de la farmacia. Ha pasado unos años difíciles desde la muerte de su padre, circunstancia que ha afectado enormemente a María con taquicardias, ataques de ansiedad y episodios de dolor torácico que han requerido visitas frecuentes a urgencias. Desde el último año ha visitado a varios especialistas médicos porque, además de estos episodios



puntuales, manifiesta problemas digestivos y un cansancio y dolor muscular constantes que también le impiden un descanso eficaz por la noche. Tras la ronda de especialistas médicos ha acumulado la siguiente medicación: inhibidores de la bomba de protones para las molestias gástricas, benzodiazepinas para el insomnio, betabloqueantes para las taquicardias y antiinflamatorios no esteroideos (AINE) para el dolor muscular. Además, toma contraceptivos orales.

Cansada de tantos especialistas y medicaciones y de no encontrarse bien, viene a la farmacia con la última receta del nuevo especialista, que le ha diagnosticado fibromialgia y le ha recetado amitriptilina.

María, como casi todos los jóvenes, es usuaria de las redes sociales y de Internet, de modo que ha buscado información sobre este fármaco y dice que no va a utilizarlo porque ella no tiene una enfermedad psiquiátrica.

Breve descripción de la patología

Concepto

El dolor ha sido definido como una experiencia sensorial y emocional desagradable ocasionada por un daño tisular real o potencial. Según su duración, puede clasificarse en dolor agudo o dolor crónico si perdura más de 3 meses, y según el lugar de origen en dolor nociceptivo o neuropático. El dolor nociceptivo es resultado de la activación fisiológica de los receptores del dolor. Su causa suele ser una lesión en los tejidos y tiene una función protectora frente a posibles estímulos nocivos. El dolor neuropático, a diferencia del nociceptivo, no se produce por una estimulación de los receptores del dolor, sino por una lesión de las vías que conducen el dolor. Es un dolor iniciado o causado por una lesión o disfunción en el sistema nervioso central o periférico.

Epidemiología

No se conoce de manera precisa la prevalencia exacta del dolor neuropático. En Europa, alrededor del 20% de la población sufre dolor crónico, y un 7-8% sufre dolor predominantemente neuropático, lo que equivale actualmente a 50 millones de personas, con una incidencia anual de casi el 1% de la población.

La depresión, la ansiedad y los trastornos del sueño son también significativamente más prevalentes en pacientes con dolor neuropático al compararlo con otros tipos de dolor.

Patogenia

Se han implicado varios mecanismos fisiopatogénicos para explicar el dolor neuropático, pero de manera resumida hay dos que resultan fundamentales: el primero de ellos es la «generación ectópica de impulsos», según la cual, tras una lesión en la membrana del axón, ésta podría cambiar sus propiedades de excitabilidad, de modo que se hace hiperexcitable en el lugar de la lesión y origina tanto síntomas espontáneos como provocados; el segundo de estos mecanismos es la «sensibilización central», que explica cómo una estimulación de neuronas periféricas, nociceptivas o no, puede desembocar en la producción de dolor crónico como consecuencia de cambios cerebrales en neuronas sensoriales. Con ello se explicaría la existencia de una «memoria del dolor», con posible desencadenamiento de dolor ante estímulos mínimos o con desencadenantes cognitivos.

Sintomatología

Se distingue entre signos y síntomas negativos y positivos. Los fenómenos negativos son útiles para la localización topográfica de la lesión neurológica responsable del dolor neuropático. Los síntomas positivos pueden ser evocados tras la aplicación de determinados estímulos (estímulo-dependientes) o ser espontáneos (no estímulo-dependientes).

Síntomas espontáneos

- Parestesias (sensación anormal que no se percibe como desagradable).
- Disestesias (sensación anormal desagradable).
- Dolor urente continuo o dolor quemante.
- Dolor paroxístico o lancinante.

Síntomas evocados

- Hiperalgia mecánica estática y térmica (percepción de un estímulo como más intenso de lo que normalmente es).
- Hiperalgia al pinchazo (centralización del dolor periférico). La alodinia (centralización del dolor periférico) es un dolor producido por un estímulo que normalmente no ocasiona dolor.

Diagnóstico

El diagnóstico del dolor neuropático es esencialmente clínico y se realiza mediante la historia clínica y la exploración neurológica. Como el dolor es, por definición, un síntoma subjetivo, es de gran utilidad la aplicación de escalas de valoración del dolor, como la Escala Visual Analógica (EVA). Es necesaria una exploración neurológica detallada que incluya una valoración minuciosa de la sensibilidad. Las exploraciones complementarias irán encaminadas a detectar, si es posible, la lesión de base del dolor neuropático.

