



MANEJO DEL DOLOR PACIENTE CON CÁNCER

DECLARACIÓN SOBRE EL USO RESPONSABLE DE LOS FÁRMACOS OPIOIDES

Versión 27 Mayo, 2024

Consideraciones generales para el abordaje del dolor con cualquier fármaco que contenga un mecanismo de acción opioide.

No todos los fármacos opioides están autorizados para todos los tipos de indicación del dolor. Consulte siempre la información de la ficha técnica del medicamento

Es esencial un abordaje individualizado y centrado en el paciente para el diagnóstico y tratamiento del dolor con el fin de establecer una alianza terapéutica entre el paciente y el clínico. Se deben considerar aspectos del paciente que puedan afectar a la dosis de opioide antes de iniciar el tratamiento con el mismo (1).

Para optimizar el tratamiento con opioides:

- * Es importante utilizar óptimamente abordajes multimodales no-opioides tanto en dolor agudo como en dolor crónico antes de escalar a analgésicos opioides o de combinar con terapia con opioides (1).
- * Los opioides sólo deben utilizarse cuando se prevea que los beneficios para el dolor y la funcionalidad superan a los riesgos (2).
- * Evaluar las variables de cada paciente que pueden afectar a la dosis de opioides antes de su uso (1).
- * Durante el tratamiento continuo con opioides, el profesional sanitario debe trabajar con los pacientes para evaluar y valorar los beneficios y riesgos de una terapia continua con opioides, y ser cuidadoso a la hora de aumentar, continuar o reducir la dosis de opioides (2).
- * Seleccionar cuidadosamente a los pacientes, evaluar los factores de riesgo de abuso, y llevar a cabo una monitorización regular para asegurar que los opioides se utilizan de forma apropiada y alineada con los objetivos de tratamiento (intensidad de dolor y funcionalidad) acordados con el paciente (4,5).
- * Concienciar a los pacientes de los potenciales efectos adversos de los opioides, así como de su potencial de desarrollar tolerancia, dependencia y adicción (4-5).
- * La adicción es posible incluso cuando los opioides se toman según lo indicado (6).
- * Los signos de trastorno de uso de opioides deben ser monitorizados y abordados (4-5).

Si se elige un opioide para el dolor agudo, tenga en cuenta:

- * El uso de la medicación debería ser por el menor tiempo necesario (1)

Si se elige un opioide para el dolor crónico, tenga en cuenta :

- * Continuar con el tratamiento opioide sólo si hay una mejoría clínicamente significativa del dolor y de la funcionalidad que supere los riesgos para la seguridad del paciente (2)
- * En el tratamiento con opioides a largo plazo se requiere realizar revisiones clínicas regulares, para evaluar, por ejemplo, el control del dolor, el impacto en el estilo de vida, bienestar físico y psicológico, efectos adversos y necesidad de continuar el tratamiento (3-5).
- * La forma de discontinuar el tratamiento con opioides si los beneficios no superan los riesgos (2), incluyendo la reducción gradual de la dosis cuando sea posible (4-5).

Los pacientes y el público en general se pueden beneficiar de materiales educativos claros y de iniciativas de concienciación para favorecer el uso racional de los opioides (7).

1. DHHS Pain Management Best Practices Inter-Agency Taskforce Report May 2019 [pmtf-final-report-2019-05-23.pdf \(hhs.gov\)](#) 2. CDC Clinical Practice Guideline for Prescribing Opioids for Pain - United States, 2022 *Recomendaciones e informes* / 4 de noviembre de 2022 / 71(3);1-95 CDC Clinical Practice Guideline for Prescribing [Opioids for Pain - United States, 2022 | MMWR](#) 3. O'Brien T et al. O'Brien T et al. Eur J Pain 2017;21:3-192 4. Facultad de Medicina del Dolor, Opioids Aware [Opioids Aware | Faculty of Pain Medicine \(fpm.ac.uk\)](#) Consultado en febrero de 2024. 5. Kosten TR et al, Scie Pract. Perspect 2002;1:13-20 6. Rosenblum A et al Exp. Clin. Psychopharmacol. 2008;16(5):405-416 7. Política sanitaria de la OCDE. Abordaje del consumo problemático de opioides en los países de la OCDE Mayo 2019 <http://www.oecd.org/health/addressing-problematic-opioid-use-in-oecd-countries-a18286f0-en.htm>

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES

Nombre Médico: Dr. Guillermo López T.

Director Unidad del Dolor Hospital Universitario del Rio

ametsdolor@gmail.com

Speaker de Grünenthal Ecuatoriana Cía. Ltda.

Soy ponente invitado para este evento científico patrocinado y por las conferencias que brindo, percibo honorarios.

La presente exposición, así como las otras realizadas anteriormente en diversos foros, son de mi estricta responsabilidad, basadas en la información científica actual, y en la experiencia clínica personal

Guillermo López Torres

Director Unidad del Dolor Hospital Universitario del Rio
Cuenca-Ecuador

Manejo del dolor en el paciente
oncológico



CONCEPTOS Y EPIDEMIOLOGIA

El dolor crónico no es un síntoma, sino una enfermedad.

La percepción del dolor se desarrolla en el cerebro.



Reacciones (circulación, respiración, estado de alerta).

Inhibición del dolor a través del sistema opioide endógeno.



Lesión

Transmisión a la médula espinal.

Punto de cambio de sinapsis.



Vía de dolor ascendente.

Transmisión al cerebro.

Inhibición del dolor descendente por noradrenalina.

La cronificación del dolor se caracteriza por una sensibilización periférica y central, (es decir, cambios en el sistema nervioso central), que finalmente altera la transmisión del dolor.¹⁻³

Aumento de la actividad de las neuronas centrales (vía ascendente).

Disminución del funcionamiento de las vías inhibitorias del dolor (vías descendente).

El proceso en el que el dolor transitorio evoluciona en dolor persistente, en donde el 'procesamiento del dolor' cambia como resultado de un desequilibrio entre la intensificación del dolor y la inhibición del dolor.¹

Referencias.

1. Morlion B et al. 2018. Curr Med Res Opin 34(7): 1169–1178.
2. Latremoliere A et al. 2009. J Pain 10(9): 895–926.
3. Ossipov MH et al. 2014. Curr Opin Support Palliat Care 8(2): 143–151.

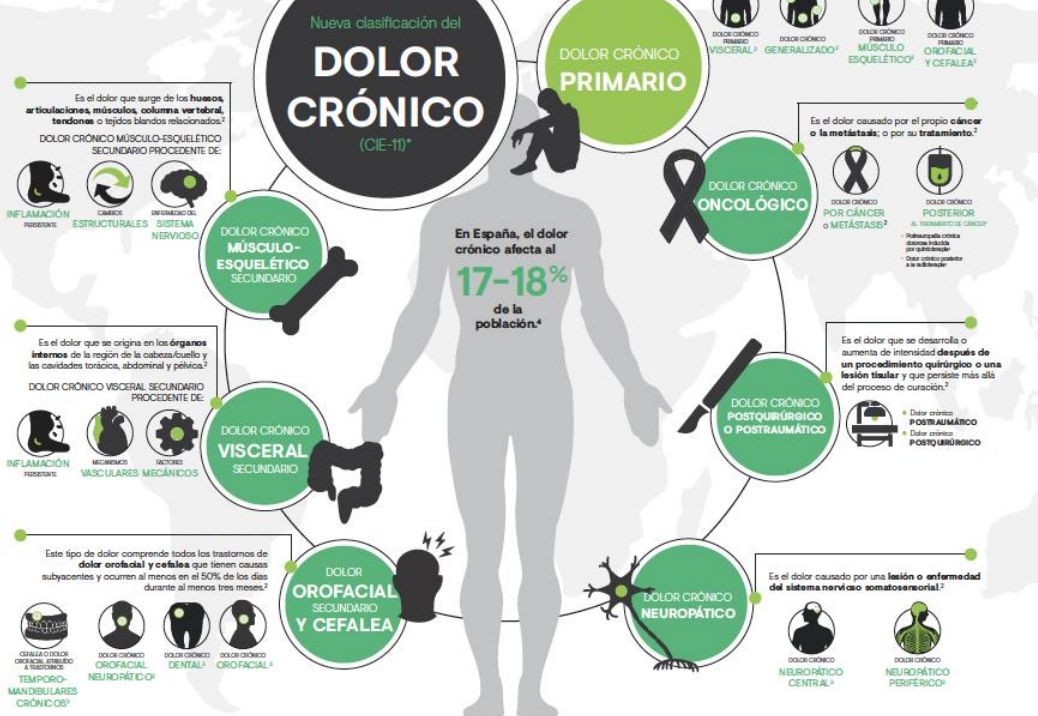
CLASIFICACION DOLOR 2019 CIE11

DÍA MUNDIAL CONTRA EL DOLOR

17 de octubre



El dolor agudo se puede considerar como un síntoma de una enfermedad o una lesión, sin embargo, **EL DOLOR CRÓNICO ES UNA ENFERMEDAD EN SÍ MISMA.**³



