

El Farmacéutico de Hospital de la mano del paciente con dolor crónico: Aprendiendo con él

Dra. Ana Minguez Martí
Farmacéutica adjunta

Unidad multidisciplinar tratamiento del dolor.
Consorcio Hospital General Universitario de Valencia

Objetivos

- 1. Entender la complejidad del dolor crónico.**
- 2. La necesidad de realizar un abordaje multidisciplinar en el que debe estar el FH.**
- 3. Criterios de selección del tratamiento farmacológico.**
- 4. Propuesta de un modelo de atención del FH y puntos clave del seguimiento FT**

Este es Javier, nuestro paciente:



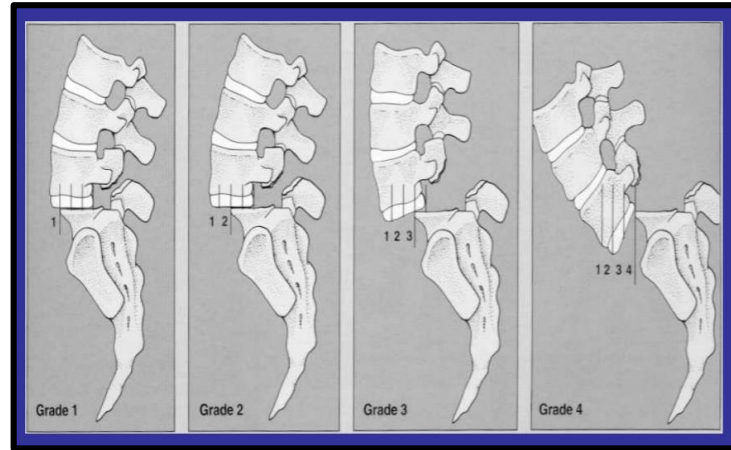
Antecedentes

- **DM tipo II**
- **Obesidad**
- **Fibrilación auricular ablación 2017**
- **Depresión crónica**

Historia dolor de Javier

- 2006: 45 años.
Espondilolistesis con lisis pedículo izquierdo G1
- 2012: Artrodesis L4L5S1 para fijar desplazamiento.

Dolor crónico intenso
En silla de ruedas



- **2015: Deriva UDO: Diagnóstico Dolor Síndrome espalda fallida/RPQ**

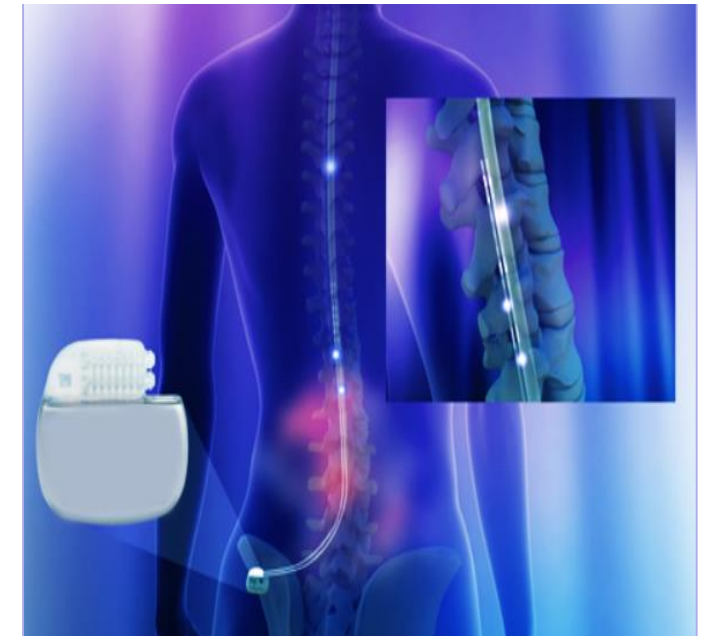
Targin 10-0-10 + Lyrica 75-0-75 + Fentanilo rescate 100 ug

Técnicas analgésicas: BED

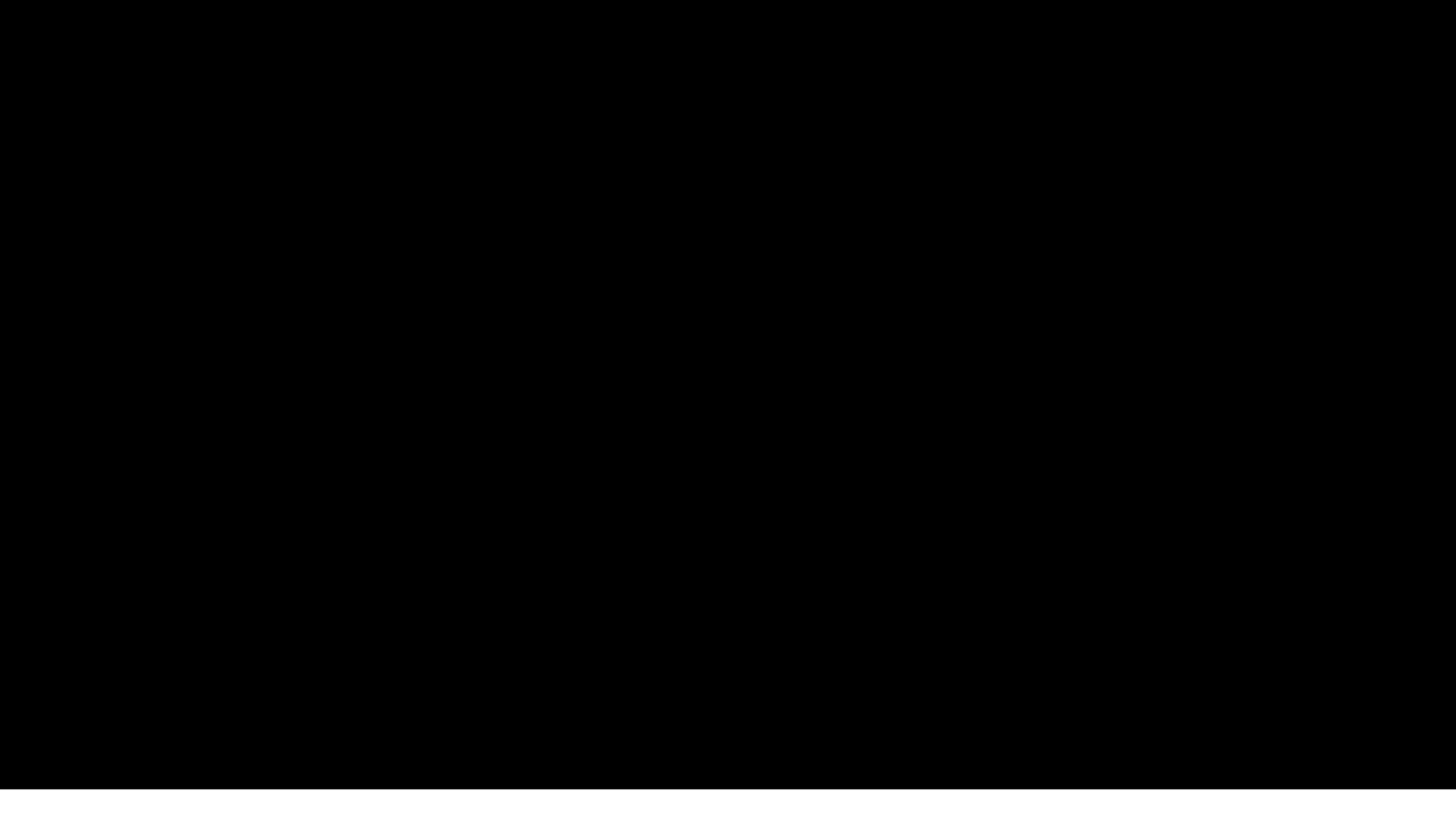
- **2016: Implante electroestimulador cordones posteriores ECP . Mejoría dolor 30%**

- **2018-19: Farmacológicamente mal controlado.**

- **2019: Psicología deriva a consulta A.F por somnolencia excesiva y alucinaciones**



Javier, en nuestra primera consulta cuenta como ha cambiado su vida por el dolor



1. La complejidad del Dolor crónico

1. Complejidad del Dolor crónico



Definición Experiencia sensorial y emocional desagradable, modificada por expectativas, emociones y experiencias previas (IASP).

