

Revista de Revistas

Fernández, Rodrigo

Dolor Neuropático Localizado: Conceptualización y Manejo en la Práctica Médica General.

Esteban Reyes MD, Franklin Ruiz MD MSc, Bogotá – Buenos Aires – Guayaquil – Panamá 2010, Edit.: Farmaproyectos Latinoamericana.

Guía promovida por la Sociedad Ecuatoriana para el Estudio y Tratamiento del Dolor, FEDELAT y la entidad P.A.I.N., conformada por once expertos latinoamericanos, tiene como finalidad orientar y motivar a los profesionales médicos en la identificación y alivio del Dolor Neuropático Localizado (DNL), llenando, de este modo, el vacío existente en cuanto a publicaciones en esta materia.

La reunión para la elaboración de la guía se realizó en la ciudad de Manta, Ecuador, en octubre de 2009, conformándose cuatro grupos de trabajo: 1) Definición y Categorización del DNL, 2) Diagnóstico, 3) Manejo Farmacológico y 4) Manejo no Farmacológico.

Se utilizó el método Delphi para llegar a recomendaciones consensuadas, debido a que aprovecha la sinergia del debate global y elimina los sesgos, a través del anonimato en la votación, interacción y retroalimentación controlada del grupo, obteniéndose consenso cuando hay acuerdo con $\geq 80\%$ de los votos electrónicos. Para registrar el nivel de evidencia y clasificación de la recomendación de la información revisada, se adoptó la nomenclatura utilizada por la Sociedad Europea de Cardiología.

El DNL fue definido por el consenso como “originado por una lesión o enfermedad del sistema somatosensorial, que afecta un área corporal pequeña (igual o menor a un papel tamaño carta) y que en razón de la delimitación, amerita en primera instancia un manejo con analgésicos tópicos específicos”.

Luego del análisis en cinco módulos de las materias desarrolladas por los cuatro grupos de trabajo, se concluye que:

- El DNL es una entidad que requiere de un manejo diferencial, ya que no justifica la exposición innecesaria a los analgésicos sistémicos.
- El manejo debe ser individualizado.
- Preferenciar el manejo local y terapia combinada.
- El parche de lidocaína al 5% constituye el fármaco de primera línea.

- Considerar siempre los analgésicos opioides para el dolor severo y las crisis.
- Los antidepresivos preferidos son los tricíclicos.
- Los gabapentoides son apropiados como tratamiento de segunda línea.
- Los antidepresivos nuevos (venlafaxina, duloxetina) deben considerarse alternativos a los tricíclicos.

La referida guía es una ayuda de gran valor para médicos de atención primaria y para especialistas en el tema de Dolor Neuropático Local, que complementa la poca literatura publicada al respecto, como el algoritmo de Finnerup (2005) y otros. El material analizado puede ser consultado en la Revista Iberoamericana de Dolor (RID) Vol. 5, N° 1, 2010, www.revistaiberoamericanadedolor.org

Manejo Exitoso del Dolor Crónico no Asociado a Cáncer. Successful management of chronic noncancer pain.

Magdi H Hanna, 2010 Envolving Medicine Ltd. U.K.

La publicación corresponde a una guía de bolsillo, de reciente aparición, escrita por Magdi H. Hanna, anestesiólogo de vasta trayectoria en el Reino Unido y en Europa, miembro del grupo de docentes de la Federación Europea de Capítulos IASP (EFIC).

Esta guía, dedicada al dolor crónico de origen no oncológico, está dividida en nueve capítulos:

1-2) Introducción al Dolor y Dolor Crónico, 3) Dolor en Diferentes Poblaciones 4) Evaluación del Dolor, 5) Condiciones Específicas de Dolor, 6-7) Tratamiento Farmacológico – No Farmacológico, 8) Condiciones Específicas de Tratamiento y 9) Guías.

En relación al impacto epidemiológico, comprendiendo datos respecto de Europa y Australia, la presencia de dolor crónico no oncológico severo varía en cifras del 5 al 10%, afectando entre 2 y 6 millones de individuos en el Reino Unido; y al 19% con dolor moderado a severo de entrevistados en un cuestionario europeo. Estos resultados se traducen en impactos bio – sico – sociales y económicos, que ameritan una intervención pronta y temprana.

Se analizan los diversos grupos que componen la población, diferenciándola en niños, adultos, mujeres y hombres, realizándose evaluaciones específicas para cada uno de ellos, teniendo en cuenta las diversas barreras para su aplicación.

En el capítulo 5 se hace una revisión de las seis etiologías más frecuentes: dolor lumbar bajo, osteoartritis, artritis reumatoidea, osteoporosis, fibromialgia y desórdenes neuropáticos, las que son enfrentadas a las diversas posibilidades terapéuticas en los capítulos siguientes. Desde luego, no se trata de un tema tratado exhaustivamente, ya que quedan fuera cuadros como las cefaleas.