Research Article

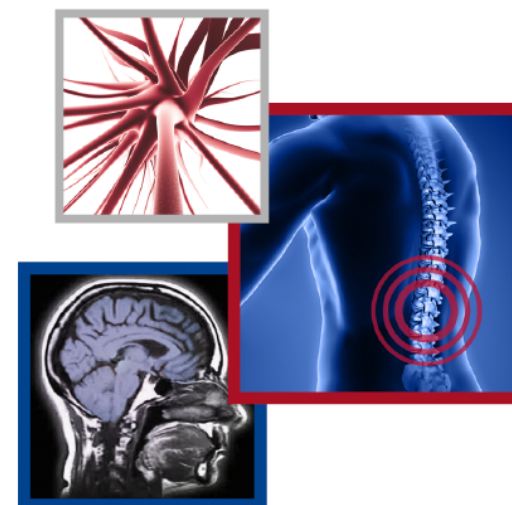
For reprint orders, please contact: reprints@futuremedicine.com

Pain as a disease in the new International Classification of Diseases (ICD-11): Latin American expert consensus

Marco A Narvaez Tamayo^{*,1}, Carlos Aguayo², Elias Atencio³, Joao Batista Garcia⁴, Carmen Cabrera⁵, Celina Castañeda⁶, Pablo Castroman⁷, Graciela Elizeche⁸, Patricia Gomez⁹, Santiago Guaycochea¹⁰, Marixa Guerrero¹¹, Rocio Guillen¹², Carla Leal Pereira¹³, **Guillermo López¹⁴**, Jacqueline Macias¹⁵, Bethania Martinez¹⁶, Felipe Mejia¹⁷, Enrique Orrillo¹⁸, José O Oliveira¹⁹, Fabian Piedimonte²⁰, Francisco Samayoa²¹ & Martin Toro²²

¹Universidad de Chile, Facultad de Medicina, Departamento de Neurología, Santiago, Chile; ²Universidad de Chile, Facultad de Medicina, Departamento de Neurología, Santiago, Chile; ³Universidad de Chile, Facultad de Medicina, Departamento de Neurología, Santiago, Chile; ⁴Universidad de Chile, Facultad de Medicina, Departamento de Neurología, Santiago, Chile; ⁵Universidad de Chile, Facultad de Medicina, Departamento de Neurología, Santiago, Chile; ⁶Universidad de Chile, Facultad de Medicina, Departamento de Neurología, Santiago, Chile; ⁷Universidad de Chile, Facultad de Medicina, Departamento de Neurología, Santiago, Chile; ⁸Universidad de Chile, Facultad de Medicina, Departamento de Neurología, Santiago, Chile; ⁹Universidad de Chile, Facultad de Medicina, Departamento de Neurología, Santiago, Chile; ¹⁰Universidad de Chile, Facultad de Medicina, Departamento de Neurología, Santiago, Chile; ¹¹Universidad de Chile, Facultad de Medicina, Departamento de Neurología, Santiago, Chile; ¹²Universidad de Chile, Facultad de Medicina, Departamento de Neurología, Santiago, Chile; ¹³Universidad de Chile, Facultad de Medicina, Departamento de Neurología, Santiago, Chile; ¹⁴Universidad de Chile, Facultad de Medicina, Departamento de Neurología, Santiago, Chile; ¹⁵Universidad de Chile, Facultad de Medicina, Departamento de Neurología, Santiago, Chile; ¹⁶Universidad de Chile, Facultad de Medicina, Departamento de Neurología, Santiago, Chile; ¹⁷Universidad de Chile, Facultad de Medicina, Departamento de Neurología, Santiago, Chile; ¹⁸Universidad de Chile, Facultad de Medicina, Departamento de Neurología, Santiago, Chile; ¹⁹Universidad de Chile, Facultad de Medicina, Departamento de Neurología, Santiago, Chile; ²⁰Universidad de Chile, Facultad de Medicina, Departamento de Neurología, Santiago, Chile; ²¹Universidad de Chile, Facultad de Medicina, Departamento de Neurología, Santiago, Chile; ²²Universidad de Chile, Facultad de Medicina, Departamento de Neurología, Santiago, Chile

Pain Management



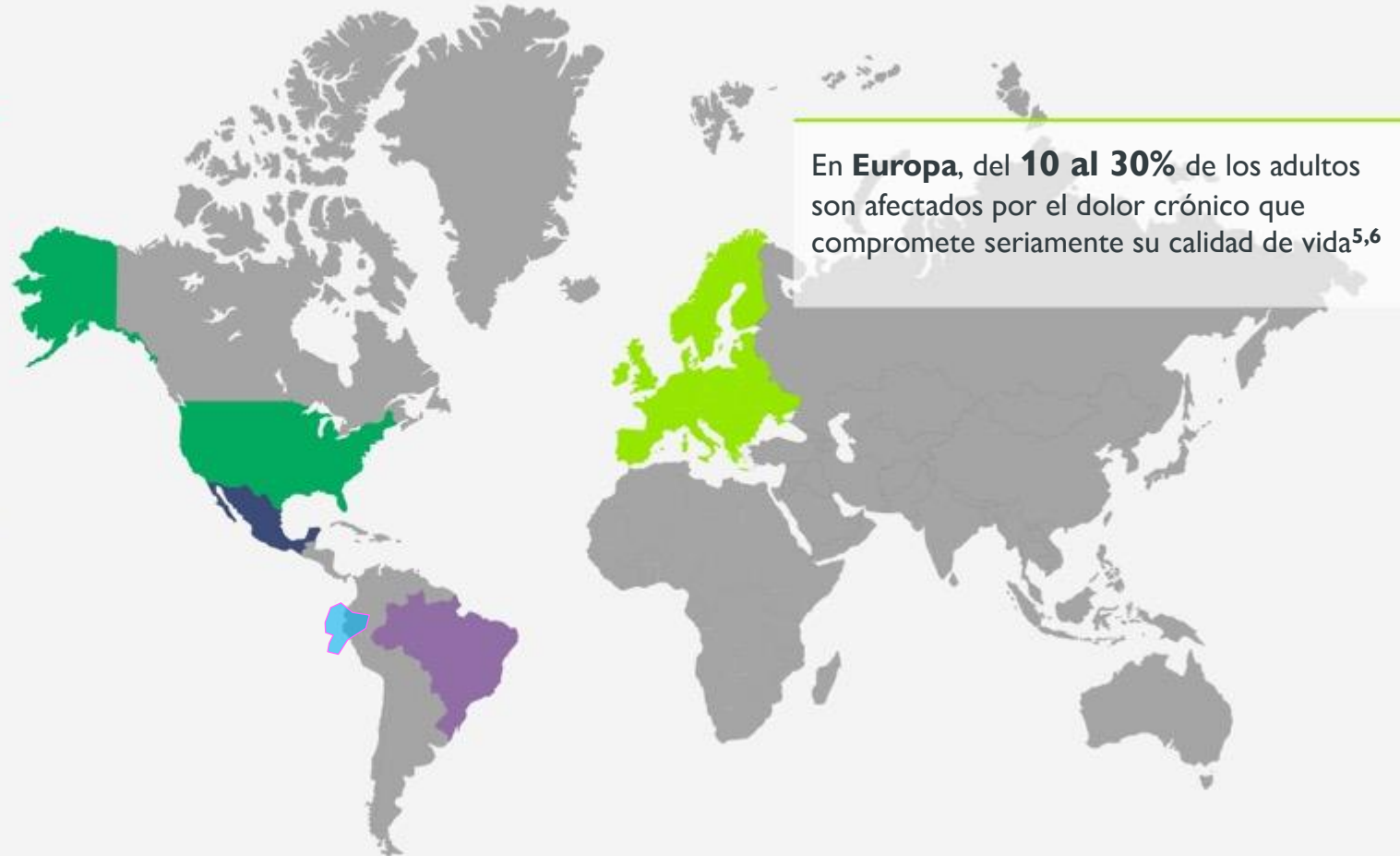
Por lo menos el **10% de la población mundial** está afectada por una condición de dolor crónico, y cada año 1 de cada 10 personas desarrolla dolor crónico¹

En los **Estados Unidos**, existen **100 millones** de adultos afectados por condiciones de dolor crónico²

En **México**, del **25 al 29%** de la población sufre dolor crónico³

Alrededor del **25 al 47%** de los adultos sufre de dolor crónico en todas las regiones de **Brasil**⁴

Ecuador 33% de dolor crónico



En **Europa**, del **10 al 30%** de los adultos son afectados por el dolor crónico que compromete seriamente su calidad de vida^{5,6}

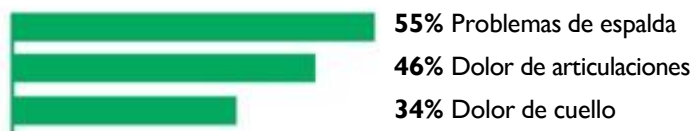
Epidemiología del dolor



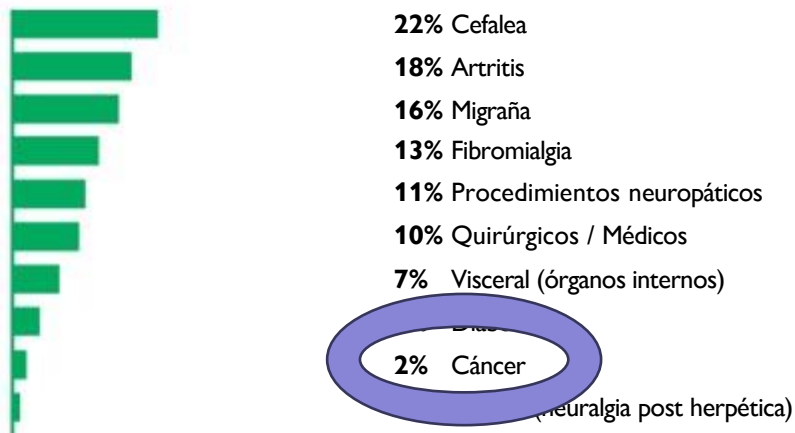
• Hay una urgente necesidad de generar datos epidemiológicos en América Latina; sin embargo, existen estudios que estiman una prevalencia del dolor crónico en un rango del 27 al 42% de la población.