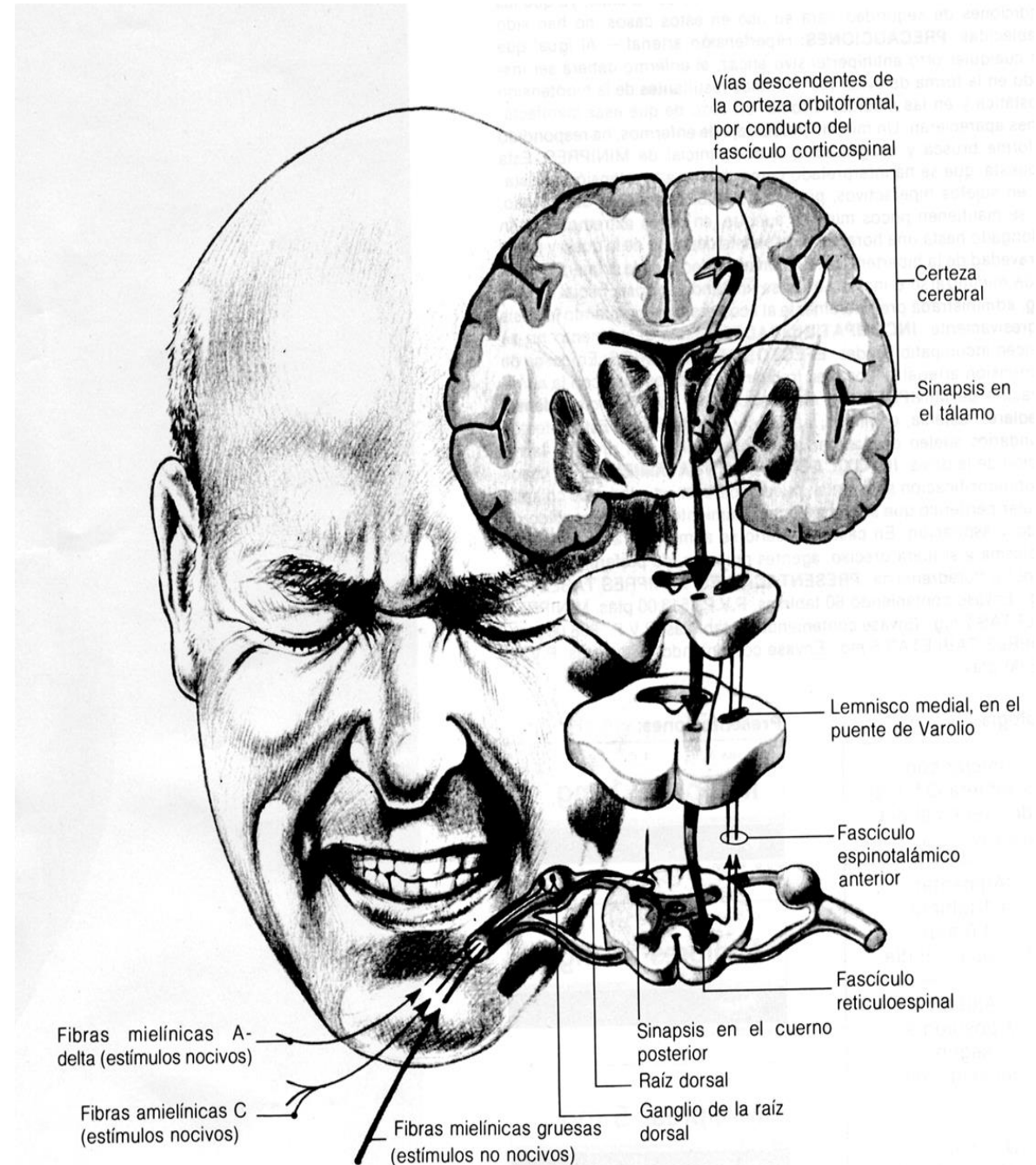
Vivencia personal e intransferible,

Afecta todas esferas del ser humano

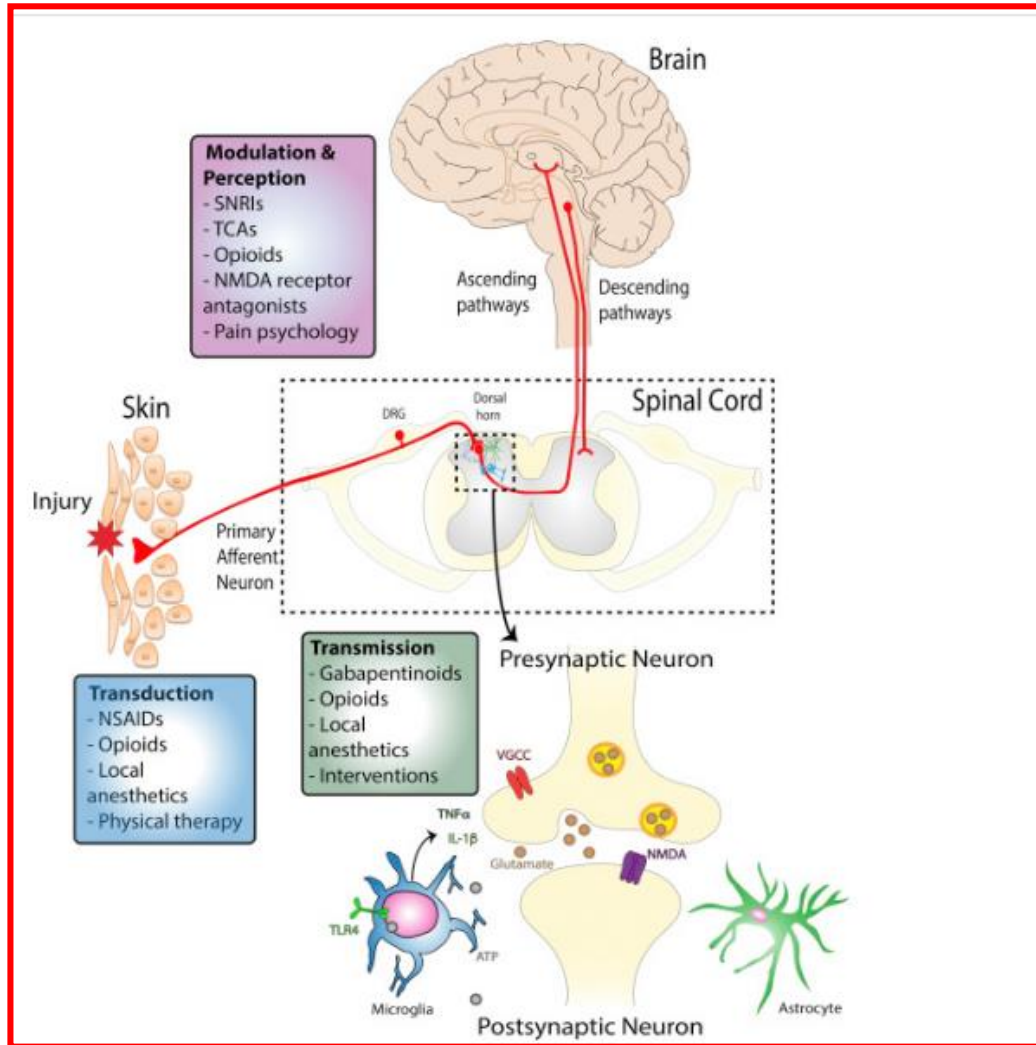
Transciende aspecto físico, afectando al ámbito personal, social y espiritual.