Los estudios electrofisiológicos tienen una utilidad limitada y suelen requerir la aplicación de técnicas más específicas. Las pruebas de neuroimagen funcional (resonancia funcional y tomografía de emisión de positrones) son técnicas de investigación que permiten ver los distintos patrones de activación en el dolor neuropático. La biopsia de piel permite obtener un diagnóstico de neuropatía axonal de fibras pequeñas de los nervios periféricos.

Información sobre la utilización de medicamentos

Si hay una actividad realmente transversal que debe implicar a casi todos los servicios profesionales farmacéuticos asistenciales relacionados con los medicamentos, ésta es la revisión de los medicamentos o revisión de la farmacoterapia.

El servicio de Revisión del Uso de los Medicamentos (RUM) es un servicio de revisión realizado cara a cara con el paciente de los medicamentos que utiliza. Esta revisión se centra únicamente en el proceso de uso de los medicamentos por parte del paciente.

Se trata de una revisión estructurada del grado de conocimiento que el paciente tiene de sus medicamentos y del uso que hace de ellos, ofreciendo asesoramiento sobre su utilización correcta y asegurándose de que el paciente entiende por qué tiene que tomarlos y sabe cómo utilizarlos y/o administrárselos.

Además, es necesario identificar los problemas observados y realizar las recomendaciones oportunas sobre los cambios necesarios y, en su caso, comunicarlos al médico prescriptor mediante un formulario específico. El objetivo general del servicio de RUM es que los pacientes mejoren el conocimiento, la adherencia y el proceso de uso de los medicamentos.

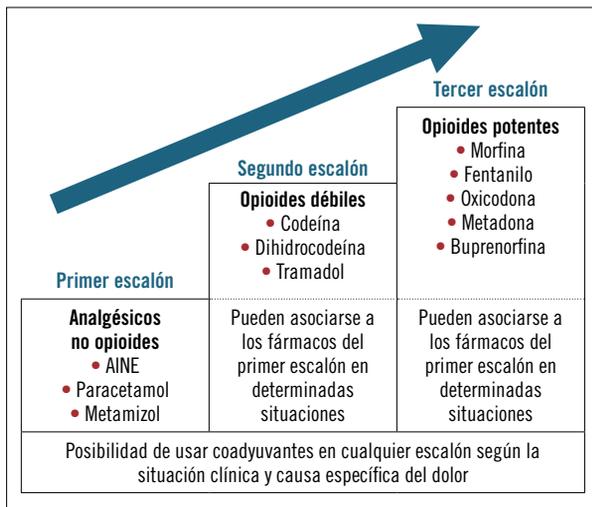


Figura 1. Escala analgésica de la OMS para el tratamiento del dolor crónico

En el caso de María, es importante informar a la paciente de que no hay ningún fármaco con indicación específica para la fibromialgia aprobado por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios ni por la Agencia Europea de Medicamentos. Entre los fármacos que se han utilizado para paliar los síntomas de la fibromialgia, sólo unos pocos han demostrado cierta eficacia en ensayos clínicos, si bien ninguno de ellos presenta suficiente evidencia como para que la indicación se incorpore en la ficha técnica.

El abordaje de esta enfermedad debe ser multidisciplinar, y deben utilizarse fármacos que actúen sobre el dolor y la fatiga.

En la década de 1980, la Organización Mundial de la Salud (OMS) promovió una escala analgésica como marco para el uso racional de los fármacos analgésicos en el dolor de origen oncológico, que ha sido muy útil también en todo tipo de pacientes afectados de dolor crónico (figura 1). Sin embargo, es necesario realizar algunas modificaciones para adaptar esta escala analgésica de la OMS al tratamiento del dolor neuropático y establecer una nueva escala de cuatro escalones específica para este tipo de dolor (figura 2). En el primer escalón estarían los antiepilépticos y/o antidepresivos, solos o combinados entre ellos. En el segundo se usarían los antiepilépticos y/o antidepresivos, asociados a los opioides menores, como tramadol o codeína. En un tercer escalón de dolor neuropático intenso se mantendrían los antiepilépticos y/o antidepresivos, asociados o no a los opioides mayores, como morfina, oxidodona, fentanilo transdérmico o buprenorfina transdérmica. Los AINE, de igual forma, se añadirán en los casos de dolor mixto. En el cuarto y último escalón estarían las diferentes técnicas invasivas selectivas contra el dolor neuropático.