El dolor tiene una alta prevalencia, y el dolor de espalda es una de las principales afecciones de dolor

Causas más comunes de dolor crónico¹:



Otras causas de dolor crónico¹:



Existen indicios limitados en la prevalencia europea; pero las mejores estimaciones ² sugieren una prevalencia del **23%**



Cerca del **11–12%** de la población en Europa se incapacita por dolor lumbar²



Se estima que el Dolor Lumbar fue el sitio de dolor para cerca del **31%** de los adultos japoneses con dolor crónico^{3, 4}



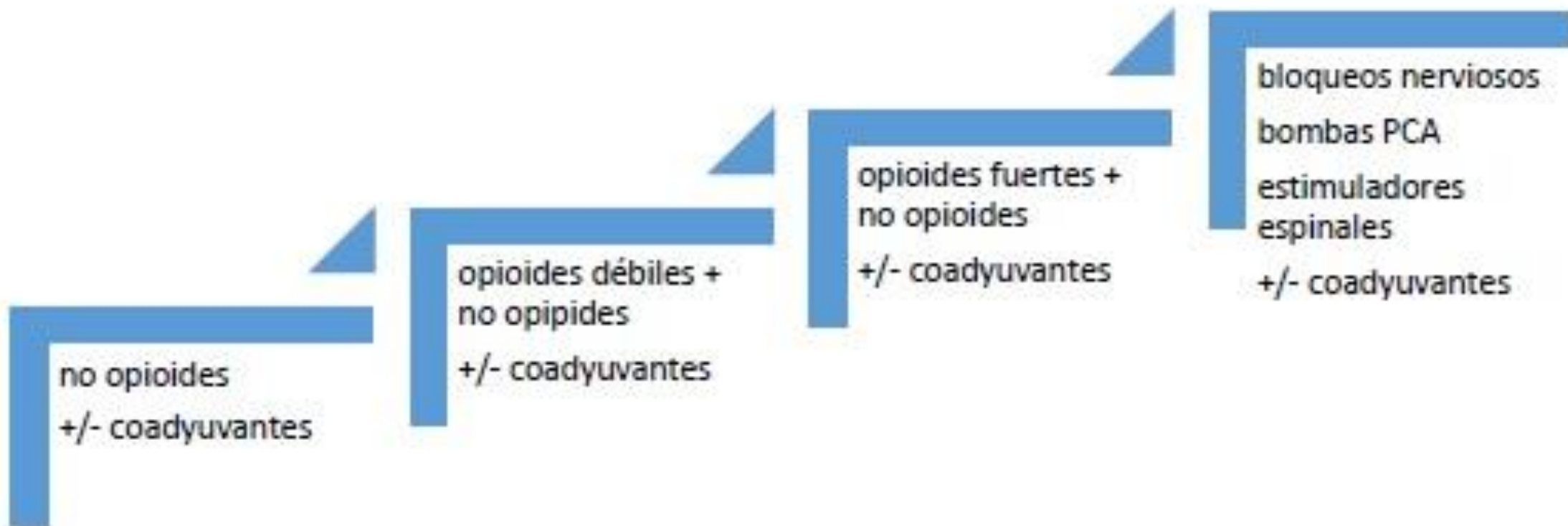
Una revisión sistemática de 28 estudios de 7 regiones de Latinoamérica estimó que el dolor lumbar tenía una prevalencia del **10.5%**⁵



75-85%

De los individuos que informaron que **experimentaron dolor de espalda** en algún momento de su vida⁶

ENFOQUE TERAPEUTICO

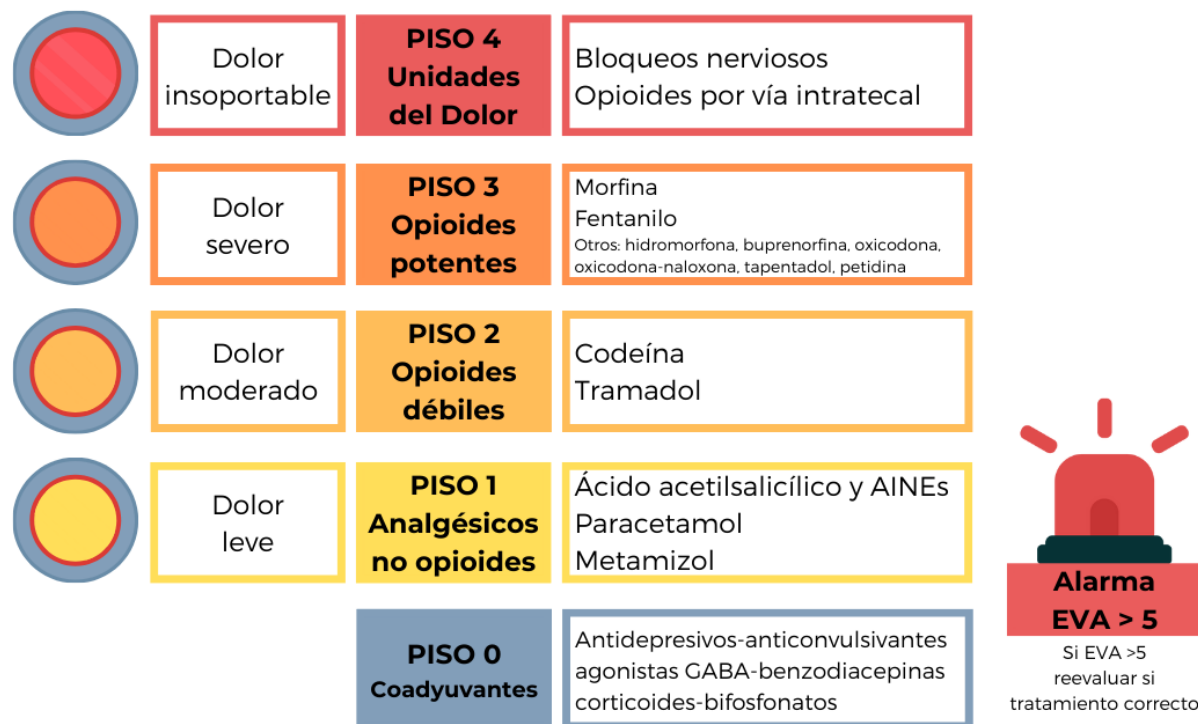


Escalera analgésica de la OMS, nueva adaptación

ASCENSOR ANALGÉSICO

Sabías que...

El seguimiento de la "escalera analgésica" supone un retraso para el adecuado tratamiento de determinados cuadros dolorosos y por ello se propuso cambiarlo por "ascensor analgésico"



¿QUÉ HACEMOS?: DOLOR O FUNCIONALIDAD



ALIVIO DEL DOLOR

Analgesia óptima
con consideración
de los efectos
adversos



ESTATUS FUNCIONAL

Capacidad de
deambular, funcionar
cognitivamente,
volver al trabajo,
completar las
actividades de la vida
diaria, dormir, etc.

La analgesia debe ser equilibrada para lograr la reducción del dolor pero mejorar la capacidad de realizar una actividad funcional adecuada



LOS OPIOIDES SON UNA CLASE TERAPÉUTICA IMPORTANTE PARA EL TRATAMIENTO DEL DOLOR MODERADO A SEVERO, PERO ¿SON TODOS IGUALES?