Fisiopatología del dolor

- **NOCICEPCION**
Proceso neurobioquímico transmisión de un impulso eléctrico (potenciales de acción) desde los receptores periféricos (nociceptores) hasta el cortex parietal y las áreas de integración encefálicas
- **DOLOR**
Es la percepción de la sensación de nocicepción



Entre el lugar donde se produce la agresión y la percepción de daño , se producen una serie de



Procesos neurofisiológicos de la nocicepción

Transducción: Estimulo nocivo periférico se transforma en estímulo eléctrico por acción de mediadores inflamatorios locales

Transmisión Propagación impulso nervioso desde SNP al SNC .

Modulación Capacidad sistemas analgésicos endógenos modificar la transmisión del impulso nervioso en asta dorsal de la médula

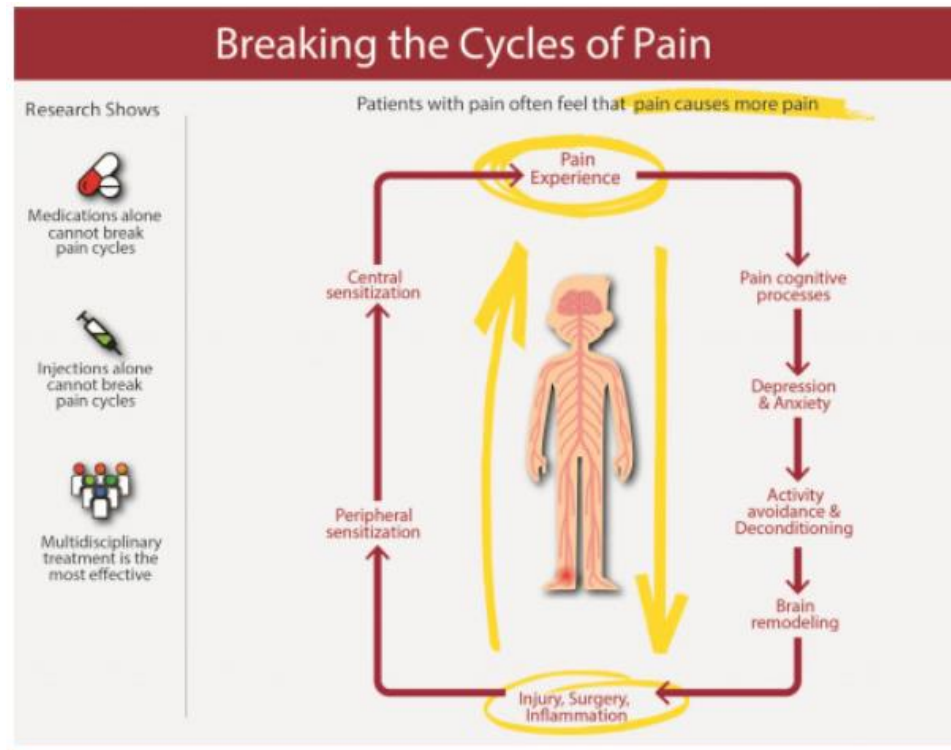
Percepción experiencia subjetiva y emocional denominada DOLOR: ENFERMEDAD

Dolor crónico es una enfermedad biopsicosocial compleja:

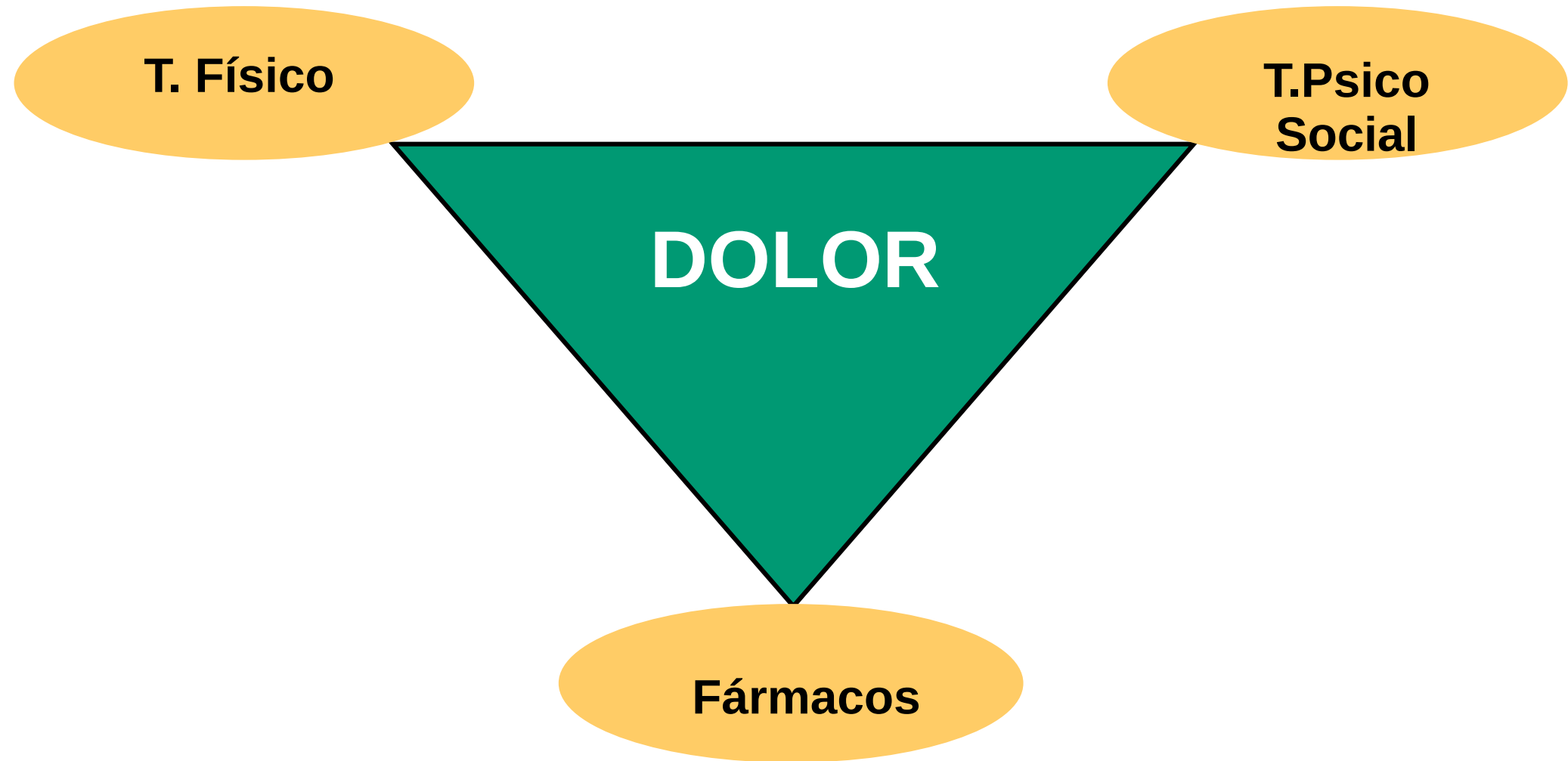
Componente sensorial + Vivencia personal: Tratar