Existe evidencia científica de la eficacia analgésica de algunos fármacos antidepresivos y algunos fármacos antiepilépticos en el dolor neuropático (tabla 1). El mecanismo por el que los fármacos con capacidad anticonvulsiva pueden causar analgesia se relaciona, sobre todo, con su capacidad de modular los canales de sodio y de calcio a nivel neuronal, además de modular la transmisión gabaérgica.

Con cualquier fármaco que se emplee para el control de síntomas, se recomienda empezar con dosis bajas e ir las incrementando en función de la respuesta, así como valorar

1.º escalón	2.º escalón	3.º escalón	4.º escalón
Antiepiléptico +/- antidepresivo	Antiepiléptico +/- antidepresivo +/- opiáceos débiles (tramadol)	Antiepiléptico +/- antidepresivo +/- opiáceos fuertes (morfina)	Técnicas analgésicas
AINE en casos de dolor mixto	AINE en casos de dolor mixto	AINE en casos de dolor mixto	AINE en casos de dolor mixto

Figura 2. Escala analgésica para el dolor neuropático. AINE: antiinflamatorio no esteroideo

Tabla 1. Fármacos con evidencia terapéutica en los síntomas de fibromialgia

Fármaco	Rango terapéutico	Síntomas sobre los que puede ser eficaz
Paracetamol	2-3 g/día	• Dolor
Tramadol	150-300 mg/día	• Dolor
Amitriptilina*	25-50 mg/día	• Dolor • Sueño • Fatiga • Limitación funcional
Ciclobenzaprina*	10-40 mg/día	• Sueño • Dolor
Gabapentina	900-3.600 mg/día	• Dolor • Sueño • Limitación funcional • Ansiedad
Duloxetina*	60-120 mg/día	• Dolor • Sueño • Depresión • Limitación funcional
Pregabalina	300-450 mg/día	• Dolor • Sueño • Limitación funcional • Ansiedad
Fluoxetina*	20-70 mg/día	• Dolor • Sueño • Fatiga • Depresión • Limitación funcional
Trazodona	50-300 mg/día	• Sueño

Adaptada de: Documento de Fibromialgia del Sistema Nacional de Salud.
*Mayor grado de recomendación

cuidadosamente contraindicaciones y efectos adversos. En algunos casos en los que se detecte falta de respuesta, en lugar de cambiar o añadir analgésicos podría plantearse la asociación al analgésico de fármacos de distintos grupos terapéuticos o con diferente mecanismo de acción, en función de los síntomas predominantes.

Información a la paciente sobre los tratamientos farmacológicos con evidencia terapéutica en los síntomas de la fibromialgia

Paracetamol es el fármaco más utilizado en la fibromialgia. Aunque no hay estudios controlados que avalen su uso, por su seguridad y tolerancia es razonable utilizarlo como analgésico, y un tercio de pacientes que lo toman consideran que les resulta útil.

Sobre el efecto de tramadol para el manejo del dolor hay moderada evidencia como fármaco único o combinado con paracetamol.

Amitriptilina reduce el dolor y la fatiga, mejora el sueño y produce una sensación global de mejoría desde la perspec-

tiva del médico y del propio paciente, por tanto puede recomendarse para el tratamiento de estos síntomas en pacientes con fibromialgia.

Ciclobenzaprina reduce el dolor a corto plazo como relajante muscular (su efecto tiende a disminuir con el tiempo) y mejora el sueño, por lo tanto puede recomendarse para tratar estos síntomas en pacientes con fibromialgia.

Gabapentina presenta poca evidencia disponible, pero parece similar en mecanismo de acción y seguridad a pregabalina, con menor coste.

Duloxetina reduce el dolor y mejora el sueño, el estado de ánimo, la calidad de vida y la capacidad funcional, por lo tanto también puede recomendarse para el tratamiento de estos síntomas en pacientes con fibromialgia.

Pregabalina reduce el dolor y mejora el sueño y la calidad de vida, y también puede recomendarse para el tratamiento de estos síntomas en pacientes con fibromialgia.

Con respecto al efecto de fluoxetina sobre el dolor, el sueño y la fatiga en pacientes con fibromialgia, la evidencia es controvertida, y, aunque este fármaco parece eficaz en la depresión y limitación funcional, es necesario confirmar el potencial beneficio antes de recomendarlo en la práctica clínica habitual cuando se utiliza como único fármaco.

Trazodona es un fármaco con escasa evidencia disponible que puede mejorar el sueño.