Es importante seleccionar el medicamento correcto para el paciente adecuado

Opioides típicos *1-2

Opioides atípicos†1-2

**Morfina
Oxicodona
Fentanilo
Hidromorfona
Codeína**

**Tapentadol
Buprenorfina
Tramadol**

EL ENFOQUE DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DEBE SER INDIVIDUALIZADO, BASADO EN MECANISMO DE ACCIÓN

ANALGÉSICO	NOCICEPTIVO	NEUROPÁTICO	TEMPORALIDAD	INTENSIDAD
AINE	+		Agudo	Leve a Moderado
Acetaminofén	+		Agudo o Crónico	Leve a Moderado
Opioide débil	+		Agudo o Crónico	Moderado a Severo
Opioide fuerte	+		Agudo o Crónico	Moderado a Severo
Opioides atípicos	+	+	Agudo o Crónico	Moderado a Severo
Neuromoduladores		+	Agudo o Crónico	No aplica

TECNICAS INTERVENCIONISTAS

NEUROAXIALES

Involucran tanto el canal espinal como su espacio epidural

NEUROLITICAS

Apuntan a la alteración funcional de un nervio periférico o un grupo de estos.

MANEJO FARMACOLOGICO

MANEJO FARMACOLÓGICO

The background of the slide is a close-up, slightly blurred photograph of a blister pack containing several white, oval-shaped tablets. The lighting is soft, and the overall color palette is dominated by light blues and greys, with a hint of green at the bottom.

TAPENTADOL

BUPRENORFINA

LIDOCAINA 5%

TAPENTADOL

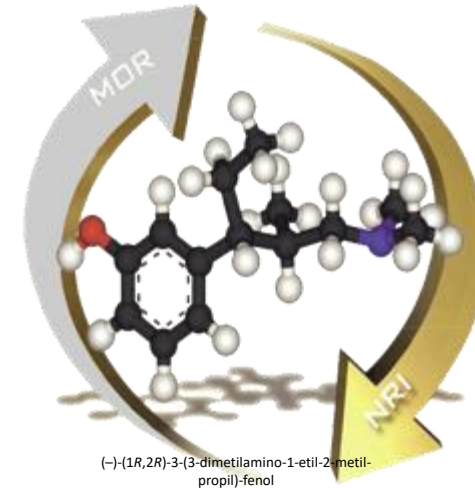
- INVENTADO EN 1980 EN ALEMANIA POR LA COMPAÑÍA GRUNENTHAL.
- INVESTIGACIONES BASADAS EN LA MOLECULA CREADA POR LA MISMA COMPAÑÍA TRAMADOL EN 1962.
- GRUNENTHAL REALIZA UNA ALIANZA CON JHONSON Y JHONSON, SIENDO ESTA ULTIMA LA ENCARGADA DE DISTRIBUIR EL FARMACO EN CANADA, EEUU Y JAPON.
- EN EL 2009 INGRESA A EEUU, SIENDO LA PRIMERA DROGA ORAL CON EFECTO ANALGESICO CENTRAL APROVADA PARA EL MERCADO EN MAS DE 25 AÑOS.

Ventajas del doble mecanismo con efecto sinérgico

Dos mecanismos analgésicos en una sola molécula (MOR–NRI)

Agonista receptor μ -
opioide (MOR)

Inhibidor de recaptación de
noradrenalina (NRI)



MENOS UNION A RECEPTOR OPIOIDE:

MENOS EFECTOS ADVERSOS OPIOIDES

MANTENIENDO LA EFICACIA ANALGÉSICA

Se ha evaluado el impacto de **Tapentadol** en el corazón, los riñones y el hígado

Corazón



No hay cambios clínicamente relevantes en la presión sanguínea, frecuencia cardíaca o intervalo QTc¹⁻³

Hígado



En pacientes con insuficiencia hepática⁴

Riñones



En pacientes con insuficiencia renal⁴

Leve	Moderado	Severo
No se requiere ajuste de dosis	A partir de 50mg/día, intervalo de dosis cada 24 horas	Sin datos; uso no recomendado
Criterios A de Child Pugh	Criterios B de Child Pugh	Criterios C de Child Pugh

Leve	Moderado	Severo
No se requiere ajuste de dosis	A partir de 50mg/día, intervalo de dosis cada 24 horas	Sin datos; uso no recomendado
Depuración de creatina 50-79 ml/min	Depuración de creatina 30-49 ml/min	Sin datos; uso no recomendado Depuración de creatina <30 ml/min

Upmalis D. et al. Poster presented at the 5th World Congress of the World Institute of Pain (WIP), March 2009, New York, USA.

Etropolski M. et al. Abstract submitted to EFIC 2011.

3. Oh C et al. Int. J Pharmacol and Therap 2010; 48 (10): 678-687. 4. Palexia prolonged release tablets. Summary of Product Characteristics, November 2018.

Resumen Características- Beneficios de Tapentadol

CARACTERÍSTICAS FARMACOLÓGICAS

Mecanismo de acción dual y sinérgico en una misma molécula: MOR – NRI. Efecto ahorrador opioide

No es un profármaco: tiene actividad analgésica por sí mismo

Bajo porcentaje de unión a proteínas plasmáticas (20%)

Metabolismo por glucuronización, no dependiente de CYT P450



BENEFICIOS CLÍNICOS

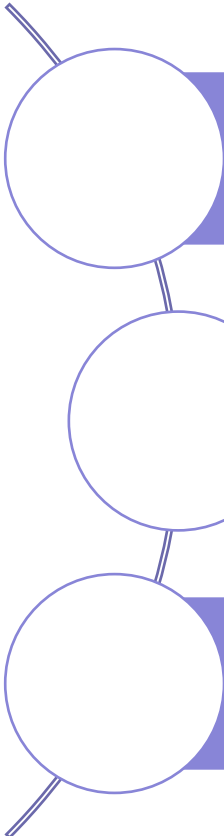
Actividad analgésica en dolor nociceptivo, neuropático y mixto. Igual potencia analgésica que los opioides potentes clásicos con menor incidencia EAs asociados al agonismo opioide (particularmente G)

Ventaja a la hora del cálculo de dosis o la duración del efecto

Reduce el potencial de interacciones medicamentosas

Facilita el manejo en pacientes polimedicados por el bajo riesgo de interacciones farmacológicas

TAPENTADOL



Hiperpolarización, reducción de la excitabilidad de la neurona

Incremento actividad de las vías inhibitorias nociceptivas

Agonista μ 75%, inhibición recaptación noradrenalina 25%

Vadivelu N, et al. Tapentadol extended release in the management of peripheral diabetic neuropathic pain. *Therapeutics and Clinical Risk Management* 2015;11 95–105
Mercadante S, et al. Tapentadol in cancer pain management: a prospective open-label study. *Current Medical Research & Opinion* Vol. 28, No. 11, 2012, 1775–1779

COMO USAR TAPENTADOL

TITULACIÓN DE TAPENTADOL RETARD EN DOLOR CRÓNICO EN PACIENTES SIN TRATAMIENTO PREVIO CON OPIOIDES



Dosis máxima estudiada: 500 mg/d

PARCHES TRANSDERMICOS

COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA

Dosis de parche (µg/h)	BUP total por parche (mg)	Área que contiene la sustancia activa (cm ²)	Velocidad de liberación nominal en un periodo de 96 horas (µg/h)
35	20	25	35
10	10	12.5	10

INDICACIONES

Dolor moderado a severo producido por el cáncer y dolor severo que no responde a los analgésicos no opioides

- No es adecuado para el tratamiento de **dolor agudo**



SELECCIÓN DE DOSIS INICIAL

LA DOSIS DEBE ADAPTARSE A LA CONDICIÓN DEL PACIENTE INDIVIDUAL: INTENSIDAD DEL DOLOR, SUFRIMIENTO Y REACCIÓN INDIVIDUAL.¹

Debe administrarse la menor dosis posible proporcionando alivio del dolor adecuado. Puede continuarse con analgésicos no opioides, p. ej., NSAID.¹

Previamente no recibía ningún analgésico

- Los pacientes deben recibir la dosis más baja (35 µg/h) de TTS BUP

Previamente recibió un analgésico de etapa I de la OMS (no opioide)

- Los pacientes deben recibir la dosis más baja (35 µg/h) de TTS BUP

Previamente recibió un analgésico de etapa II de la OMS (opioide leve)

- Los pacientes deben recibir la dosis más baja (35 µg/h) de TTS BUP

Cambio de un analgésico de etapa III de la OMS (opioide fuerte)

- Se aconseja ajustar la dosis de forma individual, empezando con la concentración más baja del parche de TTS

Debido a un aumento inicial lento en la concentración sérica de BUP, la primera evaluación del efecto analgésico debe hacerse **después de 24 horas.**

Al elegir la dosis inicial después de cambiar de un analgésico de etapa III (opioide fuerte), debe considerarse lo siguiente para evitar la recurrencia del dolor: **medicamento previo, vía de administración y media de dosis diaria.**¹