Tratamiento multidisciplinar capaz de romper el ciclo del dolor

Swan Anesthesiology Clinics 2019



2. Tratamiento: Abordaje integral e individualizado



2. Equipo multidisciplinar de tratamiento en el que debe estar el FH



Equipo **Multidisciplinar**

ANESTESIÓLOGOS

ENFERMERÍA

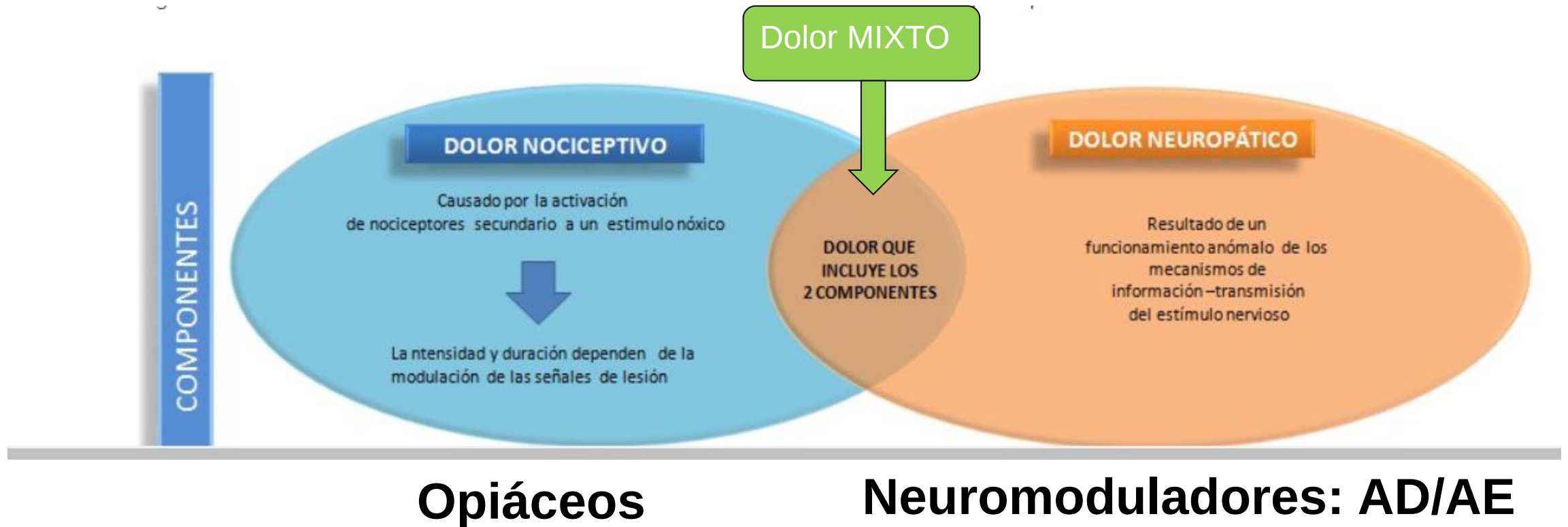
PSICÓLOGOS

FARMACÉUTICOS

MÉDICOS DE FAMILIA

3. Selección del tratamiento farmacológico se realizará teniendo en cuenta:

3.1. Diagnóstico dolor: Nociceptivo, Neuropático o Mixto.



Escala PainDETECT Freinhagen 2006



painDETECT

CUESTIONARIO DEL DOLOR

Fecha: _____ **Nombre:** _____ **Apellidos:** _____

¿Cómo calificaría el dolor que más afecta en este momento?

Intensidad de dolor: Máximo dolor

¿Qué tan alto le interesaría el dolor más fuerte que ha sentido en los últimos 3 meses?

Intensidad de dolor: Máximo dolor

¿Por cuánto tiempo, cuál ha sido la intensidad de su dolor en los últimos 3 meses?

Intensidad de dolor: Máximo dolor

Marque con una cruz la imagen que mejor describe el curso de su dolor:


☐

☐

☐

☐

¿Ha tenido el dolor más fuerte antes de su cirugía? ☐ No ☐ Sí

¿Se recuperó de su cirugía, incluso si solo fueron los ataques, antes de que le hicieran el dolor? ☐ No ☐ Sí

¿Tiene una sensación de quemadura (o aguijón) que puede ser más de un tipo o al menos la mitad de la zona de dolor quemado?

☐ No ☐ Muy ligero ☐ Ligero ☐ Moderado ☐ Intenso ☐ Muy intenso

¿Tiene una sensación de hormigueo o entumecimiento que sea suficiente para que se sienta el dolor quemado?

☐ No ☐ Muy ligero ☐ Ligero ☐ Moderado ☐ Intenso ☐ Muy intenso

¿Le produce dolor cualquier figura (sea o no) que le haga o le haga sentir un dolor más?

☐ No ☐ Muy ligero ☐ Ligero ☐ Moderado ☐ Intenso ☐ Muy intenso

¿Tiene ataques de dolor repentinos, como descargas eléctricas, en la zona de dolor quemado?

☐ No ☐ Muy ligero ☐ Ligero ☐ Moderado ☐ Intenso ☐ Muy intenso

¿En algunas ocasiones le produce dolor el contacto del frío o el calor (o) el agua de la ducha en esta zona?

☐ No ☐ Muy ligero ☐ Ligero ☐ Moderado ☐ Intenso ☐ Muy intenso

¿Tiene una sensación de entumecimiento (adormecimiento) en la zona de dolor quemado?

☐ No ☐ Muy ligero ☐ Ligero ☐ Moderado ☐ Intenso ☐ Muy intenso

¿Se descomponen el dolor sin que sea una figura precisa en la zona de dolor quemado (o) sea el dolor?

☐ No ☐ Muy ligero ☐ Ligero ☐ Moderado ☐ Intenso ☐ Muy intenso

¿Se le ocurre por el dolor?

☐ No ☐ Muy ligero ☐ Ligero ☐ Moderado ☐ Intenso ☐ Muy intenso

Puntuación total: _____ **Índice:** _____

painDETECT

Puntuación del cuestionario del dolor

Transcribe la puntuación total del cuestionario del dolor:

Puntuación total:

Suma las siguientes cifras en función del patrón de comportamiento del dolor marcado y de la presencia o ausencia de dolor irradiado. A continuación calcule la puntuación final:

Dolor constante con figuras fluctuantes

Dolor constante con ataques de dolor

Ataque de dolor sin dolor entre los ataques

Ataque de dolor transitorio con dolor entre los ataques

¿Dolor irradiado?