El capítulo 6 constituye el de mayor extensión. En él, se hace un análisis exhaustivo de las diferentes alternativas farmacológicas, teniendo un lugar de relevancia el uso de opioides, detallándose las características de buprenorfina, fentanilo, metadona, morfina, oxicodona, hidromorfona, tramadol y tapentadol. Se recomiendan normas generales para el uso de opioides y su rotación, haciendo especial énfasis en las formulaciones de liberación sostenida y en el uso de parches matriciales. La lista de posibilidades terapéuticas continúa con los coadyuvantes y con otras drogas como ketamina, lidocaína y capsaicina, finalizando con una comparación entre los diversos estudios disponibles para el alivio del dolor no oncológico.

En los capítulos siguientes se desarrolla el tratamiento no farmacológico, finalizando el último capítulo con los cuadros algícos específicos, enumerados al comienzo.

La guía de bolsillo en idioma inglés es de fácil comprensión y presta gran utilidad a quienes deben enfrentarse en la consulta diaria a una población que, producto del envejecimiento, se queja en forma cada vez más frecuente de dolor crónico, no necesariamente relacionado al cáncer, para el cual sin duda se dispone de un arsenal terapéutico de gran utilidad, cuando se utiliza con una base científica adecuada.

Dolor por Cáncer de las Moléculas al Sufrimiento. Cancer Pain from Molecules to Suffering.

Paice Judith A., Bell Rae F., Kalso Eija A., Soyannwo Olatan A. IASP Press 2010.

Libro editado por IASP, único en su categoría, ya que concurren en él los hechos más recientes en relación a la investigación del dolor por cáncer, en capítulos escritos por expertos en el tema. En ellos, se realiza un profundo análisis de las investigaciones básicas y clínicas del dolor por cáncer, describiendo su mecanismo de acción y revisando la terapia opioide, en la cual se incluye también la tolerancia.

El libro discute diseños de estudio clínico, cubriendo los aspectos psicológicos, al tiempo que describe la disparidad existente en el mundo, en cuanto a la disponibilidad de cuidados en estos enfermos. Lectura indispensable para investigadores en ciencias básicas, clínicos y cuidadores relacionados a pacientes con cáncer.

Expertos Proponen Tapentadol como Representante de la Nueva Clase Farmacológica MOR-NRI.

Kress HG. Eur J Pain. 2010 Sep;14(8):781-3.

Tapentadol se propone como representante de una nueva clase farmacológica denominada MOR-NRI (agonista del receptor mu-opioide e inhibidor de la recaptación de la noradrenalina). Esta es la conclusión a la que se llegó en una mesa redonda de farmacólogos y que queda reflejada en la editorial del 'European Journal of Pain'. El analgésico de acción central, que tiene un perfil farmacológico único, ha sido desarrollado

para aliviar el dolor agudo, de moderado a intenso, así como el dolor crónico intenso en adultos. Los resultados de los estudios demuestran que tapentadol es eficaz en dolor nociceptivo y en dolor neuropático, como se ha demostrado en modelos preclínicos y estudios clínicos. En indicaciones de dolor agudo y crónico -con respecto a dolor neuropático, se ha llevado a cabo un estudio en dolor por polineuropatía diabética.

Tapentadol tiene dos mecanismos de acción, combina el agonismo del receptor mu-opioide (MOR) y la inhibición de la recaptación de la noradrenalina (NA), en una sola molécula. Dado que su perfil farmacológico es claramente diferente a otros analgésicos de acción central, un grupo internacional de expertos en neurofarmacología e investigación en dolor han propuesto que tapentadol represente una nueva clase farmacológica denominada MOR-NRI, basada en sus dos mecanismos de acción. Los resultados científicos reafirman la conclusión de la mesa redonda de expertos en farmacología y que ha sido tratada por el Profesor Hans Georg Kress, director del Departamento de Anestesiología y Terapia del Dolor, Universidad Médica AKH de Viena, Austria, en el editorial de *European Journal of Pain*, el cual está disponible en su versión online: www.europeanjournalpain.com.

Dos Mecanismos de Acción Complementarios

Ambos mecanismos de acción, el agonismo del receptor mu-opioide (MOR) y la inhibición de la recaptación de la noradrenalina (NRI), contribuyen de forma complementaria a la eficacia de tapentadol en condiciones de dolor nociceptivo y neuropático. Su actividad agonista del receptor mu-opioide actúa a distintos niveles sobre la vía del dolor, mediante la inhibición de la transmisión de la señal dolorosa desde la periferia al cerebro, el aspecto emocional y la percepción del dolor.