POSOLOGÍA EN GRUPOS ESPECIALES DE PACIENTES

<18 años¹

El uso del medicamento en pacientes de esta edad **no se recomienda¹**

Edad avanzada

No se requiere ajuste de la dosis¹

Deficiencia¹/insuficiencia² renal

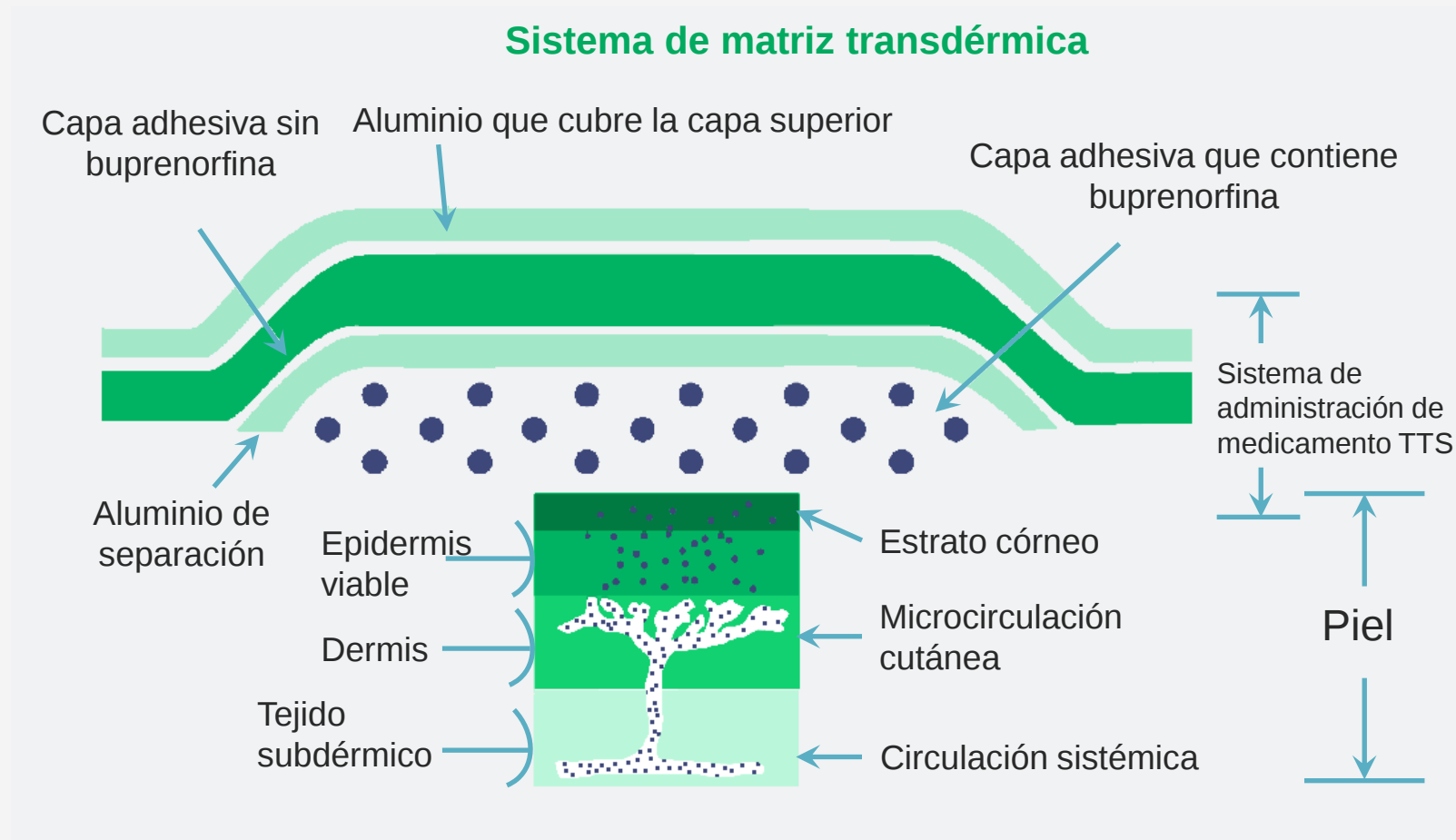
El uso de BUP en pacientes con insuficiencia renal, incluyendo pacientes en diálisis, **es posible¹**

Insuficiencia hepática

Los pacientes con insuficiencia hepática deben **monitorearse con cuidado durante el tratamiento¹**

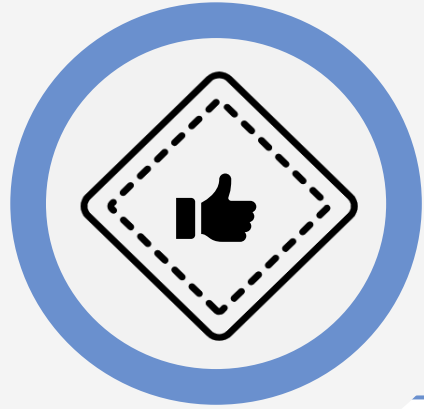
SISTEMAS PARA ADMINISTRAR FÁRMACOS TRANSDÉRMICOS

Los sistemas de administración de buprenorfina TTS consisten en un sistema simple y flexible en que el agente activo se incorpora en una matriz de polímero, que también actúa como la capa adhesiva



- ▶ Cada parche de matriz administra buprenorfina de forma continua a través de la piel y hacia la circulación sistémica, correspondiente a 0.8mg/día para el parche con concentración de 35ug/h
- ▶ La liberación de buprenorfina se regula por el gradiente de concentración a través de la piel y el parche.

VENTAJAS DE LOS SISTEMAS DE ADMINISTRACIÓN TRANSDÉRMICA DE FÁRMACOS



Los sistemas de administración TTS de medicamentos tienen ventajas considerables, lo que incluye:

Liberación y absorción constantes

- Proporciona niveles plasmáticos constantes del medicamento

Mantenimiento terapéutico a largo plazo

- Previene que regresen los síntomas problemáticos

Reducción en la frecuencia de dosis

- Deriva en un mejor cumplimiento con el tratamiento

Reducción de eventos adversos

- Debido a que se evitan filtraciones en plasma

Sin metabolismo hepático de primer paso

- Aumenta la biodisponibilidad del medicamento hasta su objetivo

Menos interacciones medicamentosas

- Expone al paciente a menos interacciones medicamentosas

Mejor cumplimiento para ciertos pacientes

- P. ej., quienes no pueden tragar o toman múltiples medicamentos

ACTIVIDAD DEL RECEPTOR OPIOIDE

Propiedades agonistas y antagonistas mixtas¹

La unión y la disociación del receptor opioide μ son muy lentas, por lo que el **inicio de acción es gradual, pero la duración de la analgesia es prolongada**¹

La acción como un agonista parcial del receptor opioide μ es responsable de las propiedades analgésicas¹

Buprenorfina

Alta potencia analgésica (~20 a 40 veces la de morfina)¹

Alta afinidad del receptor opioide μ

El efecto techo para analgesia nunca se ha observado en humanos¹

Efecto techo:
Dosis más allá de la cual no se logra una respuesta³

- 1. Kusnik S, et al. *Expert Rev Clin Pharmacol*. 2008;1(6):729–36. 2. Pergolizzi J, et al. *Pain Practice*. 2010;10(5):428–50. 3. American Pain Society. Types of treatments. Disponible en: http://americanpainsociety.org/uploads/education/section_3.pdf. Consultado en mayo 2019.

PARCHES LIDOCAÍNA 5%



EXPERIENCE PLATFORMS

EPIDEMIOLOGÍA

PREVALENCIA

- Las encuestas sugieren que el dolor neuropático podría afectar al **7-8% de la población general** en Europa⁽¹⁾ y el **10% en los USA**⁽²⁾
- **EL DNL REPRESENTA EL 60% DE TODO EL DOLOR NEUROPÁTICO**⁽³⁾
- Estimaciones indirectas en **México para DN (diabético y NPH)** estiman el **2% las personas atendidas por cualquier causa** en los servicios de salud⁽⁴⁾
- En un estudio reciente en **Europa** hecho en Atención Primaria con el *screening tool*, **la prevalencia poblacional de DNL fue de 2.01%** (1-4% dependiendo del país)⁽⁵⁾
- La **prevalencia** estandarizada **entre los pacientes con dolor crónico** de cualquier causa fue del **43,3%** (35-54% según país)⁽⁵⁾

(1) *Pain* 2008; 136(3):380-387. (2) *Journal of Pain Research* 2017;10 2525–2538. (3) *Pain Manage* 2012;2:71-7. (4) *Rev Invest Clin.* 2006;58:126–138.

(5) CMRO <https://doi.org/10.1080/03007995.2020.1846174>

TIPOS FRECUENTES DE DNP

- ✓ Neuralgia postherpética (NPH)^{1,2}
- ✓ Dolor neuropático postoperatorio (DNPO)^{1,2}
- ✓ Lesión de los nervios periféricos (LNP)^{1,2}
- ✓ Neuropatía periférica diabética dolorosa (NPDD)^{1,2}

- ✓ Neuropatía asociada a VIH (NA-VIH)²
- ✓ Lumbalgia con componente neuropático (LN)³
- ✓ Dolor neuropático paraneoplásico (DNPN)^{1,2}
- ✓ Dolor neuropático inducido por quimioterapia (DNIQ)¹

Otras causas de

DNP:

- Neuropatía alcohólica⁴
- Síndrome del túnel carpiano⁴
- Radiculopatía²
- Enfermedades sistémicas (p. ej., lupus)⁴

- Neuropatía provocada por carencias nutricionales/vitamínicas⁴
- Neuropatía relacionada con la toma de determinados medicamentos⁴
- Neuropatías genéticas⁴
- Desconocida (idiopática)⁴

1. Colloca L, et al. *Nat Rev Dis Primers*. 2017;3:17002. 2. Finnerup NB, et al. *Lancet Neurol*. 2015;14:162-73. 3. Baron R, et al. *Eur J Pain*. 2016;20:861-73. 4. Marchettini P, et al. *Curr Neuropharmacol*. 2016;4:175-81.