0

-1

+1

+1

+2

si se ha marcado esta imagen, o

si se ha marcado esta imagen, o

si se ha marcado esta imagen

si la respuesta es sí

Puntuación final:

Resultado del análisis de la presencia de un componente de dolor neuropático

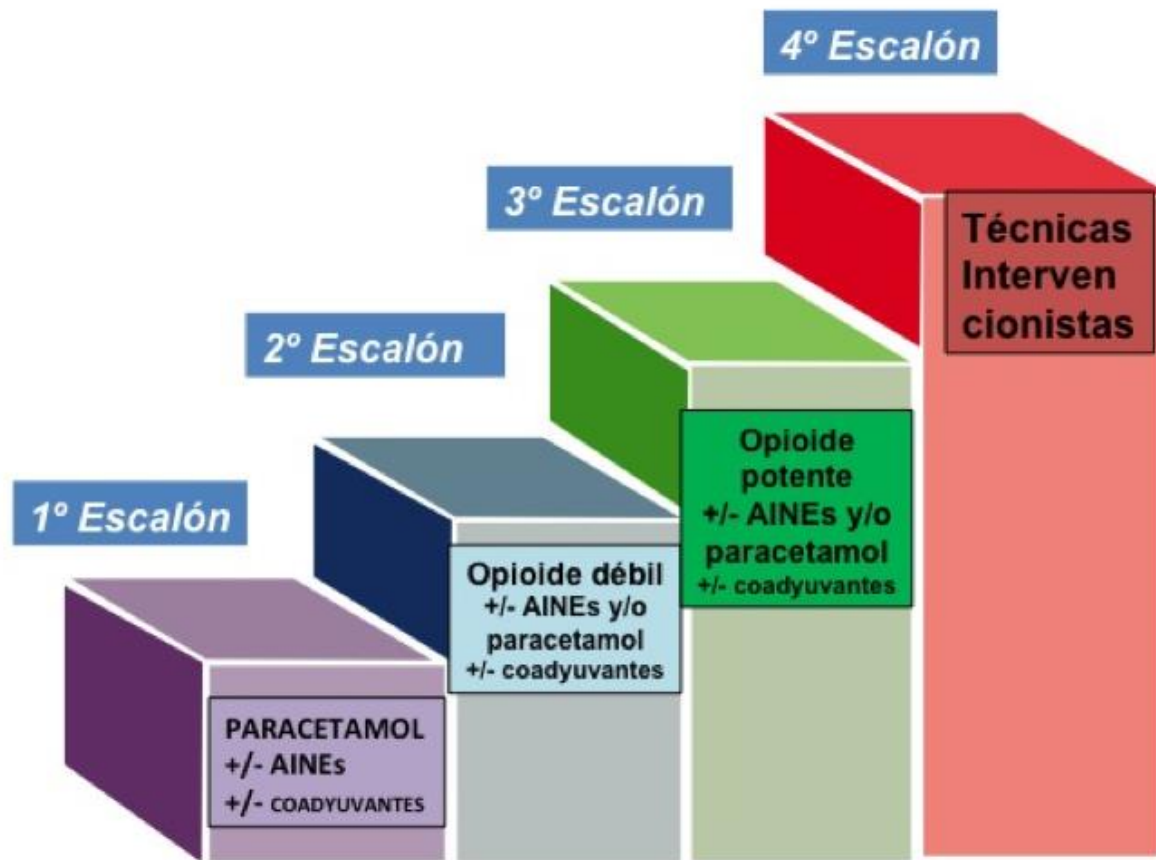
negativo	dudoso	positivo
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 No es probable que exista un componente de dolor neuropático (o) tipo	El resultado es ambiguo, pero puede indicar un componente de dolor neuropático	Es probable que exista un componente de dolor neuropático (o) tipo

Este cuestionario no sustituye el diagnóstico médico.
Se utiliza para analizar la presencia de un componente de dolor neuropático.




3.3 Principios selección tratamiento analgésico : Terapia escalonada

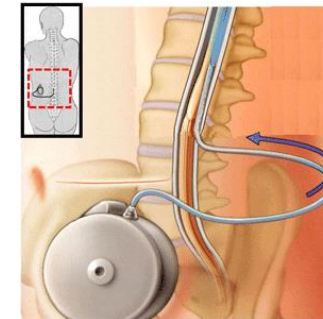
Escalera analgésica de la OMS



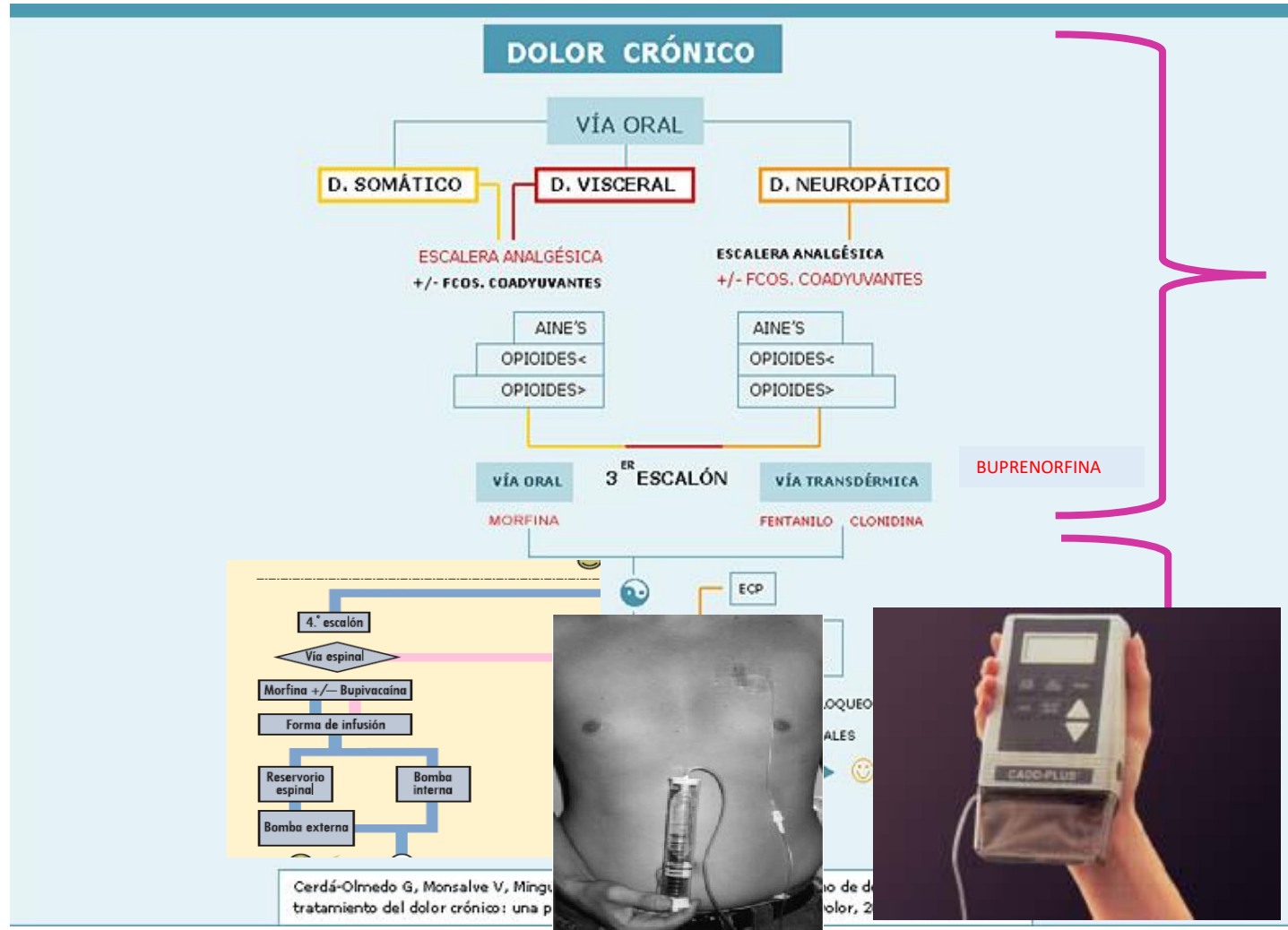
Neuroestimulador:
Dolor Neuropático



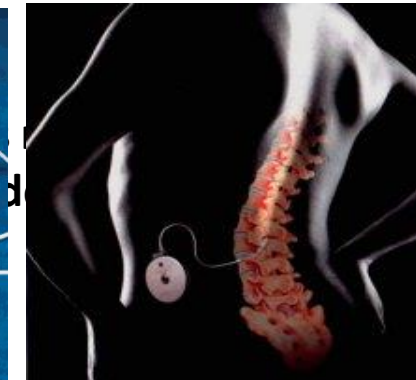
Bombas medicación IC



3. 4. Necesidades individualizadas del paciente **Algoritmo**



Equipos de Asistencia Primaria /
Centros Socio/Sanitarios:
Tres escalones OMS
Si no funciona derivación UDO





.....Javier se queja del resultado parcial de su tratamiento y los problemas relacionados con la medicación que afectan seriamente la calidad de su vida.