El componente NRI de tapentadol desempeña un papel en la modulación del dolor, mediante la activación de la vía descendente inhibitoria del dolor. La combinación de estos dos mecanismos de acción en una molécula puede ser beneficiosa en indicaciones que frecuentemente involucran componentes de dolor nociceptivo y neuropático, como la lumbalgia crónica intensa.

Excelente Eficacia y al mismo Tiempo, mejor Tolerabilidad

Los resultados de estudios clínicos en Fase III muestran una eficacia comparable de tapentadol respecto a un opioide potente clásico (oxicodona) y, al mismo tiempo, una mejor tolerabilidad gastrointestinal en dolor crónico severo. Como consecuencia, el número de interrupciones del tratamiento debidos a estos efectos adversos, en comparación con oxicodona, fue significativamente menor, dando lugar a una mejora de la calidad de vida, por ejemplo, en las funciones físicas. Esto se demuestra en el análisis de datos conjunto de estudios de lumbalgia y artrosis.

Al reducirse la incidencia de estos molestos efectos adversos, tapentadol tiene el potencial de mejorar el actual abordaje del dolor crónico, ya que más pacientes cumplen con el tratamiento.

Comparación entre Morfina y Midazolam como Tratamiento Sintomático de Primera Línea de la Disnea en Enfermos Oncológicos mientras se Realiza el Diagnóstico o el Tratamiento de la Causa Inicial.

Navigante AH, Castro MA, Cerchiotti LC. Morphine versus midazolam as upfront therapy to control dyspnea perception in cancer patients while its underlying cause is sought or treated. J Pain Symptom Manage. 2010;39:820-30.

En este estudio se valora la eficacia del control sintomático de la disnea, aparte de su tratamiento etiológico. Se incluyeron enfermos oncológicos avanzados, tratados de manera ambulatoria, que referían disnea moderada o severa, sin patología cardiorrespiratoria severa previa y con un buen control de los demás síntomas. Los pacientes se distribuyeron de manera aleatoria para recibir morfina o midazolam, en ambos casos como solución oral. En la fase inicial se realizaba un ajuste rápido de la dosis a partir de 2 mg de midazolam o 3 mg de morfina. Esta dosis inicial se aumentaba un 25% cada 30 minutos, hasta que se refiriera una reducción de la intensidad inicial de la disnea de al menos el 50%. Si el paciente ya recibía opioides se incrementaba en 25% la dosis equivalente de morfina. Si tras dos incrementos no se alcanzaba una reducción suficiente de la disnea o aparecían efectos secundarios se consideraba como fracaso terapéutico. La intensidad de la disnea se evaluó en una escala de 0 a 10 y el alivio de la disnea en una escala categórica de cinco categorías (con asignación a un alivio porcentual). Después comenzaba una fase de cinco días de tratamiento domiciliario, en que la dosis con que se había conseguido el alivio de la disnea se repetía cada cuatro horas (respetando el sueño). Se podían añadir dosis de rescate a lo largo del día. En este periodo, el paciente tenía un seguimiento diario, mientras que se completaban los estudios para determinar el origen de la disnea o se iniciaba el tratamiento específico de esta posible causa. Se incluyeron 63 pacientes (25% con cáncer de pulmón): 31 con morfina y 32 con midazolam. Uno de cada tres pacientes ya recibía opioides. 13 (21%) recibieron algún otro tratamiento (antibiótico, corticoides, toracentesis, radioterapia) que pudo ayudar a paliar la disnea. Durante el tiempo de ajuste se consiguió una reducción estimada de la intensidad de la disnea de al menos el 50% en todos los pacientes, sin alterar la saturación de oxígeno. La intensidad de la disnea inicial se redujo de manera más sensible con midazolam (9 vs. 4,5) que con morfina (9 vs. 6). Durante el seguimiento ambulatorio, el midazolam se mostró más eficaz, tanto en el alivio de la disnea basal como de las crisis de disnea. Ambos tratamientos se toleraron de manera adecuada, si bien uno de cada dos pacientes refirió somnolencia moderada; la incidencia de los demás efectos secundarios no alcanzó el 10%.

Aunque los dos tratamientos son eficaces, parece que en este nivel de severidad de la disnea (inicialmente alto, pero tolerable en el domicilio) parece que el midazolam puede ser discretamente más eficaz que la morfina. Llama la atención el alto beneficio obtenido para unos niveles de dosis diarias tan escasas (15-20 mg de morfina oral o 10-15 mg de midazolam oral), pudiera ser conveniente agregar un brazo de estudio con placebo, ya que hace pensar que parte del efecto obtenido no sería sólo farmacológico.

Correspondencia

Dr. Rodrigo Fernández R

Anestesiólogo

Jefe Unidad Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos

Hospital del Salvador Santiago, Chile

Presidente Capítulo, IASP – CHILE

Correo: rf.presidencia@ached.cl