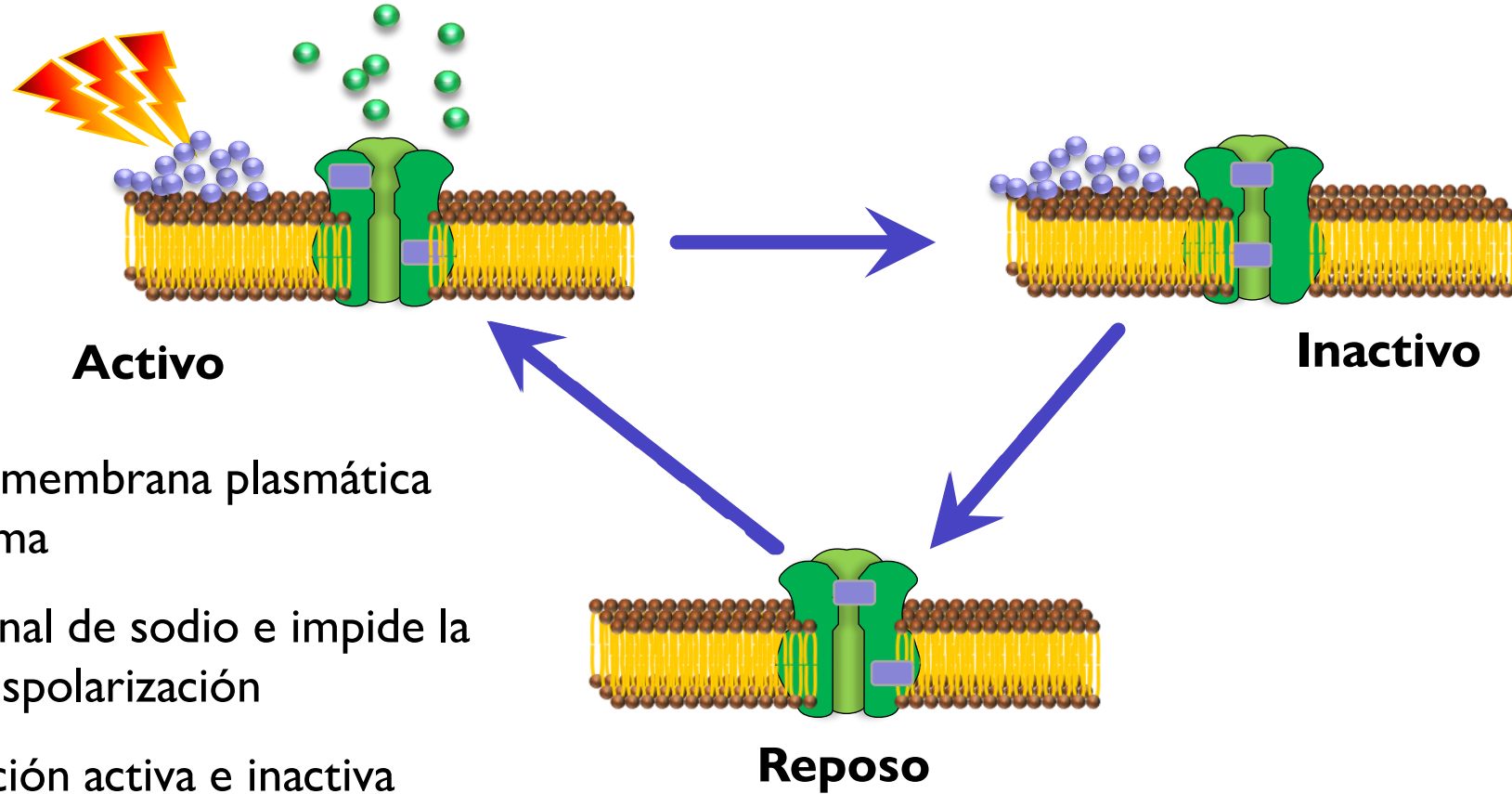
Table 3 Key features of chemotherapy-induced peripheral neuropathy caused by a variety of chemotherapeutic agents					
Chemotherapeutic Agent	Class of Agent	Features	Putative Mechanism	Onset (Coasting)	Duration
 Cisplatin Carboplatin	Platinum	Pain, numbness, paresthesia, loss of distal reflexes	↑ TRPV1, TRPA, and TRPM8; activation of P38 MAPK and ERK1/2; NMDA-receptor effects; mitotoxicity	From 1 month, peak at 3 months (++)	80% re-cover with cessation of chemotherapy
Oxaliplatin	Platinum	Sensory neuropathy; 80% acute cold-induced paresthesia	↑ TRPV1, TRPA, and TRPM8; activation of P38 MAPK and ERK1/2; ↓ membrane K ⁺ channels, TREK, and TRAK; NMDA-receptor effects; mitotoxicity	Acute onset, 2-3 days	Median recovery in 3 months
 Paclitaxel Docetaxel	Taxane	Sensory neuropathy; myopathy/muscle spasms; loss of proprioception	Microtubule disruption; neurotoxicity at dorsal root ganglia	Some onset after 1st dose, >50% after 2nd dose (+)	75% have some recovery at 6 months
Bortezomib	Proteasome inhibitor	Painful sensory neuropathy, autonomic neuropathy	Activation of mitochondrial caspases; demyelination	Dose related and cumulative; most after 2nd cycle (+)	60–70% resolve 3 months after cessation
Thalidomide	Immuno-modulator	Sensory neuropathy, muscle cramps	Not elucidated	Related to daily dose, not cumulative dose	Poor recovery from neuropathy observed
Vincristine	Vinca alkaloid	Sensory neuropathy, lower > upper limbs, autonomic neuropathy, muscle cramps	Changes in mitochondrial and cellular Ca ²⁺ flux; NMDA-receptor effects; microtubule disruption; activation of mitochondrial caspases	Within 3 months (+)	70% have full recovery at 2 years

reversible

crónico

BASES FISIOPATOLÓGICAS

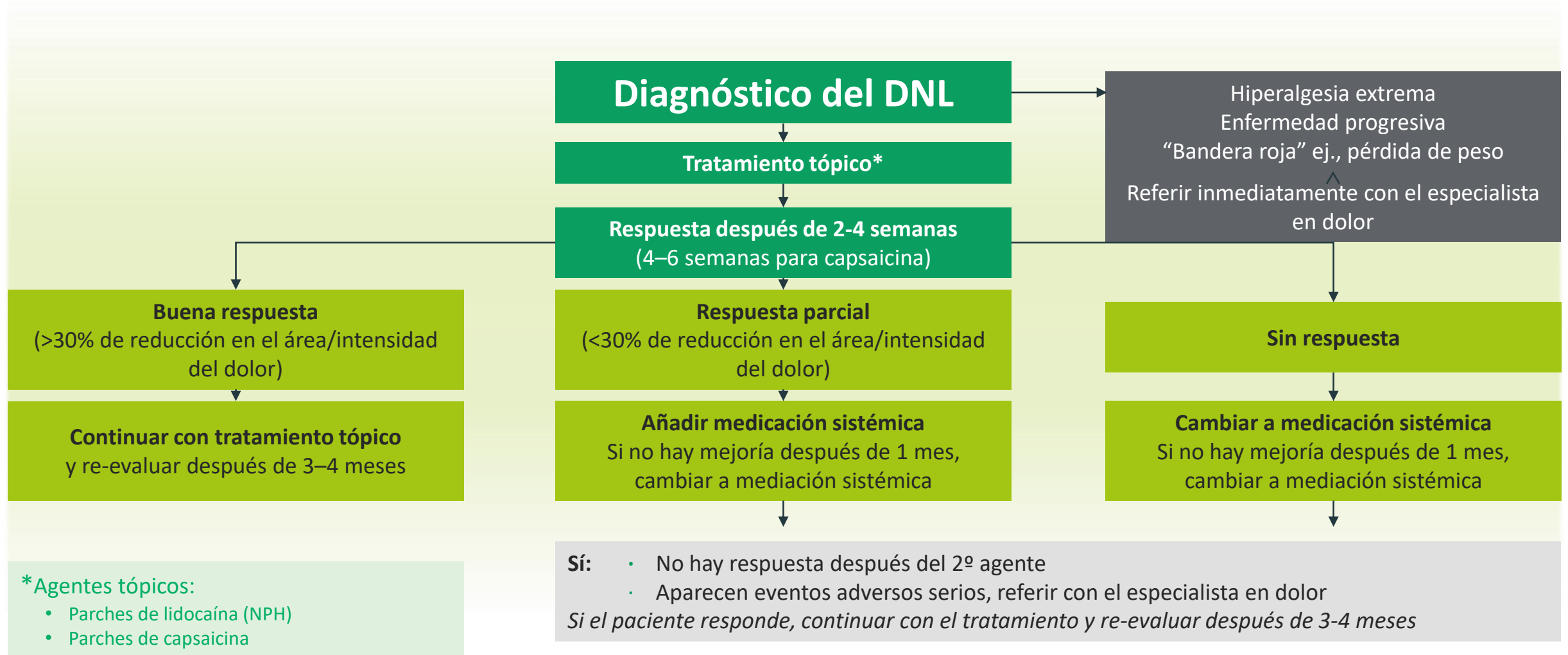
MECANISMO DE ACCIÓN DE LIDOCAÍNA



- La lidocaína atraviesa la membrana plasmática y penetra en el citoplasma
- Se une al interior del canal de sodio e impide la entrada de sodio y la despolarización
- Al unirse a la conformación activa e inactiva ralentiza la reactivación del canal y retrasa la transmisión de la señal
- En dolor neuropático el efecto es más evidente