Después de escucharle, ajustamos sus expectativas y comenzamos a trabajar juntos....



4. El Farmacéutico de Hospital en la atención del paciente con dolor crónico

Objetivo

Farmacéutico: Seguridad y eficacia tratamiento:
Seguimiento FTI

Equipo: Reducir dolor y mejorar calidad de vida

Requerimientos

Superespecialización.
Compromiso y disponibilidad

Empatía

Habilidad trabajo en equipo.

Integración circuito atención

Esquema de Trabajo de la Unidad del Dolor

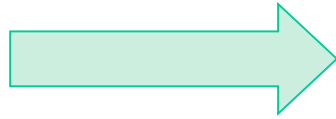


4. Puntos clave seguimiento farmacoterapéutico



4. Puntos clave Seguimiento Farmacoterapéutico:

4.1. Entrevista clínica estructurada



Información clínica y personal



4.1 Entrevista clínica estructurada

- Datos demográficos _Edad, sexo, laboral, vive solo
- Datos Clínicos de interés

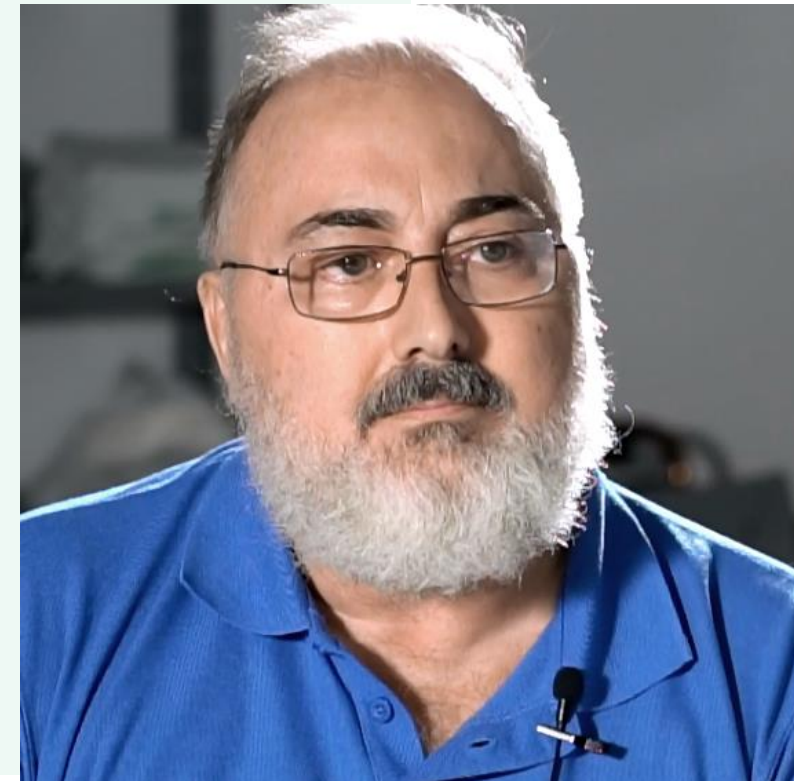
Antecedentes

Diagnóstico Clínico y de dolor

→ Trastornos psicológicos o psiquiátrico

Pruebas: Analíticas e imagen

Enfermedades y especialidades médicas



4.1 Entrevista clínica estructurada

Evaluación del dolor e impacto en AVD

Intensidad de Dolor EVA/Pain Detect

Descanso nocturno medicación

Movilidad y Función

Caídas y consecuencias

Actividad Física

Actividad Social

Metas y expectativas reales tratamiento



4.1 Entrevista clínica estructurada

- Historia Farmacoterapéutica



Medicamentos actuales: D / Ti/ Pres

Polifarmacia concomitante

Tratamientos Depresión, ansiedad, insomnio

Medicamentos analgésicos: escalón

Nombre/dosis/Pauta/tiempo

Pauta analgésica: Fija/ Rescate/ demanda

Efectos secundarios

Cumplimiento Terapéutico

Riesgo de abuso o adicción

4. Puntos clave Seguimiento Farmacoterapéutico:

4.2. Análisis información obtenida



Nº	Medicamento	Principio Activo	Dosis
1	Targin 40/20	Oxicodona/naloxona	1-0-1
2	Gabapentina 400	Gabapentina	1-1-1
3	Abstral 100 ug	Fentanilo rápido	5 Semana
4	Dulcolaxo 5 mg	Bisacodilo	Demanda
5	Rexer 15 mg	Mirtazapina	0-0-1
6	Deprax 100 mg	Trazodona	0-0-2
7	Pristiq 100 mg	Desvenlafaxina	2-0-0
8	Somnovit 1 mg	Loprazolam	0-0-1
9	Orfidal 7,5 mg	Loracepam	0-1-1-1
10	Apocard 100 mg	Flecainida	1-0-1
11	Emconcord 2,5 mg	Bisoprolol	1-0-0
12	Eliquis 2,5 mg	Apixaban 2.5 mg	1-0-1
13	Atorvastatina 20 mg	Atorvastatina	0-0-1
14	Esomeprazol 40 mg	Esomeprazol	1-0-0
15	Metformina 850 mg	Metformina	1-0-0

Dolor

**Comorbilidad
muy
frecuente**

Psiquiatría

Cardiología

MAP

Evaluación tratamiento analgésico de Javier

- Patrón del dolor: NE eficaz 20-30% EVA 6 **OK**



	Medicamento		Dosis
1	Targin 40/20	Oxicodona/naloxona	1-0-1
2	Gabapentina	Gabapentina 400	1-1-1
3	Abstral	Fentanilo rápido 100 ug	5 Semana
4	Dulco-laxo	Si estreñimiento	Demanda

- Problemas de ineficacia pese escalada opiáceos:

Dosis oxicodona/naloxona: 10/12 a 40/12 **No mejora función y/o dolor**

De 1 a 5 Fentanilo rápido 100 semana **No mejora función y/o dolor**

Hiperalgesia inducida? Tolerancia? *Central sensitization: J Pain. 2009*

- Problemas de seguridad

Secundarismos intolerables: Alucinaciones, mareos, caídas, estreñimiento

4.2. Evaluación tratamiento Psiquiátrico

83% pacientes con dolor crónico, sufre depresión.