Información a la paciente sobre los fármacos que pueden empeorar alguno de los síntomas de la fibromialgia

- Dolor: estatinas, neurolépticos, vitamina A, inhibidores de la bomba de protones (IBP) y quinolonas.
- Fatiga: IBP y benzodiazepinas.
- Dolor de cabeza: IBP, contraceptivos orales y vitamina A.
- Sueño no reparador: vitamina B, antagonistas del calcio, betabloqueantes, broncodilatadores, contraceptivos orales, cortisona y levotiroxina.
- Empeoramiento general: betahistina y betabloqueantes.

Resultados del servicio de Revisión del Uso de los Medicamentos a la paciente

Tras informarle de los tratamientos con evidencia científica en fibromialgia y aquellos que pueden empeorar la enfermedad, proponemos a María retirar los IBP para las molestias gástricas y sustituirlos por ranitidina (u otro inhibidor H₂). Los AINE ya no van a ser necesarios, ya que en cuanto comiencen a hacer efecto terapéutico los antidepresivos (2-3 semanas) mejorará el dolor. Posiblemente las molestias gástricas se debieran también al consumo abusivo de AINE. Amitriptilina también mejora el sueño y la fatiga, por lo que se aconseja la retirada paulatina de las benzodiazepinas.

Con la revisión del uso de medicamentos se consigue:

- Mejorar el conocimiento, la adherencia y el proceso de uso de los medicamentos que siguen los pacientes.
- Averiguar el conocimiento, el uso real, la comprensión sobre su utilización y la experiencia del paciente al tomar sus medicamentos.
- Identificar, examinar y resolver el mal uso o uso ineficaz de los medicamentos a través de la detección de los problemas relacionados con los medicamentos (PRM) (administración errónea del fármaco, dosis, pauta y/o duración no adecuada, interacciones, etc.) y de los resultados negativos de los medicamentos (RNM) (efectos secundarios), que inciden sobre la adherencia al tratamiento farmacológico del paciente.

Crterios de derivación a una Unidad del Dolor

- Pacientes susceptibles de técnicas intervencionistas.
- Pacientes refractarios al tratamiento farmacológico recomendado.
- Pacientes complejos o de difícil diagnóstico.

Es muy importante también contribuir a la lucha contra el estigma de estos trastornos. Para ello, con el servicio de la RUM debe incluirse la revisión de los propios prejuicios del paciente y la detección del autoestigma del paciente y su familia. También deben darse a conocer los distintos recursos de apoyo.

Promoción de hábitos saludables para mejorar la calidad de vida del paciente.

Educación sanitaria

Ejercicio físico

El ejercicio físico es fundamental para cualquier paciente con fibromialgia para mantener en buen estado los músculos, tendones y articulaciones. Disminuye el dolor y puede hacerlo desaparecer por completo. Favorece el sueño y reduce la ansiedad y la depresión.

Se recomienda el ejercicio aeróbico de forma regular, por lo menos 5 días a la semana. Debe comenzarse con unos 5 minutos al día, y aumentar la duración del ejercicio de forma progresiva según la tolerancia al esfuerzo hasta llegar a los 30 minutos. Es normal notar molestias al principio del ejercicio, y no deben ser motivo de abandono.

Debe intentarse romper el ciclo vicioso de «como hay dolor, no hago ejercicio», y buscar un ejercicio que sea agradable y no una obligación. Cada persona debe encontrar su tipo de ejercicio adecuado a sus condiciones y gustos.

El ejercicio aeróbico se puede complementar con otros de fortalecimiento suave, como el pilates. Algunas técnicas y disciplinas como el yoga, el Chi-Kung y el Tai-Chi pueden ser útiles para la relajación y el control postural.



“ El ejercicio físico es fundamental para cualquier paciente con fibromialgia para mantener en buen estado los músculos, tendones y articulaciones »

Autocuidado

- Mantener un peso ideal y evitar el sedentarismo. Para ello, se recomienda seguir una dieta baja en proteínas en general y ligera por las noches, rica en verduras, cereales integrales, soja, frutos frescos y secos...
- Evitar el abuso de alcohol, sal, azúcares refinados y edulcorantes, las conservas y los alimentos con grasas saturadas.
- Beber alrededor de 2 litros de líquidos al día.
- El tabaco incrementa el dolor en la enfermedad de fibromialgia y empeora el insomnio por distintos mecanismos.
- Se puede utilizar el calor local o los chorros de agua para aliviar el dolor.
- Procurar no fijar la atención en el dolor. El paciente debe aceptar que el dolor existe y aprender a vivir con él. Es importante no hablar constantemente de la enfermedad y del dolor que le supone, ya que esto le puede impedir mantener el control sobre el dolor e incluso aumentar la percepción de su intensidad, empeorando la calidad de vida.