CONSENSO INTERNACIONAL DE EXPERTOS: ALGORITMO DE TRATAMIENTO DEL DNL

2016



MANEJO INTERVENCIONISTA



TECNICAS INTERVENCIONISTAS

NEUROAXIALES	NEUROLITICAS
Involucran tanto el canal espinal como su espacio epidural	Apuntan a la alteración funcional de un nervio periférico o un grupo de estos.

TECNICAS NEUROAXIALES

EPIDURALES

Alta efectividad, con estudios que alcanzan cifras de control de dolor de hasta 100%, mejores resultados a nivel del hemicuerpo inferior. Es importante tener en cuenta que mientras más tiempo se mantenga un catéter, mayor es la tasa de complicaciones asociadas.

INTRATECALES

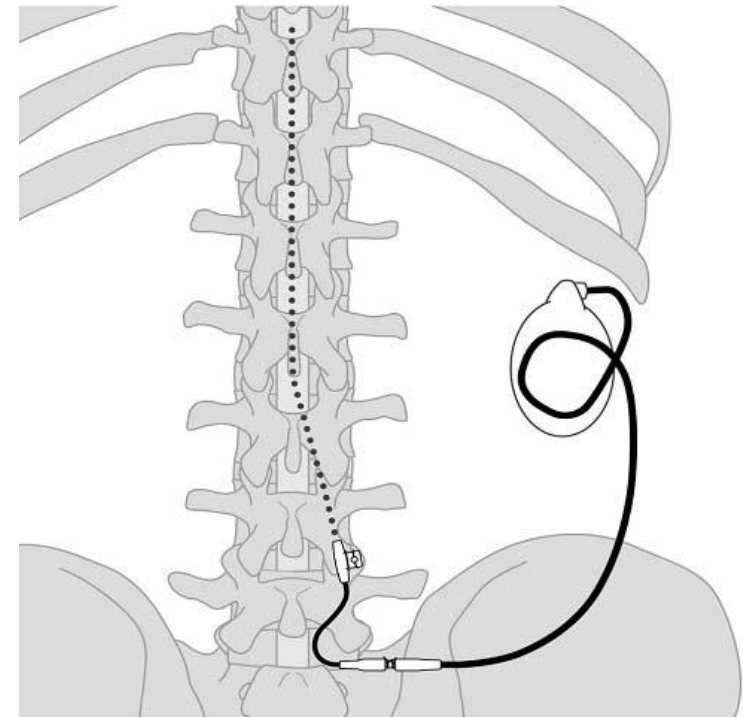
Se trata de la tunelización de un catéter a nivel subaracnoideo para la administración manual de medicamentos en terapias a corto o largo plazo. Segura para uso en tratamientos desde 1 mes hasta 1 año de duración, perfil de seguridad por sobre la terapia epidural para terapias que posea un duración mayor a 3 semanas

Tabla 1. Medicamentos de uso espinar/epidural

Tipo de dolor	Medicamento
Somático y/o visceral	<i>Opioides</i>
	Morfina
	Hidromorfona
	Fentanil
	Sufentanil
	Buprenorfina
	Anestésicos locales
	Lidocaína
	Bupivacaína
	Tetracaina
Neuropático	Ropivacaína
	<i>Anestésicos locales</i>
	Lidocaína
	Bupivacaína
	Tetracaina
	Ropivacaína
	<i>Bloqueadores canales Ca tipo N</i>
	Ziconotida
	<i>Alfa-2 agonistas</i>
	Clonidina
	Dexmedetomidina
	<i>Antiespasmódicos</i>
	Baclofeno

Source: Adapted from Miguel, R., Interventional treatment of cancer pain: the fourth step in the World Health Organization analgesic ladder? Cancer Control, 2000. 7(2): 149-56.

- Sistema electrónico que permite la administración continua de medicamentos al espacio intratecal de forma programable.
- Indicado en pacientes con sobrevida estimada por encima de 6 meses.
- Reducción del dolor medido a través de escala EVA (60% vs 42%), así como en sobrevida a 6 meses (54% vs 37% en el grupo de manejo médico)
- Mejora el nivel de actividad, nutrición y bienestar general



TECNICAS NEUROLITICAS

QUIMICA	TERMICA
Se realiza con fenol, alcohol absoluto o glicerina.	También llamada por radiofrecuencia, es una técnica en la que se aplican altas temperaturas (60-80°C) al tejido seleccionado con el objetivo de producir una neurolisis térmica definitiva, donde el calor es producido por un flujo de corriente desde un electrodo activo hacia la punta de una cánula.

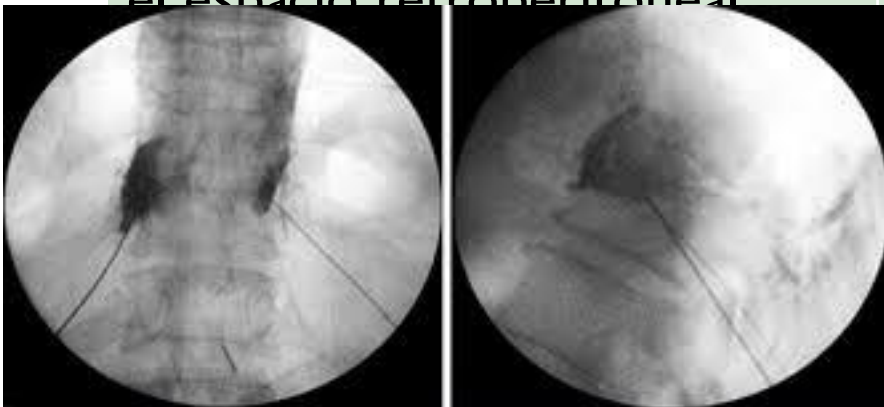
Bloqueo neurolítico del eje axial

Utiliza el fenol o alcohol, por vía epidural o intratecal, usados en pacientes en estado terminal, con un dolor refractario y una expectativa de vida corta. Busca interrumpir la transmisión del estímulo doloroso a la médula espinal.

NEUROLÍISIS DE PLEXOS SIMPATICOS

PLEXO CELIACO

Conjunto nervioso ubicado en el espacio retroperitoneal



abdominales. Es considerado uno de los bloqueos más útiles en el manejo del dolor oncológico abdominal.

PLEXO HIPOGÁSTRICO SUPERIOR

Fibras con aferencias provenientes de estructuras



pe
Re
en
do
cá
colorrectal y genitourinario, con respuesta favorable y disminución significativa de uso de opioides en 72%-79%

GANGLIO IMPAR

Está dirigida al tratamiento del



CONCLUSIONES

CONVERSIÓN DE OPIOIDES

Tratamiento previo	Con una dosis de:				
Morfina, oral (mg/d)	40mg/d	80mg/d	120mg/d	160mg/d	
Oxicodona, oral (mg/d)	20mg/d	40mg/d	60mg/d	80mg/d	
Oxicodona/Naloxona, oral (mg/d)	20/10mg/d	40/20 mg/d	60/30mg/d	80/40mg/d	
Tramadol, oral (mg/d) ^a	200 mg/d	400 mg/d	---	---	Una titulación de hasta 2x250mg/d es posible con Tapentadol Retard
Hidromorfona oral (mg/d)	4mg/d	8mg/d	---	16mg/d	
Fentanilo, trasdérmico (µ/h)	12µ/h	25µ/h	50µ/h	75µ/h	
Buprenorfina, trasdérmico (µ/h)	---	35µ/h	52,5µ/h	70µ/h	
TAPENTADOL, oral (mg/d)	100mg/d	200mg/d	300mg/d	400mg/d	

^a La recomendación para pacientes tratados con tramadol en dosis < 400mg/d es iniciar el tratamiento con tapentadol retard con 100mg/d.