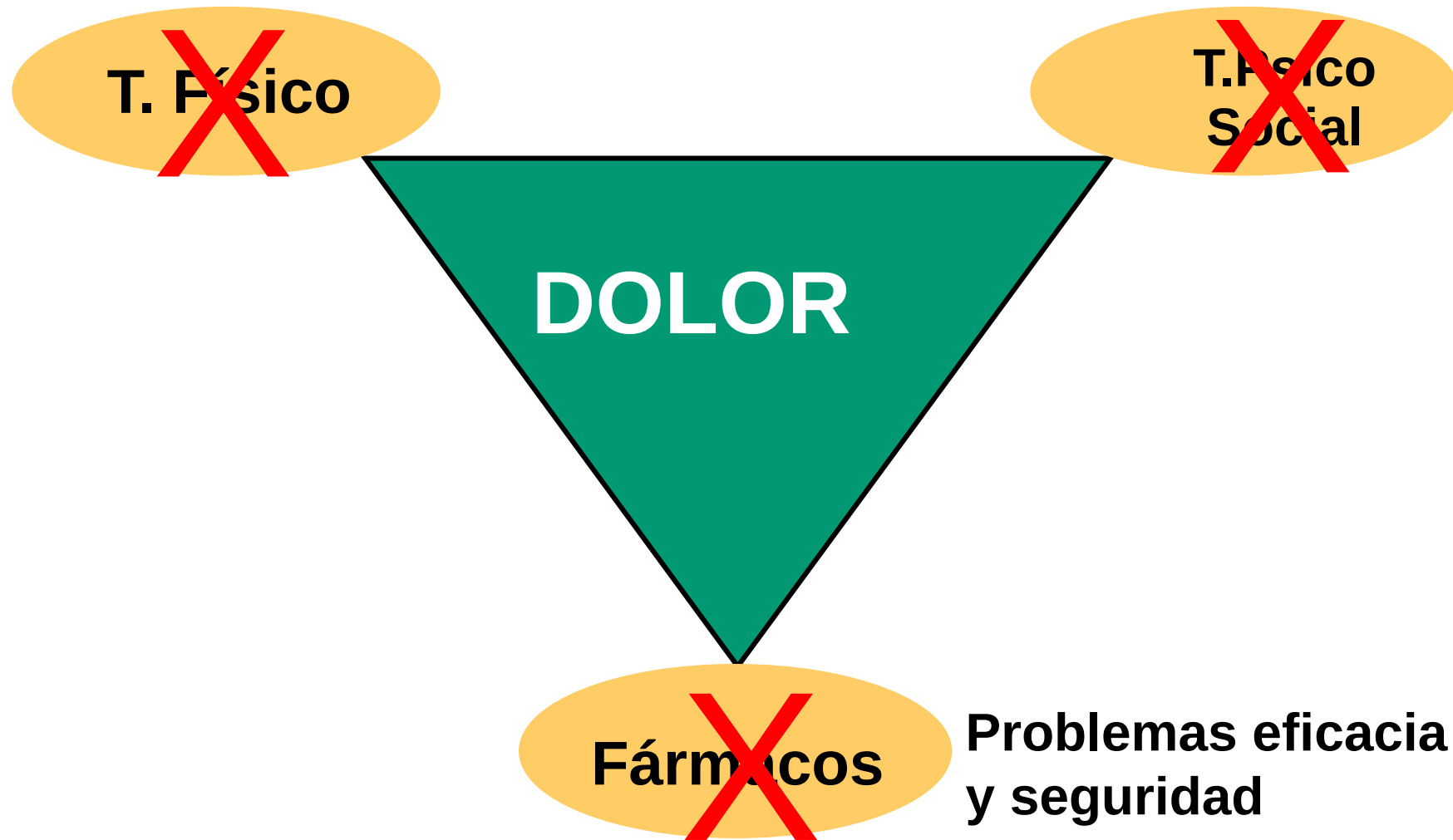
Coexistencia agrava ambos trastornos *Jiyao Sheng, Shui Liu , Yicun Wang 2019*

	Medicamento	Principio Activo	Dosis
1	Rexer	Mirtazapina 15 mg	0-0-1
2	Deprax	Trazodona 100 mg	0-0-2
3	Pristiq	Desvenlafaxina 100 mg	2-0-0
4	Somnovit	Loprazolam 1 mg	0-0-1
5	Orfidal	Loracepam 7,5 mg	1-1-0-1

- **Seguridad:** mareos, caídas, pérdidas memoria, amnesia somnolencia *BMJ. 2015 Deyo RA¹, Von Korff M², Duhrkoop D³.*
- **Sin actividad física:** Encamado todo el día
- **Relaciones sociales:** Inexistentes, aislamiento social

Tratamiento del dolor de Javier

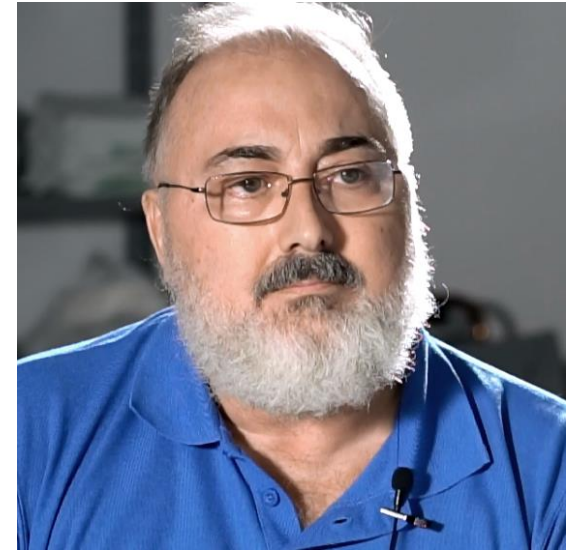
«Abordaje integral» individualizado



4. Puntos clave Seguimiento Farmacoterapéutico:

4.3 Efectuar un plan individualizado FT

- **Adaptado necesidades del paciente**
- **Objetivos fáciles cumplir y aceptados**



4.3 Propuesta de plan de tratamiento analgésico

A

Tratamiento opioides

RETIRADA lenta de Fentanilo rápido:

No indicación en DCnO

Disminuir Targin 40 1-0-1 a Targin 20 1-0-1

No mejoría F y D

Valorar rotación opioide Buprenorfina?

Mejor calidad analgesia

B

Introducción terapia física por sus beneficios : Natación

Horarios/Control peso/ Socialización / Mejora dolor

C

Pauta “regular” laxante: **Mejorar estreñimiento**

4.3 Propuesta de plan de tratamiento Psiquiátrico

D

Carta psiquiátra revisión del tratamiento (Clinical Updates. 2015)