La ayuda psicológica es útil en todos estos casos.

Consejos para la higiene del sueño

- Crear un ambiente relajado y tranquilo en el dormitorio (no utilizar televisión ni aparatos electrónicos en esta habitación).
- Establecer un horario regular de sueño, tanto para ir a dormir como para levantarse. Es importante mantener siempre los mismos horarios.
- Dormir las horas suficientes (entre 6 y 9 h), y no pasar tiempo de más en la cama. Reducir al máximo posible el tiempo que pasa en la cama sin dormir.
- Puede descansar después de la comida principal durante 15-20 minutos como máximo.
- Las cenas deben ser frugales. No coma de forma copiosa antes de ir a dormir.
- Hacer ejercicio regular diario es muy saludable, y en los pacientes con fibromialgia mejora la calidad del sueño. Es preferible realizarlo por las mañanas y no debe practicarse unas horas antes de acostarse.
- El café por las mañanas tiene un efecto estimulador, combate la fatiga crónica y mejora la tolerancia al dolor. Después de las 17 horas, sin embargo, no deben tomarse bebidas estimulantes como el café, el té o las colas.
- Antes de dormir, realice actividades relajantes como meditación, lectura, una ducha de agua templada...
- Evite, durante las horas previas a acostarse, trabajar, hablar de problemas, discutir, realizar actividades intelectual o emocionalmente intensas, ver la televisión o utilizar el ordenador.
- Cuando se acueste y tarde más de 20 minutos en dormirse, levántese y salga de la habitación. Si durante la noche se despierta y no se puede volver a dormir fácilmente, haga lo mismo; para distraerse realice alguna actividad relajante como leer un periódico o revista y, cuando tenga sueño otra vez, vuelva a la cama.
- Es adecuado establecer ciertos rituales antes de ir a dormir la repetición sistemática de ciertas conductas suele dar sensación de seguridad y rebajar la tensión. La visualización imaginaria de una imagen placentera o la lectura repetida de una poesía que le guste pueden ser buenos inductores del sueño.
- Si el insomnio se convierte en un problema crónico, busque ayuda con su médico de familia.

Puntos clave

- Los analgésicos y antiinflamatorios no son útiles para todo tipo de dolor.
- No hay ningún fármaco con indicación específica para la fibromialgia.
- Existe evidencia científica de la eficacia analgésica de algunos fármacos antidepresivos y antiepilépticos en el dolor neuropático.
- Fármacos como las estatinas, omeprazol o las benzodiazepinas, entre otros, pueden empeorar algunos de los síntomas de la fibromialgia.
- La promoción de hábitos saludables (ejercicio, alimentación sana e higiene del sueño) mejora la calidad de vida del paciente con dolor neuropático o fibromialgia.
- Los pacientes refractarios al tratamiento farmacológico de difícil diagnóstico son susceptibles de derivación a una unidad del dolor. ●

Bibliografía

- Aguilera-Muñoz J, Arizaga-Cuesta E, Carpio-Rodas A, Crump J, Díaz-Heredia F, Fernández C, et al. Guías de práctica clínica del dolor neuropático (II). *Rev Neurol*. 2005; 40(5): 303-316.
- Atención a pacientes con fibromialgia. Dirección General de Asistencia Sanitaria, Conselleria de Sanitat, Generalitat Valenciana, 1.ª ed.: noviembre 2014.
- Cátedra Extraordinaria del Dolor Fundación Grünenthal. Universidad de Salamanca. Actualizaciones en el control del dolor: diez años de reunión de expertos (2010).
- Crump J, Griego JM, Rodríguez R, Vargas-Gómez JJ, León MX, Moyano JA, et al. Guías de práctica clínica del dolor neuropático (I). Protocolo. *Rev Neurol*. 2005; 40(4): 229-236.
- Merskey H, Bogduk N. Task force on taxonomy of the International Association for the Study of Pain: classification of chronic pain. Description of pain syndromes and definitions of pain terms. Seattle: IASP Press, 1994.
- Revisión del uso de los medicamentos (RUM), un nuevo servicio profesional en la farmacia comunitaria española. *Farmacéuticos Comunitarios*. 2015; 7(4): 3-4.
- Torrance N, Smith BH, Bennett MI. The epidemiology of chronic pain of predominantly neuropathic origin. Results from a general population survey. *J Pain*. 2006; 7: 281-289.



¡A partir del 15 de julio acceda a
www.aulamayo.com
para seguir el curso!