SEGUIMIENTO

LA REGLA DE LAS 5 A:

ANALGESIA

ADVERSE EVENTS

ACTIVITY

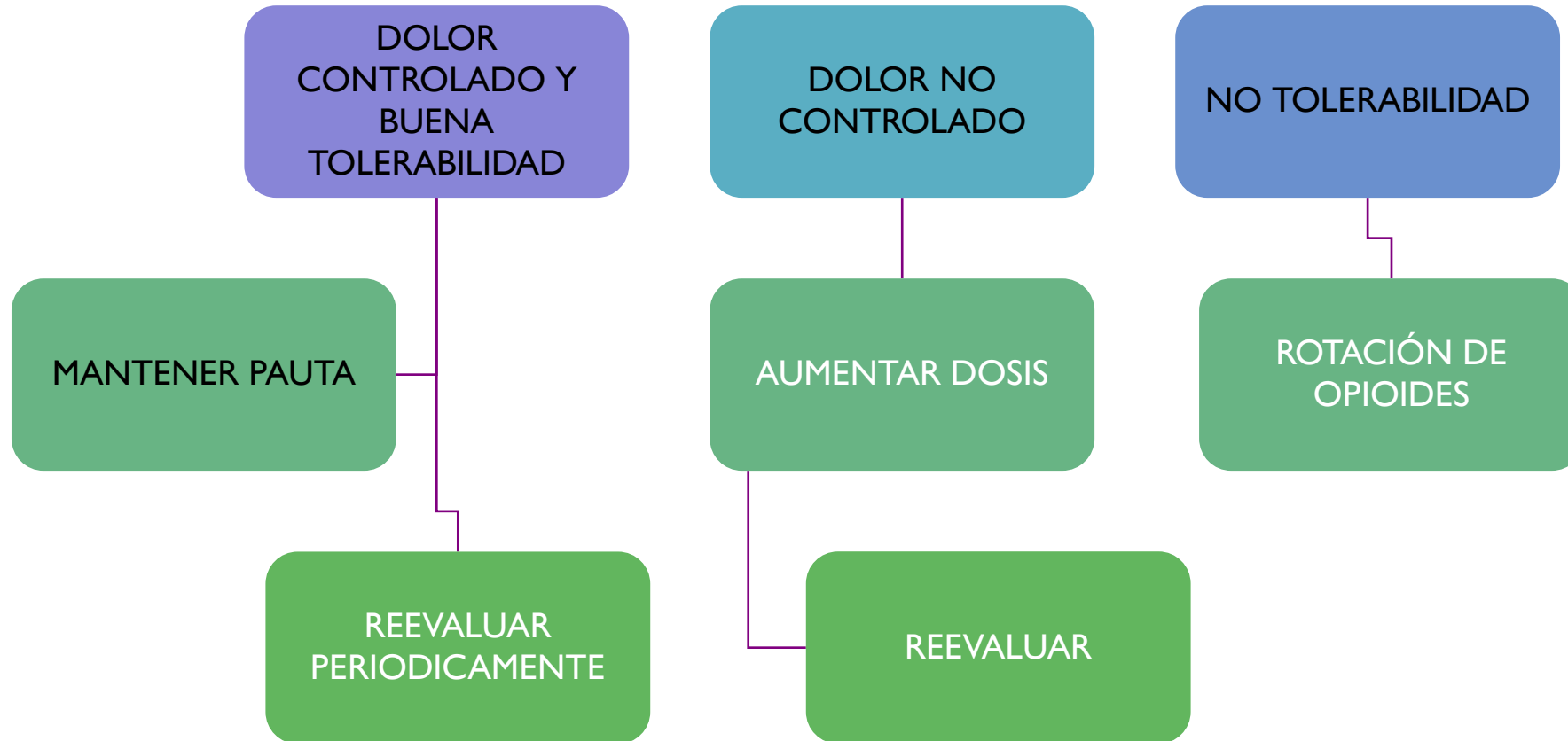
ABUSE BEHAVIOURS

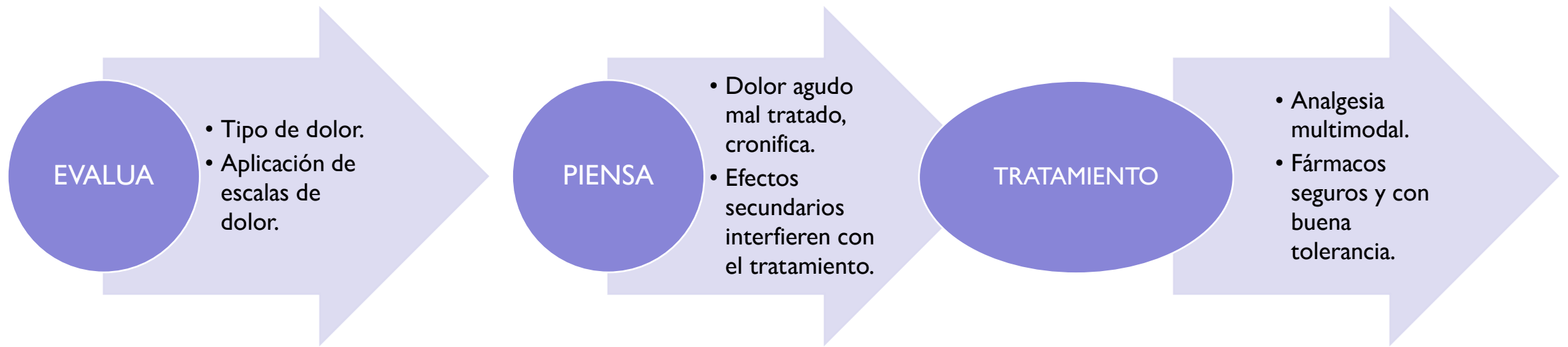
ADEQUATE DOCUMENTATION

SEGUIMIENTO PERIÓDICO

INDIVIDUALIZAR TRATAMIENTO SEGÚN
COMORBILIDADES DEL PACIENTE

REEVALUACIÓN





Conclusiones



Realizada la rotación, escalonado paulatino de dosis según la clínica y tolerancia del paciente hasta conseguir un adecuado control del dolor.



Fundamental explicar efectos adversos más frecuentes y como evitarlos.



Buscar mínima dosis efectiva a largo plazo.



El seguimiento continuo es clave.

Conclusiones



Abordaje individualizado del dolor (comorbilidades, psicosocial...).



Ante dolor de gran intensidad, mal controlado con limitación funcional importante y reducción de calidad de vida, plantearse aumento de escalón analgésico.



Rotación de opioides es de utilidad. Calcular la dosis equipotente del nuevo fármaco con respecto al previo

Bibliografía

1.Varillas P, Blanquer FJ, Hernansanz de la Calle S. Paliando lo paliable. Abordaje del dolor. [Internet]. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC). 2014. [Citado 02 Feb 2021]. Disponible en: http://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=1281

Moreno F, Forcada J, Madueño C. Lumbalgia. AMF. 2014;10(1):4-11.

Escalera-ascensor analgésico de la OMS y los fármacos del dolor. [Internet]. www.1aria.com. [Última actualización May 2015; Citado 02 Feb 2021]. Disponible en: <https://www.1aria.com/contenido/dolor/programa-dolor/dolor-tratamiento/dolortratamiento/dolor-tratamiento-escalera-oms-farmacos>

Humbría A. Manual SER de las enfermedades reumáticas. 4.a ed. Madrid: Médica Panamericana; 2004. p. 98-103.

Van Tulder M, Koes B. Dolor lumbar y ciática. Evid Clin Concisa. 2004; 3:244-246.

Agirrezabala JR, Aizpurua I, Albizuri M, Alfonso I, Armendáriz M, Barrondo S, et al. Opioides en el manejo del dolor. El difícil equilibrio entre la opiofobia y la opiofilia. INFAC. 2014; 22(5). [Internet]. [Citado 02 Feb 2021]. Disponible en:

https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac_2014a/es_def/adjuntos/INFAC_Vol_22_5_Opioideos.pdf

González J, Trelis A, Tuca A, Gómez X. Rotación de opioides: una alternativa en el tratamiento del dolor refractario en pacientes con cáncer. Med Clin. 2010;135(13):617-622.

Vidal J. Manual de medicina del dolor, fundamentos, evaluación y tratamiento. Madrid: Médica Panamericana; 2016.

DUDAS Y FEEDBACK

GRACIAS

Grünenthal Ecuatoriana Cía. Ltda.

Av. Manuel Córdova Galarza Km 6 ½ y Calle Paraíso

Apartado Postal 17-17-075 C.C.N.U. Quito – Ecuador

www.grunenthal.com

Material dirigido exclusivamente para el Cuerpo Médico

Mayor información en el departamento médico de Grünenthal Ecuatoriana Cía. Ltda.

Teléfono: (593 2)2989000. Farmacovigilancia: 099 42 03 967. E-mail:

drugsafety.ec@grunenthal.com

[Aviso de Privacidad](#) | [Términos y Condiciones](#) | [Preferencias de contacto](#)