Rexer: Mirtazapina 15 mg 0-0-1

Deprax: Trazodona 100 mg 0-0-2

Pristiq: Desvenlafaxina 100 2-0-0

Loprazolam + Loracepam a demanda: Retirada/ajuste

E

Calendario acciones que Javier se compromete a cumplirlo



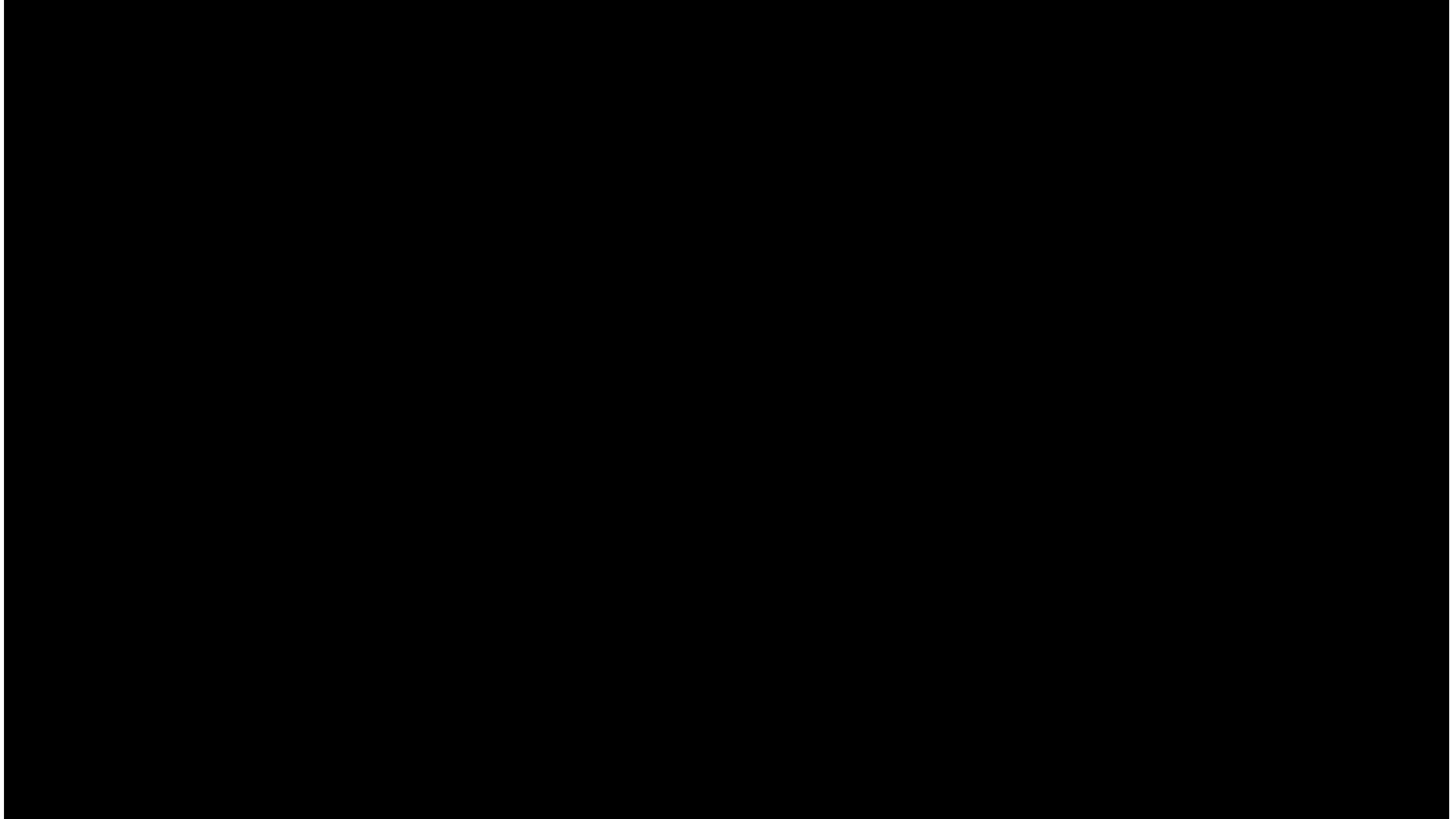
4. Puntos clave Seguimiento Farmacoterapéutico:

4.3. Evaluación resultados plan y documentar en su HC





.... Javier acude a nuestra cita de revisión y explica como lleva el plan de tratamiento, su dolor crónico y los cambios experimentados en su vida tras la reducción del tratamiento.

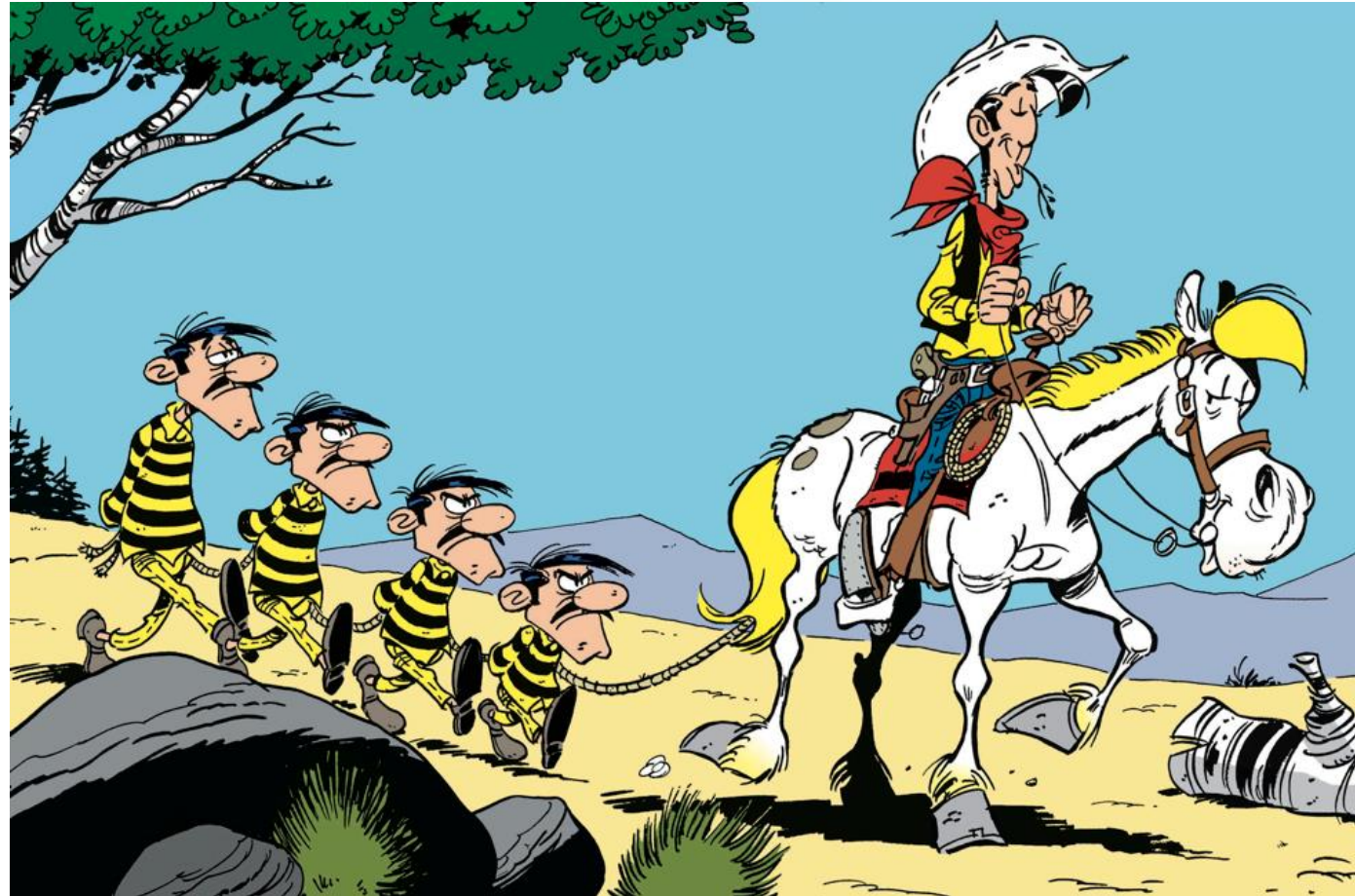


Para llevarse a casa

1. El dolor crónico, ¿síntoma o ya enfermedad?



2. Ojo, el dolor nunca actúa solo, ¡busca sus cómplices!



3. La clave está en el equilibrio



Gracias



minguez_ana@gva.es